



Año 1918

Núm. 3422

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# LA MANIOBRA DE MAURICEAU

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**EDUARDO MATTI**

Ex-practicante del Instituto Jenner, 1911-1914

Ex-practicante por concurso del Servicio Médico Permanente de la Casa Central,  
de la Asistencia Pública, 1914 - 1917

Ex-practicante mayor interno por concurso del Hospital Juan A. Fernández,  
1917 - 1918



BUENOS AIRES

«IMP. NACIONAL» de J. LAJOUANE y Cia.

CALLE BOLIVAR, 270

# LA MANIOBRA DE MAURICEAU



Año 1918

Núm. 3422

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# LA MANIOBRA DE MAURICEAU

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**EDUARDO MATTI**

Ex-practicante del Instituto Jenner, 1911-1914

Ex-practicante por concurso del Servicio Médico Permanente de la Casa Central,  
de la Asistencia Pública, 1914-1917

Ex-practicante mayor interno por concurso del Hospital Juan A. Fernández,  
1917-1918



BUENOS AIRES

«IMP. NACIONAL» de J. LAJOANE y Cia.  
CALLE BOLIVAR, 270

---

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. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros titulares

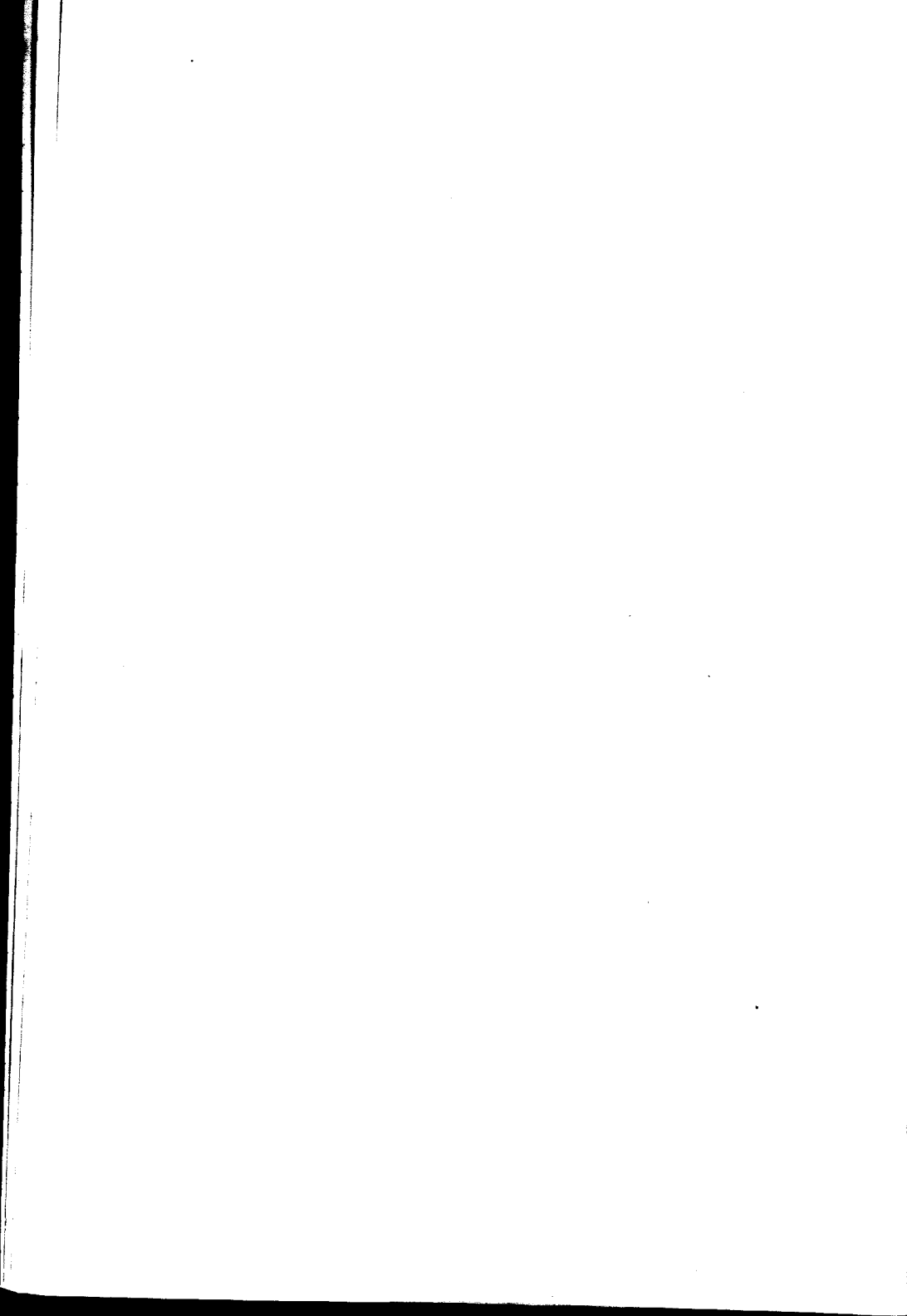
1. Dr. D. ECFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GUÉMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. FISERO
11. " " JUAN A. FOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " DESIDERIO F. DAVEL
19. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. " " DOMINGO CABRED
21. " " ABEL AYERZA
22. " " EDUARDO OBEJERO
23. " " JOSÉ A. ESTEVES
24. " " Vacante

### Secretario general

Vacante

### Secretario

DR. ANTONIO C. GANDOLFO



## FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

### ACADEMIA DE MEDICINA

#### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. „ „ EMILIO R. CONI
3. „ „ OLHINTO DE MAGALHAES
4. „ „ FERNANDO VIDAL
5. „ „ ALOYSIO DE CASTRO
6. „ „ CARLOS CHAGAS
7. „ „ MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## CONSEJO DIRECTIVO

---

### Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

### Vice Decano

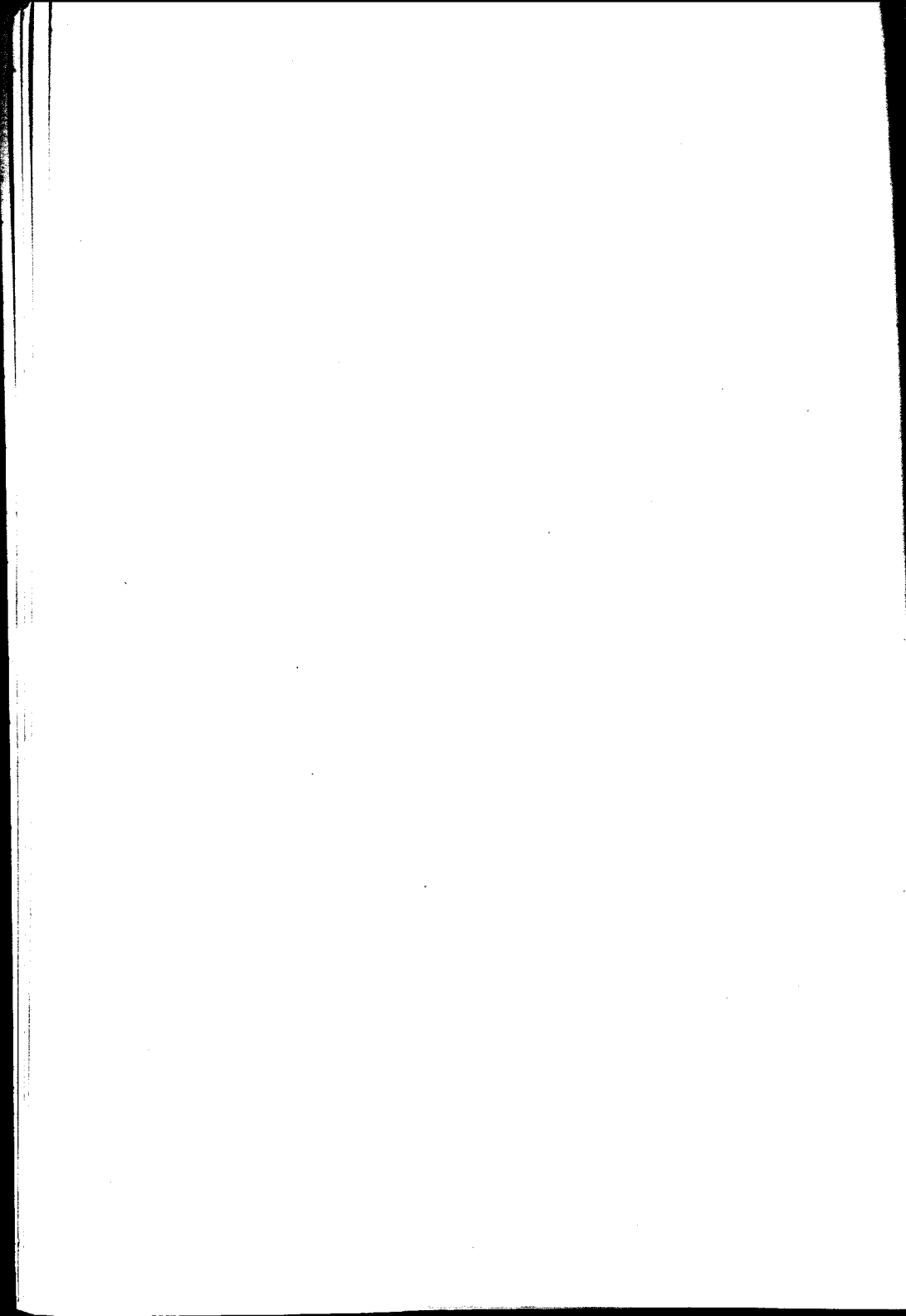
DR. D. DOMINGO CABRED

### Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA  
" " ELISEO CANTON  
" " ANGEL M. CENTENO  
" " DOMINGO CABRED  
" " MARCIAL V. QUIROGA  
" " JOSÉ ARCE  
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
" " DANIEL J. CRANWELL  
" " CARLOS MALBRAN  
" " JOSÉ F. MOLINARI  
" " MIGUEL PUIGGARI  
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)  
" " FANOR VELARDE  
" " IGNACIO ALLENDE  
" " MARCELO VISAS  
" " PASCUAL PALMA

### Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA  
DR. D. JUAN A. GABASTOU

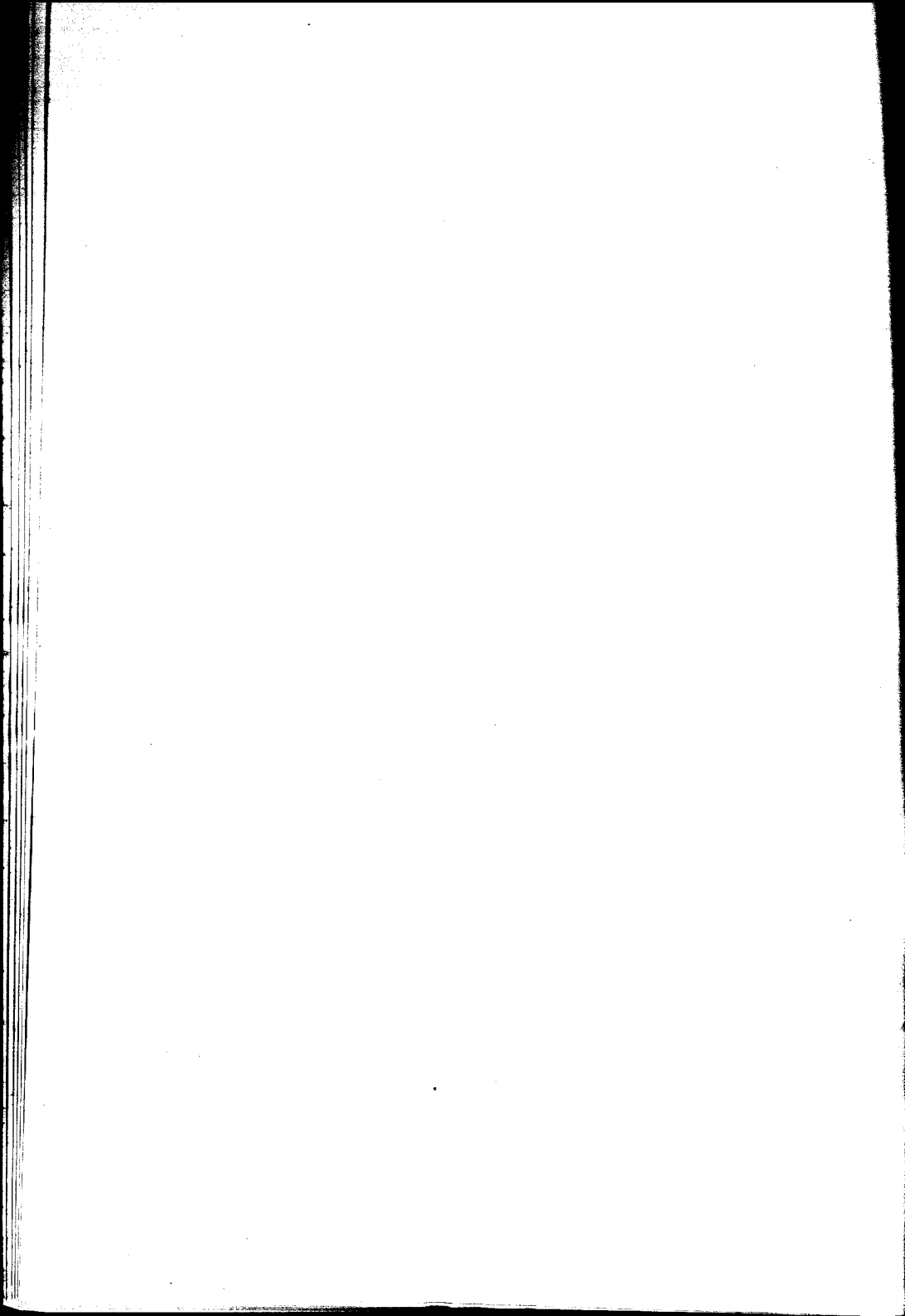


## ESCUELA DE MEDICINA

---

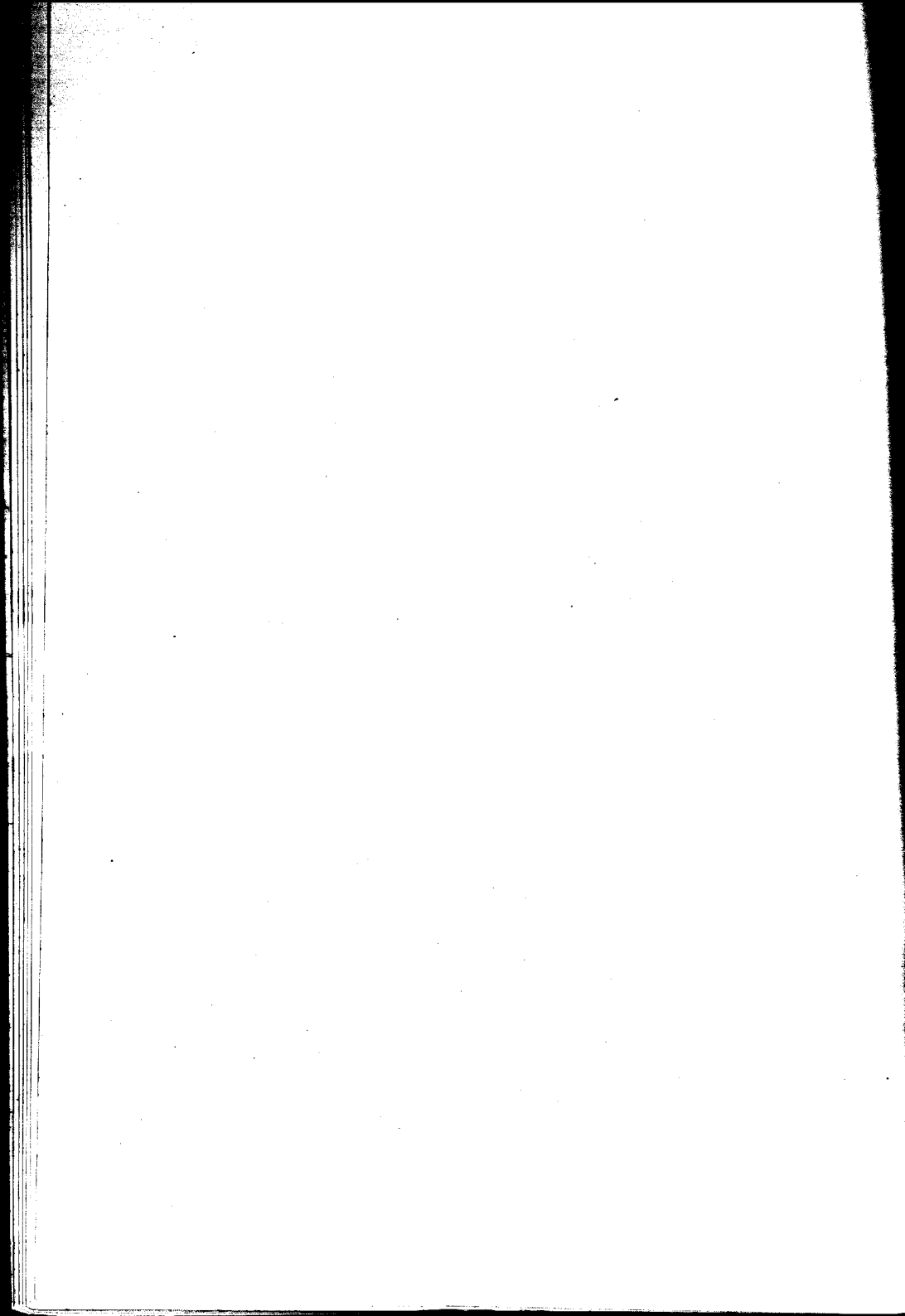
### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE  
.. JUVENCIO Z. ARCE  
.. PEDRO N. ARATA  
.. FRANCISCO DE VEYGA  
.. ELISEO CANTON  
.. JUAN A. BOERI  
.. FRANCISCO A. SICARDI  
.. TELÉMACO SUSINI



# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas                            | Catedráticos Titulares   |
|----------------------------------------|--------------------------|
| Zoología Médica .....                  | DR. PEDRO LACAVERA       |
| Botánica Médica .....                  | " LUCIO DURASONA         |
|                                        | " RICARDO S. GOMEZ       |
| Anatomía Descriptiva .....             | " R. SARMIENTO LASPIUR   |
|                                        | " JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA |
|                                        | " PEDRO BELOU            |
| Histología .....                       | " RODOLFO DE GAINZA      |
| Física Médica .....                    | " ALFREDO LANARI         |
| Fisiología General y Humana .....      | " HORACIO G. PINERO      |
| Bacteriología .....                    | " CARLOS MALBRAN         |
| Química Biológica .....                | " PEDRO J. PANDO         |
| Higiene Pública y Privada .....        | " RICARDO SCHATZ         |
| Semiología y ejercicios clínicos ..... | " GREGORIO ARAOZ ALFARO  |
|                                        | " DAVID SPERONI          |
| Anatomía Topográfica .....             | " AVELINO GUTIERREZ      |
|                                        | (Vacante)                |
| Anatomía Patológica .....              | " JUSTINIANO LEDESMA     |
| Materia Médica y Terapéutica .....     | " DANIEL J. CRANWELL     |
| Patología Externa .....                | " LEANDRO VALLE          |
| Medicina Operatoria .....              | (Vacante)                |
| Clínica Dermato-Sifilográfica .....    | " PEDRO BENEDIT          |
| " Génito-uritarias .....               | " JUAN B. SENORANS       |
| Toxicología Experimental .....         | " JOSÉ PENNA             |
| Clínica Epidemiológica .....           | " EDUARDO OBEJERO        |
| " Oto-rino-laringológica .....         | " MARCIAL V. QUIROGA     |
| Patología Interna .....                | " ENRIQUE B. DEMARIA     |
| Clínica Oftalmológica .....            | " LUIS GUEMES            |
|                                        | " LUIS AGOTE             |
| " Médica .....                         | " IGNACIO ALLENDE        |
|                                        | " ABEL AYERZA            |
|                                        | " PASCUAL PALMA          |
| " Quirúrgica .....                     | " DIOGENES DECOUD        |
|                                        | " ANTONIO C. GANDOLFO    |
|                                        | " MARCELO T. VISAS       |
| " Neurológica .....                    | " JOSÉ A. ESTEVES        |
| " Psiquiátrica .....                   | " DOMINGO CABRED         |
| " Obstétrica .....                     | " ENRIQUE ZARATE         |
| " Obstétrica .....                     | " SAMUEL MOLINA          |
| " Pediatría .....                      | " ANGEL M. CENTENO       |
| Medicina Legal .....                   | " DOMINGO S. CAVIA       |
| Clínica Ginecológica .....             | " ENRIQUE BAZTERRICA     |



## ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas                          | Catedráticos extraordinarios |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Botánica Médica .....                | DR. D. RODOLFO ENRIQUEZ      |
| Zoología Médica .....                | " DANIEL J. GREENWAY         |
| Histología normal .....              | " JULIO G. FERNANDEZ         |
| Física Médica .....                  | " JUAN JOSÉ GALIANO          |
|                                      | " JUAN CARLOS DELFINO        |
| Bacteriología .....                  | " LEOPOLDO URIARTE           |
|                                      | " ALOIS RACHMANN             |
| Anatomía Patológica .....            | " JOSÉ BADIA                 |
| Higiene Médica .....                 | " FELIPE A. JUSTO            |
| Clínica Dermato-sifilográfica .....  | " MAXIMILIANO ABERASTURY     |
| " Génto urinaria .....               | " BERNARDINO MARAINI         |
| Patología externa .....              | " CARLOS ROBERTSON LAVALLE   |
| " interna .....                      | " RICARDO COLON              |
| Clínica oto-rino-laringológica ..... | " ELISEO V. SEGURA           |
| " Neurológica .....                  | " JOSÉ R. SEMPRUN            |
|                                      | " MARIANO ALURRALDE          |
| " Pediatría .....                    | " ANTONIO F. PISERO          |
|                                      | " MANUEL A. SANTAS           |
|                                      | " MANERTO CUÑA               |
|                                      | " FRANCISCO LLOBET           |
| " Quirúrgica .....                   | " MARCELINO HERRERA VEGAS    |
|                                      | " JOSÉ ARCE                  |
|                                      | " JOSÉ T. BORDA              |
| " Psiquiátrica .....                 | " BENJAMIN T. SOLARI         |
|                                      | " ARTURO ENRIQUEZ            |
| " Obstétrica .....                   | " ALBERTO PERALTA RAMOS      |
| " Ginecológica .....                 | " JOSÉ F. MOLINARI           |
| " Médica .....                       | " PATRICIO FLEMING           |



# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas                             | Catedráticos sustitutos   |
|-----------------------------------------|---------------------------|
| Zoología Médica .....                   | " GUILLERMO SEEBER        |
| "                                       | " SILVIO E. PARODI        |
| "                                       | " EUGENIO GALLI           |
| Anatomía Descriptiva .....              | " JUAN JOSE CIRIO         |
| "                                       | " FRANCISCO ROPFILLE      |
| "                                       | " FRANK L. SOLER          |
| "                                       | " BERNARDO BOUSSAY        |
| Fisiología general y humana .....       | " RODOLFO RIVAROLA        |
| "                                       | " SALVADOR MAZZA          |
| "                                       | " BENJAMIN GALARCE        |
| Bacteriología .....                     | " MANUEL V. CARBONELL     |
| Química Biológica .....                 | " CARLOS BONORINO UDAONDO |
| Higiene Médica .....                    | " ALFREDO VITON           |
| "                                       | " PEDRO J. HARBOY         |
| "                                       | " JOAQUIN LLAMBIAS        |
| "                                       | " ANGEL H. ROFFO          |
| Seméiología y ejercicios clínicos ..... | " PEDRO ELIZALDE          |
| "                                       | " JOSE MORENO             |
| "                                       | " PEDRO CASTRO ESCALADA   |
| Materia Médica y Terapia .....          | " ENRIQUE FINOCCHIETTO    |
| Medicina Operatoria .....               | " FRANCISCO P. CASTRO     |
| "                                       | " CASTELFORT LUGONES      |
| Patología externa .....                 | " ENRIQUE M. OLIVIERI     |
| "                                       | " ALEJANDRO CEBALLOS      |
| "                                       | " NICOLAS V. GRECO        |
| "                                       | " PEDRO L. BALINA         |
| Clínica Dermato-sifilográfica .....     | " JOAQUIN CERVERA         |
| "                                       | " JOAQUIN NIX POSADAS     |
| " Genito-urinaria .....                 | " FERNANDO R. TORRES      |
| "                                       | " FRANCISCO DESTEFANO     |
| " Epidemiológica .....                  | " ANTONINO MARCO DEL PONT |
| "                                       | " DANIEL THAMM            |
| "                                       | " ADOLFO NOCETI           |
| "                                       | " RAUL ARGANARAZ          |
| "                                       | " JUAN DE LA CRUZ CORREA  |
| "                                       | " MARTIN CASTRO ESCALADA  |
| " Oto-rino-laringológica .....          | " FELITE J. BASAVILBASO   |
| "                                       | " ANTONIO R. ZAMBRINI     |
| "                                       | " ENRIQUE FERREIRA        |
| "                                       | " PEDRO LABAQUI           |
| "                                       | " LEONIDAS JORGE FACIO    |
| Patología Interna .....                 | " PABLO M. BARRERO        |
| "                                       | " EDUARDO MARINO          |
| "                                       | " ARMANDO R. MAROTTA      |
| "                                       | " LUIS A. TAMINI          |
| "                                       | " MIGUEL SUSSINI          |
| "                                       | " ROBERTO SOLE            |
| "                                       | " PEDRO CHIUTRO           |
| Clínica Quirúrgica .....                | " JOSE M. JORGE (hijo)    |
| "                                       | " OSCAR COPELLO           |
| "                                       | " ADOLFO F. LANDIVAR      |
| "                                       | " JORGE LEYRO DIAZ        |
| "                                       | " ANTONIO F. CELESIA      |
| "                                       | " TOMAS B. KENNY          |
| "                                       | " GUILLERMO VALDES (hijo) |
| "                                       | " VICENTE DIMITRI         |
| Clínica Neurológica .....               | " ROMULO H. CHIAPPORI     |
| "                                       | " JUAN JOSE VITON         |
| "                                       | " PABLO J. MORSALINE      |
| "                                       | " RAFAEL A. BULLRICH      |
| "                                       | " IGNACIO IMAZ            |
| "                                       | " PEDRO ESCUDERO          |
| "                                       | " MARIANO R. CASTEX       |
| " Médica .....                          | " PEDRO J. GARCIA         |
| "                                       | " JOSE DESTEFANO          |
| "                                       | " JUAN R. GOYENA          |
| "                                       | " JUAN JACOBO SPANGENBERG |
| "                                       | " TULLIO MARTINI          |
| "                                       | " CANDIDO PATISO MAYER    |
| "                                       | " GENARO SISTO            |
| "                                       | " PEDRO DE ELIZALDE       |
| " Pediatría .....                       | " FERNANDO SCHWEIZER      |
| "                                       | " JUAN CARLOS NAVARRO     |
| "                                       | " JAIME SALVADOR          |
| "                                       | " TORIBIO PICCARDO        |
| "                                       | " CARLOS H. CIRIO         |
| " Ginecológica .....                    | " OSVALDO L. BOTTARO      |
| "                                       | " JULIO IRIBARNE          |
| "                                       | " CARLOS ALBERTO CASTAÑO  |
| "                                       | " FAUSTINO J. TRONCE      |
| "                                       | " JUAN B. GONZALEZ        |
| "                                       | " JUAN C. RISSO DOMINGUEZ |
| "                                       | " JUAN A. GABASTOU        |
| "                                       | " ENRIQUE A. ROERO        |
| " Obstétrica .....                      | " JOSUE BERUTI            |
| "                                       | " NIXANOR PALACIOS COSTA  |
| "                                       | " VICTORIO MONTEVERDE     |
| "                                       | " JOAQUIN V. GNECCO       |
| "                                       | " JOAQUIN BRANDAN         |
| Medicina Legal .....                    | " ANTONIO PODESTA         |
| Clínica Psiquiátrica .....              | " AMABLE JONES            |



## ESCUELA DE PARTERAS

---

### Asignaturas

### Catedráticos titulares

#### *Primer año:*

Anatomía, Fisiología, etc. .... Dr. J. C. LLAMES MASSINI

#### *Segundo año:*

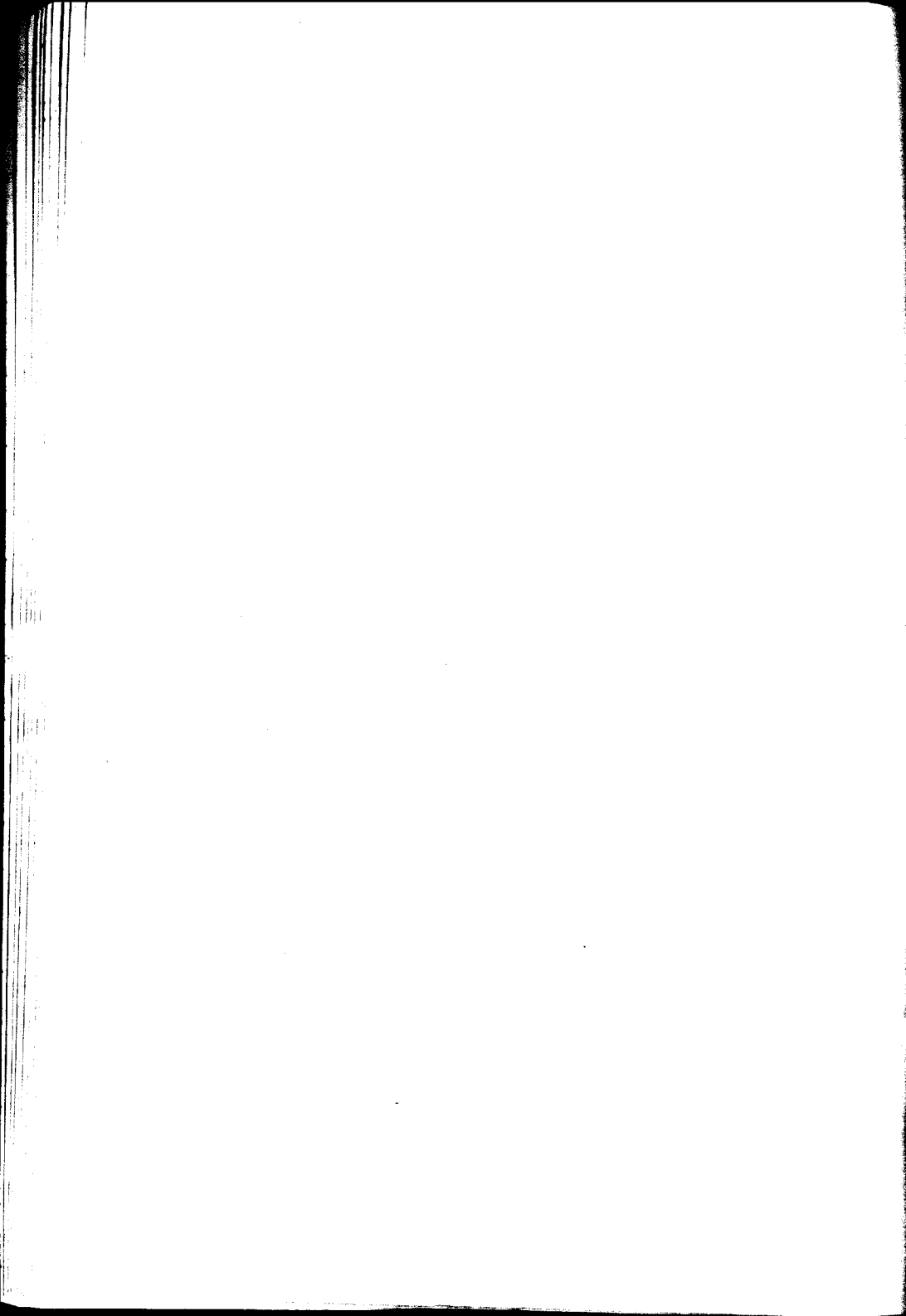
Parto fisiológico ..... „ MIGUEL Z. O'FARRELL

#### *Tercer año:*

Clínica obstétrica ..... „ FANOR VELARDE

Puericultura ..... „ UBALDO FERNANDEZ

---



## ESCUELA DE FARMACIA

| Asignaturas                                              | Catedráticos titulares |
|----------------------------------------------------------|------------------------|
| Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas ..... | DR. ANGEL GALLARDO     |
| Física farmacéutica .....                                | " JULIO J. GATTI       |
| Química farmacéutica inorgánica..                        | " MIGUEL PUIGGARI      |
| Botánica y Micrografía vegetal...                        | " ADOLFO MUJICA        |
| Química farmacéutica orgánica ...                        | (Vacante)              |
| Técnica farmacéutica (1er. curso).                       | " J. MANUEL IRIZAR     |
| Higiene, Ética y Legislación.....                        | " RICARDO SCHATZ       |
| Química analítica general .....                          | " FRANCISCO P. LAVALLE |
| Farmacognosia especial .....                             | SR. JUAN A. DOMINGUEZ  |
| Técnica farmacéutica (2.º curso)..                       | DR. J. MANUEL IRIZAR   |

| Asignaturas                                             | Catedráticos sustitutos     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Zoología general.—Anatomía y fisiología comparadas..... | DR. ANGEL BIANCHI LISCHETTI |
| Física farmacéutica .....                               | " TOMAS J. RUMI             |
| Química farmacéutica inorgánica..                       | " ANGEL SABATINI            |
| Botánica y Micrografía vegetal.....                     | " EMILIO M. FLORES          |
| Química farmacéutica orgánica....                       | " ILDEFONSO C. VATTUONE     |
| Técnica farmacéutica .....                              | DR. PEDRO J. MESIGOS        |
| Química analítica general .....                         | " LUIS GUGLIALMELLI         |
| Farmacognosia especial .....                            | SR. RICARDO ROCCATAGLIATA   |
|                                                         | " PASCUAL CORTI             |
|                                                         | " CLEOFE CROCCO             |
|                                                         | DR. JUAN A. SANCHEZ         |
|                                                         | SR. OSCAR MIALOCK           |

## DOCTORADO EN FARMACIA

| Asignaturas                                                 | Catedráticos titulares              |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Complementos de Matemáticas...                              | —                                   |
| Mineralogía y Geología.....                                 | —                                   |
| Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina ..... | —                                   |
| Química analítica aplicada (Medicamentos) .....             | DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en def.) |
| Química biológica .....                                     | " PEDRO J. PANDO                    |
| Química analítica aplicada (Bromatología) .....             | —                                   |
| Física general .....                                        | —                                   |
| Bacteriología .....                                         | DR. CARLOS MALBRAN                  |
| Toxicología y Química legal.....                            | " JUAN B. SENORANS                  |



## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

| Asignaturas           | Catedráticos titulares |
|-----------------------|------------------------|
| 1er. año .....        | DR. RODOLFO ERAUZQUIN  |
| 2.º año .....         | „ LEON PEREYRA         |
| 3er. año .....        | „ N. ETCHEPAREBORDA    |
| Protesis Dental ..... | SR. ANTONIO J. GUARDO  |

### Catedráticos sustitutos

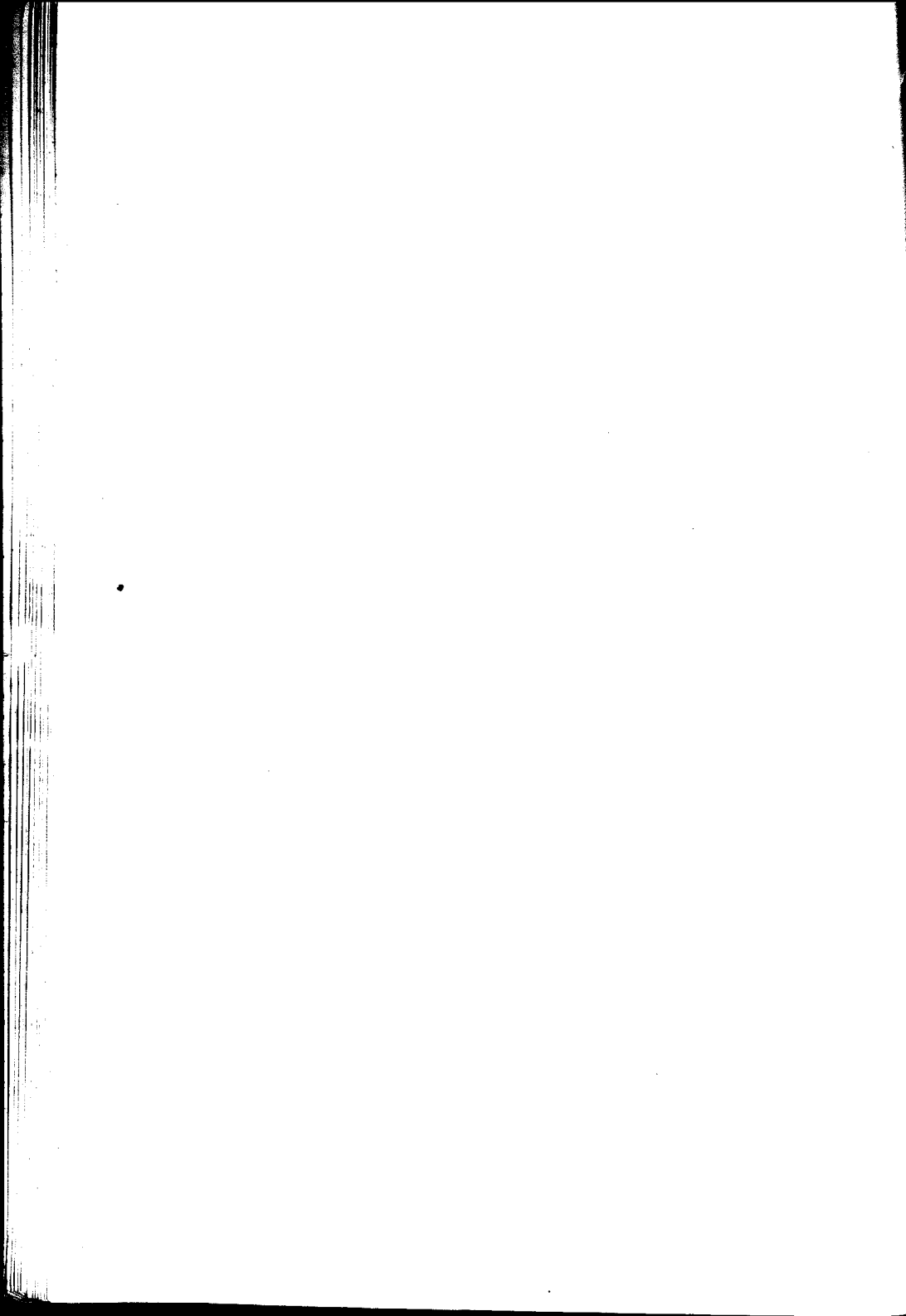
DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)  
DR. D. TOMAS S. VARELA (2.o año)  
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)  
SR. D. CORIOLANO BREA       »  
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)



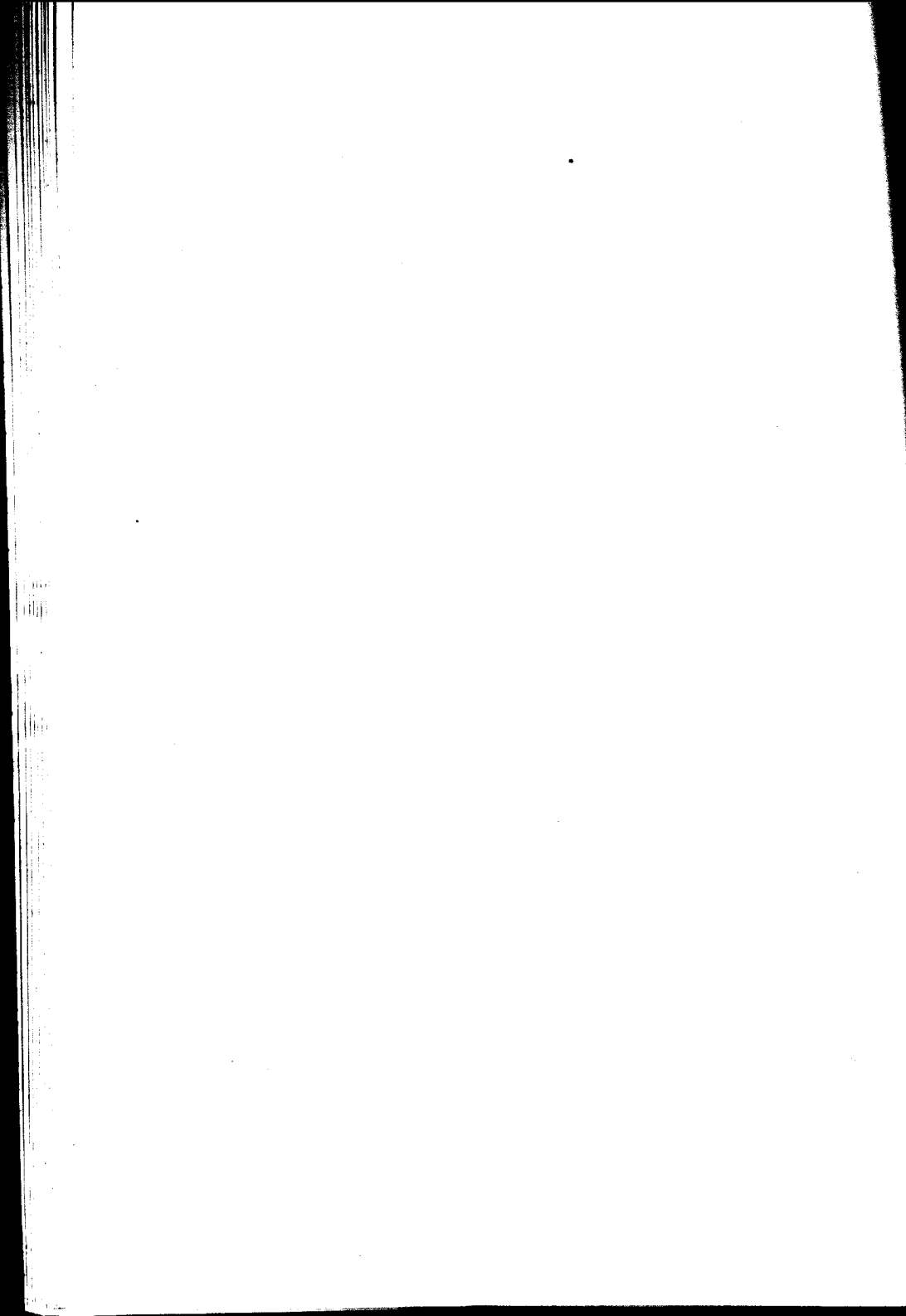
**Padrino de Tesis:**

**Dr. JUAN CARLOS RISSO DOMINGUEZ**

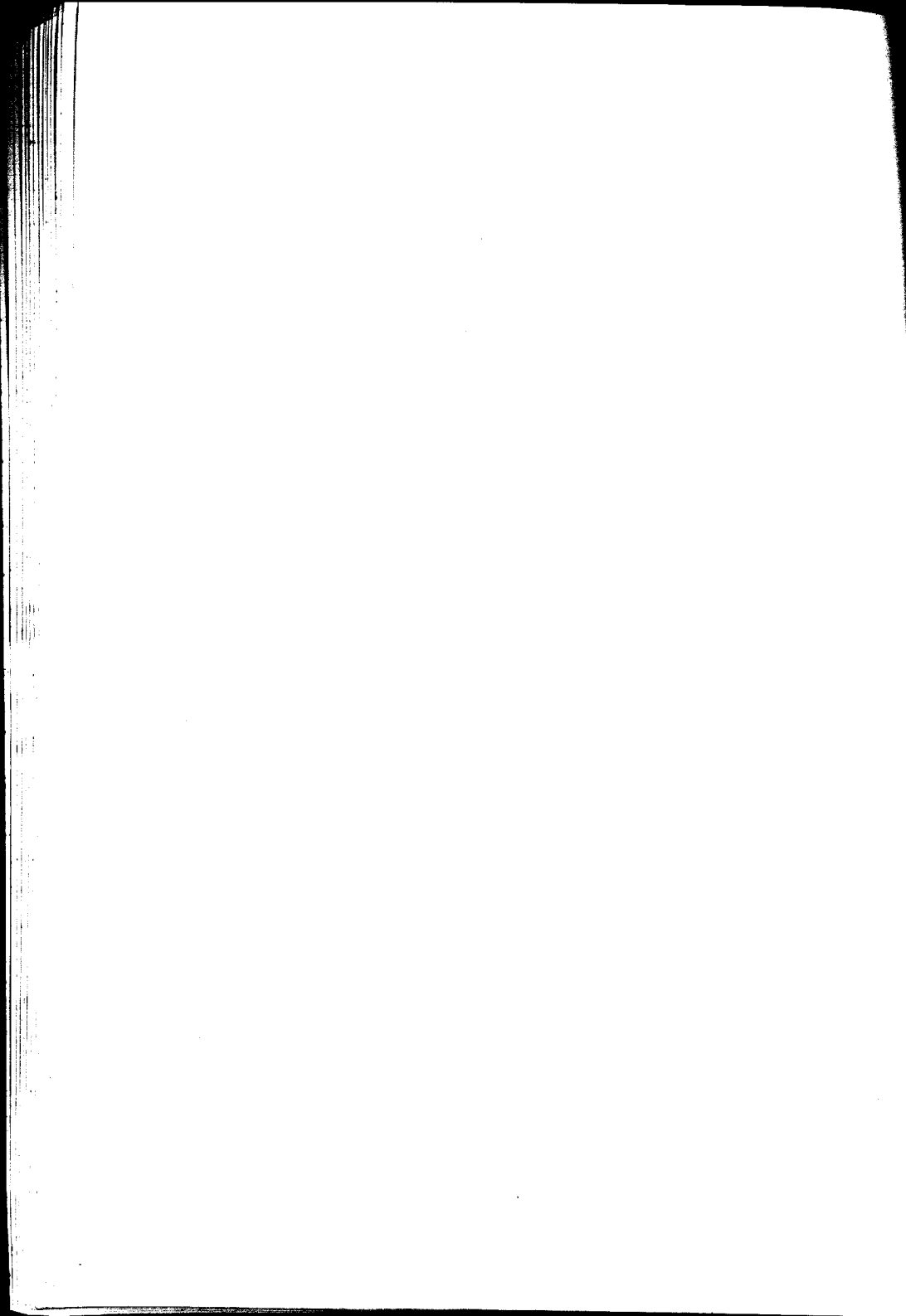
Profesor suplente de Clínica Obstétrica  
Jefe de clínica de la Maternidad del Hospital Rivadavia



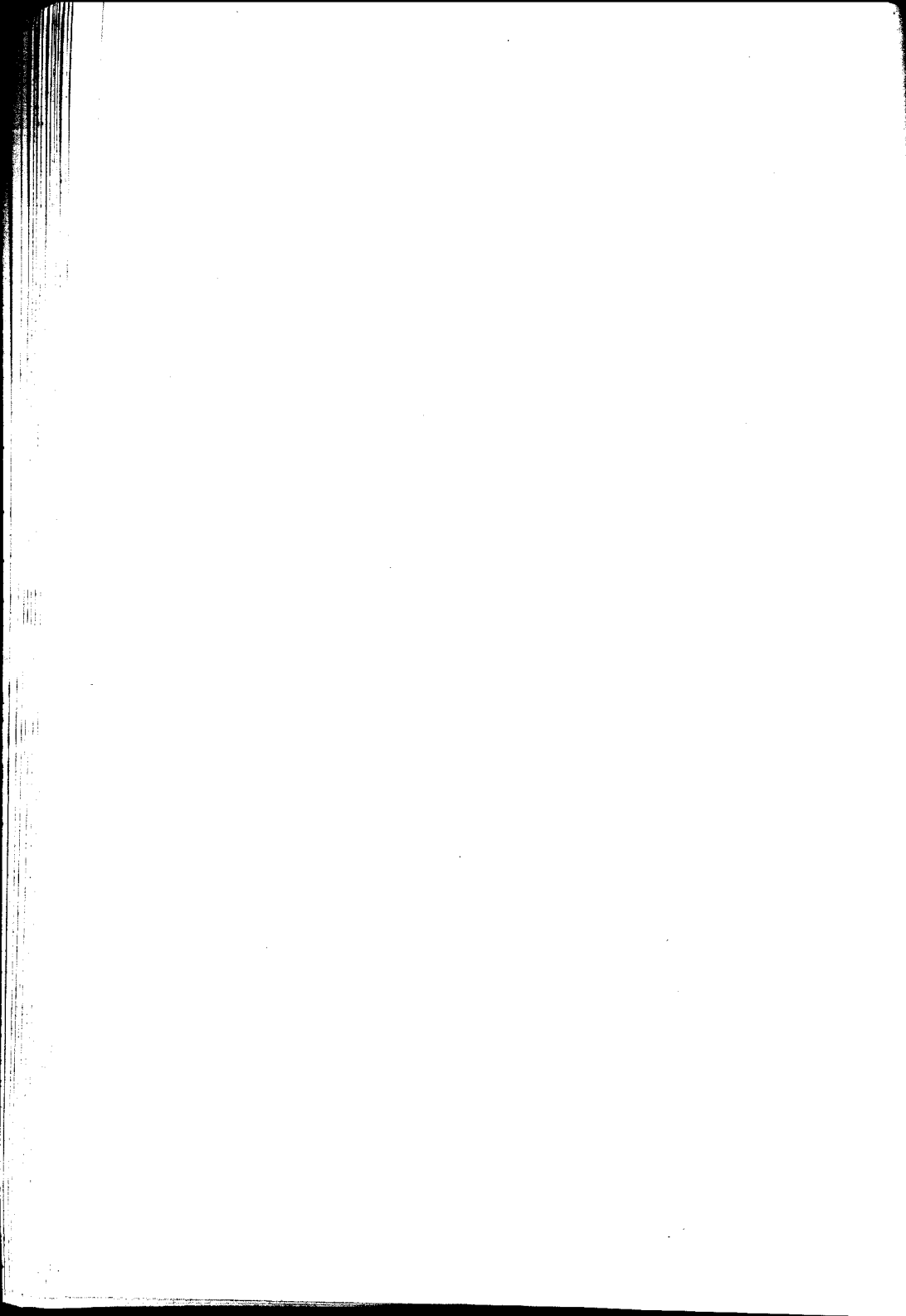
A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



A LOS MIOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al terminar mi carrera universitaria quiero, en esta página de gratitud, rendir mi homenaje de admiración y de agradecimiento a los distinguidos profesores de nuestra Facultad de Medicina.

A los doctores Angel J. Villa, Julio A. Blaksley y Alberto Chueco, jefes de sala del Hospital Juan A. Fernández, el testimonio de mi profunda gratitud por sus consejos y por la provechosa enseñanza que recogí a su lado mientras fui practicante de ese hospital.

A los doctores Carlos Edo, jefe del servicio médico permanente de la Casa Central, y Lucio O. Aravena, director del Hospital Juan A. Fernández, la expresión de mi más sincero agradecimiento por la caballerosidad de sus procederes.

A los médicos del Hospital Juan A. Fernández y de la Casa Central de la Asistencia Públi-

ca, mi sincero agradecimiento por las atenciones recibidas.

Al doctor Juan Carlos Risso Domínguez, que me dispensa el honor de apadrinarme esta tesis, el homenaje de mi eterna gratitud y de mi mayor reconocimiento.

A mis compañeros del Hospital Juan A. Fernández y a mis ex-compañeros de guardia de la Casa Central, el abrazo fraternal del camarada que se aleja.

## CAPITULO I

### **Mauriceau y sus obras**

Francisco Mauriceau, célebre obstétrico del siglo XVII, nació en París en el año 1637. A la edad de 17 años iniciaba sus estudios médicos abrazando la cirugía primero, para dedicarse más tarde a la obstetricia, rama de la medicina que ejerció con profundo cariño y con rara inteligencia. En el Hotel-Dieu, sitio de adquisición de sus nociones fundamentales, practicó, según él mismo lo refiere en sus escritos, hasta 300 partos en el término de 4 meses.

Su reputación y sus éxitos pasaron las fronteras de su patria. Le fueron concedidas las más altas recompensas como premio a su inteligencia y a su labor. Tuvo por esos motivos ciertas rivalidades que trajeron como consecuencia largas controversias, de las cuales es la más inte-

resante la que sostuvo con Felipe Peu, su célebre contemporáneo, quien no podía conformarse a ver eclipsada su fama por la de un hombre mucho más joven que él, a quien la más distinguida clientela le honraba con sus favores y a quien las corporaciones científicas le designaban para ocupar sus más altos cargos.

Velpeau dice que Mauriceau era «el oráculo de su época». Otros autores han elogiado la obra del célebre partero de manera muy favorable; nosotros no creemos necesario repetir esos juicios.

Las obras de Mauriceau, hijas de la experiencia, se caracterizan porque ellas son un fiel reflejo de lo que él había observado. Sus descripciones sobresalen por la escrupulosa exactitud y por la buena interpretación que da a los fenómenos naturales que estudiaba.

Por estas razones y por la fama que el nombre de Mauriceau tenía en el extranjero, sus obras fueron prontamente traducidas a varios idiomas.

La primera obra de Mauriceau, apareció en el año 1668 con el título «De las enfermedades de las señoras embarazadas y paridas, con el verdadero método para tratar sus partos naturales y el medio de remediar los contranaturales.

y las enfermedades de los recién nacidos; conjuntamente con una exacta descripción de todas las partes de la mujer destinadas a la generación».

La obra iba acompañada de varias figuras demostrativas, y en su prefacio el autor dice que «publica los resultados de su experiencia para prestar un servicio al público». Se compone de 3 libros: En el 1º describe los órganos de la generación en la mujer; las enfermedades y las distintas disposiciones de las embarazadas desde el momento de la concepción hasta el término del embarazo. En el 2º libro trata del embarazo eutócico y del distócico y de la manera de comportarse frente a las diversas presentaciones. En el 3º libro habla del tratamiento de las embarazadas y del recién nacido, así como de sus enfermedades más comunes.

El 3 de mayo de 1674 publica una 2ª edición aumentada. El 4 de julio de 1681 se le acuerda el privilegio para publicar por 10 años una 3ª edición y una traducción al latín de la misma obra.

El 14 de julio de 1693 el rey le acuerda un nuevo privilegio para publicar una 4ª y última edición de la obra; una 2ª edición de la traducción latina y un nuevo libro titulado «Ob-

servaciones sobre el embarazo y el parto, y sobre sus enfermedades y las de los recién nacidos». Estos libros aparecieron en dos volúmenes en París en el año 1694.

En el año 1712, después de la muerte de Mauriceau, Hilario Foucault, publica la 5ª edición del tratado, edición que es reimprimida en el año 1718.

En el año 1721 aparece una 6ª edición que es reimprimida en el año 1728.

En el año 1740 ve a luz una 7ª edición. Estas últimas ediciones, publicadas después de la muerte del célebre tocólogo, comprendían en un libro único las dos obras que el autor había publicado por separado.

En el año 1672, Chamberlan, publicó en Londres una traducción inglesa con el título de «Tratado de las enfermedades de las señoras». Esta traducción fué reimprimida en los años 1681, 1683, 1716 y 1727.

En el año 1680, apareció una traducción alemana que fué reimprimida en los años 1681, 1687, 1707 y 1732.

En el año 1700 fué publicada en Amsterdam una traducción holandesa con texto francés de la misma obra.

En el año 1727, apareció una traducción italiana; la última traducción que se hizo.

En el prefacio de su primer libro, dice Mauriceau, que en su obra no citará sino todo lo que haya de interesante en las 3.000 observaciones que recogió en 25 años de experiencia, observaciones que no pueden ser desmentidas porque «éstas no son, dice él, relaciones prestadas ni inventadas como son las de los empíricos o las de los charlatanes; o falsificadas como la mayor parte de aquellas que un nuevo autor acaba de dar a la publicidad».

Al terminar su primera recopilación dice: «Yo las he hecho yo mismo con una gran exactitud; yo he escrito las historias clínicas el mismo día que he visto los hechos, describiéndolos fielmente sin ninguna alteración de la verdad». En efecto, vemos que cita tanto los casos felices como los fracasos. Eso sí, cuando su intervención no ha sido seguida del éxito, Mauriceau, trata siempre de excusarse; quizás no podría haber procedido de otra manera dado los conocimientos obstétricos de su época.

En el prefacio de la obra que publicó en el año 1694 titulada «Observaciones sobre el embarazo y el parto y sobre sus enfermedades y las de los recién nacidos», nos dice de esas ob-

servaciones o aforismos «yo he tratado de extraer de mí mismo el mayor número de preceptos con que he compuesto los aforismos siguientes, para formar más fácilmente una verdadera idea del arte de los partos para todos aquellos que quieran practicarlo y que tengan deseos de emplearlos para la curación de las enfermedades de las señoras». En efecto, la lectura de esos aforismos da una idea de la obstetricia de Mauriceau. Esta obra es un verdadero resumen de la enseñanza que él dió en su «Tratado de las enfermedades de las señoras».

La vida agitada y laboriosa del ilustre obstétrico, alteró a la larga su salud. A ello contribuyó grandemente su viva controversia con Felipe Peu. En el año 1706 se retiró a las afueras de París, después de haber publicado su último conjunto de observaciones. Francisco Mauriceau, falleció el día 17 de octubre de 1709, a los 72 años de edad.

## CAPITULO II

### **La primitiva maniobra de Mauriceau**

Por falta de datos precisos no es posible saber si la presentación sacra fué la más antigua de las operaciones obstétricas, como lo han supuesto numerosos autores. Se sabe, sí, que los comadrones antiguos temían siempre «la extracción por los pies», pues resultábales a ellos una dificultad insalvable el descenso del mentón y de los brazos elevados, entonces relativamente frecuentes por defecto de técnica. En efecto, ésta consistía en traccionar en todo momento (inercia y contracción) y más o menos fuertemente de las partes ya salidas. Hoy sabemos que la tracción debe hacerse solamente en el momento de la contracción, porque si se hace en el momento de la inercia, en el intervalo de las contracciones, los brazos necesariamente se elevan, creándose de esa manera la dificultad.

Pero a medida que la obstetricia se enriquecía con nuevos conocimientos, se trató de limitar en lo posible que esta forma de presentación llegara a su término: se trataba de transformar en cefálica toda presentación que no lo fuera.

Soranus de Efeso, aconseja por primera vez la versión pelviana en el vivo; pero no se ocupa de la extracción de la cabeza última.

Celso practica esta versión en el feto muerto, y para extraer la extremidad cefálica se limita a tirar sobre el tronco del mismo, mientras un ayudante ejerce presión sobre la cabeza con las palmas de las manos a través de la pared abdominal.

Paul d'Égine aconseja que cuando los pies se presentan y el resto del cuerpo no puede salir, debe emplearse un único recurso: la amputación del niño.

Pero con todo es necesario llegar al siglo XVI para encontrar al ilustre Ambrosio Paré, quien con su discípulo el no menos docto Guillemeau, demuestran el valor de la «versión sobre los pies» en aquellos casos en que es necesario practicar rápidamente la extracción del niño.

Ambrosio Paré, escribía en el año 1550: «El cirujano, poco a poco y sin violencia, tirará

del niño hasta sacarlo afuera al mismo tiempo que hace comprimir el vientre de la madre que deberá retener el aliento por intervalos, cerrando la nariz y la boca y contrayendo las paredes del vientre todo lo que le sea posible».

Como vemos, lo que dice Paré, es parecido a lo que antes aconsejaba Celso.

Guillemeau, escribía en el año 1621 lo siguiente: «Cuando el niño se presenta por los pies es necesario cuidar que la cara esté colocada hacia atrás para evitar que en el momento de las tracciones se enganche en el pubis, cosa que sucedería si la cara mirara hacia adelante. En este caso es necesario girar al niño por los piés para extraerlo. De este modo el mentón no chocará contra el pubis y el niño saldrá con facilidad».

En otro capítulo de su libro al tratar de la manera de extraer la cabeza última en el feto muerto, dice: «La cabeza del niño puede ser tan grande que no pueda seguir al cuerpo y que si se tira mucho se la podría arrancar; para remediar este inconveniente y hacer que la cabeza no se detenga, es necesario doblar suavemente el cuerpo del niño, llevando la cara hacia abajo, *teniendo el cuerpo con una mano y poniendo el dedo índice de la otra mano dentro de la boca*

*del niño*; fácilmente la cabeza será sacada afuera con el cuerpo.

Como vemos, para Guillemeau es esencial rotar al niño, y en caso de detención de la cabeza última, aconseja extraerla haciendo una toma sobre la cabeza misma. Téngase presente, sin embargo, que aplicaba su procedimiento en los casos en que el feto estuviera muerto.

La obra de Paré y Guillemeau fué continuada por Mauriceau, partidario ferviente de la versión podálica y gracias a su gran autoridad la hizo aceptar definitivamente. Observador sagaz, comprendió bien pronto las dificultades que encontraría durante el desprendimiento de la extremidad cefálica. Para obviar esos inconvenientes ideó la maniobra que en seguida describiremos.

En el capítulo XIII de su obra, al indicar la manera de efectuar el parto «cuando la criatura presenta primero uno o ambos pies», se muestra enemigo de la versión cefálica, considerando el peligro que esa maniobra representa para la madre y para el hijo. Aconseja en este caso hacer el desprendimiento traccionando por los pies. La técnica que Mauriceau seguía es la siguiente:

Cuando el cuello está suficientemente dila-

tado, cubre su mano con aceite o con manteca fresca y la introduce en el útero con el objeto de buscar los pies del feto. Si sólo se presenta un pie, es necesario saber si es el del lado derecho o el del lado izquierdo, para poder saber donde se encuentra el otro. Una vez hallados, los toma con ambas manos por debajo de los malleolos y tracciona hasta que salgan los muslos y las caderas del niño. Sigue traccionando hasta desprender el pecho. Desciende en seguida los brazos tomándolos de las manos cerca de la muñeca.

Si la cara y el vientre del niño miran hacia adelante, el mentón se verá detenido por el pubis. Aconseja entonces imprimirle al niño un movimiento de rotación, movimiento que deberá hacerse a medida que se le extrae, hasta conseguir que los talones del mismo miren hacia el vientre de la madre; la cara y vientre mirarán pues hacia atrás. Sigue traccionando hasta sacar los hombros.

Queda entonces en el útero solamente la cabeza, la cual estará colocada en buena posición. Es en este momento cuando debe aplicarse la maniobra de Mauriceau. Su autor la describe así:

«Hay, sin embargo, niños en los que la cabeza es tan grande que puede quedar detenida

después de haber pasado el cuerpo, a pesar de todas las precauciones que se hayan tomado para evitar este accidente; en este caso no hay que limitarse a tirar al niño por los hombros solamente, muchas veces es mejor dejarlo y decollarlo. Pero en otras circunstancias, mientras un ayudante tira moderadamente del cuerpo del niño tomado por los dos pies, por fuera de las rodillas, el cirujano desprenderá poco a poco la cabeza de entre los huesos del pasaje, *lo que se conseguirá deslizando suavemente uno o dos dedos de su mano izquierda en la boca del niño*, para desprender en esa forma el mentón primeramente, y *con su mano derecha rodeará el cuello del niño lo más alto posible, por arriba de sus hombros* para tirar en seguida con ayuda de uno de los dedos de su mano izquierda puesto en la boca del niño, como acabo de decirlo, para desprender el mentón; pues es esta parte la que contribuye más especialmente a retener la cabeza en el pasaje pelviano y del cual no se la puede sacar mientras el mentón no se haya desprendido del todo, observando el hacerlo lo más rápidamente posible para evitar la sofocación del niño, cosa que sucederá indudablemente si permanece largo tiempo así tomado y detenido; pues el cordón umbilical que está co-

locado atrás es fuertemente comprimido por el cuerpo o por la cabeza del niño que queda mucho tiempo detenida en el pasaje. De esa manera el niño no recibe la sangre de la madre, necesaria para su vitalidad, debido a la compresión del cordón que impide la circulación; en compensación el niño se ve obligado a respirar, cosa que no podrá hacer mientras la cabeza permanezca dentro del útero».

»Es por esta razón que una vez que se comienza a traccionar al niño, es necesario hacerlo subir completamente y lo más pronto posible; si ésto se consigue la expulsión de las secundinas no tardará en hacerse».

Más adelante, al hablar de los casos en que el niño está muerto, dice lo siguiente:

«Es necesario observar que mientras el niño está vivo no es difícil dar a su cabeza esta situación hacia abajo si antes no se hallaba en esa posición, lo cual como hemos dicho, es muy necesario para facilitar su extracción a causa de que el cuerpo del niño vivo tiene apoyo y firmeza. Su cabeza sigue ordinariamente al cuerpo y gira hacia el mismo lado que éste, lo que no sucede al salir la cabeza del niño muerto, pues su cuello blando y falto de firmeza no contribuye a hacer girar la cabeza en una buena po-

sición, aunque el cuerpo del niño haya sido bien colocado por el cirujano; en cuyo caso, *aunque el cuerpo del niño muerto esté completamente afuera, su cabeza viene a quedar detenida en el pasaje*, a causa de que ella no está colocada directamente hacia abajo como lo está el cuerpo».

»Entre tanto, el cirujano no debe limitarse a tirar el cuerpo del niño antes de haber colocado la cabeza en línea recta de manera que mire hacia atrás; *lo que el cirujano conseguirá rezbalando su mano aplanada sobre la cara del niño para cubrir las desigualdades*, y para ayudar por este medio, *abrazándola*, a que gire más fácilmente hasta darle una posición conveniente, *poniéndole también algún dedo en la boca*, con el fin de desprender el mentón fuera del pasaje, como ya lo he dicho, tratando entre tanto de *hacer girar el cuerpo del niño con la otra mano o por intermedio de un ayudante*, para hacerle al mismo tiempo idéntico movimiento que el que se le ha dado a la cabeza; *lo que no debe ser olvidado* cuando llega el caso de que *la cabeza de un niño quede detenida a la salida del pasaje*, a causa de una mala posición. Pues si se quisiera hacer girar la cabeza sin el cuerpo o el cuerpo sin la cabeza el cuello se torcería y se haría

morir al niño durante la operación si el cirujano no observara este detalle».

«Yo he tratado de hacer resaltar todas las características del parto cuando el niño presenta primero los pies, porque esta forma de presentación debe, como ya he dicho, servir de guía y de regla para la mayoría de los partos contranaturales donde se está obligado a rotar la criatura dentro de la matriz para traccionar en seguida por los pies de la manera que ya he descrito».

En resumen, la maniobra de Mauriceau tal como él la describió puede reducirse a 3 tiempos, que son:

1º Un ayudante tracciona el cuerpo del niño, tomándolo por los pies.

2º El cirujano u operador coloca uno o dos dedos de la mano izquierda en la boca del feto mientras con su mano derecha rodea la nuca.

3º Por medio de tracciones el operador trata de hacer salir la cabeza lo más rápidamente posible.

Dijimos anteriormente que la primitiva maniobra de Mauriceau había sufrido algunas modificaciones que la han perfeccionado; más adelante las detallaremos debidamente. Aquí sólo diremos que para el ilustre tocólogo francés su

maniobra tenía por fin obtener una buena toma sobre la cabeza del feto, con el objeto de terminar el parto lo más rápidamente posible.

Actualmente la finalidad de la maniobra no es un método de tracción gracias a una buena toma. Es la eutocia del desprendimiento de la cabeza, la cual se hace flexionando la extremidad cefálica y conservando esa flexión hasta que dicha extremidad se desprenda del anillo vulvar.

### CAPITULO III

#### **Modificaciones de la maniobra de Mauriceau**

Las ventajas y los beneficios que se conseguían en los casos de aplicación de la maniobra de Mauriceau, fueron causa de que dicha intervención fuera prontamente adoptada por la mayor parte de los obstétricos. Y si bien unos la aplicaron tal como su autor la había ideado, otros, en cambio, con el transcurso del tiempo y a medida que el mecanismo del parto se iba conociendo mejor, la fueron modificando a objeto de perfeccionarla. Nosotros citaremos tan solo las más importantes modificaciones.

Felipe Peu, el célebre rival de Mauriceau, modificó la maniobra en el año 1693: él introducía un dedo en la boca del niño y traccionaba por los pies con la otra mano. «El cirujano, decía Peu, debe cuidar que la cara y el vientre

del niño miren hacia abajo. Si al traccionar el cuerpo encontrara resistencia que le hiciera suponer que el mentón es detenido, deberá pasar la mano por debajo del pecho del niño y pondrá un dedo en la boca, que servirá como guía para facilitar la salida de la cabeza, impidiendo que la cara se eleve demasiado y haciéndola deslizar sin que el mentón se detenga; en tanto que con la otra mano tirará de los pies en línea recta. O si el cirujano tiene necesidad de sus dos manos para conducir la cabeza, se hará ayudar de alguna persona inteligente, quien sostendrá el cuerpo del niño y tirará suavemente y sin sacudidas hacia arriba, hacia abajo, de costado, en línea recta, según las órdenes del cirujano».

Puzos, en el año 1759, efectuaba la maniobra solamente en los casos en que la cabeza resistía a las tracciones, colocando una mano sobre el cuello del niño y teniendo con la otra las piernas del mismo.

En el trabajo que en el año 1766 publicara Levret, se encuentran importantes modificaciones de la maniobra de Mauriceau. Para este autor es sumamente importante hacer descender la cabeza lateralmente en la excavación antes que franquee el estrecho superior, maniobra que facilitará grandemente poder llevar el mentón hacia

atrás. Además Levret aconseja que el cirujano haga la extracción él solo, sin necesidad de ayudante. En efecto, dice lo siguiente:

«Siempre se tratará de hacer descender la cabeza lateralmente, con preferencia a toda otra posición, pues ella se colocará por sí misma hacia atrás para poder salir de la vulva. Por poco que la cabeza resista es necesario asegurarse primeramente si ella ha seguido el movimiento lateral que se le ha dado al tronco y si se comprueba que no lo ha hecho, convendrá rechazar nuevamente el cuerpo del niño dentro de la vagina, a fin de conseguir el desprendimiento del mentón enganchado en el pubis de la madre. Una vez conseguido ésto, es necesario facilitar su salida colocando dos dedos en la boca del niño a fin de traccionarlo por el mentón, en tanto que con la palma de la otra mano se sujetan las espaldas; el cuello es tomado entre los dedos índice y medio, el pulgar debajo de una axila y los otros dedos debajo de la axila opuesta. No es necesario traccionar al niño por sacudidas, sino por movimientos suaves y seguidos».

«El cirujano no deberá nunca hacerse ayudar por nadie para traccionar el cuerpo del niño. El ayudante puede ser inhábil y además puede comprender mal las indicaciones del partero, pu-

diendo por estos motivos efectuar un movimiento en sentido contrario que torcerá el cuello del niño».

Cuatro años más tarde, en 1770, Deleurye perfecciona aún más la maniobra. Este autor insiste en la necesidad de colocar la cabeza lateralmente; demuestra también que es necesario rotar poco a poco el cuerpo del niño para facilitar la salida de la cabeza.

«El cuerpo ha salido, dice Deleurye, los dos brazos han sido librados; queda la cabeza que es la parte que ofrece más resistencia, puesto que ella se presenta por la parte más sólida y más firme. Yo aconsejo no colocar nunca la cabeza del niño hacia atrás, sino lateralmente. La posición que debe adoptar para extraer la cabeza es la de colocar dos dedos en forma de gancho en la boca del niño y rodear el cuello entre el dedo índice y el dedo medio de la otra mano, haciendo pasar los otros dedos por debajo de las axilas de manera que el pecho del niño quede colocado entre las dos manos. El niño tomado en esta posición es traccionado por movimientos hechos en todos sentidos; desde el momento que la cabeza ha franqueado el estrecho superior se le hará hacer en la cavidad pelviana un cuarto de círculo para llevar la cara debajo, al estrecho

inferior. La extracción de la cabeza no se debe hacer nunca en línea recta; es necesario cuidar la horquilla levantando las manos a medida que la cabeza avanza, pues sino la ruptura de la horquilla y del periné se hará con toda seguridad».

Baudelocque, en el año 1871, menciona el primero e insiste en el hecho de que el tocólogo no debe obrar sino de acuerdo con los esfuerzos de la naturaleza y que la ayuda debe hacerse durante el período de las contracciones uterinas. En la descripción que este autor hace de la maniobra, menciona todas las modificaciones introducidas a la intervención primitiva por sus predecesores, explicando detalladamente cada tiempo de la misma y la razón de ser de los mismos.

«Después de haber desprendido uno y otro brazo, dice Baudelocque, es necesario ocuparse de la extracción de la cabeza. Sea que ésta se encuentre en la pelvis, por poco estrecha que sea; sea que uno se esfuerce entonces en extraerla en seguida, tirando sobre el tronco y las espaldas, este momento es el más crítico y el más peligroso para el niño. Ciertos obstétricos aconsejan abandonar la expulsión de la cabeza a los esfuerzos de la naturaleza, otros han pensado que no se podrá extraer rápidamente cuando ella ha

llegado a ese punto. Pero las opiniones de unos como las de los otros, pueden traer consecuencias igualmente peligrosas».

«El obstétrico no debe proceder sino de acuerdo con los esfuerzos de la naturaleza, cuando la pelvis de la mujer y la cabeza del niño sean de justas proporciones, teniendo suma necesidad de dar a esta cabeza una posición favorable cuando ella no la haya tomado por sí misma: colocará la cara de costado si la cabeza está todavía por encima del estrecho superior y hacia abajo cuando ella ocupe la excavación de la pelvis».

«El operador introducirá en seguida un dedo en la boca del niño, no para enganchar el maxilar inferior y tirar encima, sino para hacer que el mentón forme un plano continuo con el pecho e impedir que se enganche en algún punto de la pelvis».

«El operador sostendrá el tronco con su antebrazo al mismo tiempo que con la otra mano, colocada sobre el dorso del niño, abraza la parte posterior del cuello entre los dedos índice y medio ligeramente recurvados por encima de las espaldas».

«Cuando la cabeza está todavía en el estrecho superior se tira directamente hacia abajo

para hacerla descender, teniendo las más grandes precauciones, y solamente durante el momento de los esfuerzos de la mujer, a quien se le pide que pueje con todas sus fuerzas dándole la esperanza de una pronta libranza».

«Cuando la cabeza ha descendido a la pequeña pelvis y estando la cara vuelta hacia el sacro, si se hacen todavía algunos esfuerzos para extraerla, ello no deberá hacerse sino levantando el cuerpo del niño hacia el pubis de la madre, pues si se tracciona en cualquier otro sentido y sobre todo hacia abajo, se hará oposición a las intenciones de la naturaleza que tiende a imprimir otra marcha a la cabeza a su paso por el estrecho inferior».

«Los esfuerzos exteriores, aunque sean bien dirigidos, son en este momento sólo una débil ayuda; es necesario cuidar que no sean perjudiciales. El cirujano en los últimos instantes no debe, por decir así, sino sostener el tronco del niño con una mano y con la otra sostendrá el periné de la mujer para evitar su desgarramiento, de la misma manera como lo haría tratándose de un parto normal».

Madame Lachapelle, célebre partera del siglo XIX, sostenía en el año 1821 en su «Práctica de los Partos», que al hacer la maniobra no se

tenía por finalidad hacer una buena presa para favorecer la extracción, sino que con ella lo que se conseguía era ayudar los movimientos naturales de la cabeza, adaptando los diámetros favorables de ésta con los de la pelvis, facilitando en esa forma la terminación del parto.

«La ventaja, dice ella, de colocar el dedo en la boca, es que se consigue con ésto hacer seguir a la cabeza los ejes de la pelvis en el sentido de su mayor longitud y de impedir que el diámetro occípito-mentoniano choque con el estrecho superior o con la excavación».

Además, Madame Lachapelle, ideó un buen procedimiento para rotar la cabeza en los casos en que la cara mirara hacia adelante.

«Una vez desprendidos los dos brazos, queda todavía la cabeza en el estrecho superior. Dos dedos introducidos en la boca del niño bajan el mentón y lo empujan en la excavación haciendo pasar así los diámetros favorables. Para que estos diámetros sean todavía más favorables, es necesario que la cara mire hacia uno de los costados de la pelvis a objeto de franquear el estrecho superior, tratando que ella mire al sacro para poder atravesar la excavación. Por eso:

«1º Si la cara está hacia adelante, yo introduzco en la concavidad del sacro la mano para

abrazar más fácilmente el occipucio (supongo la cabeza en posición ligeramente diagonal). Si la cara está completamente por debajo de la sínfisis del pubis, la elección de la mano es indiferente. Los dedos resbalan sobre uno de los costados de la cabeza, *después de haber pasado por detrás de ella*, y llegan así fácilmente hasta la boca; ellos tienen entonces la mayor fuerza para poder volver la cara hacia uno de los lados de la pelvis. Llegados allí ellos empujan el mentón en la excavación, lo llevan después hacia atrás, y por último, lo conducen al encuentro del periné, en tanto que el occipucio remonta hacia atrás del pubis; mientras con la otra mano, aplicada sobre los hombros en forma de gancho, yo levanto el tronco que sostiene un ayudante».

«2º Si la cara, situada en el estrecho superior, mira hacia uno de los lados, sobre todo si mira un poco hacia atrás, es preferible introducir la mano de manera que la palma pueda ser aplicada sobre ella en un estado intermedio a la pronación y a la supinación. Se la desliza entre el cuello del niño y la pelvis de la madre, se introducen los dedos en la boca, se baja la cara; después llevando la mano hacia abajo se la conduce a la concavidad del sacro. La otra mano se aplica natural y fácilmente so-

bre los hombros, teniendo el cuello del niño entre los dedos índice y medio».

Tarnier y Budin, describen en su tratado la maniobra de Mauriceau muy modificada, haciendo de ella una intervención metódica, cuya base la forman los movimientos que efectúa la cabeza en el momento del descenso, movimientos que son ayudados en orden sucesivo por las manos del tocólogo.

«El tronco, dicen ellos, se encuentra completamente afuera; queda la cabeza que es necesario extraer rápidamente».

«Se coloca el feto a caballo sobre el antebrazo que corresponde a su plano anterior y se desliza la mano en la vagina hasta que llegue a la boca del niño, en la cual se introducen uno o dos dedos».

«Es necesario recordar que la boca mira generalmente hacia la derecha o hacia la izquierda; la rotación interna de la cabeza no se ha hecho todavía. Se coloca la otra mano sobre los hombros, el pulgar y el índice de un lado, los tres últimos dedos del otro y se imprime a la cabeza un movimiento de rotación que conduce al occipucio hacia adelante y la nuca bajo la sínfisis del pubis. No queda sino hacer la maniobra de Mauriceau: las manos quedan en su lu-

gar, el operador ejerce tracciones sobre el maxilar inferior *para flexionar la cabeza*; la mano que está colocada sobre los hombros debe evitar toda compresión fuerte, para no lesionar los nervios del plexo cervical del niño o mismo las clavículas; para ello los dedos deben ser colocados aplanados y no recurvados en gancho. Tirando sobre el maxilar, se levanta al mismo tiempo el dorso del feto, poco a poco y progresivamente, hacia el vientre de la madre (*dorso sobre vientre*, según la fórmula de Pajot).

«La cabeza se desprende por sus diámetros sub-occípito-mentoniano, frontal y bregmático. El desprendimiento debe ser lento en vista de la integridad del periné».

En Inglaterra, Smellie, y en Alemania, Veit, aplicaron la maniobra de Mauriceau con algunas modificaciones. Sin embargo, la maniobra en estos países lleva otros nombres; allí no se la llama maniobra de Mauriceau, sino maniobra de Smellie y maniobra de Veit, respectivamente. Para nosotros es una injusticia que se comete con el maestro francés al no llamar con su nombre la maniobra por él ideada. Smellie y Veit no hicieron sino aplicar y difundir en sus respectivos países una intervención, que si bien es cierto la modificaron a objeto de perfeccionarla, como

tantos otros autores lo hicieron, fué inventada *casi un siglo antes* que el autor inglés y *dos siglos antes* que el autor alemán la describieran. Veamos en qué consisten estas maniobras:

Guillermo Smellie, célebre tocólogo inglés del siglo XVIII, hizo una descripción metódica de la maniobra de Mauriceau, mostrando sus indicaciones y sus ventajas. En el tratado que escribió, al hablar de los partos contranaturales en los casos en que el niño se presenta por los pies o por las nalgas, dice lo siguiente:

«Cuando el parto se hace lentamente y la mujer está debilitada por el trabajo prolongado, se introducirá una mano en la vagina, tratando de buscar los pies que serán extraídos; en seguida se les envolverá con una compresa y se traccionará hasta que las nalgas aparezcan fuera del orificio externo».

«Si la cara del feto no ha rotado hacia la parte posterior de la matriz, es necesario llevarla a esa posición; se lleva en seguida ambos pulgares a cada lado de la columna vertebral abrazando el vientre con los otros dedos y se tira el cuerpo, de costado, con más o menos fuerza. Cuando se ha sacado el niño hasta los hombros, es necesario colocar de plano una mano entre el pecho del niño y el periné, el coxis y el sacro

de la madre, *introduciendo en seguida el dedo anular o el medio, o los dos dedos, en la boca del niño*; por este medio se atrae el mentón sobre el pecho y la frente a la concavidad del sacro. Este expediente sirve todavía para elevar el occipucio si estuviera enganchado en la sínfisis del pubis».

«Cuando la frente ha descendido lo suficiente para abombar el periné, si la mujer está acostada sobre el dorso, el cirujano debe colocarse de pie y tirará hacia arriba el cuerpo y la cabeza del niño, haciéndole hacer a la frente una media vuelta por encima del orificio externo; él garantiza por este medio que este orificio no se desgarre. Esta precaución de colocar los dedos en la boca del niño ayuda, además, a librar la cabeza, favoreciendo su expulsión e impidiendo que el mentón se enganche en el orificio externo y que el cuello sea tironeado, accidente que fácilmente se producirá si la frente quedara retenida en la parte superior del sacro. No es necesario emplear mucha fuerza para obviar este inconveniente, y además no se corre ningún peligro de lastimar la boca del niño, siempre que esa fuerza no sea muy grande; pues si no se pudiera sacar la cabeza con una fuerza moderada, o si el partero tuviera temor de lastimar o de tironear de-

masiado el maxilar inferior, bastará apoyar los dedos más adelante, a cada costado de la nariz o sobre los bordes posteriores de las fosas orbitarias».

Smellie modificó también la maniobra primitiva, empleando por primera vez el forceps para extraer la cabeza última en ciertos casos que juzgaba no podrían resolverse en otra forma, pues la intervención manual gozaba de todas sus preferencias.

Otros autores, en cambio, abandonan por completo la maniobra manual para practicar la instrumental en todos los casos de cabeza última. Otros se opusieron, por el contrario, a esta modificación y la combatieron tenazmente. Puzos, Madame Lachapelle, etc., criticaron la aplicación del forceps y demostraron como con este procedimiento el pronóstico del parto se hacía más grave que con la maniobra primitiva.

La escuela de Praga demostró, en el año 1846, los perjuicios que ocasionaba la aplicación del forceps en estos casos, dando la preferencia a la extracción manual con resultados muy superiores a los que se conseguían con la extracción instrumental.

Sin embargo, nosotros, creemos que el forceps debe usarse en los casos de distocia de la

maniobra de Mauriceau. Y creemos también que la técnica defectuosa de su aplicación fué la causa por la cual, en épocas pasadas, el pronóstico se hiciera más sombrío en aquellos casos en que la intervención manual insuficiente, era reemplazada por la instrumental.

Veamos ahora, en qué consiste la maniobra alemana :

Gustavo Veit, describe 120 años después de Smellie y 200 años después de Mauriceau, una maniobra que pronto se generalizó en su país, maniobra que lleva su nombre. Dice Veit :

«Se coloca el niño a caballo sobre el antebrazo y se introduce la mano dentro del útero siguiendo el plano ventral del feto. La otra mano se coloca sobre la nuca del niño en forma de gancho. Los dedos colocados en la boca flexionan fuertemente la cabeza. Se ejerce, en seguida, tracciones sinérgicas con las dos manos sobre el maxilar y sobre la nuca, y la cabeza será extraída levantando el tronco del feto hacia el vientre de la madre».

Terminadas estas descripciones, repetimos una vez más lo que ya dijimos: la maniobra de Mauriceau debe conservar este nombre, y no el de los autores ingles y alemán, ya mencionados.

Eso sí, a Smellie le corresponde el honor de haber sido el primero en aplicar el forceps en ciertos casos de maniobra de Mauriceau.

## CAPITULO IV

### **La maniobra de Mauriceau - Pinard - Farabeuf**

Farabeuf ha expuesto el mecanismo del parto sacro con la claridad y precisión que siempre ha caracterizado sus obras. Gracias a sus finas observaciones hoy se conoce perfectamente bien el mecanismo de la expulsión de la cabeza última, así como cada uno de los tiempos de la maniobra.

Pinard, aprovechando las indicaciones de Farabeuf, modificó la maniobra de Mauriceau en forma tal que la técnica de la misma, que el ilustre tocólogo aplica en la clínica Baudelocque, constituye el máximo de perfeccionamiento a que ha llegado en la actualidad dicha intervención.

Veamos primeramente la descripción que hace Farabeuf:

Después de explicar cual debe ser la técnica

de los primeros tiempos del parto sacro, dice el maestro francés: «Bien pronto no queda en la pelvis más que la cabeza. Hasta aquí pasivo o poco menos, el comadrón recobra actividad».

«El dorso del feto está hacia uno de los lados, el vientre hacia el otro; de la misma manera la nuca está a un lado (como el dorso), y la boca al otro (como el vientre). Cambiad ahora la mano que hasta aquí sostenía el cuerpo; utilizad la que ya tiró del cordón, y que corresponde por su cara palmar al vientre del feto, y por consiguiente, a su boca (vientre a la izquierda, mano derecha; vientre a la derecha, mano izquierda). Deslizad esta mano entre las piernas del feto; hundid el índice y el medio en la vulva y en el estrecho inferior hasta la excavación de la pelvis, donde se encuentra la boca del feto, todavía vuelta de lado, un poco adelante o atrás. Decimos de lado, porque no habéis perdido tiempo; no habéis esperado torpemente, con peligro del feto, la realización espontánea de la rotación. Es, pues, *en el lado de la pelvis, y no en la concavidad del sacro*, donde las extremidades de vuestros dedos encontrarán la boca para penetrar en ella y enganchar el maxilar inferior».

«Vosotros no habréis olvidado el mecanismo del desprendimiento espontáneo de la cabeza vi-

niendo la última. Aseguráos, pues: desde entonces vuestros dedos son dueños de provocar o completar la flexión de la cabeza, de terminar el descenso, de producir la rotación que conducirá el mentón hacia el coxis, y en fin, de efectuar el desprendimiento. Es necesario, no obstante, que vuestra otra mano, sin empleo en este momento, colabore, abarcando la nuca entre el índice y el medio, al principio para rechazar el occipucio, mientras los dedos de la otra mano que trabaja en la pelvis descienden el mentón; después para concurrir a la rotación, y por fin, para tirar de los hombros».

«Colocadas de esa manera, las manos actuando de acuerdo, han: 1º restablecido la flexión de la cabeza tirando una del mentón y rechazando la otra el occipucio; 2º determinando la rotación favorable, los dedos de la boca empujándola hacia atrás, uno de los dedos de la nuca, rechazándola adelante; 3º presentado y encajado la cara en el estrecho inferior, tirando hacia abajo, una del maxilar inferior enganchado y la otra de los hombros por sus dos dedos aplicados como unos tirantes».

«Entonces la cara está en la pelvis blanda, pero el coxis detiene la frente. Volved a recordar el mecanismo; la nuca (región sub-occipital)

debe permanecer fija bajo la arcada pubiana y servir de centro de movimiento a la frente y al bregma que, por un movimiento progresivo de flexión exagerada, van a desfilar, precedidos por el mentón y la cara, sucesivamente por delante del coxis en primer lugar (paso del estrecho inferior), y por delante de la horquilla vulvar en último término».

«Si el tronco permaneciera horizontal sobre el antebrazo que cabalga, el pronto encuentro del mentón con el esternón impediría esa evolución de la cabeza. Por el contrario, la colocación del dorso del feto sobre el vientre de la madre puede proporcionar a la cabeza fetal un nuevo campo de flexión que utilizar».

«Tenéis el feto, como se ha dicho, sobre uno de los antebrazos, dos dedos en la boca, dos dedos abarcando la nuca; se ha efectuado la flexión, la rotación, el descenso es completo, y la cara está encajada en el estrecho inferior. En un principio se trata de forzar la frente a franquear el coxis. Mantened la nuca fuertemente descendida bajo la sínfisis, actuando sobre los hombros con la horquilla encorvada que forman vuestros dos dedos. Con la otra mano tirad vigorosamente del maxilar inferior, elevando progresivamente la tracción como eleváis al mismo tiempo el cuerpo

del feto. Lo haréis con más facilidad, si en lugar de permanecer frente a la vulva, os colocáis de perfil avanzando un paso del lado de la mano que abarca la nuca».

«Bien pronto un resalto os anuncia que la frente acaba de triunfar de la resistencia coxígea y ha entrado en la pelvis blanda. Queda por vencer el anillo vulvar».

«Elevad cada vez más vuestra tracción, levantando hacia arriba las nalgas del feto; id con prudencia, mirad desprenderse la cara; observad el grado de distensión que la frente impone al periné, no sin peligro; moderad un poco la expulsión si amenaza rotura».

«En el momento que la frente, parte fetal más alejada de la nuca, fuerza la horquilla vulvar (último resalte), seguida instantáneamente por el resto de la cabeza, el dorso del feto, como el antebrazo correspondiente del comadrón, puede estar invertido sobre el vientre de la madre».

«En seguida haced colocar a la mujer acostada a lo largo en su cama. Mientras los ayudantes se ocupan en ello, sostened vosotros mismos el recién nacido con el fin de que el cordón no sufra estiramientos. Dejad al niño atravesado entre las piernas separadas de la madre; acostadle

sobre un lado, dorso hacia la vulva y el cordón por encima».

Pinard ejecuta la maniobra de Mauriceau en esta forma :

Primeramente la mujer será colocada en posición obstétrica. El cuerpo del niño ha sido expulsado, se ha hecho un ansa del cordón umbilical, para evitar la compresión del mismo. Queda entonces la cabeza sola dentro del útero.

Se auscultará frecuentemente para tener la certeza de que el niño vive y no sufre.

Para extraer la cabeza tendremos en cuenta lo siguiente: la mano a introducir para llegar a la boca del niño variará según la posición, y será aquella que en una posición intermedia entre la pronación y la supinación corresponda por su cara palmar al plano ventral del niño: mano izquierda para las sacro-iliacas izquierdas; mano derecha para las sacro-iliacas derechas.

La mano elegida penetrará en la vagina *hacia atrás y sobre el costado*, dirigiéndola hacia la articulación sacro-iliaca correspondiente y no hacia atrás y en la línea media. En efecto, la boca se encuentra siempre al nivel de la parte posterior de uno de los diámetros oblicuos y jamás hacia atrás, si se interviene a tiempo. Cuando ella se encuentra en su extremo anterior es

más difícil alcanzarla; por eso es necesario siempre *orientar el dorso ligeramente hacia adelante*, durante la expulsión.

Una vez encontrada la boca, se introduce la extremidad del dedo índice o mejor la extremidad del índice y del medio. La otra mano que desde el principio ha colocado el niño a caballo sobre el antebrazo de la mano ventral, insinúa los dedos índice y medio de cada lado del cuello del niño, tomándolo como lo harían los ganchos de una horquilla.

A la cabeza del niño, tomado en esa posición, se le hará ejecutar *un movimiento de flexión*, lo cual se conseguirá gracias a la tracción que se ejerce sobre el maxilar inferior con una mano, y al rechazamiento del occipucio con la otra. Este movimiento tiene por fin completar el encaje de la cabeza, si ésta no se encontrara completamente en la excavación. Se debe cuidar siempre de dejar la cabeza orientada en el diámetro oblicuo; las tracciones serán lentas, pero continuas. Después *se le hará rotar de manera a llevar la boca directamente hacia atrás*, y el occipucio directamente hacia adelante, debajo de la sínfisis del pubis. Esta rotación deberá hacerse con las dos manos.

Las tracciones ejercidas al mismo tiempo so-

bre el maxilar y sobre los hombros, harán descender la cabeza y llevarán la cara hacia las partes blandas. En este momento el cuerpo del niño será traccionado hacia arriba para hacerlo caer lentamente por su dorso sobre el vientre de la madre.

Pinard aconseja continuar tirando hacia abajo *hasta que la mayor parte de la escama occipital se encuentre por debajo de la sínfisis*. Este descenso, sobre cuya utilidad tanto insiste el distinguido tocólogo francés, es, en ciertas primíparas, absolutamente indispensable para conseguir el desprendimiento de la cabeza.

Una vez que, por lo menos, las dos terceras partes del occipital estén fuera de los órganos genitales, se levantará el tronco del niño con la ayuda del antebrazo sobre el cual se encuentra cabalgando.

Con los dedos introducidos en la boca se continúa la flexión de la cabeza hasta que, llegado a cierto punto, ésta se desprende. En seguida aparecerán en la comisura posterior de la vulva, el mentón, la boca, la nariz y la frente del niño.

Mientras dura la maniobra es necesario accionar lentamente y sin precipitación a fin de no

lesionar las partes blandas de los genitales maternos.

El pasaje de la frente en la pelvis blanda será seguida de un resalto a nivel del coxis; será entonces prudente no apresurarse para evitar una desgarradura del periné sobredistendido, desgarradura que es lo que más se debe temer en el momento en que la frente va a pasar la horquilla vulvar.

Como vemos, con Farabeuf y con Pinard, el perfeccionamiento de la maniobra de Mauriceau, ha llegado a un grado tal, que difícilmente será superado. En el servicio Baudelocque, de donde Pinard es jefe, la aplicación de la maniobra en la forma descripta es la que se usa desde hace varios años con el más feliz de los éxitos.



## CAPITULO V

### **Indicaciones de la maniobra Mauriceau - Pinard - Farabeuf**

En algunos casos el parto de nalgas resulta un hecho natural, espontáneo en su finalización y constituye una solución final del embarazo, en la que interviene primeramente la acción mecánica uterina y secundariamente el esfuerzo materno. El parto sacro es incuestionablemente de mayor duración que el parto cefálico, y ofrece dificultades para el mecanismo de su último tiempo, las que por su constancia arrastraron a Madame Lachapelle a conceptuar tan solo como parto normal y natural al cefálico, en razón de que generalmente es necesario ir en ayuda de la madre para la realización del último tiempo del mecanismo del parto, ayuda que por lo común se refiere a conservar la flexión cefálica y facilitar la salida de la cabeza en forma de desprendi-

miento cefálico; en tal modo que la armonía de diámetros feto-pelvianos concorra para la realización de este tiempo del parto.

Algunas veces el parto sacro termina espontáneamente, pero son las menos de las veces, y para ello es necesario un esfuerzo materno bien dirigido, un canal vaginal extensible lo suficiente para el fácil paso de la cabeza, un anillo vulvar dilatado en tal forma que no señale un obstáculo para la salida de la cabeza, y por otra parte, también es necesario que el periné no constituya un obstáculo de resistencia para la progresión cefálica. Todo esto es con referencia a la madre, y en cuanto al niño es necesario que persista la flexión cefálica y que continúe una armonía de acomodación entre el ovoide cefálico y el canal blando obstétrico inferior. Todo ello es posible concorra en aquellos partos realizados en grandes multiparas o con fetos cuyo desarrollo cefálico sea escaso y, por lo tanto, que no se encuentren al final de la gestación; pero en las primíparas o en aquellas mujeres que han tenido pocos partos, la falta de elasticidad en los tejidos y la tonicidad muscular señalan un obstáculo para la progresión de la cabeza, cuya circunferencia resulta grande para el canal obstétrico blando inferior, porque no es reductible como para con las

otras circunferencias, sacra o acromial; la cabeza resulta grande para su pasaje y, por lo tanto, en una brevedad de tiempo compatible con la vida fetal debiera ser expulsada y, como así no sucede, en muchos casos es necesario recurrir a maniobras eutócicas que vienen en ayuda de la sabia naturaleza, facilitando la extracción cefálica; es pues, este punto de partida el que señala la primera necesidad de recurrir a la maniobra de Mauriceau, cuya dulzura, mecanismo y razón es todo lo más natural, para no serlo cuando la intervención es mal ejecutada o se le exige a ella lo que ésta no puede dar.

La maniobra de Mauriceau, no es una acción definida y destinada a solucionar cualquier caso en que la cabeza fetal es lo último en salir, y, por lo tanto, hay casos en que su ejecución no es posible, encarada como maniobra eutócica, para pasar a serlo distócica, quizá brutal e inútil. La maniobra de Mauriceau no es una solución de todo problema obstétrico en la realización del último tiempo del mecanismo del parto en las presentaciones sacras, y, por lo tanto, encarada con un criterio de justicia obstétrica tendremos casos en los que hay indicación de su ejecución y otros que implican contraindicaciones para esta maniobra, si ella quiere ser ajus-

tada a un razonado criterio de mecánica obstétrica; hay pues indicaciones y contraindicaciones de la maniobra de Mauriceau.

La maniobra de Mauriceau está indicada cuando la resistencia de las paredes blandas del final del canal obstétrico señala un obstáculo para la expulsión natural del feto con cabeza última y el esfuerzo materno resulta insuficiente; en estos casos que son los comunes, el feto ha sido expulsado y sólo queda retenida la cabeza; el potencial mecánico del estrecho superior no tiene acción, la contractibilidad del segmento inferior resulta insuficiente o la cabeza ha salvado sus límites; sólo podrá ser posible la expulsión del niño a expensas de la contracción de la pared muscular abdominal en toda su superficie, entrando en juego los músculos del plano anterior de la pared del abdomen, el músculo diafragma y el esfuerzo impreso por la madre, siendo arrastrado el niño por la impulsión del descenso uterino, cuyo órgano a manera de émbolo impulsado por un esfuerzo excéntrico lleva hacia el exterior la cabeza última, pero la falta de resistencia muscular que señala la inercia de la fatiga, o cuando este esfuerzo resulta anulado por dificultades para el pasaje fetal, deja de existir la espontaneidad en el último tiempo del me-

canismo del parto sacro y es necesario recurrir a una maniobra natural en su mecanismo y eficaz cuando es bien realizada; esta maniobra es la de Mauriceau-Pinard-Farabeuf.

Si el parto no puede realizarse por falta de armonía en diámetros feto-maternos, se establece una distocia que es solucionada por la maniobra de Mauriceau, que está destinada al mantenimiento de la flexión y, por lo tanto, a que la cabeza ofrezca en su salida menores diámetros y menor circunferencia, lo que siempre exige un límite de diámetros máximos en el ovoide cefálico o que estos diámetros puedan ser armonizados con los del estrecho inferior a expensas del mantenimiento de la flexión cefálica, lo que es fácil si se tiene en cuenta que es primordial en esta maniobra la conservación de la flexión cefálica, o la reducción de la deflexión, cuando la distocia resulta de su ausencia.

Pretender que la maniobra de Mauriceau pueda apartarse de sus reglas generales y poder encuadrar en otras indicaciones, es reclamar a esta maniobra lo que ella no puede realizar, creándole dificultades para su ejecución y las que, por lo común, conducen al fracaso del éxito en dicha maniobra.

La maniobra de Mauriceau tiene su indica-

ción única y exclusivamente cuando es posible el desprendimiento cefálico a expensas de una fácil y suave extracción cefálica, facilitada por una aminoración de los diámetros cefálicos a expensas de la conservación de la flexión de la cabeza, o cuando deflexionada la cabeza puede ésta ser conducida a la flexión mantenida hasta el total desprendimiento de la cabeza; lo que quiere decir que los grandes diámetros cefálicos o la estrechez pelviana no resultan indicaciones de la maniobra y es por eso el fracaso de ésta cuando el problema de una estrechez relativa o real de la pelvis es solucionada por una versión podálica.

En ciertos casos las dificultades de la maniobra de Mauriceau pueden ser allanadas y vencidas a expensas de maniobras destinadas a facilitar su ejecución como sucede en aquellos casos en que la resistencia del periné señala obstáculos graves para la maniobra, pero que son vencidos mediante una episiotomía; otras veces la cabeza se ha deflexionado en tal forma que la maniobra de Mauriceau resulta ineficaz al concurrir a la flexión de la misma y en estos casos es todo un problema la solución del mecanismo del parto y con facilidad no puede ser ejecutada la maniobra; o antes de su ejecución el niño ha muerto, estableciéndose peligros para

la madre en la insistencia de la maniobra que resulta ineficaz y que reclama traumatismos que deben ser salvados para la madre. En esta situación deja de haber una indicación para la maniobra de Mauriceau, y lo natural y lógico es extraer la cabeza última de todo niño muerto, a expensas de una basiotripsia cabeza última.

La maniobra de Mauriceau, tiene una clara indicación cuando el parto debe ser finalizado con feto vivo, y en justicia podría decirse que persiste esta indicación en tanto que la maniobra resulta fácil, no implica la posibilidad de lesionar a la madre, cuando no existe rigidez cadavérica fetal, en cuyo caso esta última circunstancia no permite la ejecución de la maniobra sin peligros.

En aquellos casos en que la maniobra resulta difícil o imposible, que dejaría de tener las condiciones requeridas, para convertirse en una maniobra de tracción más o menos brutal y tan a menudo acompañada de lesiones medulares por elongación o fractura de vértebras, cuando no luxación de las mismas; casos en que la pérdida de tiempo en ensayos infructuosos señala peligro para la vida fetal, ya de una manera directa, ya remota, en estas condiciones debemos pensar siempre en la conveniencia de ex-

traer la cabeza última a expensas de una toma de la presentación con forceps, siguiendo para ello las reglas que metodizan el procedimiento de Smellie, cuya técnica varía según sea que el desprendimiento cefálico deba realizarse en posición occípito-pubiana u occípito-sacra; aplicación de forceps que aporta las ventajas de ejecutar la tracción manteniendo la conveniente flexión; hecha la toma con las ramas del forceps directamente sobre el ovoide cefálico y en tal modo que se salva de lesionar la médula o las vértebras, como sucede cuando las tracciones se hacen a expensas del cuello fetal como intermediario mecánico, que siempre implica traumatismos de serio pronóstico en el momento de la ejecución de la maniobra, o para el porvenir, y cuyo mínimo peligro es la elongación medular y de los nervios del cuello, que por lo común señalan lesiones paralíticas y de cuyas formas clínicas, la más común es la parálisis obstétrica de Erb. No es raro que las dificultades de la maniobra de Mauriceau vencidas a expensas de fuertes tracciones establezcan un estado de asfixia blanca incompatible con la vida, cuando no un traumatismo más grave, y se establecerán siempre en estos casos dificultades vitales para el feto, que sólo pueden ser salvadas si en cuanto

haya obstáculos para hacer una fácil maniobra de Mauriceau, se abandone ésta y se haga una toma de forceps cabeza última; el olvido de esta indicación de operatoria obstétrica es la razón que establece un porcentaje crecido de mortalidad fetal, cuando se realiza el último tiempo del mecanismo del parto sacro a expensas de tracciones, que siendo violentas no forman parte de la técnica de la maniobra clásica de Mauriceau; casos en los que las dificultades son vencidas si la tracción destinada a llevar al niño hacia el exterior es ejecutada actuando mecánicamente de un modo directo sobre el ovoide cefálico sin intermediario de tracciones cervicales, todo lo que, en resumen, viene razonadamente a señalar la conveniencia de la toma de forceps cabeza última, cuando la maniobra de Mauriceau resulta ineficaz para la conservación de la vida fetal.

Así como hemos señalado indicaciones para la maniobra de Mauriceau, conviene establecer que no en todos los casos de cabeza última, hay indicación de esta maniobra, pues es conveniente recordar que esta intervención debe ser dirigida a la extracción fetal sin aportar peligros para la vida del niño ni para la madre; por lo tanto, la exagerada deflexión de la cabeza en el último momento del parto sacro, tratándose de

cabeza con grandes diámetros o de una pelvis materna regularmente estrechada, implica dificultades en la maniobra que hacen perder a ésta la facilidad y rapidez en su ejecución cuando no queda colocada la cabeza en condiciones de irreducción, y por lo tanto, el éxito dependerá de una acción mecánica de tracción, incompatible con las condiciones fisiológicas neuro-musculares u óseas requeridas para la conservación de la vida fetal. Los tumores de cuello, la hidrocefalia, etcétera, además de ciertos tipos de estrechez pelviana, señalan incapacidades para la ejecución de la maniobra de Mauriceau, creándose peligros fetales y aún maternos que, con razón fundada, explican la contraindicación de esta maniobra.

No puede pedirse a la maniobra de Mauriceau lo que ella no puede dar, y esta circunstancia fundamentará siempre contraindicaciones para su ejecución.

## CAPITULO VI

### Conclusiones

1º—La maniobra de Mauriceau soluciona el último tiempo del parto sacro cuando no puede serlo a expensas del esfuerzo materno.

2º—La maniobra de Mauriceau señala la eutocia del último tiempo del mecanismo del parto sacro.

3º—La maniobra de Mauriceau implica la eutocia del desprendimiento de la cabeza, conservando la flexión de la misma hasta su salida del anillo vulvar.

4º—La maniobra de Mauriceau no es un método de tracción, sino de desprendimiento.

5º—De los métodos de extracción manual de la cabeza última, la maniobra de Mauriceau es la más natural y la menos feticida.

6º—La distocia de la maniobra de Mauriceau

se corrige con el método de Smellie, mediante la aplicación de forceps, cabeza última.

7°—Por razones cronológicas, la maniobra de Mauriceau debe conservar este nombre y no el de Smellie, ni el de Veit.

## CAPITULO VII

### Observación I

*Maternidad del Hospital Rivadavia. — Servicio del  
Prof. Dr. Samuel Molina*

Juana A., de 25 años, argentina, ingresa a la clínica el día 4 de noviembre de 1917. Alta, el 11 de noviembre de 1917.

*Diagnóstico* — Embarazo a término. Sacra incompleta.

#### ANTECEDENTES

*Hereditarios* — Buenos.

|                          |                                                                        |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                          | <i>Edad en que empezó a caminar:</i> Ignora.                           |
| <i>Fisiológicos.....</i> | <i>Primera menstruación:</i> A los 13 años. Ignora en qué condiciones. |

*Patológicos generales* — Sarampión. Coqueluche.

*Ginecológicos* — Reglas regulares, de 3 a 4 días

de duración, escasas, poco dolorosas.

*Obstétricos* — 2º embarazo. El primer embarazo fué a término, y con parto normal.

|                                  |                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Del embarazo actual</i> ..... | <i>Ultimas reglas:</i> Ignora cuando tuvo sus últimas reglas.<br><i>Accidentes y aplicación del embarazo antes de ingresar a la clínica:</i> Vómitos en los 4 primeros meses. |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Examen general* — Piel blanca, buen esqueleto, regular panículo adiposo. Corazón, pulmones, aparato digestivo, riñones: normales. No hay edemas, ni várices. *Senos:* Buenas glándulas.

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Examen obstétrico</i> ..... | <i>Altura del útero y circunferencia del vientre:</i> 32 y 100.<br><i>Edad del embarazo a la entrada a la clínica:</i> A término.<br><i>Tensión de las paredes:</i> Buena.<br><i>Presentación:</i> Sacra incompleta.<br><i>Encaje:</i> Si hay.<br><i>Posición:</i> S.I.I.A. |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Externa* — S.P. 20, B.E. 24, B.I. 27, B.T. 31.

|                   |                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                   | <i>Primeros dolores:</i> 4 de noviembre a las 8 a.m.               |
|                   | <i>Entrada a la sala de partos:</i> 4 de noviembre a las 9.40 p.m. |
|                   | <i>Edad del embarazo:</i> A término.                               |
|                   | <i>Presentación y posición del feto:</i> Sacra incompleta.         |
|                   | <i>Encaje:</i> No hay.                                             |
| <i>Parto.....</i> | <i>Contracciones uterinas:</i> Regulares.                          |
|                   | <i>Estado del cuello:</i> Dilatado.                                |
|                   | <i>Dilatación completa:</i> A las 2.30 a.m.                        |
|                   | <i>Ruptura de las membranas:</i> Precoz.                           |
|                   | <i>Contracciones uterinas (período expulsivo):</i> Buenos.         |
|                   | <i>Duración total del parto:</i> 19 horas, 15 minutos.             |

No pudiendo realizarse espontáneamente la salida de la cabeza, ésta es extraída a expensas de la maniobra de Mauriceau, la que se ejecuta con facilidad en breves segundos. El niño nace asfixiado.

Nota: Esta enferma ingresa del público con sufrimientos fetales y en período expulsivo. El niño muere momentos después del parto.

## Observación II

*Maternidad del Hospital Rivadavia. — Servicio del  
Prof. Dr. Samuel Molina*

Emilia G., de 23 años, italiana, ingresa a la clínica el día 15 de noviembre de 1917. Alta, 19 de diciembre de 1917.

*Diagnóstico* — Embarazo a término. Sacra incompleta, modalidad nalgas.

### ANTECEDENTES

*Hereditarios* — Buenos.

|                          |                                                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <i>Fisiológicos.....</i> | { <i>Edad en que empezó a caminar:</i> Ignora.                   |
|                          | { <i>Primera menstruación:</i> A los 12 años. No da otros datos. |

*Patológicos generales* — Sarampión en la primera infancia.

*Ginecológicos* — Menstruación regular, 4 a 6 días de duración, dolorosas, regular cantidad. Leucorrea.

*Obstétricos — Primípara.*

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | <i>Últimas reglas:</i> Desde el 8 de febrero hasta el 12 de febrero.                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Del embarazo actual.....</i> | <i>Crecimientos activos:</i> A los 4 meses y medio.<br><i>Accidentes del embarazo antes de ingresar a la clínica:</i> Mareos, vómitos, cefaleas.                                                                                                                                                    |
| <i>Examen general</i>           | -- Piel blanca, buen esqueleto. Corazón, pulmones, riñón: sanos. Talla regular. Pesa 71 kilos. No hay edemas, ni várices.<br><i>Senos:</i> Buenas glándulas.<br><i>Vientre:</i> Altura del útero y circunferencia, 32 y 101.<br><i>Edad del embarazo a la entrada a la clínica:</i> Casi a término. |
| <i>Examen obstétrico.....</i>   | <i>Tensión de las paredes:</i> Regular.<br><i>Presentación:</i> Sacra incompleta, modalidad nalgas.<br><i>Encaje:</i> Si hay.<br><i>Auscultación:</i> Yuxta-umbilical media.                                                                                                                        |
| <i>Externa</i>                  | -- S.P. 20, B.E. 24, B.I. 28, B.T. 32.                                                                                                                                                                                                                                                              |

*Parto*.....

|  |                                                                  |
|--|------------------------------------------------------------------|
|  | <i>Primeros dolores:</i> El 12 de diciembre a las 7 p.m.         |
|  | <i>Entrada a la sala de partos:</i> 13 de diciembre a las 2 p.m. |
|  | <i>Edad del embarazo:</i> A término.                             |
|  | <i>Presentación y posición del feto:</i> Sacra incompleta.       |
|  | <i>Encaje:</i> Si hay.                                           |
|  | <i>Contracciones uterinas:</i> Buenas                            |
|  | <i>Estado del cuello:</i> Dilatado.                              |
|  | <i>Dilatación completa:</i> Se ignora.                           |
|  | <i>Latidos fetales:</i> Normales.                                |
|  | <i>Duración total del parto:</i> 17 horas, 45 minutos.           |

La salida espontánea de la cabeza no se realiza. Se hace maniobra de Mauriceau y la extremidad cefálica es extraída con facilidad en pocos segundos. Nace un niño de 3.400 gramos de peso, en perfectas condiciones de vitalidad.

### Observación III

*Maternidad del Hospital Rivadavia. — Servicio del  
Prof. Dr. Samuel Molina*

Hena Ch., de 35 años, dinamarquesa, ingresa a la clínica el día 18 de octubre de 1917, pasa a la sala de partos el 24 de diciembre de 1917. Alta el 3 de enero de 1918.

*Diagnóstico* — Sacra incompleta, modalidad nalgas.

#### ANTECEDENTES

*Hereditarios* — Buenos.

|                          |                                                                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | <i>Edad en que empezó a caminar:</i> Ignora.                                               |
| <i>Fisiológicos.....</i> | <i>Primera menstruación:</i> A los 12 años, escasa cantidad, 2 días de duración, dolorosa. |

*Patológicos generales* — Difteria, bronquitis. Hace dos años sufrió durante 14 días de una lesión del riñón de-

recho. Ingresó al hospital Rivadavia, pabellón 6º, después pasó al lado, por enfermedad renal, el 3 de agosto de 1917.

*Ginecológicos* — Menstruación irregular, dura 4 días, es dolorosa, escasa cantidad.

*Obstétricos* — 2º embarazo. En octubre de 1916 aborta un embrión de 2 meses.

*Últimas reglas:* Desde el 11 al 15 de marzo.

*Accidentes del embarazo antes de ingresar a la clínica:*

Náuseas, cefaleas, mareos.

*Del embarazo actual.....* En el mes de mayo tuvo una ligera pérdida hidrohemato-rreica.

En julio ha padecido grandes escalofríos, fiebre, dolor, con orinas muy oscuras, lesión que puede localizarse en el riñón derecho.

*Examen general* — Talla regular. Piel blanca. Esqueleto bien desarrollado. Corazón y pulmones, sanos. No hay edemas ni várices.

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen obstétrico..... | <p><i>Senos:</i> Buenas glándulas.</p> <p><i>Vientre:</i> Altura del útero y circunferencia, 28 y 90.</p> <p><i>Edad del embarazo a la entrada a la clínica:</i> 7 meses y 20 días.</p> <p><i>Tensión de las paredes:</i> Escasa.</p> <p><i>Presentación:</i> Sacra incompleta, modalidad nalgas.</p> <p><i>Encaje:</i> No hay.</p> <p><i>Auscultación:</i> Lado medio umbilical.</p> |
| <i>Externa</i> -- S.P. | <p>20, B.E. 24, B.I. 27, B.T. 32.</p> <p><i>Primeros dolores:</i> 23 de diciembre a las 10.30 p.m.</p> <p><i>Entrada a la sala de partos:</i> 24 de diciembre a las 11.30 p.m.</p> <p><i>Edad del embarazo:</i> A término.</p>                                                                                                                                                        |
| <i>Parto</i> .....     | <p><i>Presentación y posición del feto:</i> Sacra incompleta, modalidad nalgas.</p> <p><i>Encaje:</i> No hay.</p> <p><i>Contracciones uterinas:</i> Irregulares.</p> <p><i>Latidos fetales:</i> Irregulares.</p>                                                                                                                                                                      |

|                    |                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------|
| <i>Parto</i> ..... | <i>Contracciones uterinas</i> (período expulsivo): Escasas.      |
|                    | <i>Duración del período expulsivo</i> : 3 horas.                 |
|                    | <i>Lesiones vulvo-perineales</i> : Desgarradura de primer grado. |
|                    | <i>Duración total del parto</i> : 48 horas.                      |

Al igual que en los casos anteriores, se hace maniobra de Mauriceau, para extraer la cabeza, la cual no podía salir espontáneamente. La maniobra resulta fácil y breve. Nace un niño de 3.200 gramos de peso en muy buenas condiciones.

Nota: A los dos días de nacido el niño, se produce una abundante enterorragia, la que se repite y lleva a la enferma a una profunda anemia. El día 28 de diciembre se le inyectan 10 c.<sup>3</sup> de suero normal de caballo y suero adrenalinado, además de cloruro de calcio en bebida. El 29 de diciembre la enterorragia ha disminuído, hay en cambio ligera hematómesis. Se inyectan 10 c.<sup>3</sup> de suero caballo. La enferma sigue bien.

#### Observación IV

*Maternidad del Hospital Rivadavia. — Servicio del  
Prof. Dr. Samuel M. Lin.*

María E., de 29 años, italiana, ingresa a la clínica el 28 de diciembre de 1917. Alta el 3 de enero de 1918.

*Diagnóstico* — Sacra incompleta, modalidad nalgas.

#### ANTECEDENTES

*Hereditarios* — Buenos.

|                           |  |                                                                             |
|---------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|
| <i>Fisiológicos</i> ..... |  | Su primera menstruación fué a los 14 años, de 3 días de duración, dolorosa. |
|---------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|

*Patológicos generales* — Sarampión en la infancia.

*Ginecológicos* — Menstruación regular, 3 días de duración, regular cantidad, dolorosa.

*Obstétricos* — Primípara.

|                                 |                                                                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | <i>Ultimas reglas:</i> Ignora cuando las tuvo.                                                                                  |
| <i>Del embarazo actual.....</i> | <i>Movimientos activos:</i> A los 5 meses.                                                                                      |
|                                 | <i>Accidentes del embarazo antes de ingresar a la clínica:</i> Ninguno.                                                         |
| <i>Examen general</i>           | -- Piel blanca. Esqueleto bien desarrollado. Corazón, pulmones, aparato digestivo y riñones, buenos. No hay edemas, ni várices. |
|                                 | <i>Senos:</i> Buenas glándulas.                                                                                                 |
| <i>Examen obstétrico.....</i>   | <i>Tensión de las paredes:</i> Regular.                                                                                         |
|                                 | <i>Presentación:</i> Sacra incompleta, modalidad nalgas.                                                                        |
|                                 | <i>Primeros dolores:</i> El 27 de diciembre a las 11 a.m.                                                                       |
|                                 | <i>Entrada a la sala de partos:</i> El 28 de diciembre a las 7.20 a.m.                                                          |
| <i>Parto.....</i>               | <i>Edad del embarazo:</i> A término.                                                                                            |
|                                 | <i>Presentación y posición del feto:</i> Sacra incompleta, modalidad nalgas.                                                    |
|                                 | <i>Encaje:</i> Si hay.                                                                                                          |

|                   |                                                                  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|
|                   | <i>Contracciones uterinas:</i> Buenas.                           |
|                   | <i>Dilatación completa:</i> A las 9 a.m.                         |
|                   | <i>Ruptura de las membranas:</i> Espontánea y tempestiva.        |
|                   | <i>Latidos fetales:</i> Normales.                                |
| <i>Parto.....</i> | <i>Contracciones uterinas</i> (período expulsivo): Buenas.       |
|                   | <i>Duración del período expulsivo:</i> 2 horas.                  |
|                   | <i>Lesiones vulvo-perineales:</i> Desgarradura de segundo grado. |
|                   | <i>Duración total del parto:</i> 24 horas, 50 minutos.           |

Se hace maniobra de Mauriceau, pues la salida espontánea de la cabeza no puede realizarse.

La cabeza es extraída en pocos segundos.

Nace una niña de 3.250 gramos de peso, en muy buenas condiciones de vitalidad.

EDUARDO MATTI.



Buenos Aires, Mayo 29 de 1918

Nómbrese al señor Consejero doctor Fanor Velarde, al profesor titular doctor Samuel Molina y al profesor suplente doctor Enrique A. Boero, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*

Secretario

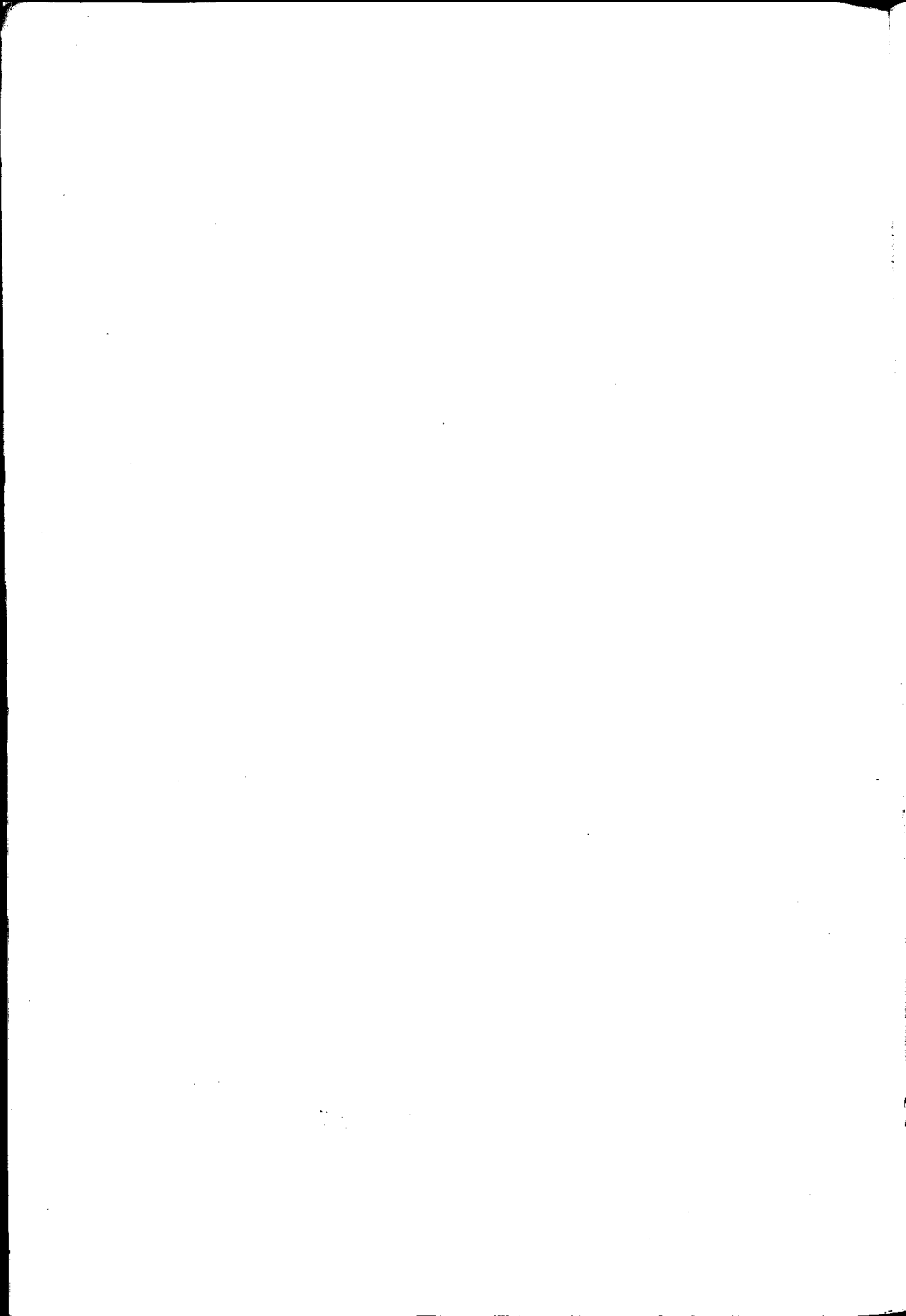
Buenos Aires, Junio 7 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3422 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*

Secretario.



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Dificultades del parto en la presentación pelviana, modalidad nalgas, y modo de remediarlas.

*Fanor Velarde.*

### II

En el embarazo gemelar, dificultades de la maniobra de Mauriceau.

*Samuel Molina.*

### III

La retracción del útero y del anillo de Bandl, suelen oponer formidable obstáculo a la extracción de la cabeza última.

*E. A. Boero.*

+1337





