

3.^{er} TIEMPO.—*Extraccion*.—Este tiempo es el mismo en todas las presentaciones, y es el que se verifica solo y aislado en las de nalgas, de modo que su descripcion aqui es genérica y aplicable á los demás casos que estudiaremos. Cuando sea posible, debe verificarse durante la contraccion.

Podemos dividir la extraccion en tres actos: 1.^o *Extraccion de los piés y rotacion del tronco*. Se tira suavemente del pié cogido, haciéndose cargo de la posicion que tome el feto. Es sabido que para completarse bien la extraccion, sobre todo al tiempo de la salida de la cabeza, es conveniente que sea la posicion dorso-anterior. Para conseguir esto, es preciso comunicar al feto mientras se tira de los piés un ligero movimiento de rotacion, hasta que la situacion de las piernas ya desprendidas nos indique que es la dorso-anterior la que tiene el tronco. Algunos autores creen que se consigue seguramente la rotacion sin esfuerzo ninguno, si se ha cogido el pié posterior (Nøegele); otros al contrario opinan que es preferible para este objeto cojer el miembro anterior ó *post-púbico* (Cazeaux). La causa de esta contradiccion es que en realidad con ambos es posible la rotacion durante el periodo de extraccion, pero lo cierto es, y lo hemos comprobado en la práctica, que si se coje el pié posterior, la rotacion se verifica ya en el tiempo de la evolucion. Es, pues, en último término esto indiferente, y solo se tendrá cuidado al tirar del pié ó piés cogidos de hacerlo con suavidad y comunicar la rotacion con lentitud, para lo cual es ventajoso cojer cada pierna del niño con una mano distinta (Fig. 88). Este movimiento, como todos los que constituyen la extraccion, se hace durante la contraccion uterina.

2.^o *acto: Extraccion del tronco y de los brazos*. A medida que el feto sale, es bueno envolverle en un lienzo caliente, para impedir que se enfrie. Cuando llega ya á la vulva la region glútea del feto, en posicion sacro-anterior, se coje entonces por esta region, colocando las palmas de ambas manos sobre los huesos iliacos, y los pulgares sobre la region lumbar, tirando siempre del tronco hácia abajo. (Fig. 89.^a) Al aparecer el origen del cordon umbilical, se tira suavemente de este para evitar que quede demasiado tirante, y si el feto estuviere móntado sobre él, es decir, que descendiendo por delante del abdómen, pasara luego por entre los muslos, se aflojará esta asa que forma, tirando del extremo que corresponde á la placenta, y haciendo repasar por ella uno de los miembros. En algun caso excepcional, la imposibilidad de deshacer esta asa puede obligar á la ligadura y seccion del cordon, la

cual debería ser seguida de una rápida extracción de la cabeza. De esta manera se procede hasta que se desprenden las espaldas, procurando imitar los procedimientos naturales, ayudando á la fuerza natural de las contracciones con la tracción y la rotación. Por lo regular, al llegar las espaldas al estrecho inferior, ruedan

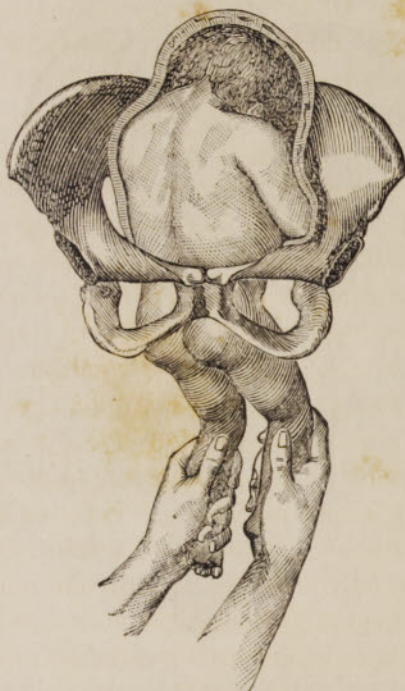


Fig. 88.—VERSION PODÁLICA.—Tercer tiempo.—Extracción de los piés. Las dos manos del operador cojen cada una de ellas, una de las piernas del feto, para hacerlas descender.

naturalmente para colocarse una de ellas detrás del púbis; si este movimiento no se verificara, la dirigiremos manualmente en este sentido.

Cuando se han verificado bien todos los tiempos, y las tracciones, sin ser bruscas, se han verificado durante las contracciones, los brazos no abandonan su sitio delante del pecho del niño, y se desprenden perfectamente antes que su respectivo hombro. Cuando los brazos no llegan á remontarse hasta la cabeza, su extracción es fácil, sin más que llevar dos dedos á buscar primero el que corresponde atrás, con lo cual sin dificultad se desprende en seguida el anterior. Cuando, empero, se remontan á los lados ó detrás de la cabeza, es preciso entonces practi-

car una maniobra especial, de que más adelante hablaremos, para hacerlos descender á su sitio.

3.^{er} acto.—*Desprendimiento de la cabeza.*—Si no se ha alterado el mecanismo regular, la cabeza no ha abandonado la flexion sobre el pecho, y el desprendimiento se verifica sin más que



Fig. 89.—VERSION PODÁLICA—Tercer tiempo. (2.^a parte.) Colocadas las manos sobre los ileons y nalgas del feto, se favorece la extraccion, hasta llegar la cabeza al estrecho superior.

proseguir las tracciones suaves sobre el tronco. Para esto, despues de haber favorecido el movimiento de rotacion externa, ó de restitution, para que venga el occipucio detrás del púbis, se coloca una mano sobre el dorso del feto, apoyando el índice sobre un hombro, el dedo medio sobre el occipucio, y los dos últimos sobre el otro hombro, y se tira de la cabeza en esta disposicion imitando el tiempo normal del desprendimiento de la cabeza, mientras la otra mano sostiene el cuerpo y lo levanta suavemente para facilitar la expulsion. Cuando este movimiento encuentra alguna dificultad, puede seguirse el procedimiento conocido con el nombre de *Maniobra de Praga*, por haberse ideado en dicha maternidad por el profesor Kiwisch, y que se reduce á lo siguiente: se favorece el descenso de la cabeza por la

excavacion imitando los movimientos del parto natural, luego dirigiendo el tronco hácia el periné, aplicada la mano en forma de gemelos sobre las espaldas, se ejerce una traccion gradual hácia abajo y atrás. Si no hay desproporcion en las dimensiones de los dos factores, la cabeza viene á presentarse por su circunferencia inferior á la vulva, entonces se sigue tirando hácia abajo con la mano aplicada á los hombros, mientras la otra, cogiendo fuertemente los piés, los dirige al plano abdominal de la madre, con lo cual el desprendimiento se hace con notable rapidez y facilidad. (Fig. 90.^a)

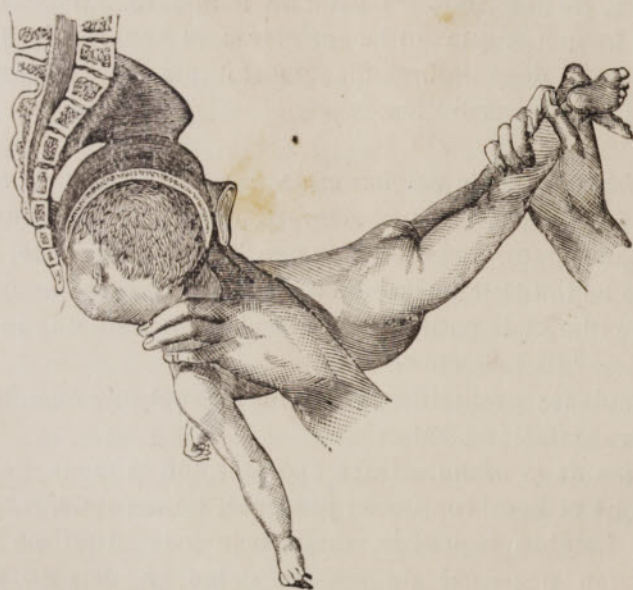


Fig. 90.^a—VERSION PODÁLICA.—Tercer tiempo. (Tercera parte.) Desprendimiento de la cabeza.—El tronco del feto es levantado hácia el plano abdominal de la madre, para facilitar la salida de la cabeza por la vulva.—(Maniobra de Praga.)

En este tiempo pueden ocurrir dos contratiempos. La deflexion de la cabeza, y la elevacion de los brazos al lado ó detrás de esta. El primero se consigue fácilmente, haciendo desprender la cabeza con la siguiente maniobra: el cuerpo del feto, ya salido fuera de la vulva, se monta á caballo sobre uno de los antebrazos del operador, de modo que el pecho venga á descansar sobre la palma de la mano; el índice y el medio de esta se introducen en la excavacion hasta llegar á la boca, en la cual penetran y enganchan para tirar hácia abajo, y obtener así la flexion que se habia

descompuesto. Entre tanto, la mano que habia quedado libre, penetrando entre la cabeza del feto y el pùbis, comprime el occipucio para facilitar aquel movimiento, que en cuanto se completa, no hay más que hacer la extraccion tirando con la misma mano despues de aplicados los dedos índice y medio uno á cada lado del cuello, enganchando los hombros. En cuanto á los brazos, cuando habiendo ascendido hasta el lado de la cabeza, no se desprende con el movimiento de rotacion de esta, se pasa á su extraccion por el procedimiento que describimos en el párrafo siguiente.

Todo lo expuesto es comun á las presentaciones de vértice y á las de cara, no difiriendo en nada la maniobra. En estas últimas será más frecuente que en las primeras el tener que doblar la cabeza para el desprendimiento, puesto que la extension de la misma es en ellas primitiva.

2.—*Maniobra de la version en las presentaciones de tronco.*—En estas presentaciones, hay siempre necesidad de recurrir á la version, pues naturalmente no suelen terminar el parto; solo que á menudo se limita la operacion á los dos primeros tiempos, pudiendo confiar á la naturaleza la expulsion del feto una vez ha tomado este la situacion vertical.

Los cuidados preliminares son los mismos que cuando se trata de la presentacion cefálica.

Eleccion de la mano.—Debe operarse con la mano del mismo nombre que el hombro que se presente; hombro derecho, mano derecha; hombro izquierdo, mano izquierda. Aquí no es este precepto tan necesario de seguir, como en el caso anterior, puesto que cualquiera de las dos manos puede llegar con igual facilidad hasta los piés, así podrá muy bien emplearse la que esté más diestra en operar, supuesto que no todos los individuos gozan de igual habilidad en las dos manos.

El procedimiento es algo distinto, segun sea la posicion dorso-anterior ó dorso posterior.

a.—*POSICIONES DORSO-ANTERIORES.*—1.^{er} tiempo.—*Introduccion de la mano.*—La introduccion de la mano no difiere en este caso al principio, de lo dicho para las presentaciones cefálicas, es decir, que se siguen las mismas reglas hasta que llega la mano dentro del útero. Ya en este punto se despliega y puesta en supinacion va á buscar el plano anterior del feto por entre este y la cara posterior del útero. Si las membranas están intactas, pasa

por fuera de ellas, y las rompe al llegar á una altura correspondiente para penetrar en el huevo. Aquí puede tambien seguirse dos caminos distintos: 1.º ir directamente á donde están los piés, que deberán buscarse en el flanco opuesto al en que se encuentra la cabeza; 2.º la mano llega hasta el plano lateral del feto que mira arriba, y lo recorre hasta llegar á la nalga, desde la cual pasa al muslo y á la pierna. Este segundo procedimiento es quizás más difícil que el otro, pero es más seguro, y tiene principalmente aplicacion á los casos en que se desconoce la posicion precisa, y se ignora por lo tanto el sitio que ocupan los piés. Llegada la mano á estos, los coje ambos ó uno solo, siendo ventajoso esto último muchas veces, en términos que muchos autores lo establecen como regla.

2.º TIEMPO.—*Evolucion*.—El pié ó piés cojidos son llevados hácia el centro de la pélvis, produciendo su extension, y desde este punto por delante de la sínfisis sacro-iliaca á la vagina y la vulva. La mano libre comprime el feto por fuera de las paredes abdominales, abajando la extremidad podálica en direccion del estrecho superior. A beneficio de la traccion sobre los miembros, favorecida por la presion exterior, sufre el feto un movimiento de torsion y de rotacion sobre el raquis, al propio tiempo que la cabeza se levanta recorriendo el flanco correspondiente á la fosa iliaca que ocupaba. El resultado de estos movimientos es, no solo que tome el feto la situacion vertical, sino que presente hácia delante su dorso, circunstancia favorable para la expulsion inmediata. Si el exceso de aquella rotacion tendiera á llevar el dorso hácia uno de los lados, se modifica luego esa disposicion imprimiendo un movimiento de rotacion inverso á los miembros ya extraidos. No hay necesidad de repetir que, como antes se dijo, debe practicarse este tiempo durante la relajacion.

Aquí, como en las presentaciones cefálicas, basta con cojer un pié y evolucionar sobre él, pero es posible que al hacerlo descender cruce al otro miembro, de lo cual resulta, en primer lugar, una imposibilidad de completar este descenso y la consiguiente evolucion; y en segundo una grave dificultad tambien para la expulsion, por la mala disposicion de los extremos. En este caso no hay más remedio que volver á introducir la mano, cojer el otro pié y hacer descender el miembro correspondiente. Respecto á cuál pié sea el más ventajoso, repetiremos lo dicho antes, es decir, que no hay uniformidad entre los diferentes tocólogos. Unos, como Simpson, quieren que sea el superior, es

decir, el más lejano, con el cual, sostiene que, se hace mejor la evolucion. Otros, entre ellos Scanzoni, Martin, Killian, etcétera, prefieren el inferior, que, sobre ser más fácil de alcanzar, suponen que dá como resultante una disposicion más análoga á la natural, ya que en la presentacion de nalgas, la anterior se halla más baja que la posterior, y anterior resulta el miembro más bajo, despues de la evolucion. Estos hechos se tendrán presentes al tiempo de operar para proceder conforme se crea conducente á un feliz resultádo.

Concluido este tiempo, está hecha la version, y si se trata solo de modificar las condiciones del parto, puede la conclusion abandonarse á la naturaleza, verificándose entonces el parto segun el mecanismo de las presentaciones de nalgas. Si se creyese oportuno practicar la extraccion manual, se aplicarán las reglas del tercer tiempo, ó la extraccion del feto.

β.—*Posiciones dorso-posteriores.*—1.^{er} TIEMPO.—*Introduccion de la mano.*—La mano debe desplegarse en pronacion al penetrar en el útero entre este y el plano anterior del feto: luego ir directamente á buscar los piés, ó bien siguiendo el lado inferior del feto, recorrer este flanco hasta llegar á la nalga, muslo y pierna, conforme se indicó en el caso anterior. Por poco contraído que esté el útero, esta maniobra es imposible, y siempre muy difícil por la mala postura que ha de guardar la mano estando en pronacion. Para modificar estas condiciones se coloca la mujer sobre las rodillas y los codos; el operador, colocado detrás de ella, mientras con una mano sostiene el vientre, introduce la otra en supinacion entre el plano anterior del feto y la cara anterior de la matriz, con lo cual le es mucho más fácil llegar á cojer los piés. Puede sustituirse esta postura algo violenta, por el decúbito lateral. En este caso se acuesta la mujer sobre el lado en que se hallan los piés del feto, el tronco lijeramente doblado, los muslos en flexion sobre el vientre, y las piernas extendidas. El profesor, colocado al lado de la cama que corresponde á la espalda de la madre, introduce la mano correspondiente (la opuesta al lado sobre que descansa la paciente) entre la pronacion y la supinacion, pasando como en el caso anterior por el plano anterior del feto.

2.^o TIEMPO.—*Evolucion.*—La evolucion se practica en las posiciones dorso-posteriores, conduciendo el pié cojido por el flanco correspondiente detrás del púbis, y por este camino á la vagina y vulva. En este caso el feto tiende á tomar una posicion

dorso-posterior, que no conviene bajo el punto de vista de la expulsion de la cabeza, por lo cual se modificará por medio de la rotacion comunicada al tronco al hacer la extraccion del pié.

Por regla general, cuando se va á practicar la version en las presentaciones de tronco, si ya está rota la bolsa y ha descendido un brazo, se aplica á este un lazo antes de proceder á la maniobra. Este detalle tiene dos objetos: 1.º impedir que aquel brazo, al ser arrastrado dentro del útero por la elevacion de la cabeza y del hombro, tome una posicion viciosa; por ese medio se le mantiene al lado ó delante del tronco y no estorba á la evolucion; 2.º cuando es preciso practicar la rotacion para mejor colocar el feto, se puede auxiliar con él el movimiento que se comunica á los miembros inferiores.

No debe considerarse la prociencia del brazo en las presentaciones de tronco un obstáculo para la version, aunque realmente indica siempre un encajamiento grande, y por lo mismo mayores dificultades para la operacion. Bajo el punto de vista de esta, la presencia del brazo es tal vez ventajosa; en primer lugar porque por su exámen podemos precisar el diagnóstico de presentacion y posicion; en segundo lugar porque sirve de guia para llevar la mano á uno de los flancos del feto (el inferior) y de consiguiente la pone en camino para ir al alcance del pié. Es cierto que estorba algo el paso de la mano, á bien que más que el brazo procedido es el hombro encajado el que estorba; pero esto no es más que otro pequeño inconveniente, al lado de los varios é importantes que acompañan á la version, cuando tiene que practicarse despues de rotas las aguas.

A veces, aun estando libre el paso por la matriz, es difícil dar con los piés, á lo cual no contribuye poco la confusion en que se halla la mano entre los varios elementos que se ponen á su alcance. Para estos casos, aconsejaba Dubois llevar la mano resueltamente hasta el fondo del útero, y allí *orientarse*, es decir, dirigirla por un flanco del feto á buscar la extremidad inferior. Cuando se encuentra con manos y piés confundidos, distinguirás el pié por el talon, y por no hallar oponible el primer dedo, como en la mano.

Dificultades inherentes á la version.—Cuando la version, tal como acabamos de describirla, puede verificarse con todas las condiciones propias para que se realice bien, es una operacion

que, aunque difícil y que no deja de importar peligros para la madre y para el hijo, puede, sin embargo, llevarse á cabo con rapidez y cumpliendo el fin principal, que es regularizar el parto, ó vencer un accidente sobrevenido. Desgraciadamente no es así siempre, y nos vemos muchas veces obligados á intentar la version, bajo condiciones completamente anómalas.

La primera de las dificultades que se presentan es la ruptura de la bolsa de las aguas; si estas se derraman en gran cantidad, la matriz se contrae sobre el feto, se amolda, por decirlo así, á sus formas, y se hace imposible la introduccion de la mano entre ella y el cuerpo del feto, y si por casualidad se llega á conseguir esto y cojer los piés, no se puede hacerle evolucionar por estar fuertemente comprimido. En estos casos sirven de muy poco los anti-espasmódicos y los calmantes; el único medio de llegar á conseguir algo, es obrando con mucha calma y aguardando á que pausadamente se pueda llegar hasta el fin, sirviendo de medio auxiliar muy á propósito, el cambio de postura de la enferma, y á veces el baño tibio que produce cierta relajacion favorable. Debe tenerse en cuenta que ese estado del útero no se debe á su *contractilidad*, sino á la *retractilidad*, propiedad tónica de la fibra, de accion continua, y que le distingue por lo tanto de las manifestaciones de la otra que son intermitentes. A veces se consigue despues de algunas horas de descanso lo que primero no habia podido alcanzarse con muchos esfuerzos.

En otras ocasiones es un *espasmo*, ya localizado en una region uterina, ya general, el que dificulta la operacion. Si el espasmo radica principalmente en el cuello y segmento inferior, la compresion que esas fibras ejercen sobre el brazo del operador le imposibilita muy pronto para trabajar, apagando la sensibilidad y la motilidad en términos que parece muerto. Si el espasmo es general, sucede una cosa parecida á cuando se derraman las aguas; la matriz, fuertemente contraida sobre el feto, imposibilita toda maniobra. Puede este espasmo estar enlazado con una verdadera inflamacion aguda del útero, en cuyo caso no tardan en presentarse síntomas generales que le ponen muy de manifiesto, como son la agitacion y el terror de la mujer, coloracion del semblante, calor seco ó urente de la piel, frecuencia y concentracion del pulso, ó bien dureza bien marcada, con mucha sed. Por otro lado está sensible y dolorida la matriz, su cuello tumefacto y la vagina caliente y seca. En este caso el espasmo es puramente un síntoma del estado flogístico, el cual á su vez pró-

viene á menudo de maniobras imprudentemente verificadas, ó prolongadas más allá de lo regular.

Cuando el estado espasmódico es idiopático, y lo vemos entonces propio de las presentaciones ó posiciones viciosas, bastan generalmente los calmantes y narcóticos (V. med. narcótica, página 621) para dominarlo; el baño tibio, la anestesia, etc.; pero cuando es sintomático de la inflamacion, no hay mejor medio de combatir esta, si se halla bien significada, que por medio de la sangría. Antiguamente se acudia en estos casos á la sangría del pié; pero este detalle es indiferente, siendo siempre más cómoda la sangría del brazo ó la de la mano. Algunos autores aconsejan, cuando es muy grande la inflamacion, prolongar la extraccion de sangre hasta al síncope, y luego proceder á la version durante este estado, con lo cual se maniobra sin el obstáculo de la contraccion, y del dolor que es muy acerbo al menor contacto de la mano sobre la matriz, y sin darse cuenta de ello la enferma. No somos en principio partidarios de este proceder, prefiriendo, una vez combatida la inflamacion, si se quiere evitar el dolor, usar la anestesia clorofórmica al tiempo de operar.

Los accidentes sobrevenidos en el curso de la operacion, son la deflexion de la cabeza, la elevacion de los brazos y la rotacion en sentido inverso al que se necesita. Todos ellos se atenderán conforme hemos expuesto al hablar de la maniobra y diremos en el artículo siguiente.

El encajamiento violento del hombro, sostenido por la falta absoluta de liquido amniótico, y tonicidad espasmódica del cuello, cuando ningun medio ha podido vencer esos estados patológicos, hace imposible ya la version, y pone á menudo en la dura necesidad de practicar la embriotomía para terminar aquel parto. Esto sucede sobre todo en las presentaciones de tronco, cuando se deja perder la oportunidad de operar.

Es posible tambien que despues de hecha la version, no sea ya dable completar la salida de la cabeza; entonces se pasa á los procedimientos manuales especiales para modificar la posicion, y en último resultado á la extraccion con el forceps.

El *pronóstico* de la version como operacion tocológica no podemos hacerlo benigno. Unicamente en los casos en que se practica con el conjunto de condiciones que favorecen la maniobra, en que el feto es muy movable, ancha la pélvis, y no ha sido difícil alcanzar los piés, puede asegurarse que el éxito será completamente favorable á la madre y al hijo. Fuera de este caso,

la primera sufre en su matriz un traumatismo que la pone en peligro, y que cuando no hay aguas y está contraída, puede ser la ruptura con todas sus funestas consecuencias; en cuanto al feto, aparte los peligros á que le expone la salida de piés, es tambien violentado por las tracciones manuales que producen lesiones en la médula espinal, fracturas y luxaciones de los miembros, etc.

Para evitar alguna de las dificultades que presenta la version, sobre todo las relativas á la falta de liquido amniótico y retracilidad del útero, han ideado los tocólogos diversos procedimientos, que son otras tantas maneras de practicar la version y de las que vamos á ocuparnos.

D.—MÉTODOS ESPECIALES DE VERSION.

Método de Deutsch.—Como indicado especialmente en los casos en que es difícil la maniobra ordinaria, en las presentaciones de tronco, se usa en Alemania un procedimiento manual conocido con el nombre de método de Deutsch, y que al parecer tiene algunas ventajas.

Se realiza este procedimiento en dos tiempos: 1.º Rotacion del feto sobre su eje longitudinal. 2.º Desprendimiento de los piés. Para la eleccion de la mano se parte del conocimiento del lado que ocupa la cabeza; si esta se halla á la derecha, mano derecha; si se halla á la izquierda, mano izquierda. Elegida la mano é introducida en la matriz, segun las reglas antes expuestas para este acto, se lleva al plano anterior del feto, de modo que en la primera y tercera posicion deberá colocarse en supinacion, mirando el dorso de la mano hácia atrás, y correspondiendo la palma al pecho y abdómen del feto, mientras el pulgar viene á colocarse sobre el dorso, entre este y la pared anterior del útero. En esta disposicion se impele el feto de atrás adelante y de abajo arriba, de modo que girando sobre un eje longitudinal, el dorso asciende por la pared anterior de la matriz hasta el fondo, haciéndose horizontal y mirando hácia arriba en vez de adelante como antes de la operacion. No siempre es fácil conseguir este movimiento, sobre todo cuando falta el liquido amniótico; cuando llega á conseguirse se pasa al segundo tiempo. Para esto el pulgar aplicado sobre el torax del feto, lo mantiene en la nueva posicion y lo más elevado que pueda, al paso que la mano, cuya palma viene á corresponder al flanco del feto que mira atrás, va recorriendo con los dedos extendidos el dorso y nalgas del feto hasta los muslos, sin

abandonar el pulgar su posición; los muslos son entonces comprimidos sobre el abdomen, y al llegar á la rodilla se tira hácia abajo y en dirección de la sínfisis sacro-iliaca del lado de la cabeza, de lo cual resulta que naturalmente caen las piernas sobre la mano del operador.—Cuando el dorso del feto mira hácia atrás, es decir, en la 2.^a y 4.^a posición del tronco, se sigue el mismo procedimiento, solamente que la palma de la mano corresponde desde luego al dorso del feto, y el movimiento que se le comunica es de adelante atrás y de bajo arriba, recorriendo el dorso la pared posterior del útero para llegar al fondo, mirando hácia arriba (1). Deutsch, supone que reúne ese procedimiento muchas ventajas, no siendo la menor la de irritar la matriz menos que los medios ordinarios, y el convertir la presentación viciosa en otra que presente mejores condiciones para verificar la extracción; al propio tiempo dice que es más inocente para el feto. Sin negar que sea esto verdad, cuando el feto es muy movable, es preciso confesar que, cuando no existe esa movilidad y la introducción de la mano está contenida por la retracción del útero, entonces no es posible ni la elevación del feto, ni su rotación; igual imposibilidad que para la versión ordinaria. Puede, pues, considerarse como procedimiento especial para los casos comunes, pero nó como capaz de resolver los inconvenientes de una versión difícil (2).

Doble maniobra.—De la época de Siegmund data este procedimiento, que con más ó menos variación ha sido practicado por la mayoría de tocólogos.—Cuando al ir á realizar la evolución después de cogido un pié se observa que la cabeza ó el hombro no quiere abandonar el estrecho superior, lo cual hace ineficaz la operación, se trata de impeler esta parte (la presentación) directamente con una mano hácia el útero que debe ir á ocupar, mientras se siguen con la otra las tracciones sobre el pié cogido; pero como es imposible maniobrar con las dos manos dentro del útero, se procede del modo siguiente: se aplica un lazo sobre el pié cogido, ó uno sobre cada pié si se cogieron los dos, cuyos lazos vienen al exterior para tirar de ellos y hacer descender el miembro ó miembros enlazados, mientras la otra mano introduci-

(1) Hemos descrito esta maniobra tal como la hemos leído en los autores alemanes; pero debemos confesar que la encontramos difícil, complicada y que fracasará en la mayoría de casos.

(2) De un procedimiento semejante decía Saxtorph, que era una buena concepción bajo el punto de vista mecánico, realizable en el maniquí, pero no en el vivo.

da entre la matriz y la presentacion coje esta de lleno, y la va llevando primero un poco hácia arriba, y en seguida á la fosa iliaca, y al flanco correspondiente opuesto al en que se encontraban los piés. (Fig. 91.^a) Este movimiento se ha de hacer con suavidad, sin sacudidas, y perfectamente combinada la impulsión de las dos manos, única manera de evitar la lesion del útero. Al propio tiempo un ayudante sostiene con ambas manos aplicadas sobre el abdómen, el fondo del útero, favoreciendo por medio de presiones suaves la evolucion que va realizando el feto por la impulsión y traccion que verifica el operador.



Fig. 91.^a—VERSION POR DOBLE MANIOBRA.—La mano derecha empuja y levanta la cabeza hácia el flanco izquierdo de la madre, mientras la izquierda tira de un lazo puesto en uno de los piés.

Esta maniobra, que tampoco es de fácil ejecucion, suele, sin embargo, ser eficaz, sobre todo si se cojen ambos piés; cuando es uno solo el enlazado, es muy posible que el que queda en el útero impida la evolucion. Mad. Lachapelle (1), sin haber dado

(1) Mme. Lachapelle.—*Practique des accouchements*, t. 1, p. 93, 102, 343.

una descripción de este procedimiento, dá á comprender que lo conocia, y lo cree muy eficaz cuando por cualquier causa la evolucion artificial del feto es difícil por los procedimientos ordinarios.

Por nuestra parte insistimos, como en el caso anterior, en que es muy difícil cuando falta el líquido amniótico.

Version bi-polar.—La combinacion de las dos maniobras externa é interna para producir la version, se debe principalmente á Braxton Hicks, quien la denominó *version combinada interna y externa*, intentando con ella obrar sobre los dos extremos del ovoide fetal, pudiendo así con mayor facilidad conseguir su evolucion. La verdad es que en todos los procedimientos de version se tiene en cuenta este principio, y en el mismo método clásico siguiendo los preceptos de Mad. Lachapelle, Moreau, Rigby, Simpson, R. Lee, etc., se procura ayudar la accion de la mano introducida en el útero, por medio de la presión ejercida con la otra sobre la parte que corresponde al fondo del útero. En rigor, pues, la idea no es nueva, pero sí debemos considerar tal maniobra ó procedimiento, puesto que establece algunos detalles distintos de los anteriormente conocidos.

El plan de este procedimiento se reduce á rechazar del estrecho superior la parte que lo ocupa y llevarla á una de las fosas iliacas, dirigir á aquel punto las rodillas ó los piés, y bajar estos á la vagina. Para conseguir este fin existen algunos procedimientos, pero el más completo nos parece el de Barnes, de quien tomamos la descripción que sigue:

Procedimiento.—Barnes, que distingue también la version de la extraccion, reduce á tres los tiempos de la primera (actos): 1.º Alejar del cuello uterino la parte que se presente y sustituirla por las rodillas; 2.º Cojer una rodilla; 3.º Concluir la version tirando hácia abajo la pierna, mientras se hace subir la cabeza y el tronco.

Como preliminares de esta establece: la *anestesia*, que quiere se lleve hasta el grado quirúrgico para evitar la accion refleja de la mano sobre el útero y su contraccion espasmódica; la *dilatacion del cuello*, que debe ser muy poca, cuando no hay que introducir la mano en el útero, y en otro caso debe aumentarse por medio de su dilatador hidrostático; la *posicion de la paciente*, juzgando la más conveniente, el decúbito sobre el flanco izquierdo, y excepcionalmente el supino; finalmente, la *eleccion de la mano*, que, dado el principio anterior (decúbito lateral izquierdo), deberá ser la mano izquierda.

Sentados estos precedentes, dá como reglas para la introduccion de la mano, las mismas que ya dejamos descritas (pág. 639), solamente que, tratándose de un caso sencillo, como por ejemplo la version en la presentacion de vértice, la mano apenas tiene que atravesar mas que la vagina. En esta disposicion llegan los dedos á tocar la parte que se presenta, la cabeza, en cuyo momento empieza la operacion.

1.º tiempo.—Este tiempo se divide en dos etapas. En la primera (Fig. 92.^a) los dos dedos indice y medio, despues de atrave-



Fig. 92.^a—VERSION PODÁLICA BI-POLAR. (Primer tiempo.—1.^a etapa.)—La mano derecha aplicada sobre el fondo del útero empuja la extremidad podálica del feto hácia la derecha y atrás. Los dedos índice y medio de la mano izquierda empujan la cabeza hácia la fosa iliaca izquierda, directamente aplicados sobre ella. (BARNES.)

sar el cuello van á buscar la cabeza, reconociendo de qué lado está el occipucio. La mano derecha, colocada sobre la pared abdominal, reconoce á su vez la region podálica del feto: entonces empieza la accion combinada ó bi-polar. Los dedos de la mano izquierda van empujando la cabeza hácia el lado que corresponde el occipucio, hasta llevarla á ocupar la fosa iliaca, al paso que la

otra mano hace descender la pélvis en la direccion del hueso iliaco opuesto; esto se realiza por medio de la presion sostenida y pequeños golpes sobre la cabeza, y de movimientos de presion y deslizamiento sobre la extremidad podálica. El feto est  casi horizontal, y termina la primera etapa de este tiempo; entonces sin cambiar de accion las manos, la izquierda ejerce sobre el hombro, que ha venido   sustituir   la cabeza en el cuello del útero, la misma accion que antes ejerció sobre aquella, mientras la derecha sigue empujando hácia abajo la pélvis. (Fig. 93.^a)



Fig. 93.^a—VERSION BI-POLAR.—(Primer tiempo.—2.^a etapa.)—La mano derecha sigue empujando la pélvis del feto hácia abajo; la mano izquierda, colocada en el mismo sitio que en la anterior etapa, habiendo desalojado la cabeza de la fosa iliaca izquierda, empuja hácia ella el hombro derecho del niño. (BARNES.)

Cuando se trata de una presentacion de tronco, no existe la primera etapa, y la operacion empieza con la segunda de este tiempo. Concluida esta se halla el feto del todo horizontal, en cuya posicion conviene fijarlo para poder alcanzar la rodilla. Para esto si no est n rotas las membranas, se rompen durante un dolor, y la mano externa comprime la pélvis del feto lo suficiente para mantenerla en su posicion encima de la fosa iliaca. Esta presion favorece notablemente el descenso de la rodilla, en términos que en los casos normales, en cuanto la cabeza y el hombro han sido elevados hasta la fosa iliaca, las rodillas vienen   coincidir en el estrecho superior, encima mismo del cuello uterino.

2.^o tiempo.—La mano izquierda continúa en su sitio; la derecha abandona la pélvis para ir á buscar en la direccion de la fosa iliaca correspondiente, la cabeza, á la cual empuja de abajo arriba (Fig. 94.^a) El dedo indice de la mano izquierda busca la ro-



Fig. 94.^a—VERSION BI-POLAR.—(Segundo tiempo.)—La mano derecha vuelve al flanco izquierdo, y colocada encima la cabeza que lo ocupa, la lleva y empuja hácia arriba y adentro, es decir, hácia el fondo del útero. La mano izquierda toca las rodillas que han venido á colocarse en el estrecho superior por la evolucion del feto: el índice engancha la rodilla posterior y tira de ella hácia la vagina; el pié se desprende. (BARNES.)

dilla más lejana (1), es decir, la posterior, lo cual no es difícil, porque ambas suelen presentarse paralelas, la engancha y tira de ella hácia la excavacion, completando el movimiento de báscula la accion de la mano que obra sobre el abdómen.

3.^{er} tiempo.—La mano recorre la corva y la pierna hasta llegar al pié, en el cual hace presa, tirando hácia abajo, mientras la otra sigue dirigiendo la cabeza hácia el fondo del útero. (Fig. 95.^a) Con esta maniobra empieza un movimiento de rotacion del feto sobre el eje longitudinal, á fin de que quede en dorso anterior. De ordinario se hace automáticamente, es decir, que las solas tracciones sobre el miembro cojido, bastan para que la rotacion se verifique, por lo cual aconseja el mismo Barnes, siguiendo á Wigand, que no se le dé la impulsión que otros autores aconsejan.

(1) La eleccion de rodilla es indiferente en la mayoría de casos, pero se supone preferible la posterior.

Cuando todo el miembro ha salido al exterior, queda completa la rotacion, y la version terminada. (Fig. 96.^a) En este caso se abandona la expulsion del feto á la naturaleza, ó se hace su extraccion segun las reglas que hemos dado al hablar de este



Fig. 95.^o—VERSION BI-POLAR.—(Tercer tiempo.)—La mano derecha sigue empujando la cabeza en direccion al fondo del útero. La mano izquierda, cojido el pié izquierdo (el posterior) lo lleva fuera de la vulva. (BARNES.)

tiempo en la version clásica (pág. 643) (1). Toda la dificultad de esta operacion consiste en desalojar del estrecho superior la parte que se presenta; conseguido esto, las rodillas vienen naturalmente al alcance de la mano, y una vez cojida una rodilla, el profesor es completamente dueño de la situacion.

El juicio que nos merece este procedimiento, por demás ingenioso, es que no resuelve la principal dificultad de la version, porque si bien es cierto que como no hay necesidad de introducir la mano en la matriz, la retraccion de esta y la falta de aguas, no impiden una parte de la maniobra, en cámbio no dejan tales causas de obrar sobre el feto, sujetarlo en su sitio y por lo

(1) Barnes divide la extraccion en tres tiempos: 1.^o extraccion de las piernas y tronco; 2.^o Desprendimiento de los brazos; 3.^o extraccion de la cabeza.

mismo hacer imposible su evolucion. El fin de la operacion se consigue sin muchas dificultades, mientras no se ha roto la bolsa amniótica, pero una vez realizado esto, tiene tantas casi como los demás procedimientos. Aun hay más; puede hacerse una gran



Fig. 96.^a—VERSION BI-POLAR.—(Conclusion del tercer tiempo.—Final de la operacion.)—
La mano derecha mantiene la cabeza en el fondo del útero; la mano izquierda tira de la pierna izquierda siguiendo el eje de la excavacion hasta llevar fuera el tronco.
(BARNES.)

parte de la version bi-polar con una dilatacion mínima del cuello del útero, lo cual es indudablemente una ventaja, pero luego si es menester concluir manualmente la extraccion, es muy posible que la dilatacion sea insuficiente y tenga que forzarse, para poder salir bien la cabeza. Como procedimiento ordinario no creemos aventaje al método clásico.

Version por las rodillas.—Simpson ha propuesto cojer una de las rodillas en vez de los piés, para practicar la version en las presentaciones trasversales. Las ventajas que segun el distin-

guido tocólogo de Edimburgo tiene este procedimiento, son: 1.^a mayor facilidad de alcanzar la rodilla que el pié, por estar más cerca del cuello uterino: 2.^a la presa es más segura en la rodilla, por poder enganchar la corva: 3.^a la version ó evolucion se hace mejor, porque el agente del movimiento obra más cerca y más directamente sobre las nalgas del feto: 4.^a la version por los piés hace posible una rotura del útero, que se evita cojiendo la rodilla. En este concepto aconseja ir siempre en busca de las rodillas, que deben encontrarse en el plano abdominal del feto, cerca del ombligo, y cojer la más elevada, que es naturalmente la opuesta al hombro de la presentacion.

Procedimiento.—Dados los mismos preliminares y condiciones que para la version ordinaria, se introduce la mano que corresponde al lado en que se encuentran los piés, llevándola directamente al plano anterior del feto (Fig. 97.^a): al llegar al nivel del ombligo

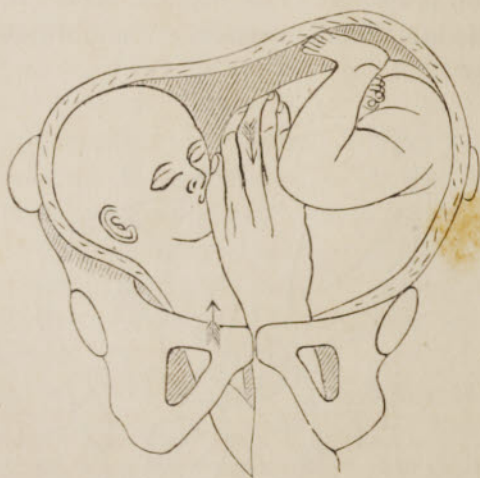


Fig. 97.^a—VERSION POR LAS RODILLAS.—La mano derecha introducida en la matriz va en busca de la rodilla más elevada, que es la izquierda. Las flechas indican la direccion que tomará la rodilla cojida y el brazo desprendido.

encuentra juntas las dos rodillas, y pasa á enganchar con los dedos índice y medio la superior, pudiendo en algunas ocasiones afianzar la presa con el pulgar colocado en la parte exterior de la misma rodilla. Ya cojida la rodilla, empieza la evolucion, que se realiza llevando la mano hácia abajo á la vagina, en la direccion que marca en la figura 97, la flecha. Si el liquido amniótico no está del todo derramado, el feto obedecerá pronto á esta

impulsion, rodando su extremidad inferior sobre sí misma, al tiempo que el hombro de la presentacion irá ascendiendo, verificándose simultáneamente el cambio de presentacion y la rotacion. Cuando la rodilla cojida llega al estrecho superior, corresponde á su lado derecho, la region sacra mira al púbis, y la cabeza recorriendo el flanco derecho de la matriz ha ido á colocarse en el fondo, arrastrando tras sí el hombro, en la direccion que en la misma figura viene marcada. Si se ha tomado la precaucion de ponerle á esta extremidad un lazo, se le puede mantener fácilmente al lado del tronco, y conducirlo al tiempo de la rotacion hácia el lado izquierdo, para evitar que se eleve más tarde detrás de la cabeza.

Si se practica bien esta maniobra, no dejan de realizarse por completo los dos movimientos que se necesitan para completar la version, es decir, el movimiento de flexion sobre su plano anterior, y el de rotacion sobre su eje longitudinal, y para esto insiste Simpson en la necesidad de cojer la rodilla más lejana.

A medida que la rodilla desciende, el hombro sube (Fig. 98.^a)

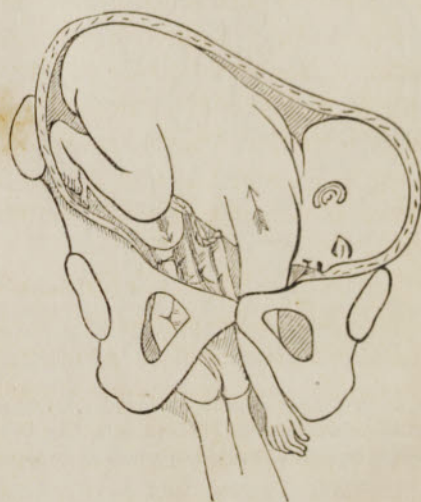


Fig. 98.—VERSION POR LAS RODILLAS.—Rotacion del tronco y elevacion del hombro, á medida que la rodilla es arrastrada hácia abajo, movimiento indicado por las flechas.

sin verificar presiones notables sobre el útero, puesto que no se ha extendido la pierna, sino que permanece en flexion. Una vez conseguida la version, y ya en la vagina la rodilla, se puede des-

doblar la pierna, si se tiene que practicar la extraccion, y se deja en la misma disposicion si confiamos la expulsion á las contracciones uterinas.

Para distinguir las rodillas de los codos, punto que parece difícil á algunos operadores, puede tenerse presente la siguiente regla: El ángulo saliente, convexidad ó como quiera llamársele, que forman la rodilla y el codo doblado, tienen siempre direccion distinta; así la de la rodilla mira al lado en que está la cabeza del feto, y la del codo al en que se hallan los piés. Reconocida bien la posicion, dato importantísimo para verificar bien la version, es muy fácil ya reconocer la posicion de las citadas eminencias.

II.

Operaciones complementarias.—Rectificacion de posiciones viciosas.—Reduccion de los brazos y del cordon.—Colocacion de un lazo.—Método de expresion.

Con el nombre de operaciones complementarias comprendemos las que se verifican para corregir accidentes de un parto normal, ó para facilitar y perfeccionar los movimientos de version, sobre todo cuando en el decurso de estos se ha descompuesto la mútua relacion de los factores. Así es que, ni deben practicarse siempre que se ha hecho la version, ni tienen absolutamente el objeto final de terminar el parto, como con aquella sucede, sino el de subvenir á un accidente que se ha cruzado ya en un parto normal, ya en uno manual. En este sentido son *complementarias* del parto.

Encontramos en primer lugar la **rectificacion de posiciones viciosas**. La mayor parte de las pequeñas viciaciones se corrigen por sí mismas; así sucede, por ejemplo, en las inclinadas de vértice, en la falta de flexion de estas mismas presentaciones, cuando hay un ligero estrechamiento de la pélvis, en cuyo caso de ordinario se completa la flexion al terminar el descenso, conforme digimos al hablar del mecanismo del parto en las estrecheces pélvicas (pág. 445). Pero hay otras viciaciones más graduadas que requieren ya alguna maniobra.

En este concepto es digno de conocerse lo publicado por Parry (1), que propone una intervencion manual para las viciaciones siguientes, que son las más comunes en la práctica:

(1) American journ. of Obstetrics, mai 1875.

- 1.^a *Cabeza parcialmente extendida en las presentaciones de vértice.* Viene á ser la variedad frontal algo exagerada.
- 2.^a *Posicion occipito-posterior persistente.*
- 3.^a *Posicion mento-posterior,* rotacion inversa en las presentaciones de cara.

El primero de estos accidentes es, relativamente considerado, el menos grave, pero siempre prolonga el parto y puede llegar á hacer imposible el desprendimiento de la cabeza; el segundo presenta ya mayor gravedad, por la dificultad del desprendimiento, que cuando menos amenaza una rotura del periné; el tercero, finalmente, es una de las más comprometidas distocias, como que, si no se corrige, obliga hasta á hacer la embriotomía.

Parry propone para los tres una maniobra análoga, que consiste en practicar la flexion en el primer caso, y en los otros dos la rotacion por medio de la mano aplicada á la cabeza, segun el siguiente

Procedimiento.—La enferma se coloca en la postura clásica de las operaciones obstétricas (pág. 637) decúbito supino, y con la mayor relajacion muscular posible. La anestesia debe aplicarse al grado quirúrgico (pág. 373). Vaciados préviamente el recto y la vejiga urinaria, colócase el operador á la derecha de la paciente, é introduce su mano derecha por la vagina á la excavacion, de modo que corresponda el dorso al sacro y el pulgar detrás de la sínfisis púbica; la mano izquierda aplicada sobre el abdómen, sostiene el útero.

El *primer tiempo* consiste en cojer bien la cabeza, que, tal como se ha introducido la mano, viene á corresponder á la palma, procurando hacer en ella presa segura, para lo cual se habrá tenido cuidado de no engrasar más que el dorso. Cuanto más profundamente se introduzca la mano, mayor seguridad habrá de cojer eficazmente aquella parte.

El *segundo tiempo* varía en cada uno de los casos en que está indicada la operacion. En el 1.^o debe hacerse la flexion de la cabeza; para esto se eleva todo lo posible y se le dá el movimiento de flexion, elevando la cara en el sentido de la concavidad del sacro, con lo cual se hace descender el occipucio detrás del púbis. En el 2.^o caso, bien cogida la cabeza y apoyando los dedos sobre el occipucio, y el pulgar sobre la region cigomática del feto, la obliga á rodar en el sentido de la posicion primitiva. Para facilitar esta rotacion, la mano izquierda, abandonando el fondo del útero, viene á ayudar á la rotacion, comprimiendo en el sentido de

esta el hombro que se encuentra adelante. En el 3.^{er} caso, por fin, la maniobra es parecida á la del primero, aunque más extensa, pues se debe doblar la cabeza hasta convertir la presentacion de cara en presentacion de vértice, que resulta occipito-anterior.

Una vez conseguida la rectificacion de estas posiciones, puede dejarse á las contracciones uterinas la terminacion del parto, ó bien hacer la extraccion con el forceps, en cuyo caso, la mano que ha hecho la flexion, no debe abandonar la cabeza hasta estar colocada la primera rama del forceps que va á sustituirla para impedir que cambie de situacion.

Este procedimiento es bastante complicado, y dificil de conseguir el fin que se propone su autor, á pesar de las seguridades que dá de su buen éxito en la evolucion de la cabeza, siempre que la enferma esté completamente anestesiada. Ya de antiguo han intentado los tocólogos trasformar las presentaciones de cara en vértice por un mecanismo parecido, y casi siempre han fracasado. Creemos, pues, que no puede considerarse aun como procedimiento decisivo el propuesto por Parry, pero si puede intentarse, sobre todo cuando se teme que tenga que llegarse á una grave solucion por imposibilidad de realizarse el parto.

El procedimiento aplicado á la rotacion de la cabeza, viene á ser el mismo propuesto por Nøgele para verificar esta maniobra en la excavacion en los casos de posicion occipito-posterior persistente, y en las de operaciones de version, cuando al extraer el feto resulta en dorso posterior, y por lo tanto debe desprenderse la cabeza en occipito-posterior. Para esto aconseja Nøgele llevar la mano entre la cabeza fetal y el sacro, y cogiendo aquella por el occipucio hacerla rodar hasta llevar detrás la cara (1).

Cuando la cabeza se ha extendido en las presentaciones de tronco, ó despues de la version, aun quedando en buena posicion, debe extraerse manualmente. Para esto, el mejor procedimiento es el que describe Nøgele.

El tronco del feto, ya fuera de la vulva, es sostenido por el antebrazo correspondiente á la mano que opera, colocándolo como si estuviere montado en él: esta mano penetra en supinacion entre el sacro y la cara del feto, correspondiendo á esta la cara palmar, los dedos indice y medio, tomando un punto de apoyo sobre el

(1) Aconseja un procedimiento parecido Mad. Lachapelle, 1821, t. I, pág. 97.

maxilar superior á cada lado de la nariz, tiran de la cara hácia abajo y en direccion á la parte inferior del sacro. Si el apoyo sobre la cara no fuera suficiente, se puede introducir en la boca uno ó dos dedos, y hacer por ella las tracciones. Este movimiento se auxilia con la otra mano aplicada al occipucio, de suerte que los dedos segundo y quinto hacen traccion sobre los hombros, mientras que el medio y el anular comprimen el occipucio, para favorecer el movimiento de flexion solicitado por la otra mano que actúa sobre la cara (1).

Esta maniobra no es difícil, y de ordinario dá buenos resultados; pero si despues de repetir algunas veces las tracciones no se consiguiese el desprendimiento, no debe esperarse ya nada de la operacion manual, y conviene apelar al forceps. Precisamente el desprendimiento de la cabeza es una de las cosas que no admiten dilacion. Sabido es que todos los peligros de las presentaciones de nalgas, se fundan en la compresion que sobre el cordón ejerce la cabeza detenida en la excavacion; es, pues, una regla invariable de tocología práctica, que siempre y cuando esto suceda, lo mismo en las presentaciones primitivas ó espontáneas, que en las artificiales, resultantes de la version, el médico no debe perder tiempo, sino que por el procedimiento más seguro y más rápido debe extraer la cabeza antes que haya tiempo de producirse la asfixia. Para evitar esto, cuando por cualquier causa no es posible hacer rápidamente la extraccion de la cabeza ó se espera su expulsion espontánea, aconsejan algunos prácticos hacer respirar al feto, ya abriendo su boca con los dedos introducidos en la excavacion, ya llevando á ella un tubo de caoutchouc que comunicando con el aire exterior, permitirá la entrada de este en los pulmones. No consideramos ventajoso este proceder, prefiriendo siempre hacer la extraccion, ya manual, ya con el forceps.

Reduccion y extraccion de los brazos.—Despues de practicada la extraccion manual del feto, y algunas veces tambien en el parto natural de las presentaciones de nalgas, los brazos, en vez de descender con el tronco aplicados á sus partes laterales, como es lo regular y fisiológico, se detienen como comprimidos por las paredes uterinas, y gracias á la facilidad de sus movimientos permiten que el tronco descienda y se queden ellos apli-

(1) Esta operacion constituye el llamado tercer acto de la extraccion por Barnes, siendo el primero la extraccion del tronco, y el segundo el desprendimiento de los brazos.

cados junto á la cabeza del feto. Se comprende que si en esta disposicion se sigue tirando de los piés, la cabeza no podrá encajar, y que si lo hace será encuñándose fuertemente y haciendo imposible su extraccion. Esto sucede muy á menudo en las operaciones de version, en términos que la maniobra para extraer los brazos la describe Barnes, como el *segundo tiempo* de la extraccion manual por los piés. En este concepto la consideramos tambien nosotros como operacion complementaria de la version y extraccion, ó del parto normal por las nalgas, en el que se ha presentado el accidente que nos ocupa.

Todos los autores están contestes en que la elevacion de los brazos es, en la mayoria de casos, resultado de tracciones bruscas ó intempestivas que han *descompuesto* las relaciones del ovoide fetal, puesto aun en flexion en la parte que permanece dentro el útero; pero esto, que es indudablemente cierto cuando se trata simplemente de la *extraccion por los piés*, no lo es cuando á esta ha precedido la version podálica, pues á menudo el mecanismo de esta basta para descomponer los brazos antes de haber intentado ningun esfuerzo de traccion; lo cual, sin embargo, no significa que pueda prescindirse de obrar con mucha cautela y moderacion cuando se pasa á la extraccion por los piés. Dada, pues, esta posibilidad, debe en todos los casos de version examinarse por medio del tacto la situacion de los brazos, antes de que llegue la cabeza al estrecho superior, porque la verdad es que todas las maniobras propuestas para desprender los brazos, son relativamente fáciles, mientras la cabeza no encaja, pero se rodean de muchísimas dificultades en cuanto penetra aquella en el estrecho superior.

Reconocida la elevacion de uno de los dos brazos, que por lo comun no es completa, sino parcial, en términos que el antebrazo es el que está delante de la cabeza, pero el brazo permanece dirigido hácia abajo, se pasa á su reduccion ó abajamiento por una de la maniobras siguientes, segun las dificultades del caso.

Procedimiento.—A.—El caso más sencillo es el en que el brazo no está levantado mas que á medias, como acabamos de indicar; entonces el codo es perfectamente accesible á la mano. La maniobra consiste en llevar una mano á lo largo del flanco del feto hasta llegar al brazo; el índice reconoce el húmero, y siguiendo su borde interno, puede enganchar perfectamente el ángulo que forma la flexura; en esta disposicion hace bajar el

antebrazo por delante del torax y del abdomen, y lo coloca sin dificultad á lo largo del costado del feto. Si un solo brazo se encontraba doblado, se procede como se acaba de decir; si lo estuvieren los dos, se practica en ambos la misma maniobra, empezando por el que corresponde atrás.

B.—En otros casos, los brazos completamente extendidos están elevados en totalidad delante y á los lados de la cabeza. Como estos deben reducirse segun el sentido de su flexion natural, es preciso, como en el caso anterior, llevarlos delante del pecho; resultado más difícil de conseguir que en el caso anterior. Para esto el procedimiento que podemos llamar clásico, es el siguiente. Introdúcese la mano en la vagina, y los dos dedos índice y medio, recorriendo el dorso del feto, van á enganchar la espalda entre el acromion y el cuello (Fig. 99.^a) En esta disposicion



Fig. 99.^a—Desprendimiento de los brazos retenidos al lado de la cabeza. La mano derecha sostiene el feto, mientras la izquierda va á buscar el brazo posterior, haciéndole recorrer el sacro, pasando por delante la cara del feto.

los dedos llegan y cojen con facilidad el brazo que se dirige hácia adelante, movimiento que sigue el antebrazo, hasta llegar á colocarse el húmero paralelo al tronco y delante del pecho. En-

tonces tenemos convertida la situacion en el caso anterior—A—, y se procede como queda dicho; los mismos dedos, sin abandonar su sitio, enganchan la flexura, y hacen descender el antebrazo á su situacion regular.

La regla general es de cojer y reducir primero el brazo posterior, porque la concavidad del sacro permite mejor practicar la evolucion, y una vez aquel reducido, es mas fácil hacerlo con el anterior que suele estar detenido encima del púbis. Sin embargo, á veces el tronco del feto guarda una posicion directamente ántero-posterior, y es entonces difícil saber cuál de los dos brazos corresponde al sacro; para este caso aconsejase intentar en cada uno la reduccion, y practicarla primero en el que ofrezca menos dificultad. La maniobra descrita se facilita para el brazo posterior, levantando hácia el abdómen de la madre, la parte del tronco ya extraida; para el anterior al contrario, bajando aquella parte delante del periné.

C.—En algunas ocasiones el procedimiento indicado no puede realizarse, y la causa de este fracaso suele ser que los brazos no solamente se han elevado al lado de la cabeza, sino que han pasado á ocupar la nuca por un movimiento de rotacion del feto al que los brazos no han obedecido. Por regla general en esta situacion se practica una maniobra parecida á la descrita, con la única adiccion de que el brazo, antes de bajarse, ha de ser llevado desde el sitio que ocupa, á la parte anterior. Para esto se llega á él de la manera indicada, se coje por la articulacion húmero-cubital, y se hace recorrer al antebrazo un camino inverso al que siguió para venir á la parte posterior. Esto significa que pudo ir á aquella situacion por dos caminos distintos: 1.º *Descendiendo*; el brazo se elevó delante la cara y el antebrazo pasó, mientras el tronco rodaba, por la cabeza á la nuca. 2.º *Ascendiendo*; el brazo detenido encima del púbis, se quedaba fijo mientras el tronco rodaba y descendia, por lo cual el antebrazo pasó á ocupar la espalda por un movimiento opuesto de fuera á dentro y de bajo arriba. En el primer caso, pues, el antebrazo debe ser conducido al plano anterior, recorriendo la nuca, el occipucio, el bregma, la frente y la cara; en el segundo se conducirá al flanco correspondiente, recorriendo de arriba abajo la espalda y el costado. Lo importante aquí, pues, para no equivocarse en la maniobra, es saber si el brazo descendió ó ascendió. La regla que para conocer este detalle juzgamos más segura y fácil de apreciar, es la de examinar la situacion de la escápula; en el primer caso (brazo descendido) el

ángulo del omóplato está fuertemente dirigido hacia fuera (abduccion forzada), en términos que apenas se le puede reconocer: en el segundo caso (brazo ascendido), el citado ángulo está muy aproximado á la columna vertebral, sobre la cual forma una salida notable y fácil de reconocer (aducción forzada).

Para vencer las muchas dificultades que tiene la reduccion en las condiciones citadas, propone Barnes lo siguiente. Se coje el tronco del feto con las dos manos por encima de las nalgas, y se le imprime un movimiento de rotacion en el sentido de la flexion natural del brazo; ó en otros términos, se hace rodar el tronco en sentido inverso á la rotacion que practicó y por cuya causa quedó el brazo detenido; el movimiento nuevamente impreso no ha de ser más que de un octavo de círculo, suficiente para que el brazo que no sigue aquel movimiento, quede al lado de la cabeza. Entonces se practica el desprendimiento conforme queda explicado, pues solo falta descenderlo. Hecho esto y desprendido con ello el brazo posterior, se repite la operacion en sentido inverso, y con ella el brazo anterior es llevado delante la cara, pudiéndose en seguida practicar su abajamiento.

Para poder realizar esta maniobra es menester que la cabeza no esté muy encajada, pues de esta suerte sujeta el brazo contra el estrecho superior, y no se consigue el objeto. Además, deben tenerse muy presentes los limites de la rotacion de la cabeza sobre el atlas, que segun Beaunis y Bouchard no es más que de un cuarto de círculo, pasado cuyo límite, se altera la relacion de las superficies articulares, y se lesiona la médula; y como es posible ó casi seguro que la cabeza no obedecerá al movimiento de rotacion impreso al tronco, es menester no pase este de la extension marcada, si se quiere respetar la integridad del feto. Sin embargo, como para completar la operacion no se necesita, segun Barnes, llegar al cuarto de círculo, bastará poner cuidado en la maniobra para evitar un accidente fatal.

Como apreciacion de este último procedimiento, cumple que digamos, que lo encontramos mejor como auxiliar del primero, que como bastante por sí solo para alcanzar la reduccion, puesto que si no se auxilia con la mano la reduccion de los brazos al plano anterior, frecuentemente no basta la sola rotacion del tronco.

Simpson, como hemos dicho en la pág. 513, habla de un caso especial de cruzamiento de los brazos en la nuca, en una presentacion de vértice. Hecho singular y tal vez único conocido hasta

ahora. El profesor de Edimburgo practicó primero la reduccion, convirtiendo el cruzamiento en simple procidencia de los brazos, y en seguida practicó la version, con la cual aquellos quedaron en la situacion que les corresponde en una presentacion de nalgas.

Reduccion del cordon.—Al verificar la extraccion manual del feto, nos encontramos á menudo con que el cordon queda tirante, lo cual impide por un lado la libertad de las tracciones que se hacen sobre el feto, y por otro puede poner en peligro la vida de este por la dificultad de la circulacion placentaria. En este caso para remediar el accidente, se sostiene la parte ya salida con una mano, mientras con la otra se coje el cordon y se tira de él por el extremo placentario, con lo cual se consigue fácilmente aflojarlo. (Fig. 100.)



Fig. 100.—Aflojamiento del cordon, despues de practicada la version, ó en los partos de nalgas.

Si el cordon diese vueltas al rededor del cuerpo, ó pasase por entre los muslos como si estuviese el feto montado sobre él, despues que se ha aflojado se deshacen las vueltas, haciendo pasar el miembro por el asa que forma.

Caso más sério es cuando el cordon procide en una presenta-

cion de cabeza. Una asa de aquel se escapa de la matriz, é insinuándose entre la presentacion y la pélvis baja á la vagina, llevando consigo los peligros consiguientes á la compresion de los vasos umbilicales, entre dos superficies duras. Esta distocia viene producida por condiciones que dificultan el encaje de la cabeza, razon por la cual se la vé con frecuencia en las presentaciones de tronco. Como causa inmediata de la procidencia, citan los autores como una de las más abonadas, el encontrarse la mujer de pié al romperse las aguas, saliendo estas con fuerza: nada impide entonces que estas arrastren el cordon que está como flotante en ellas. Es, pues, necesario reducirlo, sobre todo en los casos en que puede dejarse la expulsion á la naturaleza. Si esto no sucede y está la cabeza bastante baja, puede hacerse una aplicacion de forceps, con la cual extrayendo rápidamente el feto, se evitan todos los peligros. Cuando no se quiere hacer esto, debe reducirse el cordon prolabado. Esta reduccion no es la más difícil; lo que sí realmente lo es algo más, es el conservar el cordon reducido en su sitio, pues como no puede sujetársele, es arrastrado al volver á retirar la mano.

Procedimiento.—La manera más sencilla de reducir manualmente el cordon, es con la mano. Coje esta una asa del cordon, introdúcese dentro la matriz y si es posible la fija en su situacion, haciéndole dar una vuelta al rededor de un pié, de la rodilla, etcétera. Esto, sin embargo, no es factible cuando está poco encajada la cabeza, y sobre todo no es posible en los casos de estrechez pélvica. Para obviar estos inconvenientes se han ideado diferentes instrumentos, pero aquí pasa como en la mayoría de casos de operacion, que no los más ingeniosos procedimientos son los que mejor responden á la necesidad que se trata de remediar. Con una sonda simplemente se puede reducir el cordon. Para esto se toma una sonda de goma bastante gruesa, y se pasa por sus ventanas un cordonete en asa (Fig. 101); esta á su vez recoge el cordon y viene á fijarse en la extremidad de la sonda; tirando del extremo libre del cordonete, queda sujeto á la sonda el cordon umbilical prolabado. En esta disposicion se introduce la sonda por entre la presentacion y la matriz hasta la mayor altura posible, en cuyo estado puede quedar sin inconveniente; si entretanto la cabeza encajara bien, en términos que reducido el cordon no fuera ya posible otra vez su descenso, se puede retirar la sonda, á cuyo movimiento, escapándose el asa fija en su pico, queda libre el cordon.

Roberton há modificado lijeramente este procedimiento, y tal como lo propone es hoy día el más generalizado en Inglaterra. Consiste en una sonda de caoutchouc vulcanizado, bastante gruesa y larga de 0'40 centímetros, provista de su correspon-

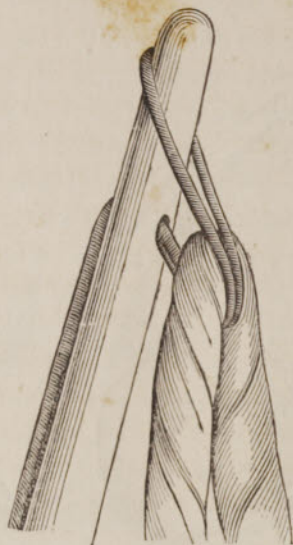


Fig. 101.—Procedimiento de reducir el cordon prolapsado por medio de una sonda de goma.

diente mandrin. Por su interior junto con esta, pasa un hilo grueso de estambre ó seda doblado en asa, la cual sale por una ventana ancha del pico de la sonda; por esta asa se hace pasar el cordon prolapsado. Para reducirlo hace colocar Roberton á la mujer sobre las rodillas y los codos, postura que facilita muchísimo la reduccion del cordon; en seguida se introduce á lo largo de la presentacion, entre esta y el sacro, la sonda que lleva ya sujeta el asa del cordon (Fig. 102), empujándola y haciéndola subir lo suficiente para que todo el cordon quede encerrado en el útero. Seguros de esto, se sostiene con dos dedos la extremidad de la sonda, mientras con la otra mano se retira el mandrin. La sonda así colocada mantiene en su sitio el cordon, y no estorba para nada los fenómenos del parto, pues su blandura y flexibilidad le permite adaptarse á la configuracion del conducto que recorre el feto. Al ser expelida la placenta sale con esta la sonda (1).

(1) La postura sobre los codos es ya antigua, y la usamos con ventaja para hacer la version en las posiciones dorso-post. del tronco.—Thomas de New-York la ha rehabilitado (1858) con el nombre de *Postural Method*.

Cuando el cordon dá circulares al rededor del cuello, lo cual entorpece la expulsion, y puede perturbar la circulacion placentaria, se procura deshacer estas circulares tirando del extremo placentario, con lo cual se ensancha el asa que forman, y

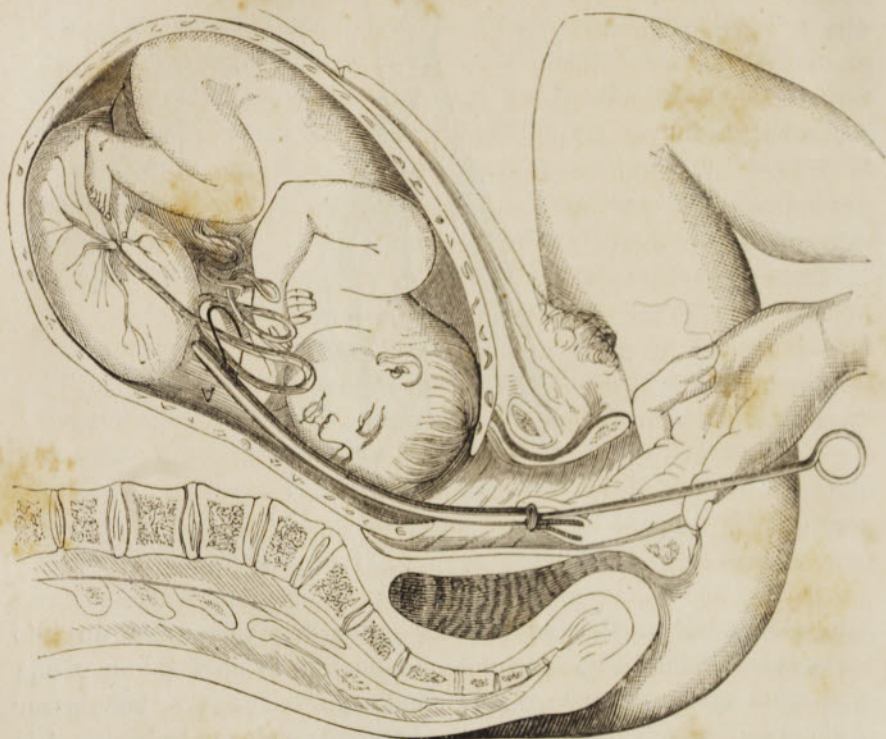


Fig. 102.—Reduccion del corion prolabado por medio del instrumento de Roberton.

se puede hacer salir la cabeza. Si no fuese posible conseguir esto, y se viese que no puede proseguir la marcha del parto, ó que ha dejado de latir el cordon, no debe titubearse en cortarlo, apresurando en seguida la extraccion completa, despues de la cual se liga en el punto de costumbre.

Colocacion de un lazo en el pié.—En las operaciones de version es á veces necesario colocar un lazo en un pié que se halla aun dentro de la cavidad del útero, lo cual ofrece bastantes dificultades, que han procurado estudiar y vencer los tocólogos. Las operaciones que para esto se practican no pueden en rigor considerarse simplemente manuales, puesto que casi

siempre tenemos que servirnos de algun instrumento, pero como al fin son procedimientos complementarios de la version, en alguno de sus métodos especiales, creemos que puede muy bien colocarse en este sitio su explicacion (1).

Braun inventó un *porta-lazo*, que puede servir tambien para reducir el cordón. Consiste en una como espátula de gutta-percha de 0'30 centímetros de largo, agujereada en su extremidad ancha, por cuya ventana se hace pasar una cinta terminada en un nudo corredizo abierto. Se introduce el aparato guiándolo la mano hasta el nivel del pié, introdúcese este en el asa que forma la cinta, y en seguida se tira de la extremidad libre de esta: una vez sujeto el pié por encima los maleolos, puede retirarse el aparato, quedando solamente la cinta.

Para el mismo objeto puede servir el extrangulador lineal de hilo metálico; el asa que esta misma forma, sirve de conductor al nudo corredizo de una cinta, que es la que coje el pié.

Hyernaux (de Bruselas) ha inventado un *porta-nudo* bastante ingenioso. Consiste en un tallo de acero con un mango de madera en una extremidad, y terminada la otra en forma de herradura, compuesta de dos medias cañas yuxta-puestas, que se separan á voluntad por medio de un anillo que corre á lo largo del tallo: al juntarse representan un conducto semicircular abierto por los dos extremos de la herradura, destinado á recibir el asa del lazo. La longitud del instrumento es de 0'41 centímetros; la herradura tiene de altura 0'03 centímetros; de ancho 0'035 milímetros, y de grueso 0,006 milímetros.—Para servirse de este instrumento debe empezarse por armarlo, valiéndose de un lazo ordinario: dóblase este por su mitad, y se forma un nudo corredizo abierto; en esta disposicion, se separan las dos mitades de la herradura y se coloca dentro de ellas el asa de modo que sobresalga un poco por el extremo; ciérranse las dos mitades corriendo el anillo, y queda la herradura sujetando el lazo ó nudo corredizo en disposicion de ser colocado. (Fig. 103.) De esto resulta un anillo mitad metálico, mitad formado por el lazo. Para aplicarlo, una de las manos introducida en la matriz tiene cojido el pié por encima de los maleolos, mientras la otra, tomando el instrumento hace deslizar la extremidad superior á lo largo del antebrazo, mirando la concavidad del anillo á la cara interna de

(1) La aplicacion de un lazo es considerada por Barnes y otros autores ingleses como una operacion inútil, pues dicen que nunca debe aplicarse como no esté ya el pié en la vagina, en cuyo caso no hay necesidad de procedimientos especiales.

este. Al llegar á la palma de la mano, encuentra el pié, que esta retiene y que penetra en el anillo sin esfuerzo alguno desde las puntas de los dedos hasta los maleolos: en este momento el pulgar de la mano que sostiene el instrumento mueve hácia abajo

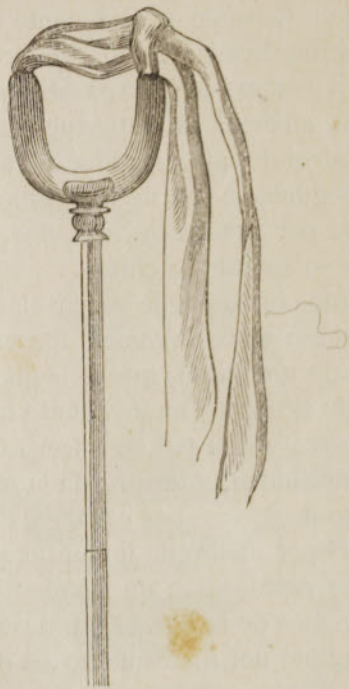


Fig. 103.—Extremidad superior ó herradura del porta-nudos de Hyernaux, armado del correspondiente lazo.

el resorte que comunica con el anillo y descendiendo este deja abrir las dos mitades de la herradura, el asa queda libre introducido ya en ella el pié. El instrumento se retira, y una ligera tracción por la extremidad libre, basta para apretar el nudo y sujetar el miembro ligado.

El Dr. Rull, catedrático de Obstetricia de la facultad de medicina de Barcelona, ha ideado, para colocar un lazo, un procedimiento puramente manual. Cree este profesor que la dificultad no tanto existe en llevar el lazo como en apretarlo, puesto que lo primero se consigue con cualquier aparato desde el momento en que la mano tiene cojido el pié, condicion indispensable para la colocacion de lazos, pero una vez colocado, no puede correrse, porque tiene necesariamente que mojarse, y sabido es que el lienzo, cualquiera que sea, con que se hace el lazo, no puede cor-

rer y apretar el nudo desde el momento que está mojado. Para salvar este inconveniente, obra de la siguiente manera: la mano que va á buscar el pié se introduce en forma de cono, llevando el lazo que ha de colocarse, consistente simplemente en una cinta doblada por su mitad; un nudo simple hace que forme una asa capaz de introducirse por ella una mano, pero sin que pase de la articulacion metacarpo falangia. Los dos extremos libres de la cinta vienen al exterior. Cuando la mano llega al pié indicado para recibir el lazo, lo coje con seguridad de modo que quede todo él en la palma, con lo cual la mano representa un verdadero cono, cuya base es la citada articulacion metacarpo-falángica, y el vértice constituido por los dedos se continúa con la parte inferior de la pierna del feto. Entonces se coloca en la extremidad libre de la cinta, cuyos cabos se han préviamente unido, un palo ó baston, al cual se hace dar vueltas de tortor; á beneficio de esto la cinta se arrolla sobre sí misma, y á medida que las espirales resultantes de esta torsion progresan y llegan hasta el asa que rodea la mano, esta asa disminuyé de extension en virtud de un fenómeno puramente fisico, esto es, que cuanto más se aprietan las espirales, más se estrecha el asa, y á medida que esta se estrecha no puede menos que deslizarse á lo largo del cono formado por la mano, hasta llegar á la pierna del feto; movimiento de desliz que puede facilitarse por medio de lijeros y cortos movimientos de flexion y extension de los dedos. Una vez llegada el asa á la pierna, bastan unas pocas vueltas más del tortor para apretarla y sujetar fácilmente el pié, sin peligro de que se escape. Es indudable que este procedimiento resuelve la dificultad que se ofrece para apretar los nudos, puesto que no habiendo roce de la cinta sobre sí misma, sino torsion, no se vé imposibilitada por la humedad. La maniobra, por otra parte, es sencilla y tiene la gran ventaja de no necesitar instrumento alguno especial (1).

Método de expresion.—La idea de aplicar exteriormente una fuerza manual que imite y supla las fuerzas uterinas, con el fin de terminar el parto, se debe principalmente á Kristeller, que se ha propuesto hacer con el parto lo que Credé con el alumbramiento, esto es, suplir las fuerzas de traccion (*vis á fronte*) por la fuerza de compresion (*vis á tergo*), que parece más análoga á los proce-

(1) El Dr. Rull no ha publicado este procedimiento, que es indudablemente uno de los mejores que conocemos. Me lo comunicó en una conversacion particular, y yo creo rendir un homenaje á mi querido Maestro dando á conocer el valioso resultado de su ilustrada práctica tocológica.

dimientos de que se vale la naturaleza para la expulsion. De aquí ha nacido el llamado *método de expresion*.

Este se practica de la manera siguiente, (segun Schröder): colocada la mujer en decúbito supino y á su lado el profesor, se empieza por separar del área que ocupa la matriz todas las asas intestinales, de modo que la pared abdominal esté en contacto directo con aquella. Con las dos manos extendidas se abarca el fondo del útero, de suerte que los pulgares alcancen la mayor extension posible de la cara anterior, mientras que el borde cubital de las manos dirigido hácia la pélvis, abraza la pared posterior. Así colocadas las manos, se empieza por fricciones lijeras que van aumentando progresivamente de arriba abajo en forma de compresiones, ó mejor dicho, como si se tratara de *exprimir* el útero, durante cinco ó seis segundos, para ir luego disminuyendo progresivamente la presion, exactamente á la manera de las contracciones uterinas. Despues de un descanso de 2 ó 3 minutos se reproduce la expresion, repitiéndola tantas veces como fuere necesario.

El objeto de este método es, como se deja comprender, de imitar las contracciones uterinas, y con esta mira lo han aconsejado Von Ritgen, Kristeller, Martin, etc. Sin embargo, es preciso confesar que su verdadera accion es más parecida á la de los músculos abdominales, que á las contracciones uterinas. No hemos hecho con él experimentos, pero por lo poco que lo conocemos prácticamente, nos parece impotente para el fin propuesto, aparte de lo que pueda directamente afectar á la integridad del útero. La cuestion es la siguiente: ó las fuerzas que se intenta suplir faltan del todo, es decir, que se trata de una parálisis completa del útero; ó se trata simplemente de una deficiencia, de una inercia poco graduada. En el primer caso la expresion no puede hacer nada; si es en el segundo periodo del parto, no conseguirá completar la dilatacion; si en el tercero, no logrará hacer descender la cabeza ni las espaldas; únicamente en el cuarto podrá tal vez ayudar á la expulsion de las secundinas. En el segundo caso, si la inercia es relativa, es decir, que la resistencia que opone la pélvis es mayor que el grado de fuerza que desarrolla el útero, tampoco podrá nada la expresion, y tendrá que recurrirse al forceps, ó tal vez á procedimientos más graves; si la inercia, aunque incompleta, es absoluta por falta de accion éxcito-motriz, tenemos para despertar esta propiedad orgánica medios más seguros é inofensivos.

Creemos, pues, en definitiva, el método por expresión utilizable como simple auxiliar de otras operaciones, singularmente de la aplicación del forceps, en la cual sostiene y comprime la matriz al tiempo que con el instrumento se hacen tracciones; y de la misma manera como procedimiento de algún provecho en el alumbramiento, cuando cansado el útero y fatigados los músculos abdominales falta acción para expeler la placenta ya desimplantada. En este caso nos ha dado la expresión, practicada tal como hemos indicado, resultados satisfactorios, sobre todo cuando á la expresión del útero, y aquí cuadra perfectamente esta denominación, hemos unido las tracciones sobre el cordón umbilical. Lo mismo podemos decir, con respecto á las expresiones auxiliares, en los casos de aplicación del forceps, en los que tiene alguna utilidad (1).

III.

Extracción y decoloración de la placenta.

La placenta puede quedar retenida en la matriz de dos maneras distintas, conforme indicamos en el capítulo relativo á las distocias, unas veces simplemente encerrada en el útero por la contracción espasmódica de las fibras circulares de este, sobre todo de las del cuello; otras veces por permanecer adherida á la superficie uterina, ya por los medios ordinarios de relación entre las dos superficies, ya por adherencias anormales, referibles casi siempre ó á una alteración del tejido placentario, ó de la capa del epitelio intermediario con la mucosa. (V. pág. 504).

En el primer caso no hay que hacer más que la *extracción* de las secundinas; en el segundo debe antes practicarse la *decoloración* ó *desimplantación* de la placenta.

Extracción.—Después de transcurrido un tiempo prudente de expectación para ver si cesa el estado espasmódico, ó sin esperar nada cuando hay hemorragia, se introduce la mano, convenientemente engrasada, por la vagina hasta el punto en que existe la coartación espasmódica, sirviendo de conducto el cordón umbilical; la otra mano, colocada encima del vientre, comprime y fija el fondo del útero. Los dedos de la mano introducida en la

(1) Consúltese la notable monografía del catedrático de obstetricia de Granada, Dr. Gomez Torres, titulada *Estudio sobre la fuerza y la resistencia en el trabajo del parto*.

vagina, van introduciéndose uno tras otro en el útero, y dilatando el anillo que forma la astricción, hasta que gradualmente han penetrado todos. Entonces la mano recoge la placenta y la retira por la vagina y vulva al exterior. Si la placenta se encontrase adherida, deberá procederse á la desimplantacion.

En algunos casos no es el espasmo uterino la causa de la retencion de la placenta, sino simplemente el excesivo volúmen de esta; entonces se practica la extraccion por igual proceder, solamente que no hay necesidad de forzar la entrada del útero, que se encuentra ya permeable.

Decolacion.—La mujer conserva el decúbito supino, aunque puede practicarse muy bien la operacion en decúbito lateral. En el primer caso, el profesor se coloca delante de ella, como para hacer la version; en el segundo, colocado al lado de la cama á que dé la espalda la enferma, y doblados los muslos de esta sobre el abdómen, opera tambien como para la version segun el método inglés. Introdúcese una mano engrasada en la vagina, siguiendo siempre la direccion del cordon, que se mantiene tirante con la otra mano. Al llegar la mano al nivel del cuello del útero, la que sostenia el cordon la abandona para pasar al abdómen y fijar al través de sus paredes el fondo del útero (1). Una vez la mano dentro de este órgano, se procura pasar los dedos reunidos entre la placenta y la pared uterina, buscando para esto la porcion ya desimplantada, y colocando la mano de manera que el dorso corresponda á la pared de la matriz y la palma á la placenta (Figura 104). En esta disposicion se van separando las adherencias con las extremidades de los dedos, con sus bordes laterales mejor que con las uñas, procurando no interesar el tejido uterino, deshaciendo y ensanchando las partes más firmes, pero de manera que cuando no pueda separarse una parte, la rompamos del lado de la placenta dejándola adherida al útero, jamás haciendo tracciones sobre este. Una vez se siente del todo separada la placenta, que ha quedado naturalmente colocada en la palma de la mano, se coje bien abarquillándola y se la retira de arriba abajo imprimiendo á la mano un movimiento de rotacion. El intentar retirarla antes de su completa decolacion, puede producir un desgarró, ó una inversion del útero, complicaciones graves que deben evitarse.

(1) Se aconseja por Busch, von Siebold y otros introducir la mano que corresponde al lado que está inserta la placenta. Esta precaucion es difícil de tomar, porque de ordinario no se conoce la situacion de la placenta hasta que la mano está dentro.

Una vez retirada la placenta, la matriz se contrae; pero si esto no sucediese y apareciese una hemorragia, se combatiría con inyecciones de agua fría dentro del útero.



Fig. 104.—Engatillamiento de la placenta.—Extracción manual.

Es posible que queden adheridos á la matriz algunos colgajos de membranas ó porciones de placenta, en cuyo caso conviene favorecer su expulsión, ya por medio de algún oxiótico, ya con inyecciones tibias aromáticas. Al propio tiempo deben prevenirse los síntomas de putrefacción por medio de una gran limpieza y las inyecciones repetidas con los anti-sépticos (ácido fénico—ácido salicílico).

Credé ha aplicado el método de expresión al alumbramiento, pero si bien tiene aplicación en el alumbramiento normal, cuando se trata de adherencias anormales no nos parece suficiente; así es que creemos preferible la operación que hemos descrito, al *método de Credé*.

Las contracciones uterinas bastan de ordinario para repeler las porciones de secundinas que quedaron adherentes; pero si se presenta en el cuello algún colgajo ó fragmento, no debemos titubear en cojerlo con unas pinzas de pólipio, ó con las pinzas especiales que sirven para estos casos y retirarlo para evitar complicaciones.