Año 1911 N.º 2271

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL PARTO DE LOS HOMBROS

EN LAS

EXTRACCIONES PELVIANAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

OSCAR WIDENMAYER

Ex-practicante de la Asistencia Pública (1903)
Ex-practicante del Dep. Nacional de Higiene (1903-1909)—Practicanto menor externo del Hospital San Roque (1906-1908)
Id. menor interno (1908-1909.—Id. mayor interno (1910-1911)

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
737 — Callao — 737
1911

EL PARTO DE LOS HOMBROS EN LAS EXTRACCIONES PELVIANAS

Año 1911 N.º 2271

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL PARTO DE LOS HOMBROS

EN LAS

EXTRACCIONES PELVIANAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

OSCAR WIDENMAYER

Ex-practicante de la Asistencia Pública (1903)
Ex-practicante del Dep. Nacional de Higiene (1903-1909)—Practicanto menor externo del Hospital San Roque (1906-1908)
Id. menor interno (1908-1909.—Id. mayor interno (1910-1911)

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
737 — Callao — 737
1911

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO DAVEL

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA (con lic.)
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ
» J. T. BACA
» J. Z. ARCE

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO » MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ » CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª Sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO » TORIBIO PICCARDO
Patología interna	» RICARDO COLÓN » PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE (en ejercicio) » ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI » JUAN JOSÉ VITÓN » PABLO MORSALINE » RAFAEL BULLRICH
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » ALBERTO PERALTA RAMOS » FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI » JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año.....	» LEON PEREYRA
3er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR BALDOMERO SOMMER

Académico, Consejero, Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas

A MIS PADRES Y A LOS MIOS

A LA MEMORIA DE MI HERMANO FEDERICO

Y

DE MI TIA BERTA O. DE FREMERY

AL DOCTOR ANTONINO IBARGUREN

Director del Hospital San Roque

I

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo los parteros tropezaron con serios inconvenientes al extraer el feto en presentación pelviana, inconvenientes, que surgían de los imperfectos conocimientos que se tenían del mecanismo del parto y que iban acompañados muy á menudo por graves lesiones maternas ó fetales y en muchos casos aún terminaban con la muerte del recién nacido.

A medida que los tocólogos conocieron mejor el mecanismo por el cual el feto atraviesa la pelvis materna, la técnica á seguir por el médico, mejoró, enriqueciéndose con reglas operatorias que mucho han contribuido á mejorar el pronóstico de las extracciones pelvianas.

Pero, aún así, y en especial para el parto de los hombros, único punto que trataré, todavía no se ha llegado al ideal.

Lo que en esto llama más la atención es, que todos los parteros se hayan ocupado en vencer las dificultades que al médico se presentan en el parto de los hombros; pero pocos, los que han estudiado este asunto bajo el punto de vista profiláctico, es de-

cir, prevenir los inconvenientes que durante una extracción pelviana encuentra el médico al hacer el parto por los hombros. La conducta que la mayoría de los autores (casi todos) aconsejan seguir, una vez extraída la pelvis, tal vez responda al mecanismo del parto espontáneo; pero la clínica nos ha demostrado (y en eso todos están conformes), que tal línea de conducta puede en muchos casos ser altamente perjudicial tanto para el feto como para la madre.

Aunque pocos, no son autores recientes los únicos que se han ocupado, evitar por su línea de conducta los obstáculos apuntados, pues ya Deventer, en el año 1701, aconseja un método para la extracción de los hombros, que ha quedado olvidado hasta ahora hace poco, pues recién Mueller, en 1898, vuelve á desenterrarlo, creyendo con él, vencer las dificultades que encontraban los hombros al atravesar la pelvis y, por otra parte, evitar que la deflexión braquial constituya un obstáculo á la rápida salida del feto.

No quiero estudiar en detalle, en este capítulo, el criterio que aconsejan los autores nombrados; si lo mencioné, fué para oponerlo á los métodos antiguos y trazar así el plan á seguir en mi trabajo.

Prévio conocimiento de la mecánica del parto, imprescindible para la ejecución de cualquier maniobra obstètrica, me ocuparé de las maniobras aconsejadas por los clásicos, para vencer las dificultades á la rápida salida de los hombros; estudiaré en detalle las maniobras preventivas, que, á nuestro juicio, lejos de ser perjudiciales, como pretenden algunos, tienen sus reales ventajas.

II

MECANISMO DEL PARTO PELVIANO

Completa ó incompleta, el mecanismo de la presentación pelviana es el mismo. Con Puech tomaremos por tipo de nuestra descripción la pelviana completa sin perjuicio de señalar en el curso del capítulo, las particularidades de las otras variedades de presentación.

En el parto pelviano, la clásica división del feto en sus tres segmentos aparece netamente. Asistimos en realidad á tres partos sucesivos: parto de la extremidad pelviana, de los hombros y de la cabeza. Cada uno de estos comprende cuatro tiempos, pero mientras que, para el parto de la pelvis y el de los hombros hay mecanismo disociado, para este último y el de la cabeza hay mecanismo asociado, pues de sus cuatro tiempos dos son solidarios.

Consideremos los diez tiempos.

Primer tiempo.—Acomodación de la extremidad pelviana al

estrecho superior. Para acomodarse al estrecho superior, la extremidad pelviana (nalga y miembros inferiores flexionados) se apelotona. Mientras que en las presentaciones de vértice y de cara esto se efectúa por sustitución de diámetros cefálicos, en nuestro caso la reducción de volumen es real. Gracias á ella y bajo la influencia de la presión uterina los muslos aumentan su flexión sobre el bacinete aplicándose fuertemente sobre la pared anterior del abdomen; las piernas se aproximan á los muslos; los pies, rechazados hacia adentro, se aplican estrechamente sobre los glúteos. En esta forma, la extremidad pelviana pone su diámetro transverso—bi-trocanteriano—que es el mayor, en relación con uno de los oblícuos del estrecho superior, y su diámetro ántero-posterior sacro tibial reducido por el apelotonamiento, en relación con el diámetro oblícuo opuesto.

Segundo tiempo.—El encaje y descenso se hace por progresión, la pelvis penetra en la escavación y la recorre hasta el suelo perineal sin cambiar de orientación. Es natural que siendo el volumen de la presentación completa mayor, su descenso será más lento que con los miembros inferiores deflexionados. De ahí el encaje más precoz de la pelviana incompleta.

Tercer tiempo.—Llegado al estrecho inferior la extremidad pelviana cámbia su orientación, pues el mayor diámetro—coxi-pubiano—es ántero-posterior, mientras que el gran diámetro fetal—bi-trocanteriano—va orientando oblícuamente. Gracias á un movimiento de rotación la extremidad pelviana se acomoda para penetrar al bacinete blando.

La cadera más próxima á la sínfisis pubiana materna se dirige de atrás hacia adelante colocándose debajo de ella; en

cambio la posterior se dirige hacia atrás, hacia la concavidad sacra. El bi-trocanteriano está ahora orientado según el coxi-pubiano del estrecho inferior.

Cuarto tiempo.—Así acomodado, la extremidad pelviana puede franquear el estrecho inferior y desprenderse. La cadera anterior aparece debajo de la sínfisis pubiana y escapa fuera de la vulva, mientras que la posterior, aún retenida, rechaza el coxis y distiende al periné. Al rededor del borde inferior de la sínfisis, el tronco se incurva fuertemente, la cadera anterior se levanta hacia el monte de Venus; el surco inter-glúteo aparece en la comisura posterior de la vulva; los miembros inferiores se desprenden; y á su vez la cadera posterior después de distender considerablemente al periné franquea el orificic vulvar.

Quinto tiempo.—Acomodación de los hombros al estrecho superior. El diámetro bi-acromial se pone en relación con el diámetro oblícuo antes ocupado por el bi-trocanteriano. Esto se traduce por un movimiento de rotación externa de la extremidad pelviana, cuyo diámetro bi-trocanteriano, se coloca ligeramente en oblícuo.

Sexto tiempo.—Los hombros efetúan su descenso orientados según diámetro oblícuo, mientras que el abdomen y parte inferior del tórax, se desprenden.

Séptimo tiempo.—Llegados los hombros á la parte inferior de la excavación, rotan para acomodarse al estrecho inferior. Un hombro se dirige hacia adelante debajo la sínfisis, el otro hacia atrás encima del coxis: el diámetro bi-acromial está orientado según el coxi-pubiano.

Octavo tiempo.—Desprendimiento de los hombros á través del

bacinete blando: primero el hombro anterior, luego el posterior. En este momento todo el tronco ha salido fuera de los órganos genitales. Falta el tercer segmento fetal: la cabeza.

Noveno tiempo.—Mientras que los hombros se acomodaban al estrecho inferior y recorrían el bacinete blando (séptimo y octavo tiempo), la cabeza flexionada, el mentón más ó menos aproximado al pecho, franqueaba el estrecho superior descendiendo á la excavación, sus grandes diámetros ántero-posteriores, en relación con los oblícuos maternos. Llegada al estrecho inferior una vez salidos los hombros, ella debe acomodarse al estrecho inferior. El occipital rota hacia adelante mientras que la cara se aloja en la concavidad del sacro. A esta rotación intra-pelviana corresponde el movimiento de rotación externo de los hombros, que se colocan transversalmente.

Décimo tiempo.—Superpuesto el sub-occípito-mentoniano al coxi-pubiano, la cabeza se desprende. Fijando la nuca debajo de la sínfisis la cabeza fetal se flexiona: el mentón, la boca, la nariz, la frente, la fontanela anterior, penetran al bacinete blando y aparecen en la comisura posterior de la vulva; el occipital sale por último.

Anomalías del mecanismo—Primer tiempo.—Al estrecho superior la extremidad pelviana puede presentarse más ó menos inclinada; según el sentido de esta inclinación el centro del bacinete materno puede estar ocupado sea por el vientre, el sacro, región lumbar ó una cadera del feto. Estas anomalías suelen desaparecer espontáneamente en el curso del trabajo.

Segundo tiempo.—En ciertos casos el bi-trocanteriano en lugar de relacionarse con un diámetro oblícuo de la pelvis se coloca según diámetro transverso.

Tercer tiempo.—La rotación puede faltar, ó ser exagerada, de modo que la cadera anterior sobrepase la sínfisis pubiana, ó estar pervertida de modo que el sacro fetal es rotado directamente hacia adelante ó hacia atrás: son las sacro-pubianas y sacro-sacras. O bien aun, relacionarse las caderas con el coxi-pubiano del estrecho inferior, lo hacen después de haber recorrido un trayecto inverso que el esperado por su primitiva orientación. Por ejemplo: una sacro derecha posterior en lugar de rotar de derecha á izquierda y de atrás hacia adelante para llevar la cadera derecha debajo del arco pubiano, rota de adelante hacia atrás transformándose en sacro-sacra, luego en sacro izquierda posterior y se desprende con la cadera izquierda hacia adelante.

Cuarto tiempo.—Faltando la rotación, la extremidad pelviana puede desprenderse oblícuamente. Cuando el sacro mira hacia adelante ó atrás, la dirección transversal del bi-trocanteriano dificulta enormemente el desprendimiento.

Quinto tiempo.—El bi-acromial no siempre se dispone según el oblícuo pelviano ocupado por el bitrocanteriano. Se observa esto especialmente en las sacro posteriores.

Sexto tiempo.—Durante el descenso de los hombros se produce nna anomalía que constituye un serio obstáculo á la salida fetal: es la deflexión braquial (véase capítulo siguiente).

Séptimo tiempo.—El movimiento de rotación interno de los hombros puede faltar ó ser exagerado. En ambos casos el bi-

acromial franquea el estrecho inferior orientado según diámetro oblícuo.

Octavo tiempo.—Es consecuencia del anterior.

Noveno tiempo.—Las anomalías de este tiempo son: ausencia insuficiencia ó perversión del movimiento de rotación de la cabeza que normalmente lleva el occipital hacia adelante.

Décimo tiempo.—Sus anomalías son una consecuencia de las anteriores.

III

LA DEFLEXIÓN BRAQUIAL

En el capítulo anterior hemos visto que la anomalía del sexto tiempo consistía en la deflexión de los brazos, la cual, al producirse constituye como ya lo hice notar un serio problema que debe resolver el facultativo, pues á la causa de la intervención se une ahora este inconveniente á la rápida salida del feto, y que es de aquellos quo pueden rápidamente comprometer el éxito de la operación, siendo su frecuencia, al decir de Bard, uno de los mejores argumentos que pueden citarse en favor de la «versión separada».

Sin ir tan lejos como Barnes, quien siempre la atribuye á violentas tracciones ejercidas por el médico sobre la pelvis fetal, es evidente que en el parto espontáneo rara vez se le observa; y se explica, pues las contracciones uterinas que expulsan al tronco del feto, mantienen los brazos aplicados contra su pecho. Al contrario, si se practican tracciones sobre la pelvis

fetal y simultáneamente, ó faltan las contracciones uterinas, ó si la dilatación del cuello es incompleta, ó si hay retracción del útero ó de anillo de Bandl, ó al efectuar la versión interna se ha tomado el mal pie y ha tenido que transformarlo en bueno, con cierta dificultad, entonces digo, los brazos son fácilmente detenidos por las resistencias que opone la pelvis materna, mientras que tórax y hombros fetales son atraídos á la excavación.

Esta deflexión braquial puede producirse en uno ó en ambos brazos. En el primer caso puede ser el anterior ó el posterior. Cuando ambos brazos se deflexionan la situación es la que sigue:

A) El dorso del feto mira hacia uno de los costados de la madre; la cabeza está en la excavación ó en el estrecho superior; un brazo está adelante, detrás del pubis ó por encima de él; un brazo está hacia atrás; los hombros están más ó menos elevados.

B) El dorso está hacia adelante ó hacia atrás.

En cada una de estas situaciones, el brazo puede elevarse de abajo hacia arriba ó de adelante hacia atrás, elevándose la mano hacia el menton del feto, luego hacia el costado de la cara, por último hacia la eminencia parietal; aún puede, junto con el antebrazo, sobrepasar la eminencia parietal, cuando la cabeza y la parte superior del tronco han sufrido movimientos de rotación estando la pared uterina fuertemente aplicada sobre el feto. El brazo en estos casos puede ser retenido, fijado como lo es por el útero, mientras que la cabeza, rotando, pasa delante de él; la mano y el antebrazo corresponden así á la parte occipital de la cabeza y aún de la nuca.

En ciertos casos el brazo ha sido sorprendido por el movimiento de rotación, no estando deflexionado; él es llevado hacia atrás sobre el dorso. Las tracciones lo elevan hacia la parte superior de este y aún hacia la nuca.

De estos dos modos de deflexión, el primero es indudablemente el más frecuente.

Toda maniobra hecha para descender los brazos debe hacerle recorrer, pero en sentido inverso, el camino que ha tomado para deflexionarse; el primer deber del partero es, pues, reconocer cuál ha sido el mecanismo de la deflexión. Pajot ha indicado un procedimiento bien simple que permite hacer el diagnóstico: cuando el brazo se eleva hacia la parte anterior del feto, la punta del omóplato tiende á separarse de la columna vertebral; al contrario, cuando el brazo se eleva hacia la parte posterior, la punta del omóplato se aproxima al raquis. Examinando pues, la extremidad inferior del escapulum se puede hacer el diagnóstico.

Una vez producida, ¿debe siempre tratarse la deflexión braquial? Van Horn, al decir de Guerriot, no aconsejaba su tratamiento, pues consideraba á los brazos como protectores contra la retracción del cuello uterino sobre el cuello fetal. Pero, que Deventer no haya querido, por igual razón, dejar de tratar la deflexión de los brazos, como afirma Bard, es un grave error. Este autor no debe haber leído el trabajo de Deventer; en él dice que la deflexión braquial disminuyendo el bi-acromial favorece la maniobra por él aconsejada, que lleva su nombre y que estudiaremos más adelante. Si justamente, la maniobra de este autor trata de evitar los inconvenientes de una deflexión de los brazos.

Nunca, Deventer dice: «la deflexión no hay que tratarla para evitar la retracción uterina sobre el cuello fetal».

Los consejos de Mauriceau, Baudeloq, son los que hoy día todo partero sigue, es decir, descender los brazos antes del desprendimiento de la cabeza.

¿Cómo proceder para descender los brazos?

Consideremos los diversos casos:

1.º Descenso de los brazos, elevados sobre el plano anterior, mirando el dorso fetal hacia uno de los costados.

A) Supongamos primeramente que ambos brazos se han deflexionado: uno se encuentra atrás, el otro adelante. Evitaremos ante todo ejercer sobre el tronco tracciones demasiado fuertes, cuyo único resultado sería encajar más profundamente la cabeza y deflexionar aún más los brazos. Trataremos solo de descenderlos con la mano, empezando por el brazo posterior. Con este objeto, introduciremos en la vagina aquella mano que en posición intermediaria entre pronación y supinación, mire por su faz palmar al dorso fetal. Si este mira hacia la derecha de la madre, emplearemos la mano izquierda; y la mano derecha si el dorso fetal mira hacia el costado izquierdo de la madre.

Levantando entonces al feto, sea con la otra mano ó por un ayudante, introduciremos cuatro dedos de nuestra mano en la vagina, siguiendo el dorso y el borde del tronco que mira hacia abajo; llegaremos hacia el muñón del hombro.

Generalmente se es tentado deslizar los dedos por encima del muñón del hombro; por cómodo que pueda parecer esto, es peligroso, pues al tirar, más probabilidades hay de fracturar la

clavícula que de descender el brazo; y si lo consiguiéramos, nuestro dedo deslizaría sobre él como un gancho. Descendiendo el codo con dificultad fracturaríamos el húmero.

Es cierto que las fracturas del húmero y aún de la clavícula, no presentan mayor gravedad; ellas curan siempre sin dejar deformaciones.

Pero no es correcto, salvo que el descenso sea muy difícil por el buen procedimiento. Un buen partero debe evitar en la medida de lo posible este accidente desagradable. Lo evitaremos llevando bien alta nuestra mano más allá del hombro, hasta que la extremidad de nuestros dedos lleguen hasta el pliegue del codo. Descenderemos éste sin que nuestros dedos abandonen el brazo. Basta entonces una ligera tracción sobre el antebrazo para desprender la mano.

En este movimiento de descenso habremos hecho recorrer al miembro superior pero en sentido inverso, el camino que ha seguido para deflexiones. Puede suceder que todos nuestros esfuerzos para descender el brazo sean inútiles. Probablemente no sólo está deflexionado sino que ha sobrepasado la eminencia parietal y se encuentra detrás de ella. El brazo se ha deflexionado en ese forma, porque al rotar hacia el costado al dorso que miraba hacia adelante, hemos imprimido á la cabeza un movimiento de rotación que ha desviado el occipital hacia un costado, mientras que el brazo ya deflexionado ha seguido mal este movimiento. En tal caso está indicado llevar el dorso hacia adelante. Si fracasamos, en la imposibilidad de llegar al codo, nos resolveremos por la fractura del húmero. Entonces podremos bajar sin dificultad el brazo.

Descendido el brazo posterior, nos queda el anterior.

En la mayoría de los casos, el descenso del brazo posterior, habrá movilizado suficientemente la parte superior del tronco como para, descendiendo para abajo el muñón del hombro, se desprenda de la vulva. Nada más fácil que bajar entonces el brozo. Dos dedos de la mano ya introducida para deflexionar el brazo posterior, se deslizarán á lo largo del brazo anterior, bajándolo según regla que acabamos de indicar. Esto á veces es tan fácil que puede emplearse indiferentemente cualquier mano.

Pero suele suceder también (feto voluminoso, retracción uterina) que el brazo anterior deflexionado sea difícilmente accesible á pesar de las tracciones que ejerzamos. Entonces debemos rotar el tronco de tal modo que este brazo se transforme en posterior.

Para esto tomamos el tronco fetal con ambas manos, los dos pulgares colocados sobre el dorso paralelamente à la columna vertebral, los otros dos pedos abrazan la cara anterior del tórax, é imprimiendo al tronco un movimiento de rotación que lleve el dorso hacia atrás y luego hacia el otro costado; el brazo se desprende espontáneamente cuando el dorso mira hacia atrás.

Aún podemos emplear este otro método:

Tomamos la mano posterior que ya hemos desprendido y tiramos de ella de modo de llevar el hombro correspondiente hacia adelante. El sentido en el cual ejercemos tracción será aquel que favorece el apelotonamiento del tronco haciéndolo más pequeño. Este movimiento de rotación es exactamente el mismo que el producido al tomar el tronco con ambas manos

y que por un instante lleva el dorso hacia atrás, luego sobre el costado opuesto al que primitivamente se encontraba. Es el único bueno. Una vez transformado el brazo anterior en posterior, lo descenderemos según reglas ya indicadas, que por otra parte también se aplican en caso de deflexión de un solo brazo.

2.º Descenso de los brazos elevados hacia el plano anterior del feto, mirando el dorso hacia atrás ó hacia adelante.

Cuando el dorso mira hacia atrás, habrá interés en rotarlo de manera que mire hacia uno de los costados. Lo conseguiremos rotando la extremidad pelviana y ayudando este movimiento por una presión ejercida por un dedo sobre uno de los hombros. El sentido de la rotación lo dá la situación de los hombros de los cuales habitualmente uno está en un plano más anterior; este rotará hacia el pubis. Si tal cosa no pasa, rotaremos el tronco en un sentido y si fracasamos, en otro.

Si esta maniobra no diera resultado, intentaremos bajar los brazos, deslizando la mano derecha sobre la parte posterior del tronco ganando así el hombro del feto y descendiendo el brazo. Efectuado este descenso transformaremos el otro brazo en posterior, descendiéndolo luego.

Si el dorso está hacia adelante, trataremos de rotarlo hacia un costado, si fracasamos, descenderemos sucesivamente ambos brazos, introduciendo profundamente la mano homónima de cada hombro á lo largo del dorso fetal hasta llegar al brazo.

3.º Descenso del brazo elevado hacia el dorso del feto.

Prácticamente podemos decir, que esta anomalía no se observa sino para el brazo anterior. Hemos visto que era debido,

por ser sorprendido el brazo, por un movimiento de rotación, quedando fijo mientras que el tronco rota. La mejor técnica consiste en transformar el brazo así deflexionado en posterior.

Todas estas maniobras deben ejecutarse con rapidez, decisión y serenidad, pues todo instante perdido agrava la situación ya crítica del futuro ser; además obligan á un manoseo á veces prolongado de la parturienta, cuyos inconvenientes para el buen puerperio no han escapado á nadie.

IV

PROCEDIMIENTOS QUE TRATAN DE EVITAR LOS INCONVENIENTES DE LA DEFLEXIÓN BRAQUIAL

Presentándose la deflexión braquial como una de las complicaciones más serias de las extracciones pelvianas, era natural que se tratara de evitarlas.

Sea que los trabajos publicados para evitar sus inconvenientes no fueron conocidos ó mal interpretados, lo cierto es que los clásicos apenas se ocupan de ellos.

Bumm y otros clásicos modernos ni los mencionan, Bard habla de ellos, pero quien ha leído la bibliografía existente, no puede menos que extrañarse de la poca sinceridad con que este autor trata los esfuerzos de los parteros alemanes.

Para el mejor estudio de esta parte, debemos distinguir: la extracción de las presentaciones pelviana, de aquellas que primitivamente fueron hombros ó cefálicas y transformadas secundariamente por versión podálica, en pelviana.

Entre estas últimas, las primitivamente cefálicas son, para nuestro objeto, confundidas por la mayoría de los autores con las presentaciones pelvianas primitivas, no así las de hombro, donde las tentativas para evitar las maniobras engorrosas á que obliga la deflexión, son aconsejadas por la mayoría de los autores.

Como veremos más adelante, no haremos tal cosa; consideraremos por una parte las pelvianas primitivas y por otra parte las cefálicas y transversas, transformadas en pelvianas por versión.

Veamos las pelvianas primitivas.

En estas, poco se ha hecho en el sentido de evitar las consecuencias de la anomalía del sexto tiempo del mecanismo del parto. Se le teme, se aconseja no extraer el feto sino por formal indicación; pero cuando esta existe ¿cómo evitar el peligro?

Deventer en 1701 dió á conocer un método de extracción que empleaba para facilitar el parto de los hombros, aplicándolo también en estrecheces pelvianas con el objeto de substituir operaciones ampliatorias de la pelvis. Consistía en: tomar el feto, sea por la nalga ó sea por los pies, tal cual prescribe el método hoy día clásico. Lo que, según él, importa es que el partero coloque sus pulgares paralelamente sobre la cara posterior de la ó las piernas del feto, luego al ascender sus manos, no sobrepasar el sacro fetal, mientras que los demás dedos se repliegan sobre los muslos. De esta manera se obtiene una toma excelente, permitiendo desarrollar mucha mas fuerza, sin correr el riesgo de lesionar al feto. Además, estando los pulgares bien colocados sobre la región dorsal de las piernas

ò del sacro, sin mayor esfuerzo se consigue llevar al dorso hacia adelante.

Como primer tiempo, es menester descender fuertemente el feto, ejerciendo una enérgica tracción en el sentido del eje de su cuerpo, en seguida elevaremos fuertemente su cuerpo hacia el abdomen de la madre. Durante estas maniobras el dorso fetal se orienta hacia un costado.

A veces es necesario para conseguir el desprendimiento espontáneo de los brazos ejercer tracciones alternativas hacia arriba y hacia abajo. Esta manera de proceder ha sido olvidada en Alemania hasta que Mueller en 1897, vuelve á aconsejarla; en Francia la conducta seguida por los parteros se asemeja á este modo de proceder. En efecto: Farabeuf aconseja una vez desprendida la pelvis, continuar la extracción fetal sirviéndose de los muslos envueltos en compresas calientes para evitar deslizamientos. Empalmar cerca de la raíz del muslo con toda la mano derecha el miembro homónimo y con la otra el miembro izquierdo. Jamás con ambas manos llegar al abdomen fetal. Tiramos entonces hacia abajo y atrás manteniendo la región lumbar del feto mirando para arriba y á un costado, de manera de facilitar el encaje de los hombros en un diámetro oblicuo. En seguida procede á efectuar el ansa del cordón, luego hace descender el feto lentamente deteniéndose al experimentar una resistencia antes de haber visto al hombro anterior colocarse bajo la sínfisis. Recién entonces elevaremos el tronco para permitir al hombro posterior todavía retenido por encima del coxis, rechazar á éste y salir por la comisura posterior de la vulva; inmediatamente bajaremos el tronco fetal para desprender el miembro anterior.

La técnica de Deventer-Mueller ha sido empleada por algunos parteros, especialmente alemanes, con bastante buen resultado. Los casos por ellos reunidos ascienden á más de mil, sin que tengan que recriminar á esta maniobra efectos nocivos para el feto; sus resultados en general son buenos, pues solo en un pequeño porcentaje fracasó.

No ignoro que Veit, que empleó repetidas veces este procedimiento, lo condena, porque en un caso—según este autor simple—tuvo que lamentar la fractura de la columna cervical, responsabilizándola á la maniobra.

Pero ¿cómo explicarse que las tracciones ejercidas sobre la extremidad pelviana del feto y por más que lo inflexione, puedan producir este accidente? Por otra parte la cabeza se retuvo; no fué pues tan sencillo el caso de Veit como éste lo pretende.

Así se expresan Labhard y Cukor. En Francia, Rosier recientemente la preconiza tanto para estrecheces pelvianas como para extracción por otros motivos.

Tal vez los casos en que se haya aconsejado la maniobra no se presten para difundirla; en efecto: ¿qué hacemos con sacar correctamente los hombros cuando la cabeza queda retenida? Podremos facilitar el parto de los hombros pero este nada tiene que ver con el parto de la cabeza.

Por estas razones no podremos seguir á los autores que quieren aplicarla en estrecheces pelvianas.

De los casos publicados en muchos se anotó 8.8 centímetros de promonto-pubiano mínimo; pero luego no se indica las dimensiones de la cabeza fetal, todos terminaron con maniobra de Praga ó Champetier de Ribes. Muy bien. Al facilitar el parto

de los hombros, facilitaremos el éxito de estas maniobras, lo que, si bien ya es un gran progreso, no nos faculta como hacen algunos querer substituir con Deventer-Mueller intervenciones ampliatorias de la pelvis.

Veamos ahora en qué forma fundan y explican los autores su maniobra. Dice Mueller: «Partimos del principio que es menester al extraer los hombros ante todo hacer pasar uno de ellos, entonces su brazo correspondiente desciende solo. El obstáculo está en el diámetro bi-acromial. Si conseguimos encajar una de sus extremidades, habremos triunfado. Lo que consigo con mi maniobra es substituir al bi-acromial por el colo-acromial más pequeño».

Más adelante al recomendar su procedimiento en casos de deflexión braquial existente con anterioridad á la extracción pelviana, dice: «Lejos de dificultar la maniobra el levantamiento de los brazos es una ventaja pues el diámetro bi-acromial disminuye y por lo tanto el colo-acromial. Es pues más fácil encajar los hombros y llevar uno de ellos hasta la sínfisis».

Rosier dice: «Enseñamos desde hace mucho tiempo que es necesario en el curso de la extracción pensar contínuamente como los hombros se encajan en el estrecho superior; ellos deben penetrar en su mayor diámetro, el transversal, después, con la ayuda del cuerpo del niño, es necesario favorecer su descenso en uno de los diámetros oblícuos. Y en fin manteniendo el dorso del niño directamente de costado desprenderlos en diámetro ántero-posterior».

Estos autores aceptan pues encaje según diámetro transver-

so descenso en oblícuo y desprendimiento orientado en ántero-posterior. Además el diámetro maestro fetal sería el colo-acromial.

He reproducido repetidas veces la maniobra en el maniquí y observado su resultado, pero jamas procediendo según queda descripto he constatado el mecanismo que ellos relatan.

Colocando el dorso fetal á la manera de Mueller, nunca se conseguirá orientar el bi-acromial en relación con el diámetro transverso de la pelvis. Además ¿desde cuando el diámetro materno según el cual se encaja el feto es el transverso?

Lo que pasa es lo siguiente:

Ellos encajan el feto no como afirman por un diámetro colo-acromial, sino por un diámetro costo-acromial, pues el feto se retiene sobre el estrecho superior tomado por debajo de las axilas. En el primer tiempo encajan al hombro anterior, lo descienden y desprenden, mientras que el otro queda encima del estrecho superior. El bi-acromial está pués sobre el diámetro oblicuo que cruza la excavación en altura con su extremidad posterior hacia la sínfisis sacro-ilíaca y la anterior en la unión de la rama ascendente del isquium con la descendente del pubis. El hombro anterior tiene que desprenderse orientado en diámetro oblicuo, la rotación no es posible hasta no encajar al hombro posterior. Esto lo hacen en el segundo tiempo, al traccionar hacia arriba, le hacen recorrer la pelvis también orientado en diámetro oblicuo y recién rotan al desprenderlo.

De lo que queda dicho vemos que es bien cierto lo que dice Mueller: «Poco importa que los brazos estén ó no deflexionados»; pero no; porque disminuyendo el diámetro bi-acromial respec-

tivamente colo acromial, se encaja mejor al feto, sinó porqué encajado los hombros por separado, los brazos tienen suficiente espacio para caer á la excavación, salvo los casos en que existan causas, v. gr., retracción de Bandl, útero tetanizado, etc., que anulen las ventajas así obtenidas.

Respecto á sus resultados hemos dicho ya que los autores, que la han empleado, la recomiendan. Pero nosotros, en los casos cuyas historias clínicas adjuntamos, no hemos seguido la técnica de Mueller, pues los pocos casos de fractura de húmero y clavícula observados por algunos autores, nos parece que podrían evitarse con una técnica más fisiológica y menos enérgica; en efecto, para desprender el brazo anterior debe inflexionar y traccionarse enérgicamente al feto, de modo, que producida por maniobras anteriores la deflexión braquial ó existiendo dificultad por cualquier causa para el paso del feto á través de la pelvis, entonces las fracturas, especialmente de clavícula, se producen con frecuencia, como el mismo Mueller lo constata. Más aún, este autor, hasta llega á aprovechar esta posibilidad de fracturar la clavícula por su maniobra, que en casos de estrecheces pelvianas muy grandes, recomienda «traccionar con mucha fuerza, primero hacia abajo y atrás, luego hacia arriba, sin tener en cuenta la vida del feto. Entonces se rompe la clavícula y se pueden extraer los hombros».

Esto último lo hemos citado solo para demostar un inconveniente que encontramos á la técnica de Mueller, pues estamos bien en desacuerdo con él al emplear su maniobra en caso de estrechez pelviana.

Las tracciones enérgicas ê inflexiones exageradas á que se

debe someter el feto, fueron las razones que nos indujeron no emplear en nuestros casos esta técnica.

Hemos empleado la técnica recemendada por el activo é inteligente médico interno de la Clínica Obstétrica del profesor Cantón, Dr. Boero, que es el único entre nosotros que ha estudiado y empleado sistemáticamente en las extracciones pelvianas, la maniobra antes descripta. Sus observaciones las reproduce en un estudio aparecido en *La Semana Médica* en el cual también nos da á conocer las fundamentales modificaciones que él introdujo á la técnica primitiva, y que han de contribuir en mucho á su vulgarización, pues hacen desaparecer los inconvenientes que hemos apuntado.

La técnica aconsejada por el Dr. Boero es la siguiente:

1.º Sentado el partero, tomará con cada mano la pierna homónima del feto empalmándolas de manera que los pulgares queden paralelos y apoyados sobre las pantorrillas; en el intervalo de la contracción uterina, practicará una ligera tracción hacia sus pies, hasta desprender de la vulva la inserción umbilical del cordón para practicar el ansa de éste.

2.º Empalmará ambos muslos fetales en la misma forma pero apoyando los pulgares paralelamente sobre cada una de las regiones glúteas. Si traccionara hacia sus pies vería que el dorso fetal se coloca, ó directamente á la derecha ó izquierda, según la posición que tuvo, ó directamente hacia arriba en las mejores condiciones para no cumplir el mecanismo del parto de los hombros, que en ese momento van á encajarse y que lo harían en un mal diámetro. Ahí está el escollo á evitar. Entonces lo correcto es hacer girar el dorso del feto, de mane-

ra que quede paralelo al plano del diámetro oblícuo de la pelvis en el cual se van á encajar los hombros, ó de otro modo, el punto de reparo de la nalga (cresta sacra) deberá quedar, en relación á la pelvis materna, con la misma orientación que tuvo, así los hombros quedan orientados en su buen diámetro de encaje. Tracción suave y sostenida siguiendo el eje del estrecho superior, directamente hacia los pies del partero, guardando siempre la misma orientación del dorso y hasta que se encuentre resistencia con lo que se habrá extraído el feto hasta cerca de sus tetillas.

3.º Los hombros han quedado fijados en el estrecho superior, el bi-acromial opone resistencia por su dimensión, necesita encajarse y rotar, para ello debe descender el hombro anterior antes que el posterior y encajarse debajo del pubis. Tracción directamente hacia abajo y atras, hacia el pié de la vertical que pasa por el coxis materno; al mismo tiempo que lentamente se rota el dorso hacia la izquierda; tracción sostenida, suave que necesita algun despliegue de fuerza; inofensiva sin embargo para el niño; se verá aparecer y saliendo de derecha á izquierda el hombro anterior que deberá quedar bien calzado debajo de la sínfisis á la altura de la región deltoidea.

4.º Posición de pié del partero, elevación de todo el tronco y siempre con la misma presa sobre los muslos, para hacer que el hombro posterior que ya ha descendido á la excavación y y está en el diámetro ántero-posterior, gire alrededor del punto de apoyo que ha tomado el anterior; elevación del tronco que se llevará hasta que el borde tóracico quede tocando ó formando un ángulo muy agudo con la cara anterior del pubis materno,

aquel recorrerá todo el periné y se desprenderá de la orquilla con todo el miembro superior ó con el brazo solamente.

5.º Desprendido hombro y brazo posterior se descenderá nuevamente el tronco y se traccionará como para el tercer tiempo; el brazo anterior saldrá fuera de la vulva.

Comparemos ahora con la maniobra de Deventer-Mueller: Este inicia su técnica por nuestro segundo tiempo, pero en el incluye con todos los inconvenientes que finalmente se comprenden, nuestro primer y segundo tiempo.

En su primera parte extráe todo el miembro anterior. De ahí que Bard en su trado de obstetricia la califica de maniobra de violencia. ¡Qué tracción y qué inflexión hacen sufrir al feto al pretender en un solo tiempo encajar, descender y desprender todo el hombro anterior, dejando al posterior encima de la excavación! De este modo en el segundo tiempo, es decir, descenso del hombro posterior y su rotación alrededor del arcuatum, las fractura de clavícula—cleidorrexis—es bien más fácil que con la técnica que emplea el Dr. Boero.

Otro punto capital es la orientación del dorso y su gradual rotación hasta colocarlo sobre el diámetro ántero-posterior, como hace Boero en oposición á Mueller, quién recién hace la rotación después del desprendimiento del brazo anterior.

En los casos, cuyas historias clínicas agregamos, hemos seguido la técnica de Boero, y según puede verse, con buen resultado. A veces el desprendimiento del brazo no es total, pero entonces puede terminarse sin necesidad de gran manoseo con sólo uno ó dos dedos.

Así ha sucedido en dos ó tres de los cincuenta en que Boero empleó su maniobra.

Pasemos ahora á estudiar los casos de presentación transversa en que por razones cualesquiera, que no me incumbe estudiar, el partero está obligado á recurrir á la versión para extraer el feto. A este respecto, dice Bard: «Hay tantas ventajas protegerse contra la deflexión braquial, que en todos los casos en que pudiéramos prever alguna dificultad para la extracción: por ejemplo, cuando la versión debe hacerse en una primípara, cuyas partes blandas son poco resistentes, cuando la necesidad obliga hacer la extracción antes de completa dilatación, tendremos que descender el brazo. Esta pequeña maniobra es bien simple: se toma el brazo al nivel del codo y se le baja. Se coloca por encima de la mano un lac que permite descender el brazo durante la extracción. En caso de existir pro-cúbito del brazo, la colocación del lac es mucho más simple.»

Es esta la conducta que adoptan la mayoría de los autores y que se sigue también en la Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital San Roque.

Respecto á las cefálicas, nada dicen los autores modernos.

Entre nosotros, he visto á Boero hacer el descenso profiláctico de un brazo antes de comenzar la versión y reducirlo nuevamente. Para esto es menester introducir la mano bien dentro del útero.

En cualquiera de los casos, siempre que haya colocado su lac con el objeto de poder descender bien al brazo correspondiente, debe tirar de él, una vez extraída la pelvis, y al presentarse el ángulo inferior del omóplato, de lo contrario el desprendimiento no se efectúa.

Tales son los procedimientos usuales para efectuar y facilitar

el parto de los hombros, teniendo cada cual su utilidad incontestable.

Para extraer los hombros, recomendamos efectuar la maniobra de Boero. Ahora, en caso de hombro ó cefálica, que debemos transformar, el lac (siempre que no haya peligro de llevar una infección local hacia el útero), es bueno.

V

CONDUCTA Á SEGUIR POR EL MÉDICO ANTE UNA PRESENTACIÓN PELVIANA

Resumiré brevemente la conducta que debe observar el médico en presencia de una mujer en trabajo con una presentación pelviana.

Lo primero que debe preguntarse una vez hecho su examen, es lo siguiente: ¿cuál es la causa de esta presentación?; ¿esta causa, podrá comprometer el éxito operatorio?

Trataremos siempre conocer si nuestra presentación es debida á una estrechez pelviana que pueda disminuir la relación entre diámetros materno-fetales, teniendo en cuenta que el parto de la cabeza es el más dificultoso, tanto por su volumen como por su irreductibilidad; ó si es debido á que las dimensiones exageradas del cráneo fetal, sea por hidrocefalia ó por presentar un tumor han obligado á la nalga, de acuerdo con la

ley de Pajot, permanecer en el segmento inferior del útero. Lo mismo digo para los tumores del cuello y del tronco.

Existiendo cualquiera de estas causas la extracción pelviana fracasará, si previamente, por operaciones que no es del caso mencionar, no establecemos la relación que deben guardar los diámetros materno-fetales, ya sea ampliando los maternos, ya sea disminuyendo los fetales.

Pero cuando la causa de nuestra presentación es la malformación uterina, la multiparidad, la pequeñez del feto, la preñez gemelar, el hidramnios ú oligo-amnios, la inserción baja de placenta ó una brevedad del cordon, entonces, no existiendo desproporción entre diámetros maternos y fetales, puede procederse á la extracción fetal.

Además es menester el perfecto conocimiento de las indicaciones por las cuales se intervendrá (inercia uterina, resistencia de partes blandas, largo trabajo y sufrimiento fetal), las condiciones en que operamos (estado de la dilatación del cuello, diagnóstico exacto, grado de encaje, etc.), para poder pronosticar el resultado de la extracción.

Resuelto pues por una extracción, el médico se guiará en su técnica operatoria por los procedimientos antes descriptos, y que resumiré brevemente.

Una vez fuera la pelvis hasta el ombligo, hace el ansa del cordon, procede según Boero, ó en caso de haber colocado anteriormente un lac tirará de este una vez el ángulo del omóplato debajo del pubis. En caso de fracasar la técnica de Boero, desprenderá los brazos, según reglas ya establecidas. Fuera los hombros, extrae la cabeza por Mauriceau ó Praga.

HISTORIAS CLÍNICAS

CLÍNICA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA

DIRECTOR: FROFESOR E. CANTÓN

I

C. B. de P., 32 años, argentina, sin profesión.

Ingresa el 1.º de Marzo de 1911, á las 9.55 p. m.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló á los 15 años. Regulares. Indoloras. Duran 8 á 10 días. Abundantes. Cuatro embarazos anteriores, á término. Partos normales. Estos vivos y sanos. Viven. Lactancia materna. Tres son hijos del mismo padre. El cuarto es hijo del mismo padre del actual embarazo.

Embarazo actual.—No recuerdan la fecha de las últimas reglas. Por el volumen del feto del noveno mes. Mujer bien constituida, sin estigmas de raquitismo, en regular estado de nutrición. Orina 2 $^{o}/_{oo}$ de albúmina. Pelvimetría externa: normal. P. P. M. 10.3.

Ingresa del público con el antecedente que ha tenido dos ataques convulsivos. Llega en las siguientes condiciones: pulso 90, regular, tenso; temperatura 37.5; estado semicomatoso. Anasarca. Lengua mordida. Utero flácido globuloso, sin contracciones; ligero edema suprapubiano. Por la palpación se diagnosti-

ca una presentación pelviana izquierda. Latidos fetales regulares, 150.

Organos genitales.—Vulva y vagina de multípara; cuello dehicente, que permite el pasaje de dos dedos; se tocan las membranas íntegras, á través de las cuales se diagnostica S I I T.

Decidida la evacuación del útero, se coloca un balón de Champetier y se le hace trabajar por espacio de una hora, al fin de la cual se obtiene una dilatación de 11 cms.; se rompe la bolsa de las aguas, se toma el pié anterior y se practica la extracción pelviana. Para los hombros Deventer-Mueller con perfecto resultado. Feto vivo. Alumbramiento normal. El feto tiene un bi parietal de 9 cms. pesando 3.000 grs.

II

R. C., 19 años, argentina, sin profesión. Ingresa el 20 de Diciembre de 1910 á las 2 a. m.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló á los 11 años. Irregulares en su aparición. Duran de 4 á 8 días. Primípara.

Embarazo actual.—Fecha de las últimas reglas Abril de 1910; edad del embarazo 8 $^1/_2$ meses. Mujer bien constituida. Sin estigma de raquitismo. Buen estado de nutrición. Orina normal. Pelvimetría externa normal; pelvimetría interna 10 centímetros. Ingresa del público con el antecedente de estar en trabajo desde el día anterior á las 9 de la mañana. Se diagnostica una S I I T.

Organos genitales.—La vagina presenta un tabique inserto en su pared anterior y posterior que se extiende desde el tercio

posterior de la vagina al orificio vulvar. Este tabique constituye un obstáculo á la expulsión fetal. Es en parte desgarrado por el dedo, completando la contracción uterina, el resto. Se hace extracción pelviana, para los hombros, Deventer-Mueller; para la cabeza Mauriceau. Feto vivo á pesar de haber, al iniciarse la intervención, signos inequívocos de sufrimiento. Biparietal 8 $^1/_2$. Peso 2.900 grs.

III

M. G. de F., 30 años, italiana, sin profesión. Ingresa el 14 de Febrero á las 3.30 a. m., 1911.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló á los 16 años. Abundantes regulares, indoloras; duran 3 días. Tres embarazos anteriores á término. Partos normales. Fetos vivos y sanos; viven. Lactancia materna. Hijos del mismo padre del actual embarazo.

Embarazo actual.—Fecha de las últimas reglas, Mayo 1910. Ha tenido flujo amarillo. Mujer bien constituída, sin estigmas de raquitismo; buen estado nutritivo. Pelvimetría normal. Ingresa á las sala de parto á las 3 de la mañana. Según datos de la partera, está en trabajo desde hacen 15 horas. 4.20 am. útero retraído, dilatación 8 cents. Presentación S I D A. Como los latidos fetales indicaran sufrimiento se procede á su extracción. Esta se dificulta por la resistencia que opone el cuello. Extraída la pelvis, se hace Deventer-Mueller para los hombros con buen resultado. Al extraer la cabeza y evitar la desgarradura, del cuello uterino, se hacen dos incisiones de Dúhrrsen que permiten la extracción por Mauriceau. El feto semiasfixiado, es reanimado. Pesa 2300 gr.

OSCAR WIDENMAYER.

Buenos Aires, Marzo 20 de 1911.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Enrique Zárate, al proferor titular Dr. Samuel Molina y al profesor suplente Dr. Faustino J. Trongé, para que constituidos en comisión revisora dictaminen respecto á la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Bazterrica
R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Marzo 29 de 1911.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta número 2271 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Bazterrica
R. S. Gómez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Maniobra de Deventer-Mueller en las presentaciones pelvianas.

II

Causas de las presentaciones pelvianas.

III

Extracción de cabeza última.