Año 1902 N.° 1315

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

VERSION

POR

MANIOBRAS INTERNAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DIEGO DELACROIX

BUENOS AIRES
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359
—
1902

VERSIÓN POR MANIOBRAS INTERNAS

Año 1902 N.° 1315

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

VERSIÓN

POR

MANIOBRAS INTERNAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DIEGO DELACROIX

BUENOS AIRES
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359
—
1902

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
" " JOSÉ T. BACA.
" " RAFAEL HERRERA VEGAS.
" " JACOB DE TEZANOS PINTO.
" " EUFEMIO UBALLES.
" " JUAN R. FERNÁNDEZ.
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA.
" " MANUEL BLANCAS.
" " ROBERTO WERNICKE.
" " PEDRO LAGLEYZE.
" " JOSÉ PENNA.
" " LUIS GUEMES.
" " ELISEO CANTÓN.
" " GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
" " EDUARDO WILDE.
" " MARTÍN SPUCH.
" " TELÉMACO SUSINI.
" " EDMUND NOCARD.
" " EMILIO R. CONI.
" " OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretario Titular

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

Prosecretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Química médica	»	Atanasio Quiroga.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naon.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer.
» Epidemiológica	»	José Penna.
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes.
» Médica	»	Francisco A. Sicardi.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo.
» Médica	»	Gregorio N. Chaves.
» Obstétrica	»	Samuel Molina.
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
» Médica	»	Abel Ayerza.
» Genito urinaria (hombre)	»	Federico Texo.
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Doctor	D. J. Greenway (en ej.)
Física médica	»	Juan José Galiano
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica médica	»	R. S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero J. López Figueroa
Patología general y ejercicios clínicos	»	G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez Francisco Llobet
Fisiología general y humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía patológica	»	José Badía Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Vacante
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia médica y terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello E. V Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	«	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	»	Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco C. Barraza. Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	»	Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
Clínica neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprum
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique Pardo
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
Clínica médica	»	Vacante
Clínica genito urinaria (hombre)	»	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari
Clínica quirúrgica	»	Vacante
Clínica obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia .	Dr.	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal	»	Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia . . .	»	Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) . .	»	J. Manuel Irizar
Higiene	»	Ricardo Schatz
Química analítica toxicológica	»	Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	»	J. Manuel Irizar

Asignaturas	Cated. substitutos	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia .		Vacante
Química inorgánica aplicada		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia . .		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica . .		Vacante
Higiene		Vacante
Química analítica y toxicológica		Vacante
Ensayo y determinación de drogas		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica . . .	Dr. Juan R. Fernández
Parto distócico y clínica obstétrica	

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica	M. Z. O'Farrell (en ej.)
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares	
Anatomía, fisiología, patología	Dr.	León Pereira
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal . . .	»	N. Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomia, fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal . . .	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO: DR. ELISEO CANTÓN

Á MIS QUERIDOS PADRES

Á MIS HERMANOS

Señores académicos:

Señores profesores:

El tema que me propongo desarrollar en mi tesis, es de una importancia capital. Todo médico debe tenerle presente en su espíritu, pues suele ser motivo de urgente aplicación.

Conociendo las indicaciones de la versión, su manual operatorio y el momento preciso de la intervención, está en manos del médico salvar á dos vidas preciosas.

En el curso de mi exposición, veréis señores, que mi principal objeto ha sido el de reunir, aclarar y precisar las indicaciones de esta importante operación y al mismo tiempo describir una maniobra que el profesor E. Cantón es el primero en habérnosla enseñado, que por su sencillez y utilidad está destinada á vulgarizarse.

Permitidme, señores, que haga público mi reconocimiento sincero, al académico doctor Eliseo

Cantón, por haberme dirigido en este trabajo y hacerme el alto honor de apadrinarle.

Al distinguido cirujano doctor José Solá, por los sabios consejos que de él he recibido en la cabecera del enfermo y en la mesa de operaciones durante mis años de internado en el Hospital Español, mi profundo agradecimiento.

DEFINICIÓN

La versión por maniobras internas, es la operación que tiene por objeto transformar la presentación preexistente por la de nalgas modalidad de pie.

Por esta definición, queda excluída toda idea de traer al estrecho superior, otro polo que no sea el pelviano modalidad de pie.

Su práctica remonta á la más alta antigüedad. Hipócrates hacía la versión cefálica; Celso la podálica pero en feto muerto, y otros muchos siguieron practicándola; pero es recién después del siglo XVI que Ambroise Paré y su discípulo Guillemeau, la vulgarizan y la hacen entrar de lleno en la práctica.

Desde entonces, la versión cefálica ó pelviana, ha sido aplicada indistintamente; pero hoy día todo el mundo está conforme en hacer la versión podálica solamente.

INDICACIONES

Las indicaciones de la versión, pueden clasificarse en dos grandes grupos:

Indicaciones absolutas.

Indicaciones relativas.

En las primeras, como su nombre lo indica, la versión es la única operación á recurrir.

En las indicaciones relativas, la versión pasa al rango de una operación de elección.

Los motivos por los cuales se recurre á la versión, son:

A. En las presentaciones viciosas del feto; el caso más frecuente.

B. Cuando ocurre un accidente durante el embarazo ó en el parto, que obliga á interrumpir aquel ó una pronta terminación de este.

C. Y en las viciaciones pelvianas, que en algunas de ellas por las formas y dimensiones, permitirán un éxito completo.

Concretemos los casos en que la operación está indicada absolutamente ó como operación de elección.

A. Por presentación viciosa. *a)* El motivo más frecuente por el cual se recurre á la versión por maniobras internas, es la presentación de hombro con ó sin descenso del brazo. El feto en esta actitud para salir espontáneamente del claustro materno, tiene que sufrir ó la versión espontánea que tendrá como resultado transformar su presentación por otra más favorable, cefálica ó pelviana ó la evolución espontánea.

Para que el feto pueda efectuar la versión espontánea, requiere circunstancias especiales: que no sea sorprendido en su mala presentación en el momento del trabajo y por consiguiente cuando el útero comienza á contraerse con fuerza y frecuencia; y que la bolsa de las aguas esté intacta, es decir que no se haya derramado todavía el líquido amniótico. Una vez que le falte este medio que le facilita los movimientos, el feto no podrá ya hacer la versión espontánea.

El trabajo habiendo comenzado, la dilatación siendo completa y la bolsa de las aguas rota, el feto, sorprendido en presentación de hombro, no le queda otro camino para salir espontáneamente que la evolución espontánea. Esta terminación es fatal para el feto y acarrea gran parte de las veces consecuencias graves para la madre. La

versión por maniobras internas es, pues, de indicación absoluta.

b) En presentación de cara, por la que el período de expulsión suele prolongarse por la dificultad del encajamiento. Para que la cabeza pueda encajarse en esta presentación, necesita deflexionarse al máximum y al mismo tiempo efectuar un movimiento de rotación interna que tendrá por resultado desprender el mentón debajo del pubis. Si estos movimientos no se cumplen, la presentación no se encaja.

Antes de intervenir, es necesario hacer varias tentativas para exagerar la deflexión ó para flexionar la cabeza con el objeto de presentarla de vértice.

B. Por los accidentes ocurridos durante el embarazo ó en el parto.

Tanto la madre como el feto, están expuestos á diversos accidentes que ponen sus vidas en peligro. Analicemos los distintos casos que pueden presentarse y el momento oportuno de intervenir.

Accidentes ocurridos á la madre. – Hemorragia.

Esta puede revestir algunas veces tal gravedad que una pronta intervención es necesaria.

¿Cuáles son las causas que pueden provocarla?

a) En primera línea, *la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero* que trae como consecuencias, además de la hemorragia, dificultad del encajamiento de la parte fetal por impedi-

mento mecánico como se ha podido constatar en el hermoso corte sagital en un caso de placenta previa total, practicado por el profesor Cantón; presentaciones viciosas, especialmente la de hombro, etc.

La versión en este caso es de indicación absoluta, pues gracias á ella la terminación del parto se hace rápidamente y de hecho el peligro queda conjurado. Claro es, que si el cuello no está dilatado ni es dilatable, no se podrá recurrir d'emblée á la versión; el parto podrá terminarse casi como el normal, con una simple aplicación del balón de Champetier de Ribes, que tendrá la doble acción de cohibir la hemorragia y apresurar la dilatación.

b) La ruptura del útero. — Durante el trabajo, múltiples son las causas que pueden producir una ruptura uterina. Esta complicación, seria por sí sola, es algunas veces llevada al súmum de gravedad por una gran hemorragia.

En presencia de un caso en estas condiciones, la espectación sería dañosa por más que muchos autores la aconsejan; hay que desembarazar al útero de su contenido.

La vía por la cual se debe intervenir, varía según el grado de ruptura y según que el feto esté ó no dentro de la cavidad uterina. Si después de un examen prolijo, resulta que el feto está por entero dentro del útero, es por las vías naturales que se le extraerá. Si vive y se presenta por la

extremidad cefálica encajada, es el forceps que se aplicará; en las otras presentaciones, la versión es la operación á recurrir, teniendo presente en este caso más que en ningún otro, las condiciones indispensables para efectuarla.

c) Desprendimiento prematuro de la placenta. —La hemorragia es el síntoma dominante por no decir único en esta complicación; la brevedad del cordón umbilical, la albuminuria y mala inserción de la placenta, pueden provocarla. El feto casi siempre muere ó está por lo menos amenazado de muerte, cuando el desprendimiento se hace en una gran extensión. La versión se hará en los casos que el forceps no pudiera ser aplicado.

Eclampsia. — ¿Cuál debe ser la conducta á observar en el caso de una mujer eclámptica en trabajo?

Debe ser una, en interés de la madre y del feto: la pronta terminación del parto.

La versión, según el caso podrá estar indicada. No hay que olvidar como lo hace notar Ribemont-Dessaignes, que el trabajo marcha rápidamente en la mujer eclámptica.

Accidentes ocurridos al feto. —El feto, bajo el golpe de un accidente cualquiera, sufre. Hay signos claros que sirven para diagnosticar un estado de sufrimiento; las modificaciones en el ritmo é intensidad de los tonos del corazón fetal y el

cambio de coloración del líquido amniótico. El precepto de auscultar el corazón fetal por lo menos cada cinco minutos durante el trabajo, es capital. Dejando pasar más tiempo entre una auscultación y otra, se está expuesto á desconocer que el feto ha sufrido. Los tonos cardíacos pueden estar acelerados, retardados é irregulares, según el tiempo que ha transcurrido desde que el feto sufre. Cuando el útero se contrae, hay una aceleración se puede decir fisiológica de los batimientos cardíacos que no es necesario traducir como signo de sufrimiento.

La coloración verde del líquido amniótico, es el otro signo importante. El feto cuando sufre, expulsa meconio por un mecanismo diferentemente explicado; su mezcla al líquido amniótico le transmite la coloración verdosa.

Además de los accidentes enumerados del lado de la madre que atacan también más ó menos directamente al feto, hay otros que le son propios.

a) *Procidencia del cordón.* — Reducir al cordón procidente, no siempre se logra; de ahí que es necesario tener presente lo que conviene para cada caso.

Muchas circunstancias intervienen para dirigir la manera de obrar.

El cordón puede ser procidente, antes que el orificio uterino haya llegado á la dilatación completa ó cuando ya se ha efectuado; con las mem-

branas rotas ó intactas. En cualquier caso, si no se ha logrado reducirle poniendo en práctica todos los medios recomendados, es necesario intervenir de una manera más activa. Si la dilatación no es completa, hay que completarla con una aplicación del balón de Champetier. Hecho esto, se está en condiciones de extraer rápidamente al feto. No es cuestión de elegir entre una aplicación del forceps y la versión, pues una y otra operación, tiene su indicación precisa. Si la presentación es cefálica y está encajada, se aplica el forceps guardándose de no comprender al cordón en la toma; en las otras presentaciones: hombro, cara, frente, es por la versión que se le extraerá.

b) Procidencia de miembro. ¿Qué consecuencias puede acarrear esta complicación? No hay ataque directo al feto, pero sí, indirectamente le hará sufrir.

Cualquiera que sea la presentación, si á esta se le añade un miembro que no le pertenece, dificultará su encaje y por consiguiente el trabajo se prolongará. ¿Qué hacer en este caso?

Supongamos que la presentación sea cefálica con procidencia de un brazo; tratar por todos los medios posibles, de reducir el miembro, porque permitir que el parto se efectúe en esas condiciones, es exponer al feto y también á la madre á las consecuencias de un parto prolongado. Si no se logra reducirle hay que intervenir diferen-

temente según la presentación y la altura en que se encuentra. El forceps aplicado en la presentación de vértice con procidencia de un brazo por ejemplo, será algo peligroso por los traumatismos que podría ocasionar el miembro procidente. La versión, es la operación ideal, puesto que hace desaparecer los peligros de traumatismo. Se comportará en este caso, como en el de una presentación de hombro con descenso del brazo.

C. En las viciaciones pelvianas. La cintura ósea, el estrecho superior á través del cual se encaja la presentación y pasa todo entero el feto, debe ser cuidadosamente estudiado por el médico que asiste una parturienta. De donde el precepto de nunca omitir de hacer la pelvimetría. Si la mujer es primípara, se buscará la amplitud del estrecho, porque es primípara, porque no se tiene el ejemplo de un parto anterior; á la multípara, aunque sus partos anteriores hayan sido normales. Numerosos son los ejemplos de mujeres que después de haber tenido varios partos normales, tienen uno distócico; por ejemplo: las que tienen un bacinete tipo Nægele, que en los anteriores partos, la presentación se ha acomodado de modo á poner en relación sus grandes diámetros con los mayores de la pelvis, pero que en un nuevo, no sucede así.

Con mayor razón se debe tomar los distintos

diámetros á una mujer que ha tenido partos distócicos de origen pelviano.

Además, no solamente se tomarán las medidas diametrales, sino que también se tratará en lo posible de darse cuenta de la forma, especialmente la del estrecho superior puesto que es allí donde más comúnmente se produce la distocia.

Estas medidas responden á un fin, el de saber si el feto pasará ó no á través de la pelvis. Pero si bien, por la pelvimetría se cree que el parto se terminará, puede suceder que no se efectúe á causa de haber demasiada desproporción entre los diámetros fetales y pelvianos, el feto teniendo una cabeza más grande que la media.

De ahí el otro precepto no menos importante, de medir el volumen de la cabeza fetal, para referirlo á los diámetros maternos.

En resumen, es necesario en todos los casos darse cuenta de la relación que existe entre la cabeza, polo más voluminoso y el estrecho superior; esto se impone siempre que haya una angustia ó deformación pelviana de cualquier origen.

La pelvimetría interna y la palpación mensuradora, son los medios por los cuales el partero llegará á ese fin.

Así pues, en los bacinetes viciados por el raquitismo, osteomalacia, lesiones locales, tumores, etc., la versión podría efectuarse siempre que no haya demasiada desproporción entre los diámetros feta-

les y maternos. Teniendo en cuenta la reducción que puede sufrir la cabeza sin serle perjudicial y las ventajas que se obtiene en los distintos movimientos que se la puede hacer ejecutar, se podrá extraer un feto vivo que al parecer era imposible.

Tarnier y Budin reasumen imparcialmente las ventajas y desventajas de la versión en las viciaciones pelvianas. Dicen, que la cabeza libre de todo impedimento instrumental, conserva su movilidad en todos los sentidos, sufre una reducción plástica estrictamente localizada á sus diámetros comprimidos.

Que gracias al apoyo sólido que el tronco da al partero y á la introducción de uno ó dos dedos en la boca, el partero puede imprimir á la cabeza la inclinación que juzgare conveniente y puede así hacerle ejecutar los movimientos que la cabeza haría espontáneamente.

La mano, instrumento consciente, opera á una débil distancia del obstáculo pelviano y tiene la cabeza de cerca; por consiguiente ella aprecia muy exactamente la importancia de las dificultades del encajamiento que depende, por una parte del feto y por otra de la forma y grado del estrechamiento.

Por la versión, habiendo recurrido á la maniobra de Champetier de Ribes, se rechaza excéntricamente la cabeza.

Y dan como principal desventaja, es cierto de

gran valor, la que cuando la cabeza es retenida última, el feto sucumbe en algunos minutos.

Al leer las experiencias hechas por Farabeuf y Varnier y la descripción que hacen de la maniobra de Champetier, veremos, que la versión juiciosamente aplicada, es la operación de elección en las viciaciones pelvianas.

Otras indicaciones.—Cuando hay degeneración fibromatosa ó que un cuerpo fibroso obstaculice el pasaje; el parto se prolonga indefinidamente por debilidad de las contracciones uterinas ó impedimento mecánico al descenso. Si la parte fetal no está encajada, la operación que conviene hacer es la versión siguiendo el consejo de Tarnier, quien dice, que el parto de nalgas en estas condiciones es el más favorable, pues por la compresión que sufre el tumor reblandecido, se lamina y permite fácil pasaje á la cabeza última.

En los casos en que á pesar de haber presentación normal, en embarazo único ó gemelar, el período de expulsión se prolonga por falta de encajamiento, debido á que el útero se contrae débilmente ó á estados patológicos de la madre.

CONDICIONES QUE SE REQUIEREN PARA EFECTUAR UNA VERSIÓN

Después de haber constatado que el feto vive, para hacer la versión es indispensable que existan las siguientes condiciones:

1.ª QUE EL ORIFICIO UTERINO HAYA ALCANZADO LA DILATACIÓN COMPLETA, Ó QUE SEA COMPLETAMENTE DILATABLE. Se dice que el orificio está completamente dilatado cuando sus bordes se aplican sobre las paredes de la escavación, es decir, cuando pasa el tamaño de la palma de la mano. Cuando existe un obstáculo al encaje y descenso de la presentación, ó cuando esta es viciosa, sucede que el cuello solo puede ser completamente dilatable, es decir, que los dedos pueden desplegarle hasta llevarle en contacto con las paredes de la escavación.

Esta condición responde, primero, á que la mano y el antebrazo introducidos no deben de

sentir el menor obstáculo de parte del cuello; además, y es la razón más importante, si se está obligado, como en la mayoria de los casos sucede, á extraer prontamente al feto, el pasaje de la cabeza última seria imposible, el cuello se retraería alrededor del cuello del feto, y este sucumbiría estrangulado irremediablemente.

2.ª QUE LA PRESENTACIÓN NO ESTÉ MUY ENCAJADA, ES DECIR QUE SE LA PUEDA MOVILIZAR.

Se reconoce el grado de encaje, por ejemplo, en la presentación de vértice, poniendo en práctica cualquiera de los procedimientos dados por Farabeuf: teniendo en cuenta la distancia que separa la sutura sagital, al borde inferior del ligaméntum arcuátum, siendo de siete centímetros y medio cuando recién se encaja; ó tratando de insinuar los dedos puestos uno encima de otro entre la articulación sacro-coccígea y la presentación, tocando con las extremidades la cara anterior del sacro. Desde el momento que haya encaje, no se podrá insinuar más que dos, uno ó ninguno de los dedos.

Las otras presentaciones dificilmente se encajan.

¿Qué fin se busca al observar esta condición? Si la presentación estuviera talmente encajada que fuera imposible su movilización, la mano, en primer lugar, no podría ser introducida, puesto que la parte fetal ocuparía todos los sitios; después

el segundo tiempo de la versión, la evolución, no sería posible.

3.ª QUE EL ÚTERO NO ESTÉ MUY RETRAÍDO SOBRE EL FETO. El ideal sería romper las membranas en el momento mismo de la intervención; pero no siempre se tiene esa suerte. Es muy común encontrarse frente á un caso que la bolsa de las aguas se ha roto hace tiempo y que el líquido amniótico se ha derramado, si no totalmente, en gran parte. El músculo uterino está aplicado fuertemente contra el feto, á tal punto, que en algunos casos se toca á través de la pared abdominal, útero y feto, formando un solo tumor duro é irregular.

Es necesario, pues, extremar las precauciones para constatar el grado de retracción. La versión en un útero completamente retraído es imposible y peligrosa, pues fácilmente se ocasiona una ruptura uterina.

4.ª QUE EL BACINETE NO SEA MUY ESTRECHADO, ó mejor dicho, que entre el estrecho superior y la cabeza fetal haya relación en sus diámetros, de tal modo, que el pasaje de esta sea posible. Por la pelvimetría y la palpación mensuradora, hechas con toda atención, se llega á saber con más ó menos seguridad si existe la relación requerida. Cuando la cabeza última es detenida por el estrecho superior, el feto muere en algunos minutos.

Tales son, pues, las principales condiciones que el médico debe constatar si existen, antes de emprender la versión; faltando cualquiera de ellas, la operación será peligrosa para la madre y el feto.

OPERACIÓN

PREPARATIVOS. — Una desinfección minuciosa de las partes genitales es indispensable. Para esto, se afeita los pelos de la vulva y pénil, se lava abundantemente con jabón y una solución antiséptica, por ejemplo, de bi-yoduro de mercurio al uno por cuatro mil, y se hacen amplios lavajes vaginales con la misma solución. Se evacuará el recto y la vejiga para evitar los obstáculos que pueden traer si se les deja llenos. Procurarse además, de un sitio elevado donde colocar á la mujer para poder practicar la operación con toda comodidad.

Es necesario tener á mano todo lo que sirve para reaccionar al feto, que casi siempre precisa.

Estando todo listo, el partero debe prepararse á su vez. Como tiene que desinfectar sus manos, antebrazos y parte de sus brazos, arremangará

su camisa hasta los deltoides. Comenzará por cepillarse con agua y jabón, cuidando de no dejar ningún sitio. Para conseguir esto, es necesario cepillarse con método, primero los brazos y antebrazos en sus distintas caras y bordes, especialmente la cara dorsal, por la existencia de pelos, y el borde cubital, generalmente descuidado por no estar á la vista; por todas las regiones el cepillo pasará varias veces. Llegado á la mano, se tendrá cuidado de cepillar dedo por dedo, todas sus caras, y especialmente las uñas y pliegues interdigitales; la palma y dorso, no olvidando aquí también el borde cubital.

Una vez cepillados manos, antebrazos y brazos y enjugados, se las pasará en alcohol; de este á una solución de bicloruro ó bi-yoduro de mercurio al uno por mil, para volver otra vez al alcohol y así sucesivamente por varias veces. Estas precauciones no son exageradas y es de desear que todos los médicos las observen; desgraciadamente las prácticas antisépticas no son del conocimiento de todos. La asepsia y antisepsia son factores de la mayor importancia en el éxito de una operación. El esfuerzo del partero no sólo debe ser en conseguir un niño vivo, sino que también de no complicar el puerperio con una infección.

La mujer, siendo colocada en la posición obstétrica, sus piernas recubiertas por compresas esterilizadas y mantenidas por dos ayudantes, no im-

porta quienes, no resta más que hacer la operación.

En la mayoría de los casos, conviene hacer la anestesia previa, con el objeto de evitar la resistencia que oponen las partes blandas y la indocilidad de la parturienta.

Manual operatorio — La versión por maniobras internas, comprende tres tiempos:

Primer tiempo. — Introducir la buena mano, buscar el buen pie y tomarle, hecho todo en el intervalo de las contracciones.

Segundo tiempo. — Hacer evolucionar el feto y encajar la nalga, tirando por el pie tomado, en el momento que no haya contracción.

Tercer tiempo. — Extracción del feto como en un caso de nalgas, modo de pie.

Primer tiempo. — Introducir la buena mano, buscar el buen pie y tomarle. Este tiempo comprende dos partes á cual más importantes. ¿Qué mano se debe introducir? ¿Cuál es el buen pie y qué camino se recorrerá hasta dar con él?

La mano á introducir no siempre será la misma, variará para cada caso según la actitud que observe el feto. En regla general, se introducirá la mano que colocada en una posición intermediaria á la pronación y supinación, su cara palmar mire el plano anterior del feto, es decir, aquella que

con mayor comodidad llegará al sitio donde se encuentren los pies.

Veamos qué mano conviene para cada presentación y posición.

Presentaciones de vértice y cara. — Se introducirá la mano del mismo nombre de la posición. Asi: occipital á la derecha, mano derecha; occipital á la izquierda, mano izquierda.

Presentaciones de hombro, dorso anterior. — Conviene la mano del mismo nombre del hombro que se presenta, contraria del sitio que ocupa la cabeza.

Hombro derecho, mano derecha; hombro izquierdo, mano izquierda.

En las dorsos atrás, excepcional posición, será la mano de nombre contrario del hombro que se presenta.

Técnica de la introducción de la mano. — Los dedos extendidos y semiflexionados en sus articulaciones metacarpo-falangianas, serán reunidos de modo que el índice y meñique queden colocados delante del medio y del anular; forman así un canal donde se va á alojar el pulgar. La mano entera adquiere la forma de un huso, cuyo vientre responde á las articulaciones metacarpo-falangianas.

Antes de introducirla, si hay descenso de un brazo, se pasará un lazo alrededor de la muñeca, que lo mantendrá un ayudante.

Por movimientos de rotación imprimidos á la mano, se la hace franquear suavemente el orificio vulvar y recorrerá la vagina hasta llegar al orificio uterino. Antes de entrar al útero es necesario tomar ciertas precauciones: con la otra mano quedada libre se va á tomar por el abdomen el fondo del útero, para descenderlo é inmovilizarlo.

Esta precaución es importante, impide que en el momento del pasaje de la mano al útero, sus inserciones vaginales sean tironeadas, y por consiguiente, expuestas á ser rotas.

Si hasta este momento, las membranas están intactas, se las romperá al nivel de la bolsa de las aguas y no en otro sitio. Se llegará al contacto de la presentación.

Ahora la segunda parte.

¿Cuál es el buen pie? ¿Cómo se dará con él?

Ya no es más cuestión si se debe tomar uno ó los dos pies: se tomará uno solo; de ese modo el otro miembro unido al polo pelviano, formarán una parte voluminosa que asegurará la dilatación del canal para el pasaje de la cabeza última.

¿Cuál es el buen pie? Aquel por el cual las tracciones serán más eficaces para la evolución y extracción del feto. Farabeuf y Varnier en sus experiencias sobre el maniquí, han demostrado el efecto favorable para la evolución de las tracciones hechas por el buen pie y qué contrarias cuando son por el malo. La extracción más favo-

rable será aquella que se haga con el occipital adelante en occipo-pubiana; por consiguiente, hay que tirar del pie que produzca esta posición.

Así, pues, el buen pie será diferente para cada presentación y posición.

Presentaciones de vértice y cara.—Se tomará el pie correspondiente al miembro anterior, de nombre contrario á la posición y mano que se ha introducido: occipital á la derecha, pie izquierdo; occipital á la izquierda, pie derecho.

Presentación de hombro, dorso adelante. — El pie que conviene es el que corresponde al miembro inferior, del mismo nombre al hombro que se presenta y mano introducida: hombro derecho, pie derecho; hombro izquierdo, pie izquierdo.

Dorso posterior.—Se tomará el pie de nombre contrario al hombro que se presenta.

Resuelto ya qué pie se tomará, veamos la manera más segura y rápida de encontrarlo.

Muchos son los consejos dados sobre el camino á recorrer. Unos llevan la mano entre la pared uterina y las membranas, para romperlas cuando están á la altura de los pies; otros van hasta el fondo del útero, para de allí hacer un camino retrógrado hasta tropezar con ellos; otros, en fin, se dirigen directamente hacia el sitio que el diagnóstico de la posición les asegura encontrarles; pero todos, una vez que han dado con los pies, se detienen á estudiarles, tratando de reconocer-

les por un sinnúmero de caracteres difíciles de apreciar.

El profesor Cantón nos enseña una maniobra que simplifica muchísimo el *modus operandi.*

Para mayor claridad en la exposición de dicha maniobra, tomaremos por ejemplo una presentación de hombro derecho, dorso anterior.

Se introduce la mano derecha con las mismas precauciones anteriormente enunciadas hasta llegar á la presentación. Los dedos tocarán y reconocerán las costillas y espacios intercostales, que constituyen la rejilla costal, explorarán el hueco axilar (primer punto de reparo). De este punto, la mano se dirigirá á la derecha de la madre, es decir, hacia donde mira este hueco, recorrerá el costado derecho del feto y sin abandonarlo llegará á la nalga del mismo nombre (segundo punto de reparo). Continuará su camino á lo largo del muslo, pierna y por fin, llegará sobre el pie derecho, el buen pie, del mismo nombre de la presentación, que lo tomará sólidamente.

En la presentación de hombro izquierdo la mano izquierda recorrerá un camino inverso; tocará el hueco axilar izquierdo (primer reparo), recorrerá el costado izquierdo hasta llegar á la nalga (segundo reparo); continuará por el muslo, pierna y caerá sobre el pie izquierdo, que es el bueno.

En resumen, en las presentaciones de hombro, dorso anterior, la mano introducida recorre sin

abandonar un solo instante, todo el plano lateral inferior del feto, para dar seguramente con el pie buscado.

En las presentaciones de vértice y cara, la mano recorrerá con el mismo método, el plano lateral anterior, puesto que el pie que se tomará es de nombre contrario de la posición.

Haciendo la maniobra Cantón no se tiene incertidumbre hacia qué punto se dirigirá en busca de los pies, y más todavía, se estará seguro de caer sobre el bueno, evitando de recargar la memoria con tantos signos dados para reconocer cual es el pie derecho ó cual el izquierdo; también es la manera más rápida de llegar al fin que se propone.

Todo este tiempo será hecho en el intervalo de las contracciones.

Segundo tiempo.—Hacer evolucionar el feto y encajar la nalga, tirando por el pie tomado; en el momento que no haya contracción.

Una vez el buen pie encontrado, se le tomará sólidamente, empuñándole de manera á abrazar su cuello por los dedos índice y medio; hecho esto, se ejercerá tracciones dirigidas atrás y abajo en la dirección del eje del estrecho superior; estas tracciones deben ser continuas y no por sacudidas, único modo de darse cuenta del resultado. Por la fuerza que opera sobre el pie, el feto toma la forma de un arco muy cerrado, cuyas dos extre-

midades casi se tocan; á medida que una extremidad baja, la que corresponde al pie, la otra sube, la cabeza, enderezándose así el feto, y por consiguiente, operándose la evolución.

La fuerza á emplear en las tracciones, es regulada, no tanto por el feto capaz de soportar fuertes tracciones sin sufrir el menor traumatismo, sino por el útero mismo, cuyas paredes más ó menos delgadas están expuestas siempre á una ruptura.

Poco á poco, el pie y el miembro correspondiente descienden, hasta que se les ve aparecer en la vulva; la mano que quedó libre, á través de la pared abdominal sigue los progresos de la evolución.

Este tiempo debe ser hecho como el anterior en el intervalo de las contracciones.

Tercer tiempo.—Extracción del feto como en un caso de nalgas modo de pie. La evolución habiéndose efectuado y encajado la nalga, la extracción no difiere en nada de la que se haría en un caso de presentación de nalgas con descenso de un miembro inferior. Esta extracción es considerada con razón por Farabeuf y Varnier, como tres partos sucesivos: primero la nalga, después los hombros y por fin la cabeza más voluminosa que los otros dos; cada uno de estos partos tiene sus dificultades.

Continuando las tracciones por el pie, se ve aparecer sucesivamente el miembro correspon-

diente; se le empuña á plena mano. Las nalgas con el otro miembro, formando un solo polo, se encaja y llega al contacto del periné, encontrándose orientadas de tal modo que una nalga, la correspondiente al miembro que se tracciona, está en contacto del pubis y la otra, ocupa la concavidad formada por el periné bombeado. Las tracciones deben ser siempre dirigidas atrás hasta desprender del pubis la nalga anterior; esto conseguido, se las dirige hacia arriba con el objeto de ayudar el desprendimiento de la posterior. Para evitar que el periné muy distendido se rompa, se desprende antes que la nalga el miembro. Los dos miembros inferiores estando afuera, se les tomará sólidamente por sus extremidades, con una sola mano, teniéndoles al aire; por lo general no es necesario tirar, porque las nalgas se desprenden por los solos esfuerzos de la mujer. Inmediatamente de desprendidas estas, se irá en busca del cordón, enganchándole para formar un asa, con el objeto de evitar tironeos de la placenta ó su desgarradura en la extremidad umbilical; en seguida se tomará cada uno de los miembros lo más cerca posible de su raíz; bajo ningún pretexto se tomará el feto por el vientre, que puede sufrir compresiones peligrosas.

Se va á operar el parto de los hombros, es decir, su encaje y desprendimiento. El encajamiento variará seguramente, según que los miem-

bros superiores hayan quedado á lo largo del cuerpo ó que se hayan levantado. En el primer caso, si se nota dificultad en el encajamiento, se ejercerá tracciones por las manos, obrando sucesivamente. En el segundo, uno ó los dos brazos se han extendido, el diámetro biacromial aumenta en esta actitud y el encajamiento se hace con gran dificultad; es necesario descender los brazos. Para esto se introduce una mano, recorriendo el dorso del feto hasta llegar al hombro, se continúa por el brazo para tomarle lo más cerca posible del codo; esto es capital. La presión va á ser ejercida sobre un brazo de palanca de tercer orden, su punto de apoyo está en la articulación escápulo-humeral y la resistencia en el codo; por consiguiente, cuanto más cerca del codo se opere, tanto más fácil será de descenderle; además, cuanto más cerca del hombro sean ejercidas las presiones, tanto más expuesto se estará á fracturar el húmero. Así, pues, la mano con los dedos alargados y formando gotiera, tomará el brazo lo más cerca posible del codo, lo llevará en abducción y recién tirará. El antebrazo y la mano del feto pasarán por delante de la cara del mismo.

Si los dos miembros se han extendido, se empezará por descender el posterior, aprovechando de la concavidad del sacro.

Efectuado el encajamiento, se hace desprender primero el hombro anterior y después el posterior,

siendo este el orden del desprendimiento espontáneo.

Cumplido ya el segundo parto, se va á efectuar el tercero, el más penoso, el de la cabeza más voluminosa y menos reductible. El encajamiento será más ó menos difícil según las relaciones que existan entre los diámetros del estrecho superior y la cabeza.

Si la pelvis es normal y el feto del tamaño medio, el encaje se hará sin mayores dificultades; pero si hay disminución de los diámetros del estrecho, quizás el encajamiento no se efectúe, recurriendo en ese caso á maniobras especiales.

En pelvis normal, la cabeza se encaja por un díametro oblicuo, ejecuta la rotación interna para traer el occipital debajo del pubis y por fin se desprende flexionándose. El descenso y desprendimiento no siempre se efectúa con facilidad; la cabeza puede ser retenida en la excavación y en el estrecho inferior. En estos casos, se recurrirá á la maniobra de Mauriceau, que consiste en varios tiempos: hacer cabalgar el feto sobre el antebrazo que naturalmente mire su plano anterior y con la mano ir á buscar la boca que generalmente está situada á un costado, se introducirá dos dedos. Con la otra mano, recorriendo el dorso del feto, se va en busca del cuello que se le abraza entre el índice y medio. Hecho esto, se flexiona la cabeza tomando punto de apoyo sobre el maxilar

inferior y al mismo tiempo se lleva el mentón hacia la línea media; entonces se tira con las dos manos á la vez hasta colocar el occipital debajo del pubis. Para desprender la cabeza, no hay más que levantar con el antebrazo el cuerpo del feto, apareciendo sucesivamente los diámetros suboccípitos, mentoniano, nasal, frontal y por último el bregmático.

En las viciaciones pelvianas que traen como consecuencia principal una deformación del estrecho superior, acortando algunos de sus diámetros, para que el encajamiento sea posible, es necesario que la cabeza ponga en relación sus menores diámetros con los menores del estrecho; la flexión y los movimientos de lateralidad, realizan esta relación. El mecanismo del encajamiento ha sido admirablemente demostrado por Farabeuf y Varnier en sus experiencias sobre el maniquí natural.

Transcribiré íntegra la descripción que hacen de esas experiencias y de la maniobra de Champetier de Ribes en su *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements,* dicen:

«El bacinete, ó mejor dicho, el estrecho superior del bacinete que nos va á servir, es aplastado de adelante á atrás. Es el diámetro antero-posterior mediano, el promonto-pubiano que es en defecto; no tiene más que nueve centímetros en lugar de once centímetros. Siempre, la distancia del alón del sacro de un lado al cuerpo del pubis del lado

opuesto, ha conservado dimensiones que se alejan menos del estado normal. En cuanto al diámetro transverso, él es normal ó quizás agrandado.

Pues, la forma oblonga transversalmente del estrecho superior se acentúa aquí notablemente.

Naturalmente, la cabeza, viniendo última, presentando su base, se coloca en posición transversal y ofrece sus más grandes diámetros los occípitos faciales, al diámetro pelviano máximo, que es el transverso.

En nuestra descripción y figuras, suponemos el occipital orientado hacia la izquierda, la posición siendo occípito izquierda transversal.

La cabeza detenida así sobre la entrada del bacinete, comienza por deflexionarse y toda progresión es imposible. ¿Por qué? La cabeza resiste el encajamiento en tres puntos: atrás, la prominencia del promontorio detiene el parietal posterior; adelante, las crestas del pubis y las eminencias íleopectineas suspenden las de la derecha, el hueso malar anterior y aquellas de la izquierda la región supramastoidea ó suboccípito-parietal.

Así, apoyada como sobre tres pies, la cabeza no puede ser flexionada.

¿ Qué habría que hacer para posibilitar la flexión necesaria? Suprimir el apoyo del hueso malar anterior. ¿Cómo se podrá hacer? Por una rotación ligera que llevara la cara atrás, donde hay lugar.

Una cosa que debe llamarnos la atención, considerando atentamente la figura 170, es el espacio que queda desocupado atrás, á derecha é izquierda, delante de los alones del sacro. Esta rotación ligera que desengancha el malar anterior, va á permitir la flexión, dará otro resultado feliz: ella desplazará ligeramente las eminencias parietales, notablemente la posterior, que ella alejará del promontorio obstáculo, colocándola en el lugar vacío que existe delante del alón izquierdo.

Sobre la figura 171 esta rotación es cumplida, y nada parece poder oponerse á la flexión, que va á ser suficiente, sin duda, para encajar la cara y la parte témporo-frontal del cráneo.

Operemos esta flexión: la frente se enfosa; el occipital se eleva; y he aquí el lugar vacío de cada costado del bacinete, pues el occipital, que recién desbordaba el contorno pelviano, se ha alejado remontando.

La cabeza no penetra todavía en el estrecho superior: queda por encima, como antes. Es que por el mismo movimiento de flexión que ha levantado el occipital, las eminencias parietales se han transportado del lado donde está la frente. Este cambio ha destruído todo el beneficio que habíamos obtenido de la orientación oblicua, para la posición de la eminencia parietal, trayéndola de la escotadura yuxta-promontoriana, donde la había-

mos colocado, al promontorio mismo, cuya saliencia lo detiene de nuevo.

¿No podemos rechazar, definitivamente, esta eminencia parietal posterior al sitio del alón izquierdo del sacro? Sí, pues por el hecho de la flexión, que ha elevado y creado un vacío intero-occípito-pelviano, la cabeza puede ser rechazada, apoyada de la derecha materna hacia la izquierda al contacto mismo de la parte izquierda de la escavación. Esto es hecho. Parece que nosotros hemos hecho por el mejor. La eminencia parietal anterior deslizará, más tarde, detrás del pubis derecho; la posterior va á encajarse delante del alón izquierdo del sacro. En cuanto al promontorio ó más bien á su costado izquierdo, es la región témporo-parietal, que tiende á enfosar, región felizmente menos saliente y más depresible que la eminencia misma.

Esta cabeza flexionada, orientada oblicuamente y rechazada en la mitad de la escavación donde el occipital siempre ha estado, coloquémosla mientras tanto, en un corte mediano del bacinete, á fin de seguir el descenso.»

La figura 174 representa la mitad izquierda de un bacinete cortado en el sentido anteroposterior; tres cabezas, I, II, III, en los distintos momentos del encajamiento.

«La cabeza I, sinclítica al bacinete, es una acti-

tud puramente hipotética, pues jamás se tira en el eje del estrecho superior.

La cabeza II, al contrario, representa la actitud real del comienzo del encajamiento.

Las tracciones, siendo necesariamente dirigidas adelante, dejan la sien anterior encima de la sínfisis y hacen descender la posterior en el piso superior de la escavación, tan bien, que la oreja posterior se encuentra ya á un centímetro y medio, por lo menos, debajo del promontorio, cuando la anterior está todavía por encima del pubis.

Esta inclinación y el semidescenso que resulta, se detiene cuando el parietal posterior frota demasiado fuerte contra el promontorio, que le puede todavía apretar y enfosarle más. Se necesita bien poco para que la eminencia parietal posterior no sea considerada como encajada; pero del lado anterior, nada se ha hecho.

La eminencia parietal anterior, que las tracciones adelante no solicitan descender, ha quedado elevada. Es necesario descenderla á su vez y no se ve otro medio que el de rechazar el cuello y el mentón, en la cavidad vacía del sacro, de hacer bascular la cabeza sobre el punto fijo que el promontorio se ha labrado en el parietal posterior.

La figura III ha sufrido esta báscula; por consiguiente, las dos eminencias parietales están en el estrecho superior; el encajamiento se ha cum-

plido. La menor tracción y la cabeza caerá instantáneamente al fondo de la escavación.

En resumen, si sobre la parturienta quisiéramos, por una maniobra, realizar este mecanismo complejo, nos sería necesario recordar el programa:

1.° Orientar oblicuamente la cabeza que se presenta desde luego transversal, á fin de desenganchar el malar anterior y hacer la flexión posible.

2.° Hacer la flexión.

3.° Rechazar la cabeza oblicuamente orientada y flexionada en la mitad de la escavación ocupada por el occipital.

4.° Descender tanto que sea posible la eminencia parietal posterior.

5.° Descender y encajar la eminencia parietal anterior.

Es esto que realiza muy bien la maniobra llamada de Champetier de Ribes.

Esta maniobra prepara desde luego el encajamiento (orientación, flexión, rechazamiento); ella ejecuta en seguida (descenso de la eminencia parietal posterior, descenso de la anterior).

Un ayudante es indispensable; dos son útiles.

He aquí cómo se procede:

Con la mano cuya palma mira naturalmente el vientre del feto, el partero va en el piso superior

de la escavación, hacia un costado, á buscar la boca y poner dos dedos para enganchar sólidamente el maxilar.

Él se esfuerza desde luego en enfosar el mentón atrás (rotación), después tira con todas sus fuerzas sobre el maxilar, que puede soportar un esfuerzo de veinticinco kilogramos (flexión).

Al mismo tiempo, el ayudante principal, arrodillado sobre el lecho, enfrente á la frente del feto, aprieta con sus dos manos sobre esta frente, que él favorece así esta flexión, rechazándola todo lo que pueda hacia el costado opuesto del bacinete (rechazamiento).

El encajamiento, suponiéndole posible, el momento de las tracciones ha llegado. El partero, con su mano quedada libre, ha enhorquillado el cuello por sobre el hombro anterior, entre el medio é índice; el segundo ayudante ha tomado los pies; el primero no ha cesado de apoyar sobre la frente; todo el mundo tira ó puja á la vez y con sus dos manos, elevando las tracciones, para reunir el efecto sobre el encajamiento de la eminencia parietal posterior.

Cuando el partero cree haber obtenido todo lo posible de este lado, cesa de tirar adelante el cuello y el carrillo anterior; él manda tirar lo más atrás posible, y sobre todo, con la punta de sus dedos que tiran sobre el hombro, lleva el cuello y carrillo hacia el hueco sacro-coccígeo, para

descender y encajar la eminencia parietal anterior. Cuando se ha llegado á encajar las dos eminencias, ellas pasan tan pronto, que un salto muy neto, percibido por los tres operadores, indica el final de la maniobra.

Cuando esta fracasa porque hay desproporción demasiado considerable entre las dimensiones de la cabeza y las del estrechamiento, no se debe vacilar en reducir el volumen de la región fetal por el trituramiento. »

PRONÓSTICO

El pronóstico de la versión es muy diferente, según sea la indicación que la ha motivado, el momento y la manera como se hizo.

Hemos visto cuales son los accidentes ocurridos tanto á la madre como al feto, conocemos también la gravedad de cada una de esas complicaciones; el pronóstico estará, pues, en relación con el grado y gravedad de esos accidentes.

En las viciaciones pelvianas, el pronóstico será favorable si se aplica la versión en un bacinete cuyas formas y dimensiones permitirán seguramente el pasaje del feto. Es sabido que este muere inmediatamente cuando la cabeza última es retenida por el estrecho superior.

Es muy importante también el momento en que la versión es aplicada; hay un tiempo de elección cuando la dilatación es completa y la bolsa de

las aguas está intacta ó recién rota; y un tiempo de necesidad cuando después de la ruptura de la bolsa, una mala presentación desconocida ó un accidente cualquiera, reclama una pronta intervención. (F. J. Herrgott).

No existiendo las condiciones indispensables, es mejor no tentar la operación.

Y la manera como es hecha es un factor no menos importante para el pronóstico; si se ha observado una rigurosa antisepsia y se ejecuta la operación con rapidez y suavidad, se estará seguro de no complicar el puerperio con una infección y traumatismo y se tendrá grandes probabilidades de extraer un feto vivo, con mayor razón si su vitalidad no ha sido comprometida seriamente.

OBSERVACIONES

I

HOSPITAL SAN ROQUE — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Catalina V., italiana, cuarenta y dos años. Entra al servicio el 30 de abril.

Antecedentes hereditarios; sin importancia.

Antecedentes personales; fisiológicos, regló por primera vez á los catorce años; patológicos, tuvo escarlatina.

Ha tenido doce hijos á término, partos espontáneos de vértice, cinco mujeres y siete varones; viven seis. El padre del actual embarazo es el mismo.

Embarazo actual. — Las últimas reglas, en el mes de julio; movimientos activos á los cuatro

meses. Altura del útero, treinta y nueve centímetros; del ombligo al fondo, quince centímetros. Embarazo á término. Ha tenido vómitos y cefalalgias. Orinas normales.

Examen. — Esqueleto normal, corazón y pulmones normales; no tiene edemas ni várices. Vientre desarrollado, de paredes tensas; útero desviado á la derecha.

Presentación, posición y variedad. — V I T, movible, pelvis normal; no se siente latidos fetales.

Parto. — Entra á la sala de partos con cuatro centímetros de dilatación. Desde hace tres horas tiene una gran hemorragia; se le hace lavajes hemostáticos de agua esterilizada; como la hemorragia no cede, se decide terminar el parto. Se rompe las membranas aun intactas y se hace la versión por maniobras internas, extrayendo un feto muerto. Después se hace irrigación intrauterina y curación vulvar antiséptica; hipodermoclisis de suero artificial.

Al cuarto de hora se produce el alumbramiento espontáneamente, pudiéndose constatar por la medida de las membranas, que miden cinco centímetros, que se trataba de un caso de placenta insertada en el segmento inferior.

No hay fiebre en el puerperio. La enferma fué dada de alta, sana, el 8 de mayo.

II

HOSPITAL SAN ROQUE — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Dolores G., española, treinta y cinco años. Entró al servicio el 4 de enero á la 1 a. m.

Antecedentes hereditarios; sin importancia.

Antecedentes personales; fisiológicos, tuvo su primera regla á los dieciocho años; patológicos, sarampión y viruela.

Ha tenido tres hijos á término, partos normales.

Todos son hijos del mismo padre.

Embarazo actual. — Altura del útero, treinta y dos centímetros; edad del embarazo, ocho meses y medio. Tuvo cefalalgias y hemorragias nocturnas.

Examen. — Esqueleto normal; hay edemas y várices. Vientre globuloso, paredes tensas, útero desviado á la derecha.

Presentación, posición y variedad. — Vértice con procidencia de mano, no encajada. Pelvis normal. Ciento setenta y dos latidos fetales, irregulares.

Parto. — Entra á la sala de partos á la 1 a. m. del día 4 de enero, con cuatro centímetros de dilatación. Tiene grandes hemorragias, ciento veinte pulsaciones. Se completa la dilatación por medio del balón de Champetier y previa anestesia clorofórmica, se hace la versión, extrayendo

un feto muerto del sexo masculino. Se hace alumbramiento artificial seguido de lavaje intrauterino.

En el puerperio la curva térmica es normal. La enferma sale de alta el 13 de enero.

III

HOSPITAL SAN ROQUE—MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Clelia S., italiana, veintiséis años. Entra al servicio el 18 de octubre.

Antecedentes hereditarios; negativos.

Personales, fisiológicos; su primera regla á los diez años. Patológicos, histero-epilepsia; ha tenido hemoptisis.

Tiene dos hijos nacidos á término, partos espontáneos. El padre del actual embarazo es distinto.

Embarazo actual. — La altura del útero es de veinticinco centímetros; del ombligo al fondo siete centímetros. Embarazo de siete meses.

Examen. — Esqueleto normal, ligeros edemas y várices, vientre poco voluminoso de paredes tensas; útero desviado á la izquierda.

Auscultación, ciento cuarenta latidos.

Parto. — Entra á la sala de partos á las dos p. m. completándose la dilatación á las once y

media. Ruptura precoz de las membranas. Tiene prolápsus uterino hasta fuera de la vulva; cistocele y ulceraciones de la vagina. Se procede á hacer una versión, extrayéndose un feto vivo, masculino. Se hace el alumbramiento espontáneo. Sale de alta el 8 de diciembre.

IV

HOSPITAL SAN ROQUE—MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Mercedes de C., argentina, veintitrés años. Entra al servicio en trabajo el 29 de diciembre.

Antecedentes hereditarios; sin importancia.

Antecedentes personales; fisiológicos, regló á los catorce años; patológicos, sarampión y fiebre gástrica.

Ha tenido dos hijos á término, extraídos con el forceps. Hijos del mismo padre.

Embarazo actual.—Las últimas reglas en mayo; los movimientos activos, á los cuatro y medio meses.

Altura del útero, veintiocho centímetros. Edad del embarazo, siete meses. Sin complicación.

Examen. — Esqueleto normal. Vientre poco desarrollado, poco tenso. Hay edemas.

Presentación.—Vértice con procidencia de mano, D T; no hay encaje. Latidos normales.

Pelvis normal.

Parto. — Entra á la sala de partos, con dos dedos de dilatación, bolsa de las aguas rota; el cuello uterino desgarrado por un parto anterior; 39°2 de temperatura y ciento veinte pulsaciones. Niño vivo con ciento sesenta latidos. Se hace la versión por maniobras internas, extrayéndose un feto vivo de 1.480 gramos que murió á las diez horas. Media hora después, se hace el alumbramiento espontáneo.

La temperatura desciende á la normal á los cuatro días.

V

HOSPITAL SAN ROQUE — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Rosa de M., argentina, veinte años, cocinera. Entra al servicio el 28 de agosto.

Antecedentes hereditarios; negativos.

Antecedentes personales; fisiológicos, regló á los dieciséis años; patológicos, sarampión.

Embarazo actual. — Es el primero. Tuvo las últimas reglas en enero; movimientos activos á

los cuatro y medio meses. Altura del útero, treinta y cinco centímetros. Embarazo á término. Ha tenido vómitos. Orinas normales.

Examen. — Esqueleto normal. Vientre desarrollado, paredes tensas.

Presentación, posición y variedad. — V I T.

Pelvis normal. Los latidos fetales son al principio normales y después se hacen irregulares.

Parto. — Entra á la sala de partos con dilatación completa, membranas íntegras. Ciento cincuenta latidos fetales. La ruptura de la bolsa de las aguas fué tempestiva, saliendo el líquido amniótico mezclado con meconio. Los latidos se hicieron irregulares y débiles y como no había encaje, se interviene, haciendo la versión y finalmente la maniobra de Mauriceau, extrayéndose un feto de sexo femenino, cianótico; se le hace respiración artificial y vivió.

El alumbramiento espontáneo se hace cuarenta y ocho minutos después.

VI

HOSPITAL SAN ROQUE — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Leonor S., argentina, veintiún años, cocinera.
Entra al servicio el 13 de noviembre.

Antecedentes patológicos; viruela.

Ha tenido tres hijos, dos á término y el otro á los ocho meses; partos espontáneos de vértice; hijos de un mismo padre.

Embarazo actual. — Últimas reglas en febrero, movimientos activos á los cuatro meses; altura del útero, treinta y cuatro centímetros. Embarazo á término.

Ha tenido vómitos, diarrea y cefalalgia. Orinas normal.

Examen. — Esqueleto normal, no hay edema ni várices. Vientre voluminoso de paredes poco tensas. Presentación V I T.

Pelvis normal. Latidos fetales muy acelerados é irregulares.

Parto. — Entra á la sala de partos con cinco centímetros de dilatación, bolsa de las aguas rota y presentación de vértice con procidencia de cordón que latía.

Previa anestesia clorofórmica, se le hace la versión, extrayéndose un feto muerto.

El alumbramiento se efectúa al mismo tiempo que la extracción del feto; inserción baja de la placenta.

VII

HOSPITAL SAN ROQUE. — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Pelegrina M., española, veintidós años, mucama. Entra al servicio el 31 de agosto.

Antecedentes hereditarios; sin importancia.

Antecedentes personales fisiológicos; regló á los quince años; patológicos, viruela.

Embarazo actual.—Primer hijo. Ignora la fecha de sus últimas reglas. Altura del útero: treinta y seis centímetros; embarazo gemelar de ocho meses. Tuvo vómitos, edemas generalizados. Tiene perturbaciones de la vista (nistagmus) cefalalgia. Gran cantidad de albúmina.

Examen.—Esqueleto normal; edemas, várices, vientre voluminoso de paredes tensas.

Presentación de vértice el primero y nalgas el segundo; posición y variedad, IT y IIA.

Pelvis normal. Latidos débiles.

Parto.—Entra á la sala de partos á las 11.30 p. m. en estado comatoso; respiración fatigosa y frecuente, pulso ciento veinte. Temperatura 38°. Nistagmus, edemas generalizados especialmente en la vulva y miembros inferiores.

Dice que ha tenido en su casa dos ataques convulsivos, en el servicio no tuvo ninguno.

Se procedió á la dilatación manual y á la versión, extrayéndose dos fetos del sexo masculino vivos. A la hora se hace la extracción manual de la placenta. Lavajes y curación antiséptica.

Sale de alta el 6 de octubre, sana.

VIII

HOSPITAL SAN ROQUE. — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Antonia A., española, veinticuatro años, tejedora. Entra al servicio el 4 de diciembre de 1901.

Antecedentes hereditarios; el padre ha muerto de una afección al corazón.

Antecedentes personales fisiológicos; regló á los dieciséis años; patológicos, sarampión.

Embarazo actual.—Es el primero. Las últimas reglas en febrero, movimientos activos á los cuatro meses. Altura del útero veintinueve centímetros; edad del embarazo siete y medio meses. Ha tenido vómitos, dolores en el epigastrio y cefalalgia. La orina tiene albúmina, dos por mil.

Examen.—Esqueleto normal; edemas y várices, vientre poco desarrollado de paredes tensas, útero desviado á la derecha.

Presentación. — VIT.

Pelvis normal.—Latidos fetales, muy débiles y acelerados, ciento sesenta y cinco.

Parto.—Entra á la sala de partos á las 7.30 del día 4 de diciembre con síntomas de eclampsia.

Dice el marido, que ha tenido varios ataques en su casa.

Tenía dos dedos de dilatación, bolsa íntegra, presentación de VIT. Temperatura 37°8, pulso ciento veinte. Contracciones uterinas frecuentes.

Se resuelve aplicar el balón de Champetier y se espera á que la dilatación sea completa; se hace la versión, extrayéndose un feto muerto.

Se le administra una enema de hojas de sen, glicerina y sulfato de soda; se hizo anestesia clorofórmica durante el parto. Después de la expulsión se le administra una poción de cloral y un purgante de aceite de ricino y croton.

Sale de alta el 22 de diciembre, sana.

IX

HOSPITAL SAN ROQUE. — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Cándida de C., italiana, veinticinco años. Entra al servicio el 23 de noviembre de 1901.

Antecedentes hereditarios; sin importancia.

Antecedentes personales fisiológicos; no da.

Embarazo actual.—Primero. Fecha de las últimas reglas en abril. Embarazo de ocho meses. Albuminuria.

Examen.—Esqueleto normal. Edema y várices. Vientre globuloso de paredes tensas, útero desviado á la derecha.

Presentación, posición y variedad.—V D T.

Pelvis normal.—Latidos fetales normales.

Parto.—Entra á la sala á las 6.30 p. m. del 23 de noviembre, en celampsia, con cinco centímetros de dilatación. Se completa la dilatación y se hace la versión extrayéndose un feto muerto.

Alumbramiento espontáneo media hora después.

Hubo desgarradura del periné.

Se le hace lavajes intrauterino, dermoclisis y se le administra cloral.

Sale de alta el 18 de diciembre.

X

HOSPITAL SAN ROQUE.—MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Ruperta B., argentina, veintiocho años, lavandera. Entra al servicio el 10 de octubre de 1901.

Antecedentes hereditarios; padre tuberculoso.

Antecedentes personales fisiológicos; regló á los doce años; patológicos, ninguno.

Ha tenido un hijo á término, parto espontáneo. El del actual embarazo es del mismo padre.

Embarazo actual.—Últimas reglas en enero, movimientos activos en abril. Altura del útero treinta centímetros; del fondo al ombligo, trece centímetros. Edad, ocho meses. Tiene cefalalgia y

Examen. — Esqueleto normal. Edemas ligeros vómitos.

en ambas piernas. Vientre globuloso de paredes regularmente tensas.

Presentación. — V D T.

Pelvis normal. Latidos fetales, ciento cincuenta y seis irregulares.

Parto.—Entra á la sala el 10 de Octubre á las 3.45 p. m. en coma completo con pulso frecuente 108-39°4 de temperatura. Tuvo en la cama de partos un ataque de eclampsia.

Dos dedos de dilatación, bolsa integra; cabeza ligeramente fijada en D T. Se procede á hacer la dilatación forzada y después la versión, extrayéndose un feto vivo del sexo masculino.

Quince minutos después se hace el alumbramiento espontáneamente.

Se le hace amplios lavajes intrauterinos.

Falleció el 11 de Octubre.

XI

HOSPITAL SAN ROQUE. — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Carolina C., italiana, veinte años.

Entra al servicio el 16 de Mayo de 1902.

Antecedentes hereditarios; sin importancia.

Antecedentes personales fisiológicos; regló á los catorce años; patológicos, ninguno.

Ha tenido dos hijos á término, partos espontáneos de vértice, todos del mismo padre.

Embarazo actual; ignora la fecha de sus últimas reglas. Altura del útero, treinta y cinco centímetros; del fondo al ombligo, diecisiete centímetros. Edad del embarazo, ocho meses. Ha tenido vómitos y cefalalgia. Orinas normales.

Examen. —Esqueleto normal, no hay várices ni edemas, vientre voluminoso, de paredes poco tensas, útero desviado á la derecha.

Presentación.— Hombro derecho, dorso posterior. Pelvis normal. Latidos fetales irregulares.

Parto. —Entra á la sala de partos el día 16 de mayo á las cuatro y treinta a. m.

A la auscultación no se sentían latidos fetales; pero al intervenir, se notó latidos en el cordón; entonces se resolvió hacer una versión por maniobras internas, extrayéndose un feto vivo del sexo

masculino. Esta mujer cuando entró al servicio, hacía veinticuatro horas que tenía rota la bolsa de las aguas y descenso del brazo. Temperatura 38°.

Después del parto se hace lavaje intrauterino y curación antiséptica.

Puerperio apirético.

Salió de alta el 25 de mayo.

XII

HOSPITAL SAN ROQUE — MATERNIDAD

Servicio del doctor Eliseo Cantón

Filomena de C., argentina, dieciocho años.

Entra al servicio el 22 de agosto.

Antecedentes hereditarios; sin importancia.

Antecedentes personales; fisiológicos, regló á los doce años.

Patológicos, sarampión.

Tuvo un parto á término, haciéndosele alumbramiento artificial.

Embarazo actual.—Seis meses de edad; edemas y várices; orina normal.

Examen.—Esqueleto normal; hay edemas y várices; vientre poco desarrollado de paredes flácidas.

Presentación. — Hombro izquierdo; pelvis normal. No se oyen latidos fetales.

Parto.—Entra á la sala el 22 de agosto, á las 11 p. m., con dilatación completa, bolsa rota, con presentación de hombro izquierdo, procidencia del cordón y placenta insertada en el segmento inferior del útero.

Se le hace la versión, extrayéndose un feto de seis meses, vivo, seguido de alumbramiento artificial.

Puerperio apirético.

Alta el 31 de agosto.

DIEGO DELACROIX.

Buenos Aires, noviembre 4 de 1902.

Nómbrase á los señores: Académico, Dr. J. de Tezanos Pinto; profesor titular, Dr. Samuel Molina, y profesor suplente, Dr. Eliseo V. Segura, para que, constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, noviembre 7 de 1902

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis precedente.

«En el local de la Facultad, á 6 de noviembre de 1902, reunida la comisión que subscribe, encargada de informar respecto de la admisibilidad de la tesis del ex-alumno señor Diego Delacroix, que versa sobre «Versión por maniobras internas», resolvió admitirla. Con lo que terminó el acto. (Firmado) *J. de Tezanos Pinto.—Samuel Molina —Eliseo V. Segura.—C. Robertson*, prosecretario».

ZENÓN AGUILAR.

Buenos Aires, noviembre 7 de 1902

Entréguese esta tesis á al autor para su impresión, fijándose por secretaría el día en que debe ser sostenida.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Por la maniobra Cantón, se llega más pronto, fácil y seguramente al buen pie.

II

El procedimiento que usa el doctor Solá para el varicocele, es de gran sencillez operatoria y asegura una curación definitiva.

III

Un buen número de artritis tuberculosas de la rodilla se curan por la artrectomía.

IV

El método por hemi-sección de Faure para la histerectomía total y subtotal, facilita muchísimo esta operación.