



Año 1916

Nº. 3207

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

VERSIÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

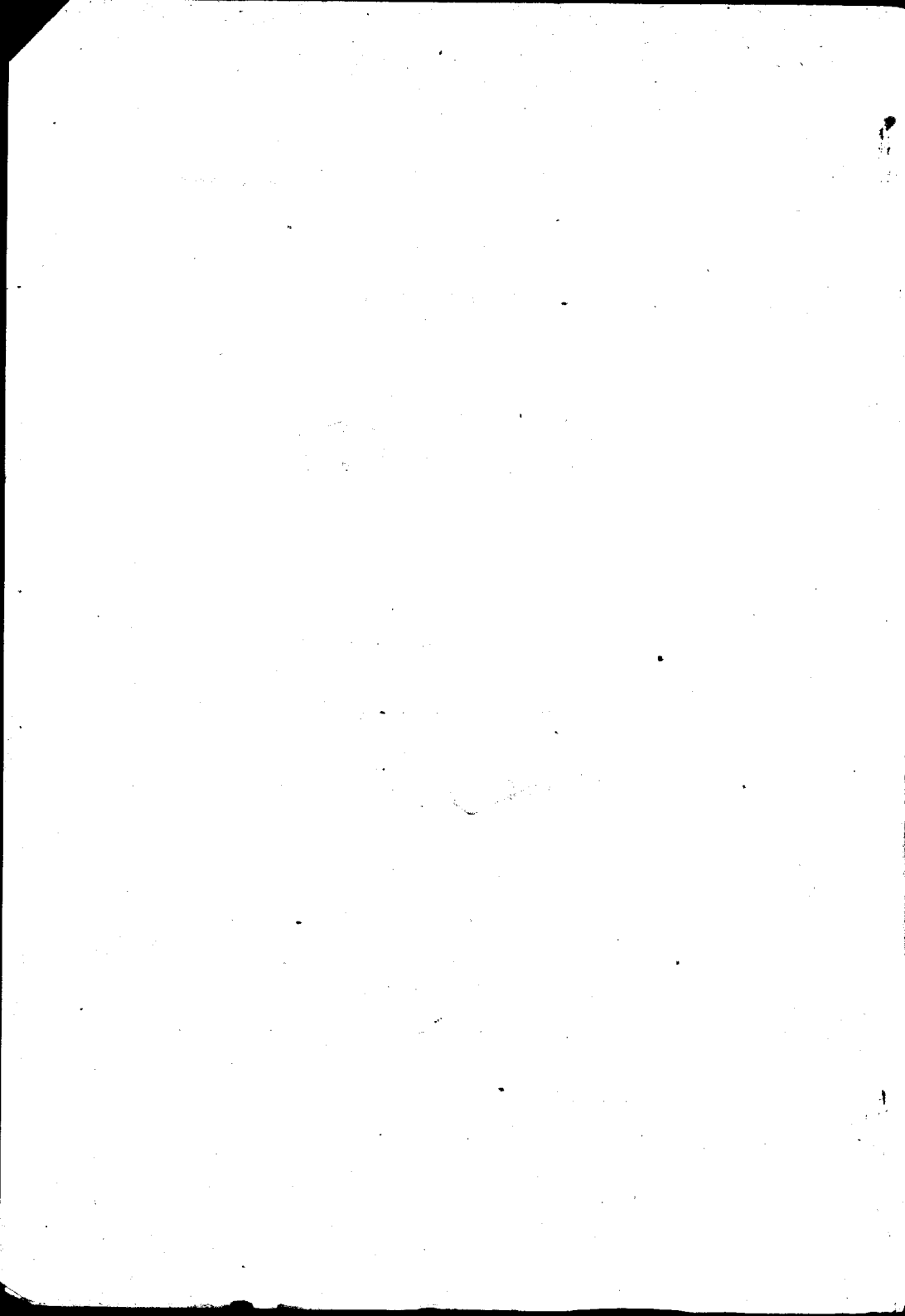
EUFRASIO I. CABRERA

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Rivadavia

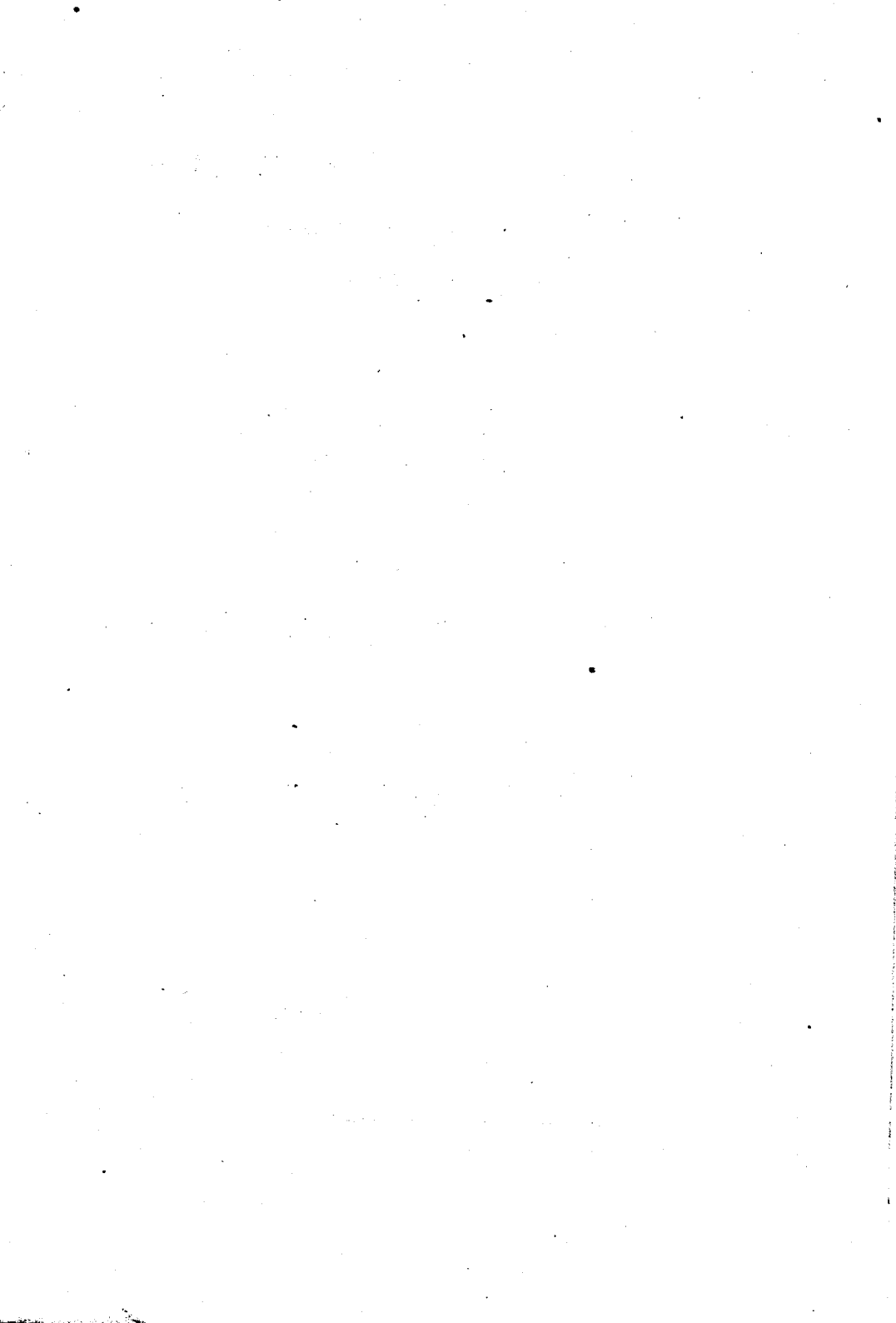


BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1916

Man. B. 2916



VERSION



Año 1916

Nº. 3207

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

VERSIÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EUFRASIO I. CABRERA

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Rivadavia



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1916

Man
69.16

NOBIS

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

Artículo 162 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

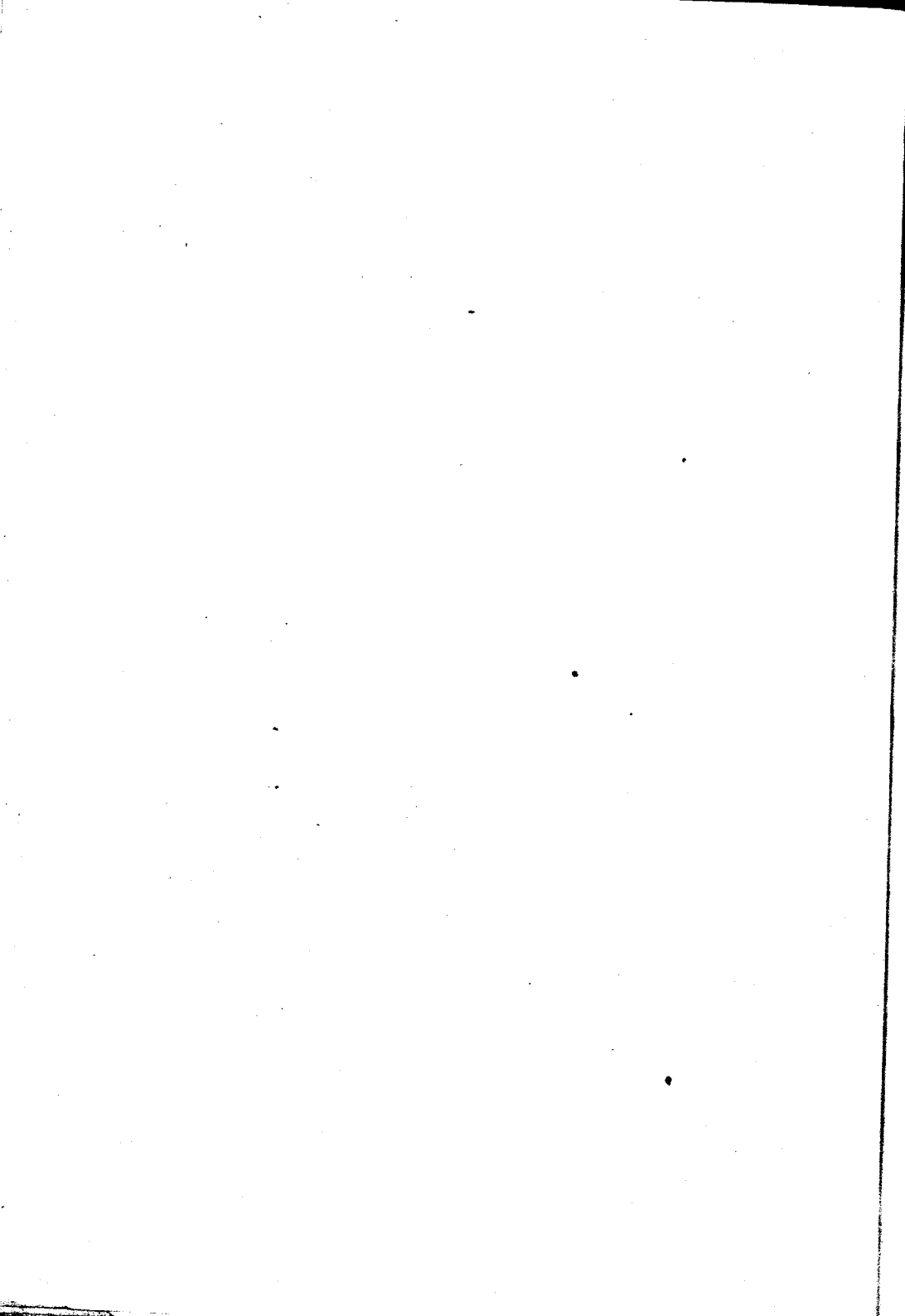
Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

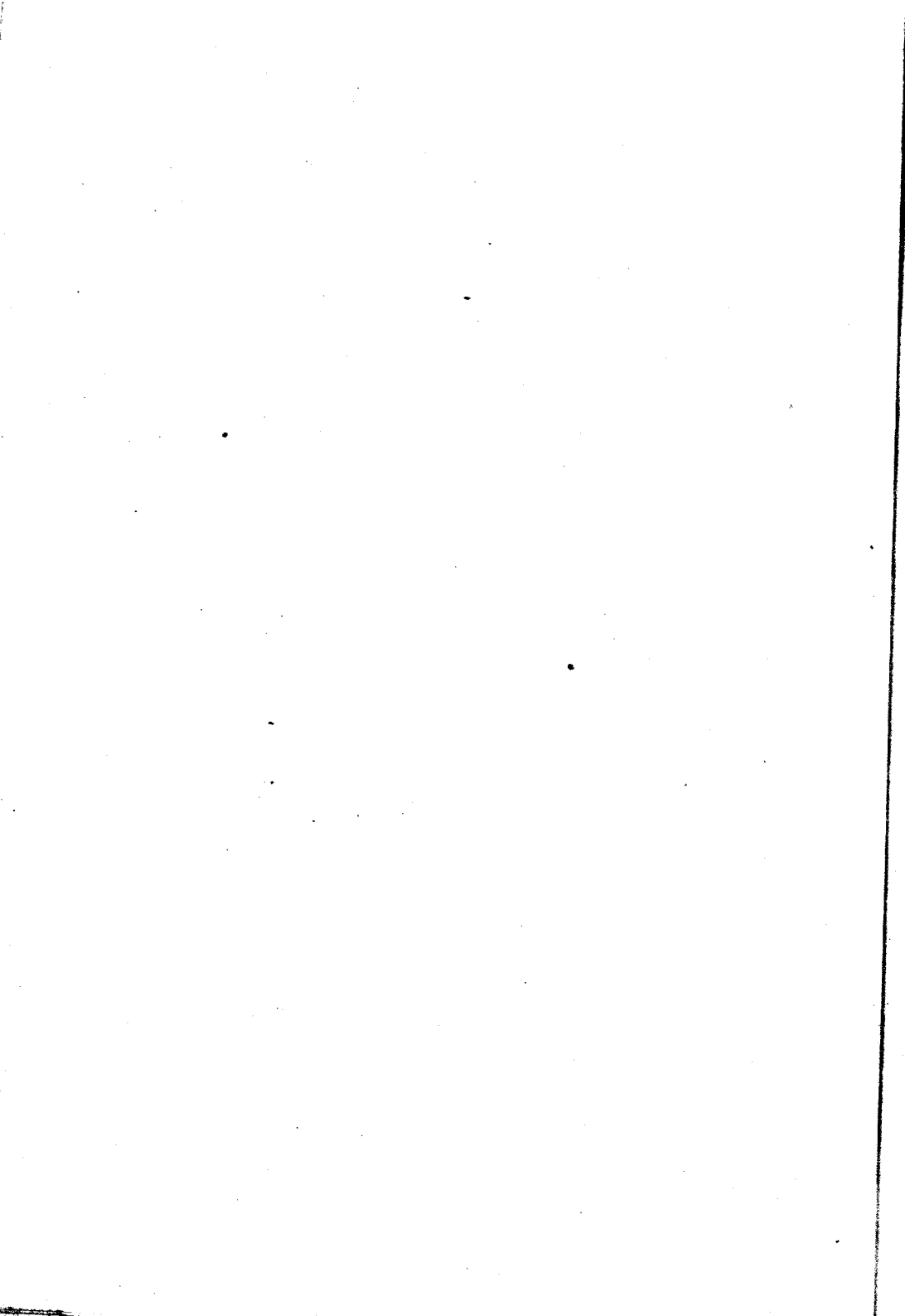


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS .

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMÁCO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ
6. » » ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

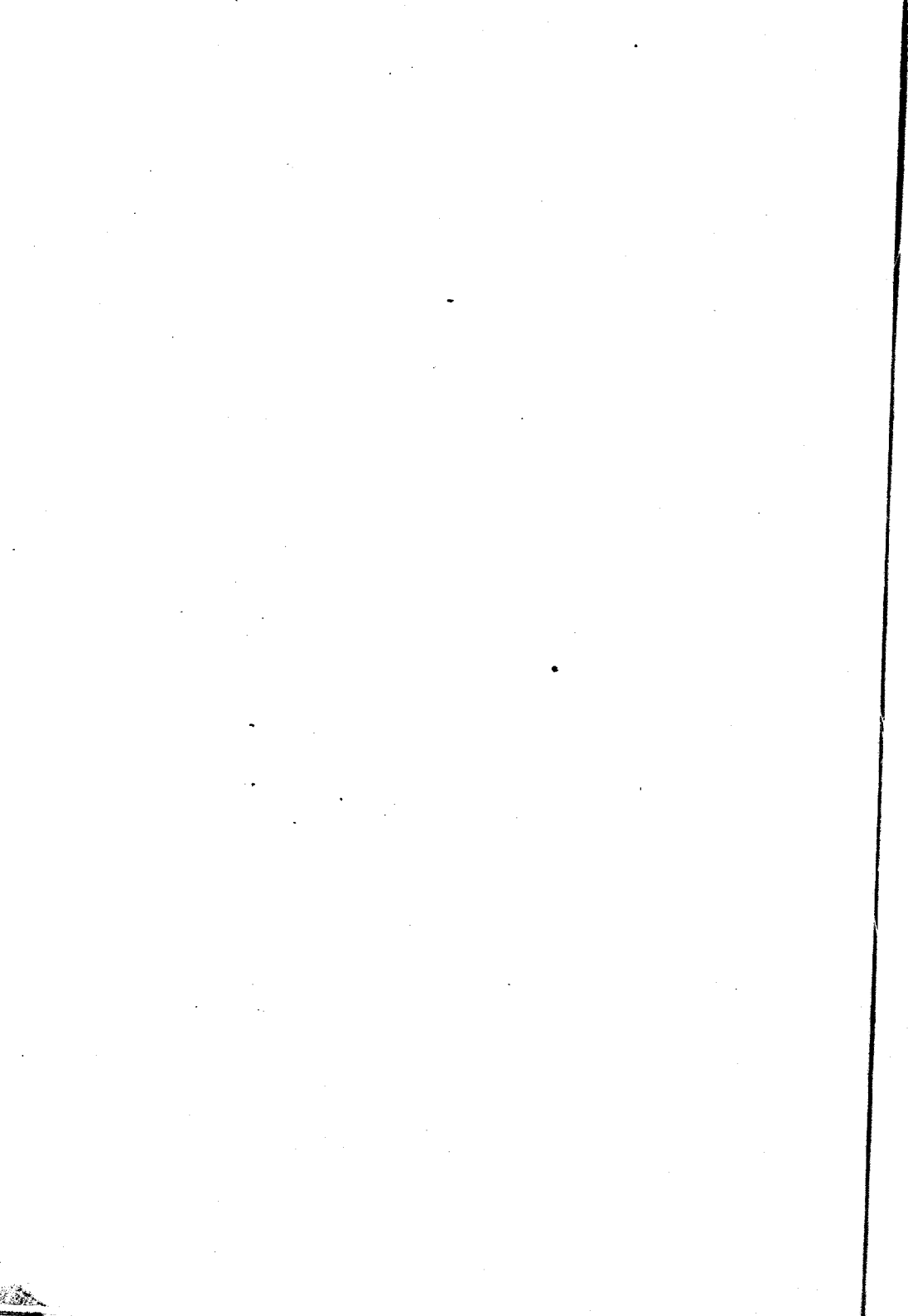
Consejeros

- DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
- » » ELISEO CANTÓN
 - » » ANGEL M. CENTENO
 - » » DOMINGO CABRED
 - » » MARCIAL V. QUIROGA
 - » » JOSÉ ARCE
 - » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
 - » » DANIEL J. CRANWELL
 - » » CARLOS MALBRÁN
 - » » JOSÉ F. MOLINARI
 - » » MIGUEL PUIGGARI
 - » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
 - » » FANOR VELARDE
 - » » IGNACIO ALLENDE
 - » » MARCELO VIÑAS
 - » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU

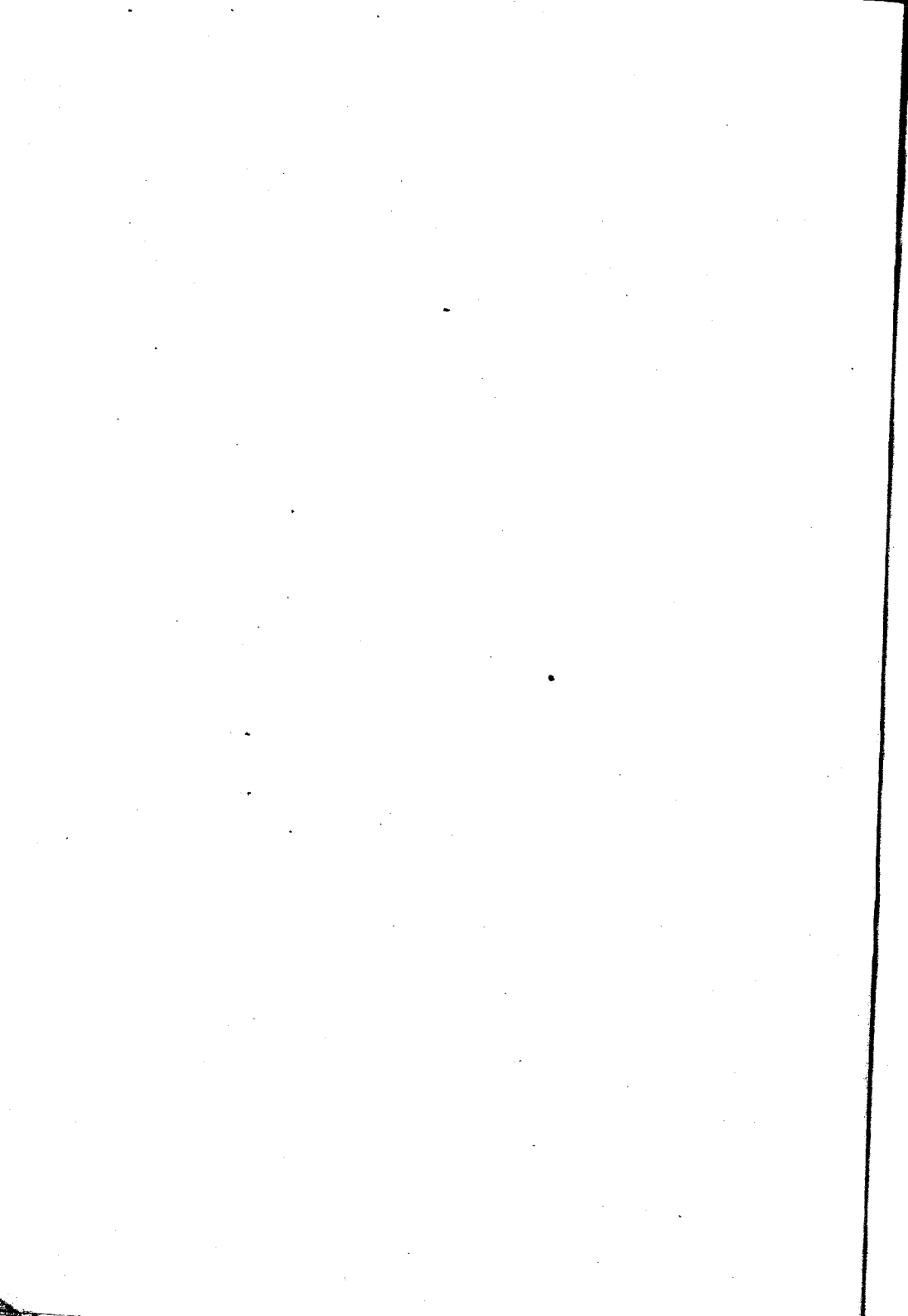


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

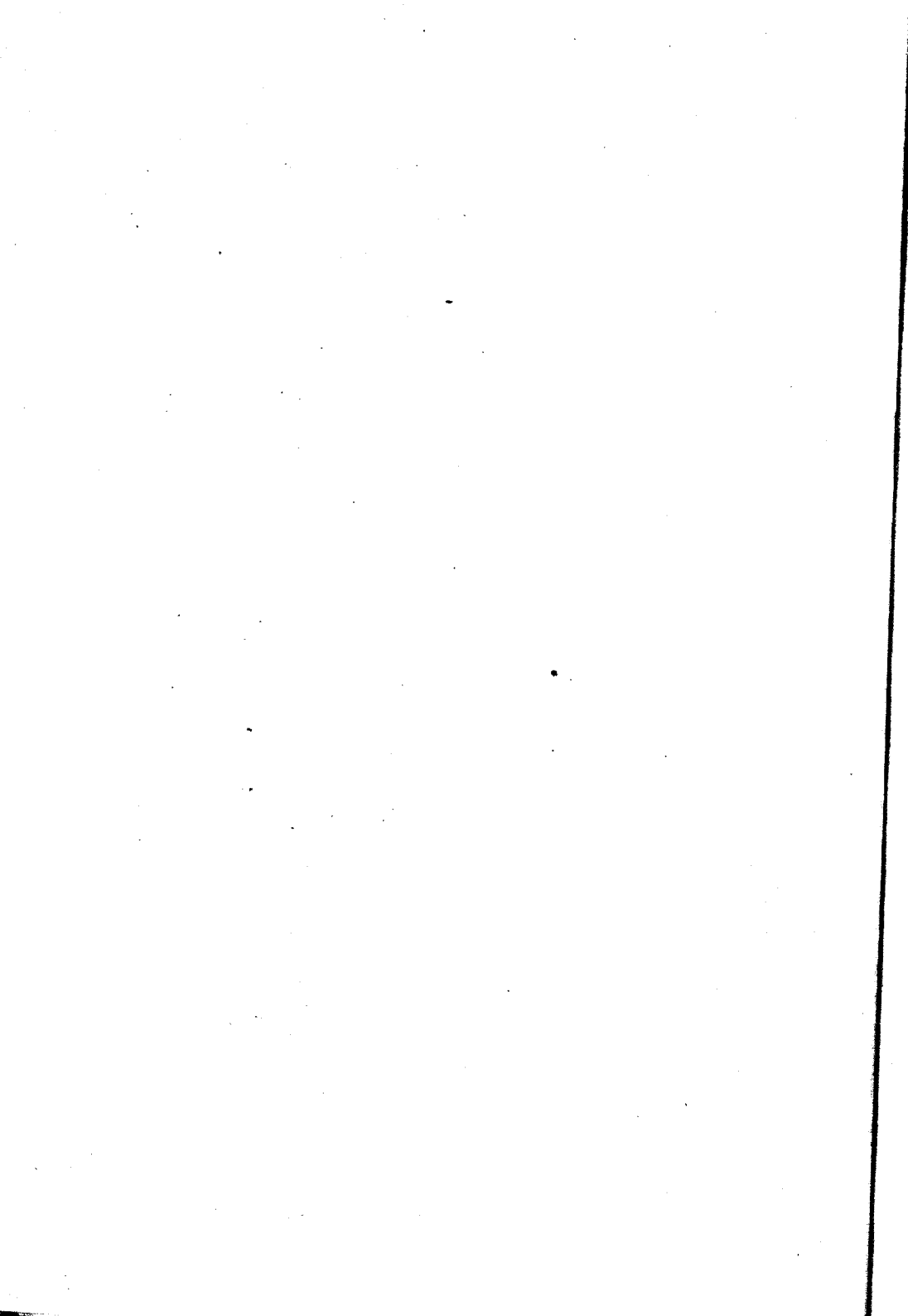
DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEIGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

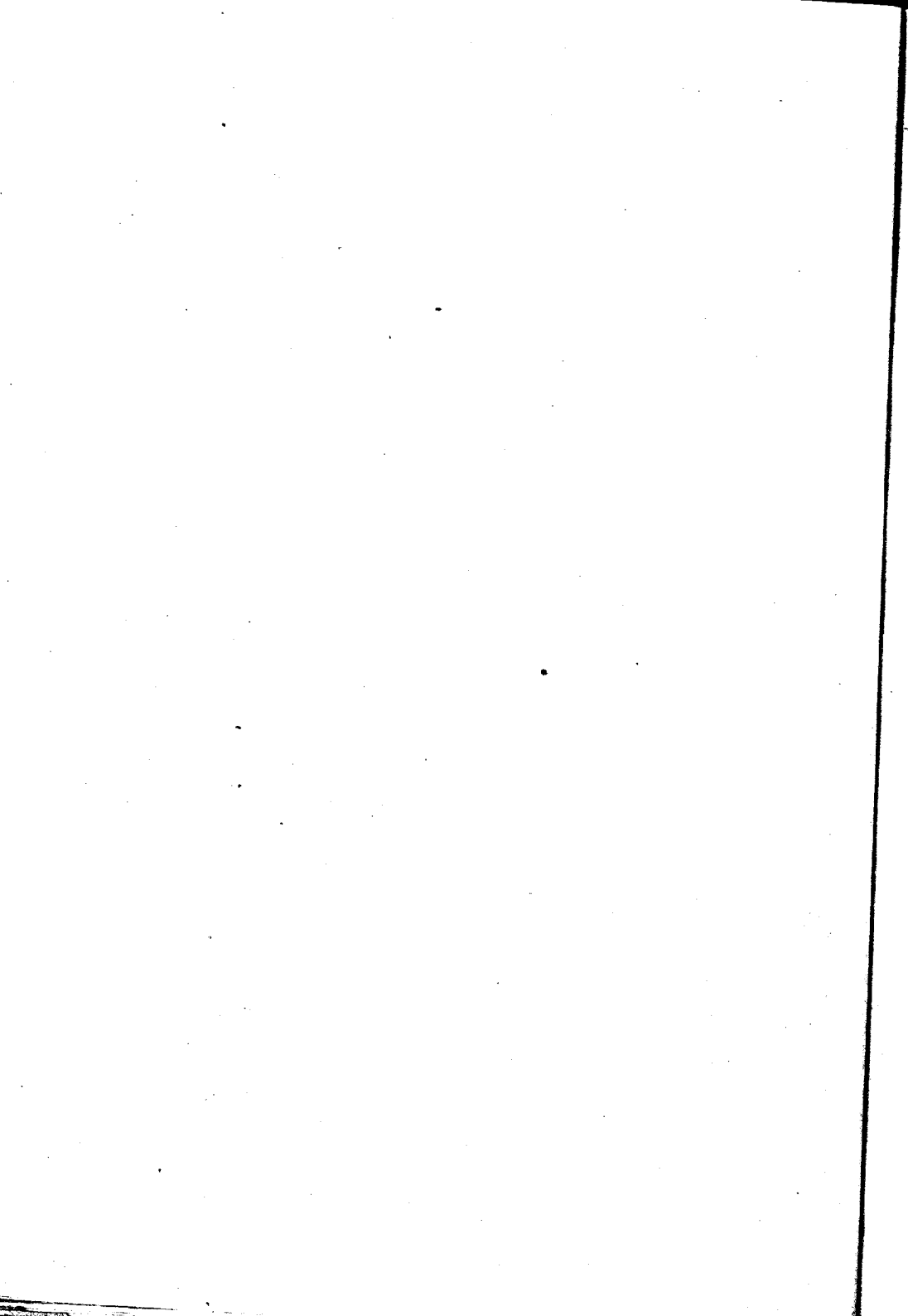
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ..	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínico:	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica ..	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica ..	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental ...	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica ..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	
	» LUIS GÜEMES
» Médica	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

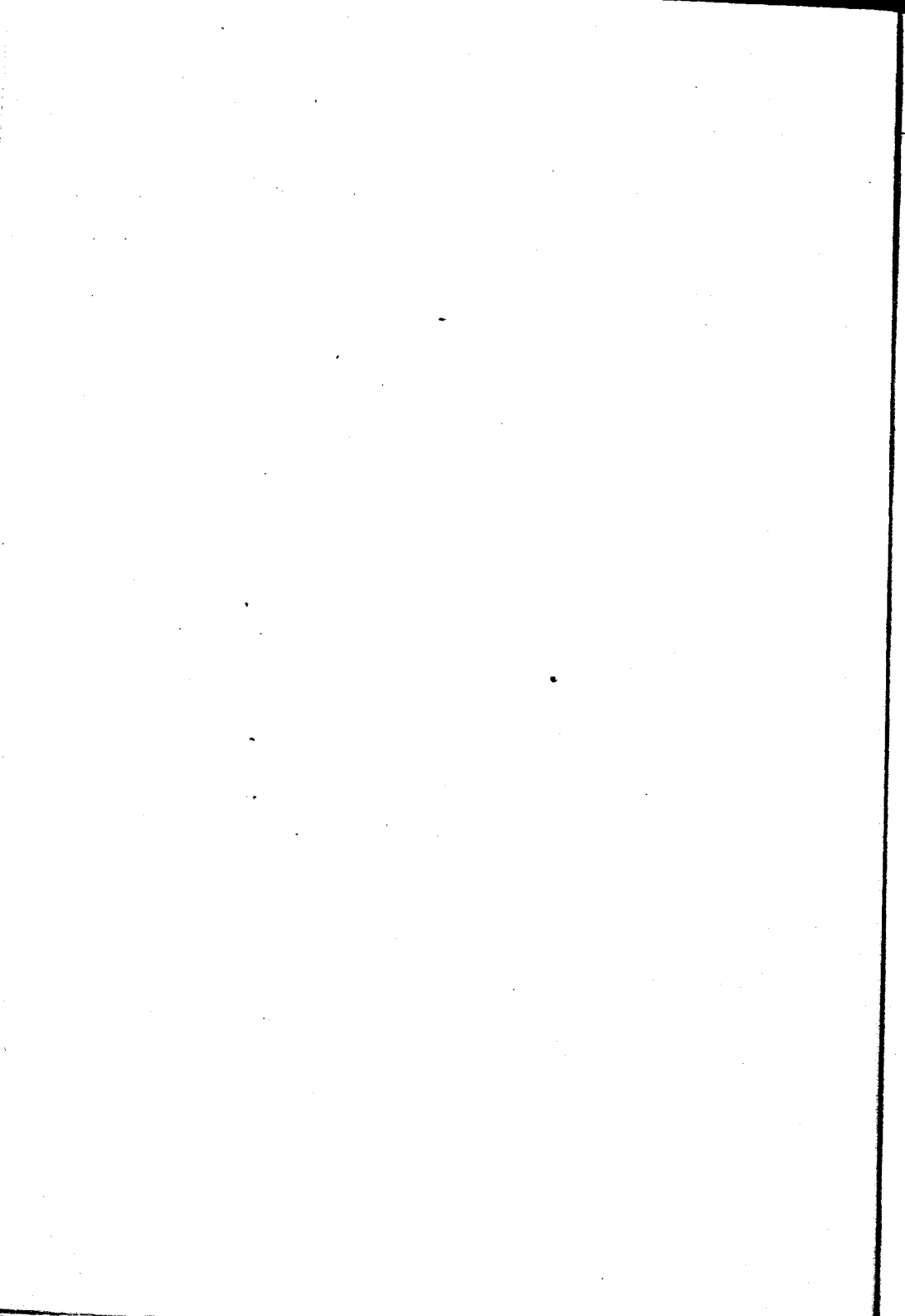
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clinica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna	» RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SREBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOUSSAY
Higiene Médica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	» SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	» BENJAMIN GALARCE
Materia médica y terapéutica.....	» FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	» MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica.....	» ALFREDO VITON
» Génito urinaria.....	» JOAQUIN PLAMBIAS
» epidemiológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oftalmológica.....	» JOSÉ MORENO
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE PINOCCIETTO
Patología interna.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Neurológica.....	» CASTELFORT LUGONES
» Médica.....	» NICOLÁS V. GRECO
» pediátrica.....	» PEDRO L. BAJINA
» ginecológica.....	» JOAQUIN NIN POSADAS
» obstétrica.....	» FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SESSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. JANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO LMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAMES SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONCÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODRSTÁ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

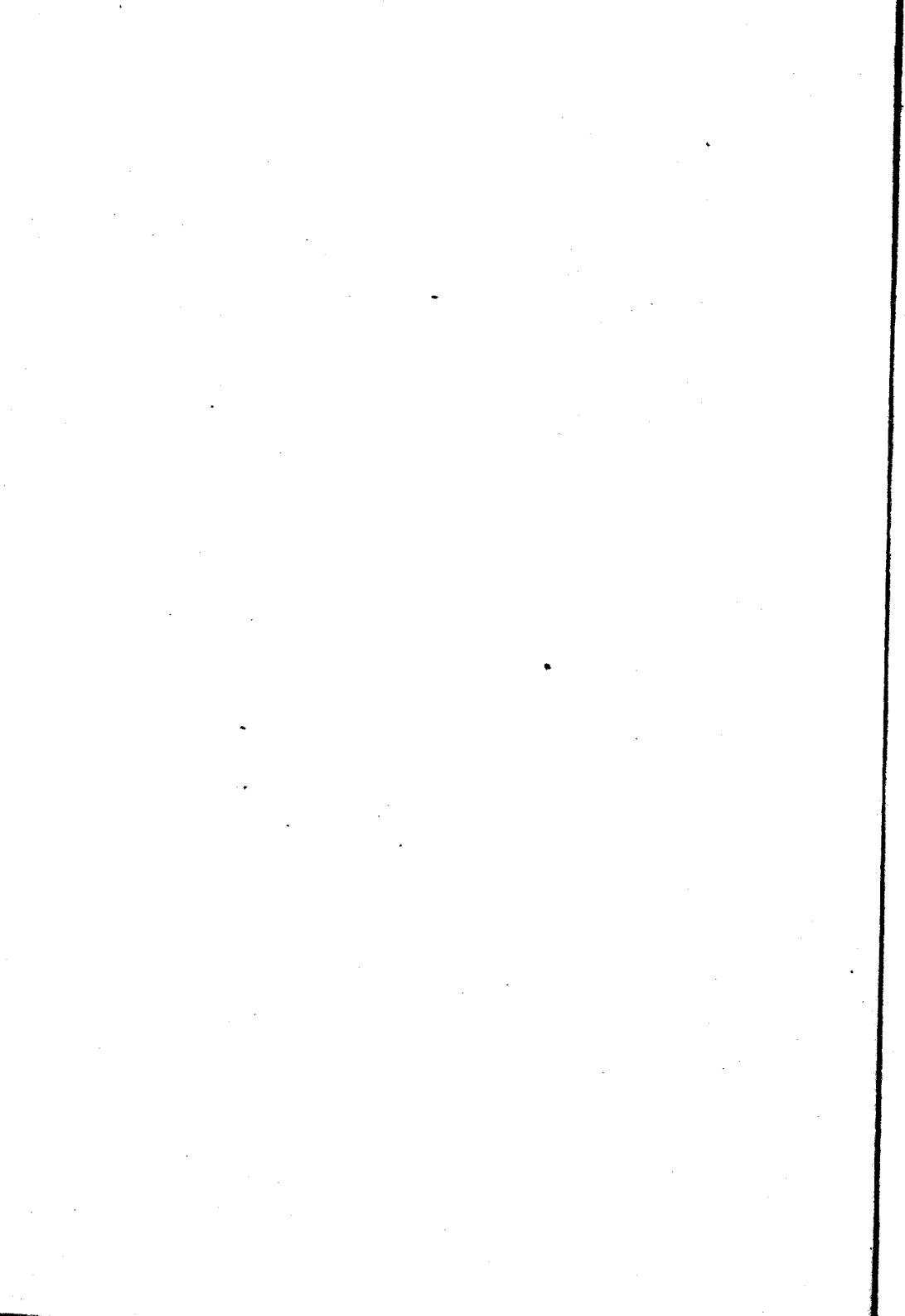
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. URBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

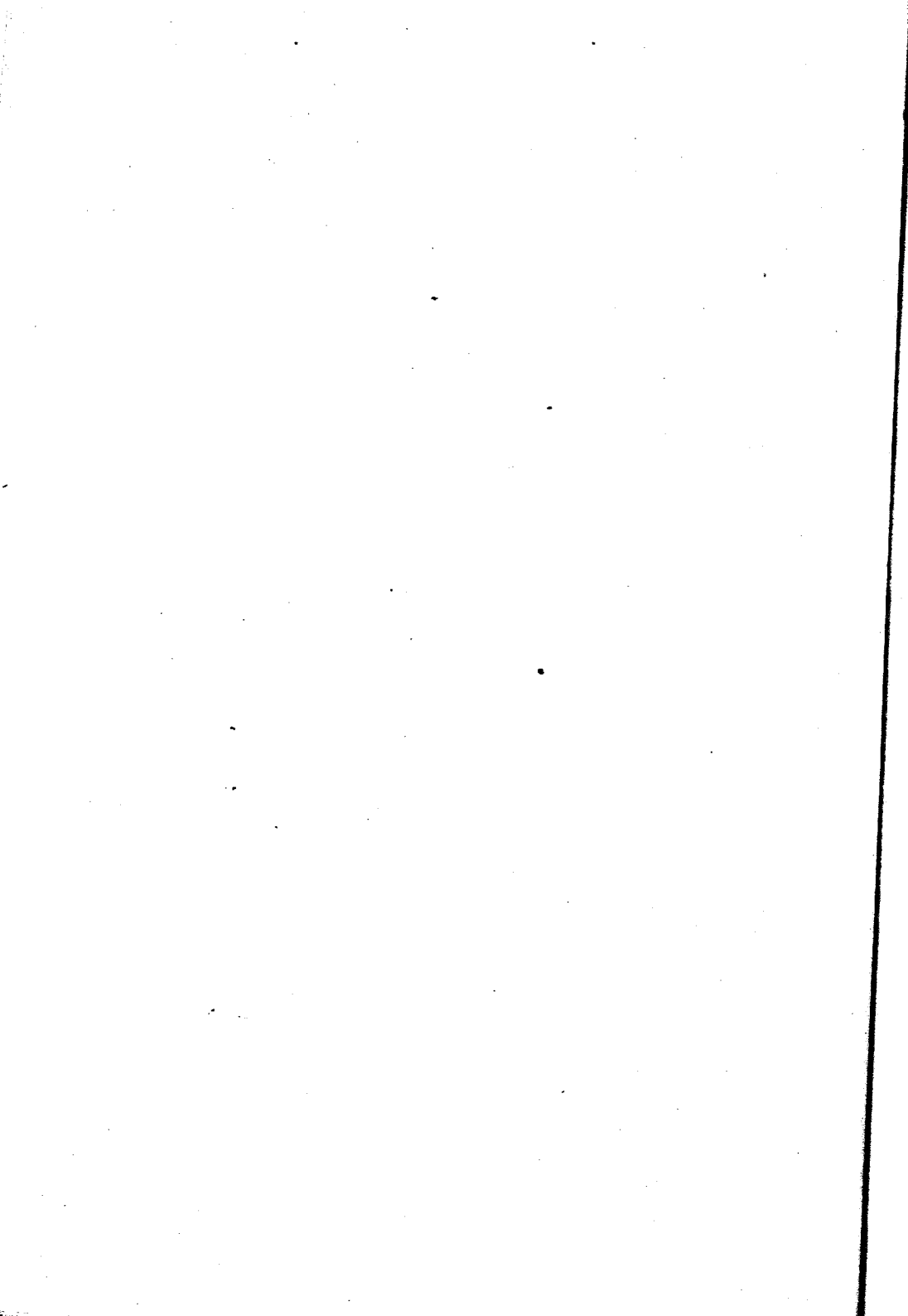
Catedráticos titulares

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

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALEMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

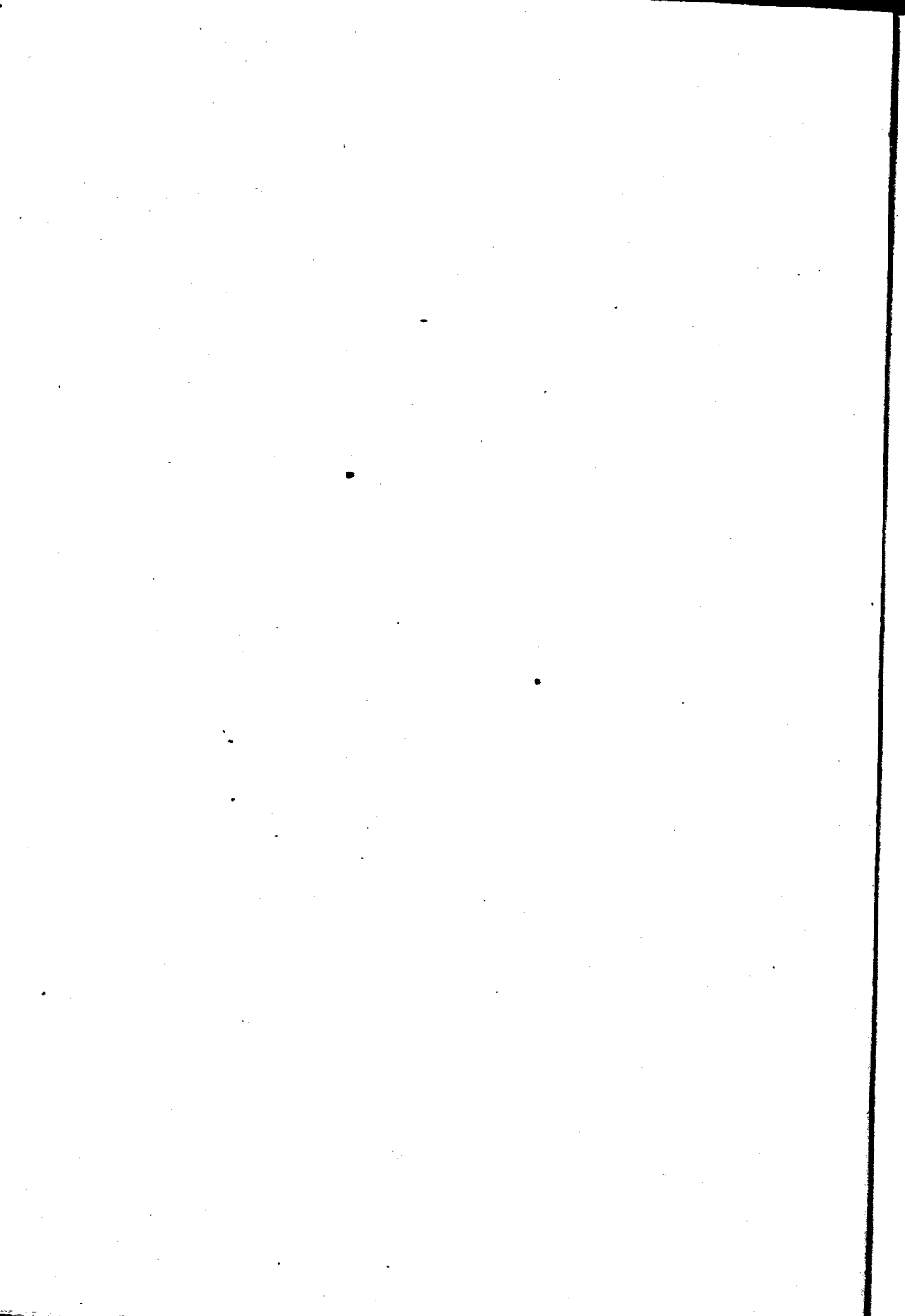


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

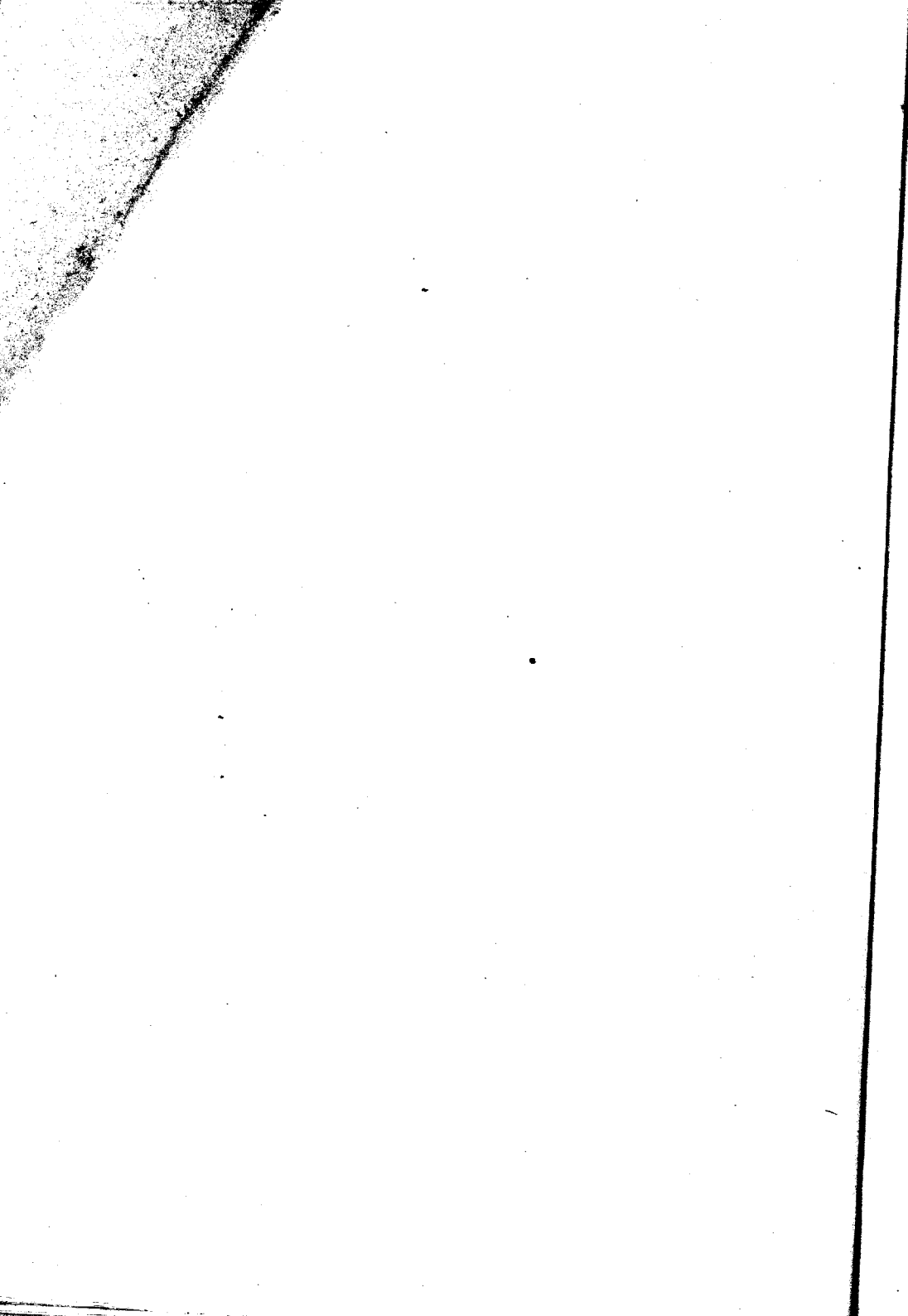
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE (3^{er} año)
» TOMÁS S. VARELA (2^o año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)

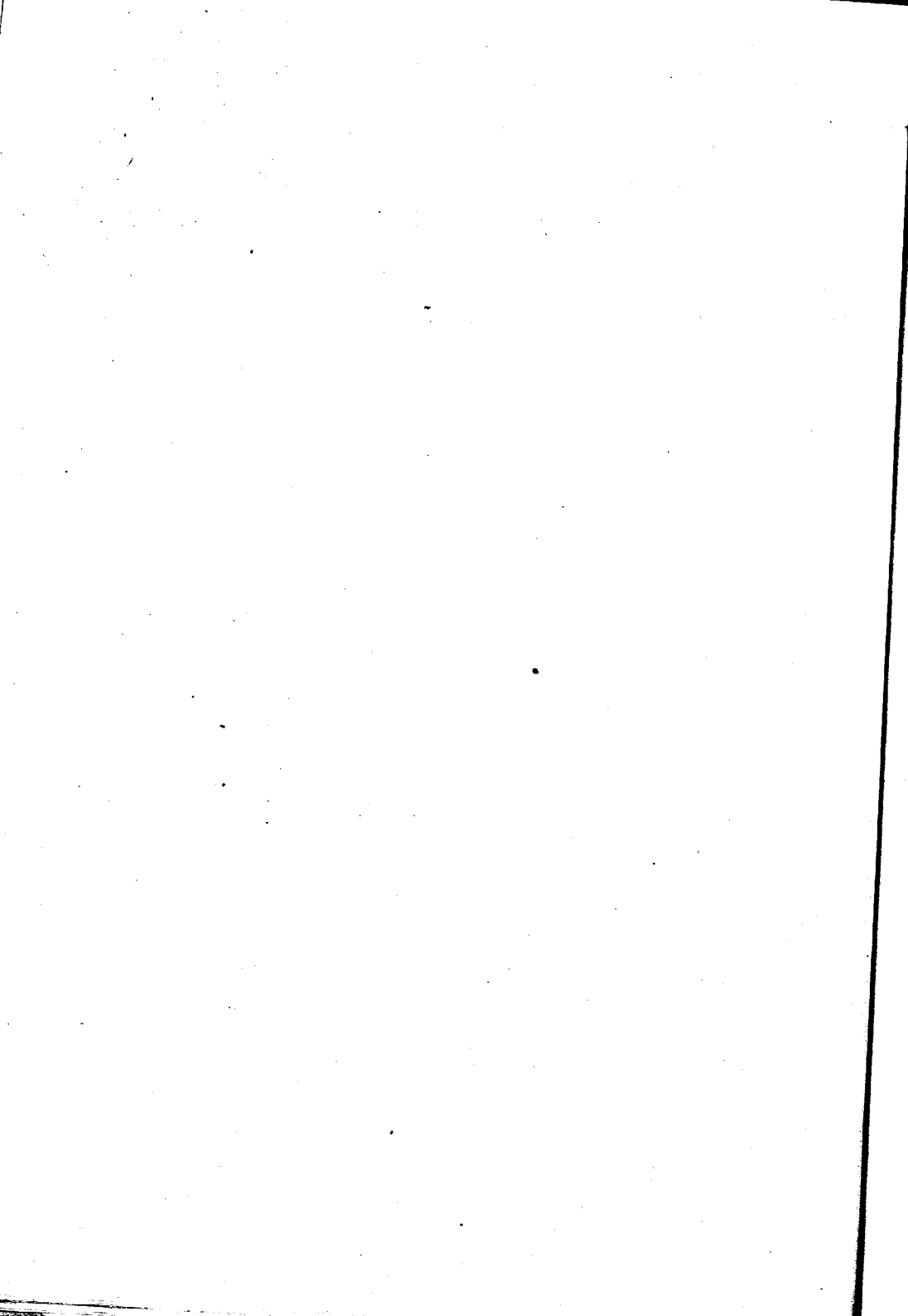


PADRINO DE TESIS:

DOCTOR JUAN CARLOS RISSO DOMINGUEZ



A LA MEMORIA DE MI PADRE

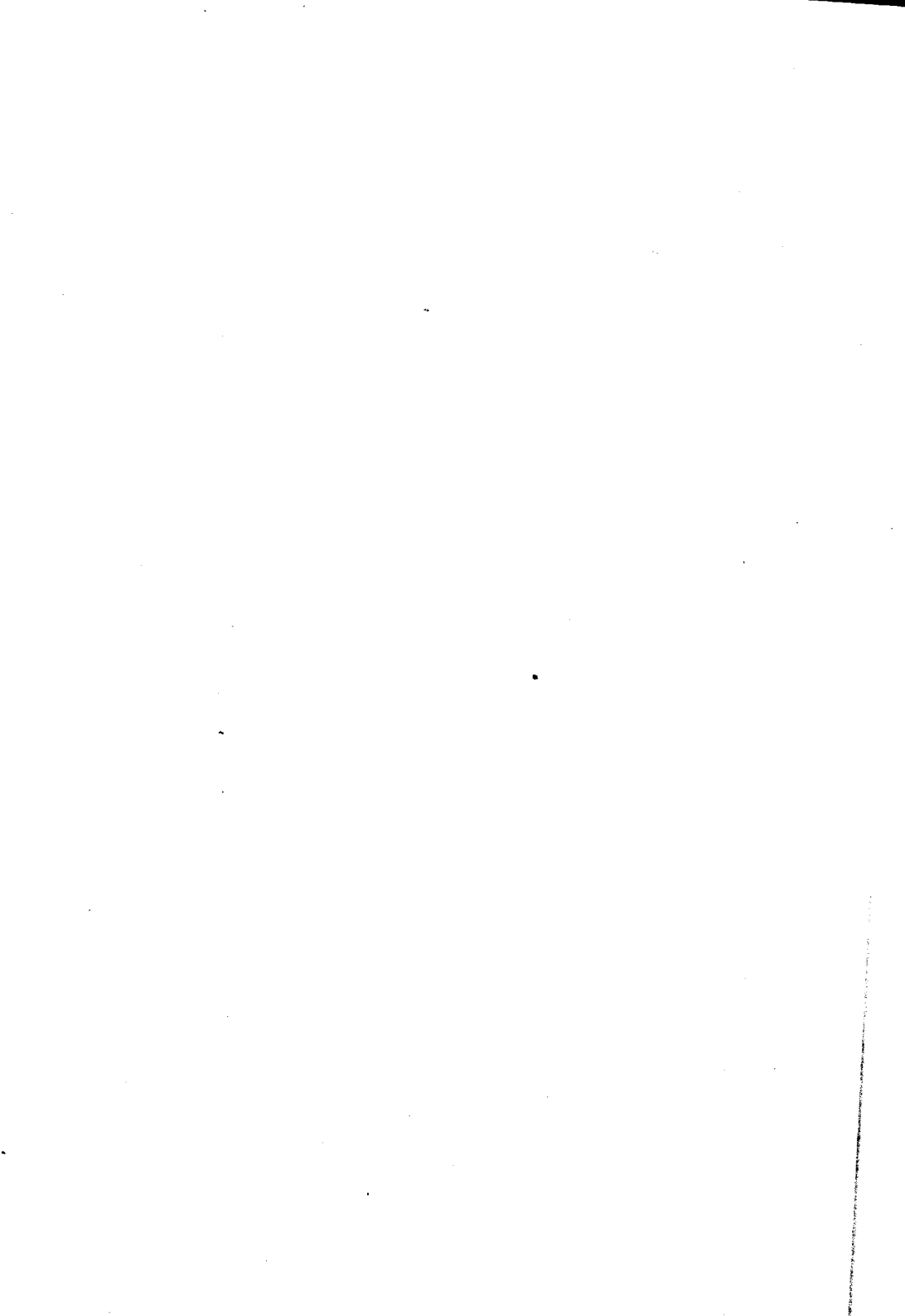


A MI MADRE

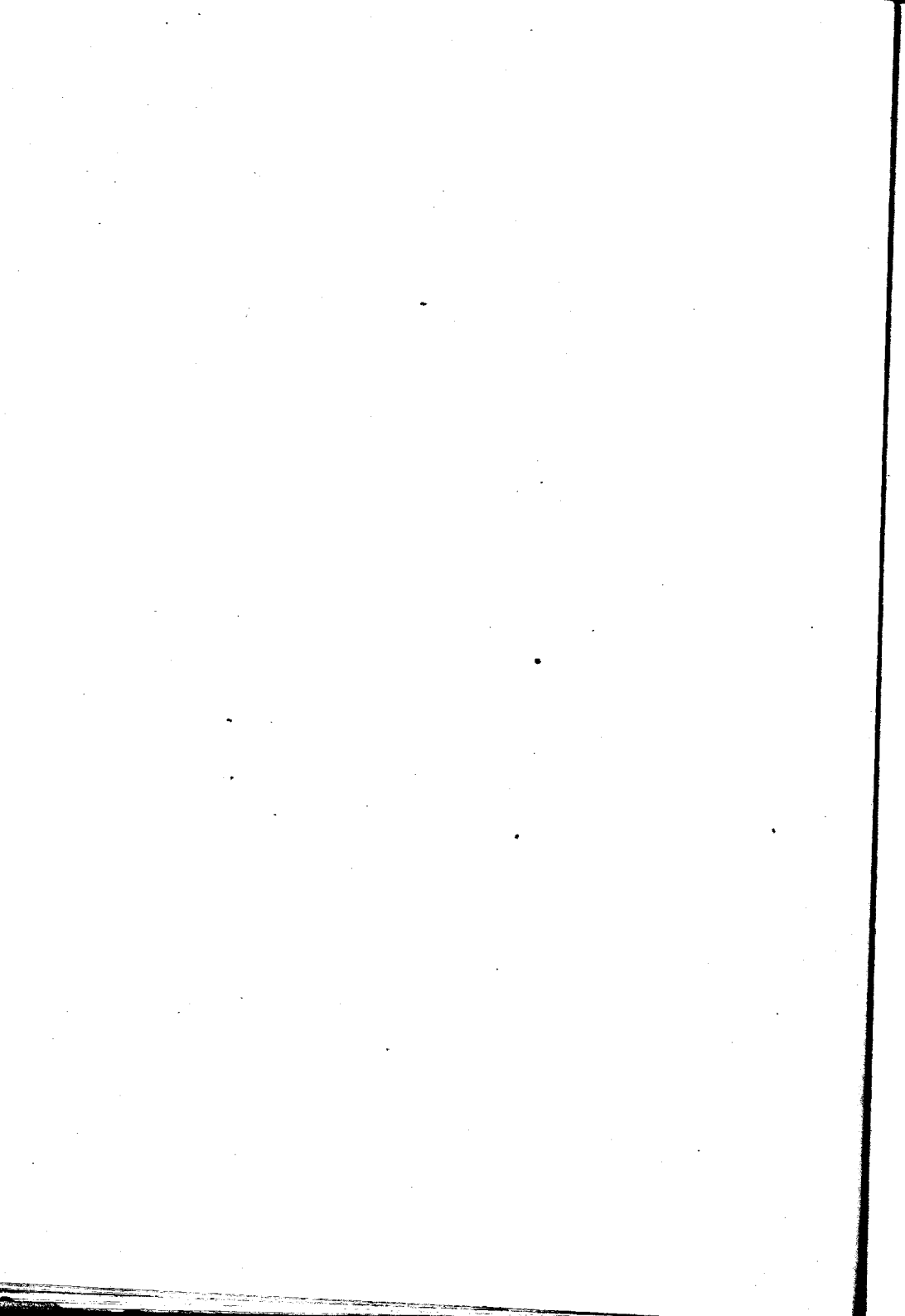
Gratitud y cariño



A LA MEMORIA DE MI HERMANO NICOLÁS

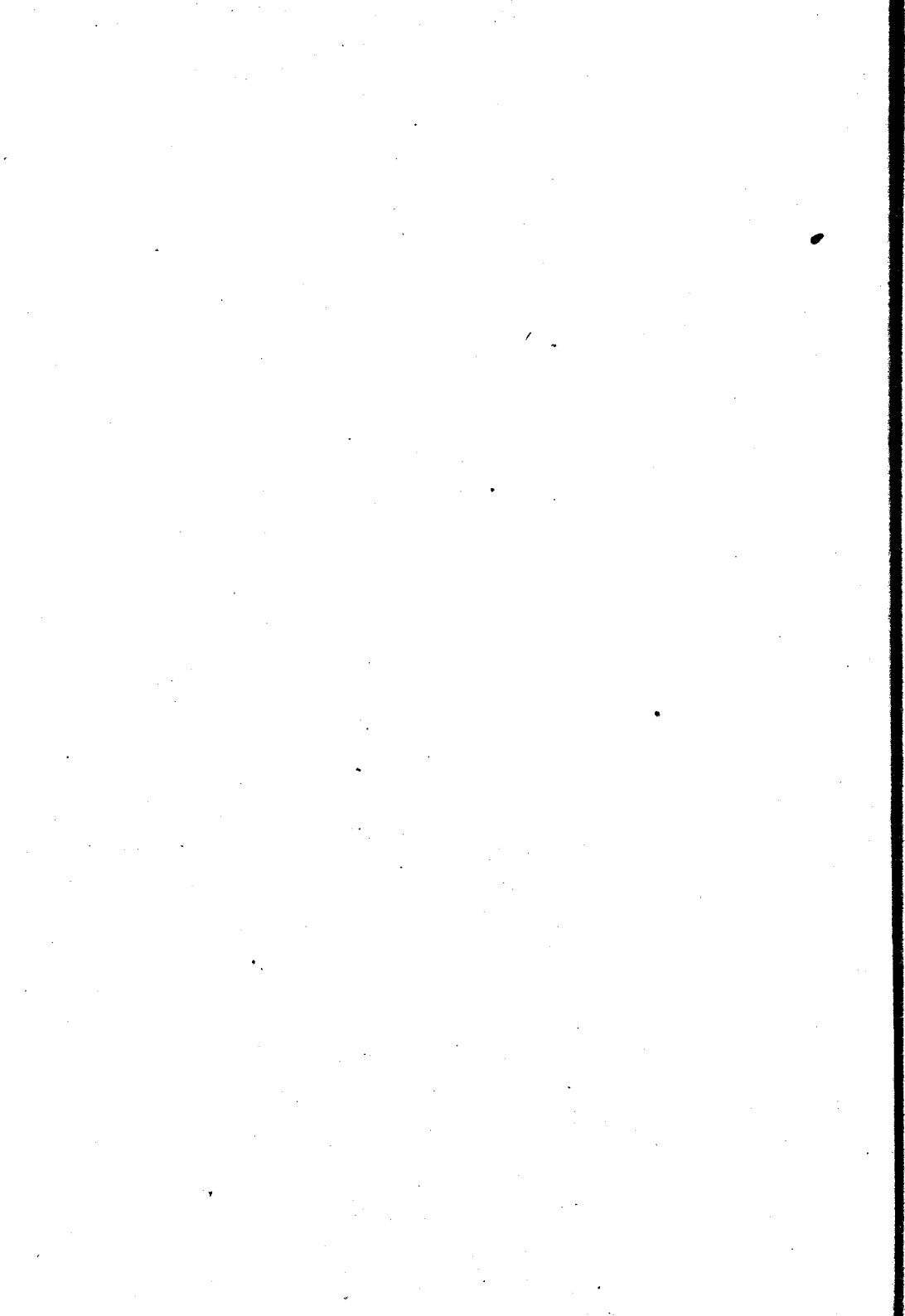


A MIS HERMANOS

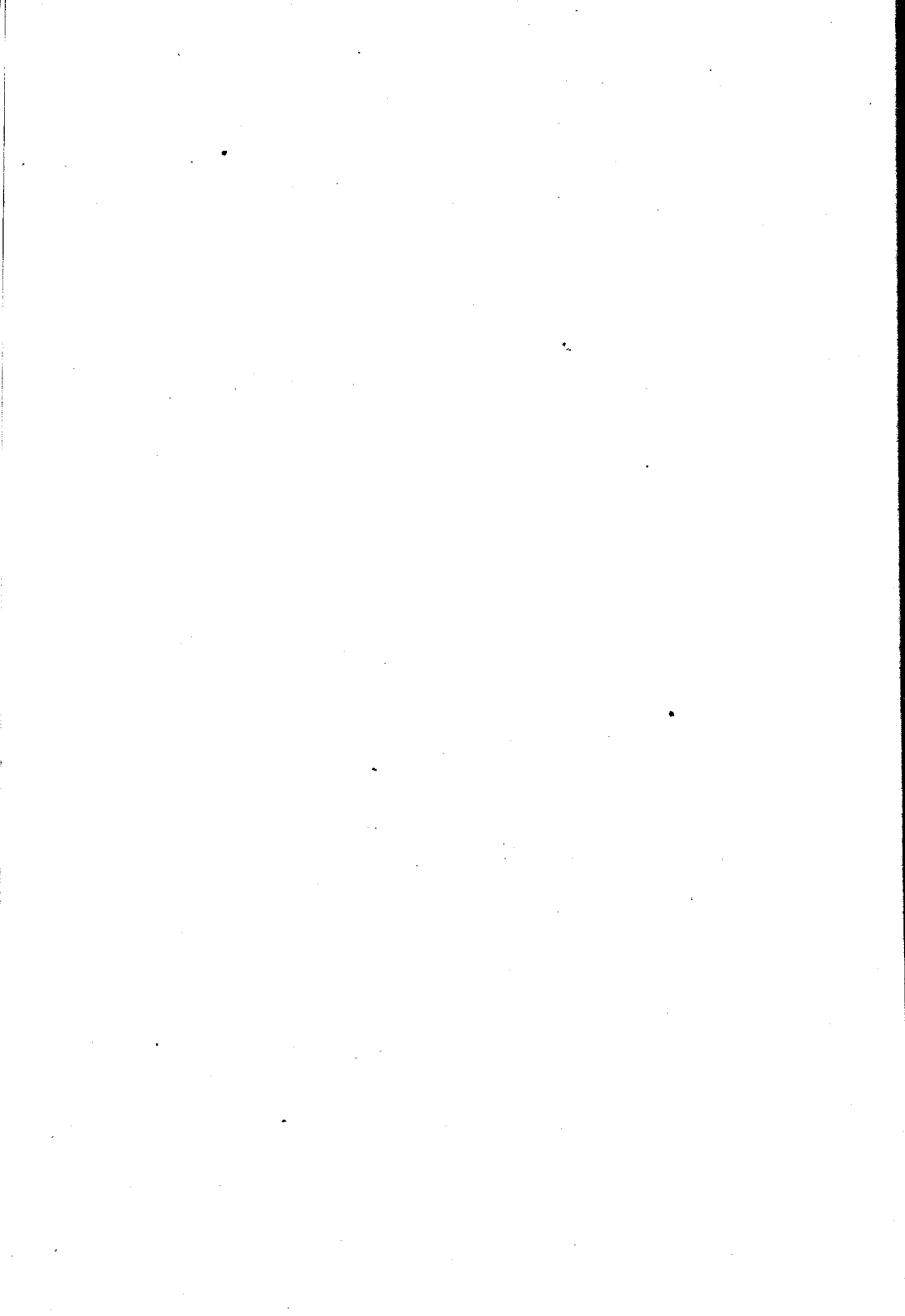


A MI AMIGO SILVANO DE COSTA

Mis afectos



A LOS MIOS



Consideraciones generales

A los cuatro meses y medio aproximadamente, los movimientos del futuro niño en el claustro materno, se hacen sensibles a la madre; y a medida que se acerca la época del parto, se vuelven menos extensos y más activos. Dichos movimientos obedecen a las leyes de la conformación y funcionamiento de la matriz (o del niño y sus anexos), y determinan la perfecta adaptación del continente al contenido, y las posiciones de éste en razón de sus distintos diámetros. En los períodos finales del embarazo, el eje longitudinal del ovoide fetal es paralelo al de la matriz, pero no siempre al del abdomen materno; de aquí resulta que el chico a término se presenta sobre el plano del estrecho superior, de vértice o de pelvis, y, en casos anormales se presenta de hombro o de cara; y de consiguiente el parto será bueno o peligroso según estas

modalidades y descontando, es claro, las anomalías del canal pélvico.

Ya desde tiempos antiguos se observó que si no se producía o se prolongaba el parto era imprescindible modificar la presentación para evitar así que da madre sola, o la madre y el hijo a la vez corriesen peligrosas consecuencias.

El empirismo de otras épocas es pues el que formula reglas y métodos para la transmutación del niño dentro de la matriz, que puestos en práctica fracasaron por ineficaces y brutales. Esto sucedía en tiempos del gran Hipócrates quien preconizaba la succión. En Méjico se adoptaron métodos que aconsejaban el colgamiento de la embarazada por los pies, y en el Japón tuvieron también aceptación estas crueles prácticas en manos de los Kangawa.

Son pues, estos medios primitivos y faltos de sentido científico que dieron origen y fundamentaron los métodos y reglas actuales para llevar a cabo la *Versión*.

Levasseur en su tesis sobre la *Versión par manœuvres externes* (Paris 1909) dice: «La femme présentant un bassin normal et la grossesse arrivant a son terme, l'attitude du fœtus dans l'utérus peut faire augurer des chances de succès de l'accouchement.»

Y agraga: «Para que el producto de la concep-

ción pueda recorrer fácilmente el canal pelvi-ge-nital, es de absoluta necesidad que una de las extremidades dé su mayor eje se presente en el estrecho superior.»

Desgraciadamente no siempre el ovoide fetal presenta al estrecho superior materno una de las extremidades de su eje mayor. La presentación y la posición del feto dentro de la matriz está ligada a una ley física, cuyo origen se debe a la resultante de varios factores, que dependen tanto de los órganos de gestación maternos como del niño mismo, considerado como contenido.

No hablamos aquí de la teoría creada por Aristóteles, que creyó explicar la frecuencia de la presentación cefálica basándose en que el polo cefálico es de mayor peso específico y por eso su descenso en el estrecho superior.

No nos referimos tampoco a otras teorías semejantes a la anterior.

Queremos anotar aquí, sin embargo, la concepción de Arantius en 1564, cuando pensó que en los primeros meses del embarazo, siendo el fondo del útero de mayor capacidad debería alojar la cabeza del feto, por tener ésta mayor volumen que el resto, para después en los últimos meses, ceder su sitio al polo córmico, descendiendo ella hacia el plano del estrecho superior.

En el *Traité Théorique et pratique de l'Ar-*

te des Accouchements por P. Cazeaux (París, 1877), dice:

«Si reflexionamos que el útero, desarrollándose en los seis primeros meses a expensas de su fondo, se presenta muy ancho en la parte superior, y muy estrecho, por el contrario, en su segmento inferior, no se ve que la extremidad pelviana al constituir una masa mucho más voluminosa que la cabeza a causa del estado de apelmamiento de los miembros inferiores, debe alojarse naturalmente en el punto más lejano del órgano, es decir, en el fondo, y por consiguiente la cabeza en el cuello? Sin duda, en los tres últimos meses, la parte inferior se ensancha casi tanto como el fondo de la matriz, mas entonces la longitud vertical es demasiado considerable para que pueda atravesar el diámetro transversal del útero, y a menos que se presenten circunstancias excepcionales, quedará forzosamente en la posición que había adquirido al principio.»


Continúa desarrollando su tesis para llevar el convencimiento de que es una acción mecánica la que actúa para que las partes más grandes del feto se acomoden en los sitios más espaciosos del órgano.

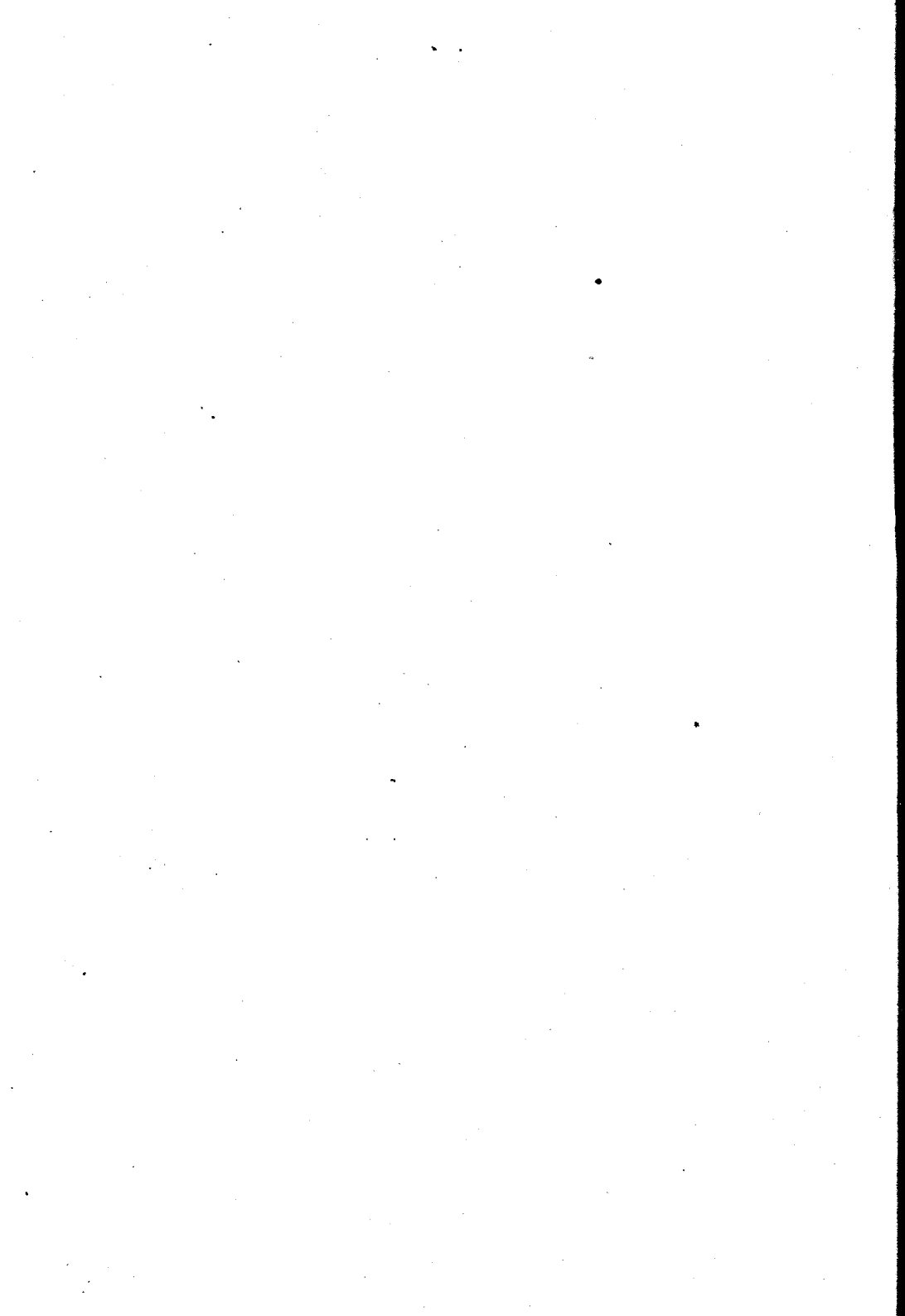
Pinard (1878) explicó admirablemente la etiología de las diversas presentaciones durante el embarazo y se le reconoce con justicia el mérito

to de haber sido él el primero en desarrollar en todas sus partes la *teoría de la acomodación del feto*.

Dice Pinard que en el *Diccionario enciclopédico de ciencias médicas*, en el artículo "Partos", Pajot formula como sigue, la ley de *Acomodación del trabajo*: *Cuando un cuerpo sólido está contenido en otro, si el continente experimenta alternativas de movimiento y reposo, el contenido tendrá que acomodar sus formas y sus dimensiones a la forma y a la capacidad del continente. Se rigen por esta ley las presentaciones y las posiciones en las pelvis normales y viciadas.*

Vemos, según esta ley, la necesidad de la acomodación en los partos normales o anormales. Pero no así cuando existe una desarmonía ya absoluta, ya relativa del feto respecto de la pelvis materna: en este caso la acomodación no tendrá lugar, y de consiguiente el parto no se hará, si es que comienza y siempre que subsista tal desarmonía.





CAPITULO I

Definición - División

Ocurre frecuentemente que, cumplida la ley de Pajot en lo relativo a la *acomodación* y posición del niño, éstas, en muchos casos, no concurren a la posibilidad del parto, y es entonces cuando la Naturaleza como única fuerza modifica algunas veces tales circunstancias.

Pero cuando estas mutaciones no se hacen *espontáneamente* y siendo ellas necesarias para evitar, durante el parto, funestas consecuencias debidas a una presentación, los parteros han imaginado, entre otros métodos la *Versión*.

Se llama versión a una operación o maniobra que consiste en hacer evolucionar el producto de la concepción en la cavidad uterina, sustituyen-

do una presentación por otra, y cuyo fin es colocar el feto en una actitud tal, que el parto sea fácil o posible.

La maniobra utilizada como fuerza dinámica por el partero, puede aplicarse, según los casos, sobre el feto a través del útero y pared abdominal maternos, o directamente sobre aquel mediante la mano del operador que pasa por los órganos genitales. De aquí las dos grandes divisiones: *Versión por maniobras externas* y *Versión por maniobras internas*. Y si se combinan los dos métodos tendremos un tercero, como sostienen algunos tocólogos: *Versión por maniobras mixtas, bi-manual o bipolar*, (estas expresiones son sinónimas).

Tanto en la versión *espontánea* como en la *artificial* y desde el punto de vista del feto, la versión se llama *cefálica* cuando después de la maniobra la cabeza viene a colocarse en el plano del estrecho superior; y *pelviana* o *podálica* cuando es el extremo córmico el que ocupa ese sitio.

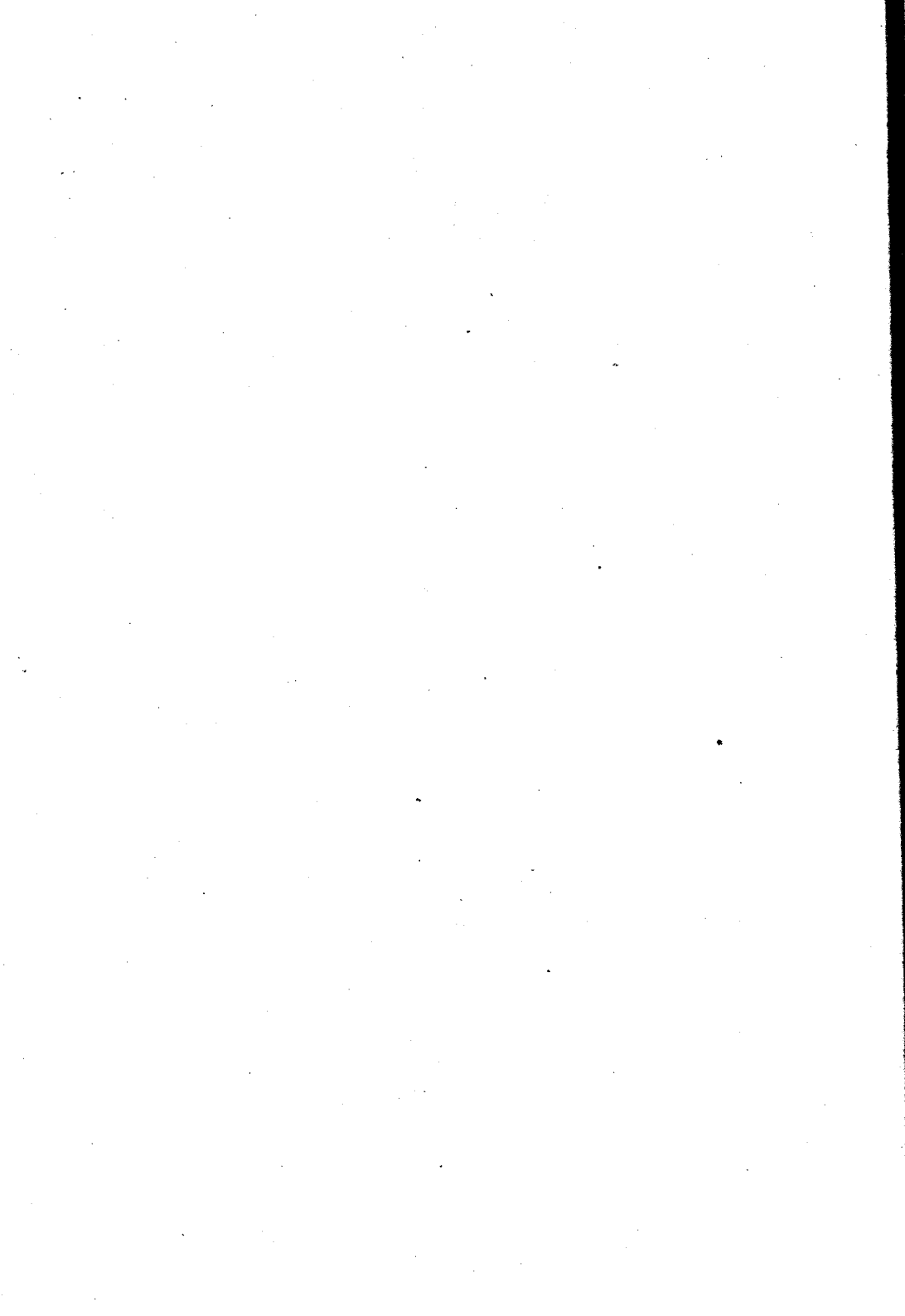
Siguiendo a otros autores, reservamos la expresión podálica para la Versión por maniobras internas.

Para su mejor comprensión creemos necesario resumir en el siguiente cuadro las anteriores definiciones.

1.—Versión espontánea

2.—Versión artificial	}	por maniobras externas	{ cefálica
		Por maniobras internas	{ pélvica
		Por maniobras mixtas	{ podálica
			{ cefálica
			{ pélvica





CAPITULO II

Versión por maniobras externas

Desde la publicación de la obra de Wigand sobre *versión por maniobras externas* (1807), y de otras posteriores a ella como vulgarización o ampliación del descubrimiento del partero de Hamburgo, los conocimientos relativos al diagnóstico de presentación han ido aumentando progresiva y rápidamente gracias a las acciones conjuntas de los tocólogos modernos, a tal extremo que en la actualidad podríamos asegurar, sin temor de ser exagerados, que hay la posibilidad de sentir (a través de la pared abdominal de la embarazada) y apreciar con exactitud relativa la presentación del niño en el claustro materno en los últimos meses del período fetal.

El temor a las dificultades y peligros que en los albores del arte obstétrico se tenía al efec-

tuar la *versión por maniobras externas*, hoy (salvo en muy reducidos casos) no tiene razón de ser, ya que con un buen diagnóstico tanto de la presentación como de las anomalías adquiridas o congénitas de los órganos pélvicos de la madre, como también de las relativas al niño y a sus anexos, nos colocamos en las mejores condiciones no sólo para llevar a cabo la *versión* en los contados casos de indicación de épocas anteriores, pero también en aquellos que tiene por fin cambiar una presentación por otra mejor, siguiendo el consejo de Nægele: «On ne devrait jamais négliger de l'essayer toutes les fois que la presentation vicieuse est reconnue».

Indicaciones de la versión por maniobras externas

La única indicación de la maniobra de Wigand fué en un principio la de reducción de la presentación de hombro en otra de vértice; pero actualmente vése el campo de sus indicaciones notablemente extendido, gracias a los medios de diagnóstico y al perfeccionamiento de los métodos para llevarla a cabo.

En un trabajo lleno de méritos, titulado: «La Maniobra de Wigand», presentado por el doctor Juan Carlos Risso Domínguez en 1913 como tesis de adscripción al profesorado de obstetricia de nuestra Facultad de Medicina, al tratarse de

las indicaciones de la versión externa se engloba en dos grupos principales y uno accesorio, todos los casos en que deba intervenir. Al reducirlos así se tiene en cuenta tanto el porvenir de la madre como el del niño.

En un primer grupo cataloga, «todos aquellos casos en los que la terminación del parto no es posible si persiste la presentación» y los califica de indicaciones absolutas, como ser: las presentaciones de hombro, de tronco y en aquellos en que existe placenta previa centro por centro, siempre que la presentación sea cefálica.

El segundo «lo formarían todas aquellas presentaciones que, sin ser anormales, pueden ser mejoradas en cuanto a obtener más facilidades para el parto y menos peligros de aportar mortalidad fetal; es tal el caso de una presentación pélvica, modalidad nalgas, que es diagnosticada en el último período del embarazo; tal sería también el caso de una presentación de cara, diagnosticada en el principio del trabajo, con membranas íntegras y muy ligeramente fijada.

Y finalmente un tercero (accesorio) que, «reune los casos derivados de causas extrañas a la presentación como sucede en general con las distocias producidas por tumores pélvicos; vicios del funcionalismo del útero en el momento del parto: anillo de Bandl; placenta previa lateral.»

Por último, diremos que una ligera estrechez fundamentalaría la utilidad de la versión externa.

Presentación de hombro

La deformación uterina da lugar a la inversión de sus diámetros: el vertical resulta menor que los otros, y en consecuencia sucede, como resultado final de la ley de acomodación, que el eje longitudinal del feto se confunde ya con el transversal, ya con uno de los oblicuos de la matriz, originando así la forma *definitiva* de la presentación de hombro. Es muy probable que la frecuencia de tales presentaciones en la misma mujer, en todos o en la mayoría de sus embarazos, se deba únicamente a tales anomalías uterinas.

Claro es, que dada esta presentación el parto espontáneo no tendrá lugar, desde que falta el factor del paralelismo o coincidencia de los ejes del canal pelvi-vaginal y con el longitudinal del ovoide fetal, condición sin la cual el parto no podrá hacerse, aún cuando actúen los otros factores; puesto que, llegado el momento del trabajo, las contracciones uterinas, por poderosas que éstas llegaran a ser se agotarían a causa de su acción inútil, por efecto de la mala dirección de la resultante de sus energías, y en consecuencia, traerían un peligro para la madre y para el niño. La naturaleza no haría aquí en este caso por las

contracciones abdómino-uterinas, sino acentuar más una situación que ya de por sí era mala.

Fuera de la causa recién citada, pueden igualmente predisponer a otra variedad de presentación de hombro las que impiden o dificultan la acomodación pélvica, como ser: la inserción viciosa de placenta; los embarazos gemelares; las estrecheces pelvianas; la flacidez de las paredes útero-abdominales, máxime cuando ha habido múltiples embarazos, etc.

Esta es, pues, la razón por la cual la presentación de hombro ha sido mirada por los tocólogos de todos los tiempos como de pronóstico grave.

No es difícil, sin embargo, que la reducción espontánea se produzca en muy contados casos; y precisamente la observación de éstos condujo a Wigand a crear su método para corregir la presentación de hombro. Como resultado de una serie de contracciones uterinas la cabeza del feto se dirige, ascendiendo, hacia una de las fosas ilíacas, y poco a poco el hombro que al principio se encontraba en el plano del estrecho superior, cede su sitio a la pelvis fetal, que queda fijada allí. Con este mecanismo se efectúa una reducción espontánea por simple acción natural, de una presentación de hombro, no fijada, a una de pelvis.

Estos medios que la naturaleza utiliza para remediar una mala presentación, no deben ser des-

preciados por el partero, cuando se propone corregir una situación creada por alguna de las causas ya citadas, a fin de obtener los mejores beneficios para la madre y el hijo.

Aún más: «El médico que aspira a curar (dice Alibert, citado por Levasseur en su tesis, París 1909) no debe solamente imitar a la naturaleza; hay casos en que se muestra superior terminando lo que ella comienza y abreviando lo que prolonga; iniciando lo que ella no ha podido emprender, y perfeccionando por la razón lo que ella no ejecuta sino por medio del instinto.»

Toda presentación de hombro reclama la versión, porque no se puede esperar que en todos los casos se produzcan mutaciones espontáneas. Los pocos casos en los cuales las contracciones uterinas bastaron para hacer evolucionar el feto hasta hacerle asumir una presentación, que dió como resultado un parto fácil, no autorizan al médico a tomar una actitud expectante, porque con ella se expondría a muy serios peligros y contratiempos.

Las estadísticas en este sentido son muy concluyentes: según Varnier, en 16 mujeres que tuvieron sus partos con presentaciones de hombros no corregidas, 11 niños nacieron muertos; y en 28 que se hizo la versión nacieron 28 niños vivos.

Era pues muy exacto lo que consideraba Jac-

quemier, al decir que la presentación de hombro era una distocia.

Placenta previa (Inserción viciosa)

Generalmente cuando la inserción de la placenta se hace en el segmento inferior, hay la tendencia a que la presentación sea de hombros o de nalgas: el niño se desliza por sobre el plano inclinado de la torta placentaria, y la cabeza, no pudiendo encajarse en el canal pelviano, va a colocarse en una de las fosas ilíacas; si esto persiste, se origina la presentación de hombro. O bien por el contrario es la pelvis del feto la que para su mejor acomodación, se presenta directamente en el estrecho superior.

La hemorragia, es uno de los síntomas como también una de las más graves complicaciones de la inserción baja de placenta. Se presenta en la mayoría de los casos, dentro de los tres últimos meses de la gestación, y tiene como carácter principal el de producirse (en muchas embarazadas), por pequeñas porciones y a intervalos más o menos largos.

Estas circunstancias contribuyen: 1° a no alarmar a la mujer, acostumbrada como está, por sus menstruaciones y 2° a conducirla a una anemia profunda; por otra parte cuando las contracciones uterinas llegan a ser más enérgicas, estos peque-

ños derrames sanguíneos, apenas perceptibles degeneran en grandes hemorragias que llevan rápidamente a la madre hacia un fin casi siempre fatal.

Es en el período de las pequeñas hemorragias y en el último mes de la gestación cuando debe hacerse la versión pélvica, si la presentación es cefálica, con el objeto de traer al estrecho superior una extremidad fetal que más tarde facilitará la maniobra de Braxton-Hicks que es indudablemente, la mejor indicación para conseguir que se detenga la hemorragia por simple acción mecánica de taponamiento local. «Hacer profilaxia de estos peligros colocando el feto en condiciones de llevar a cabo el descenso de un miembro inferior, cuando las exigencias del caso lo determinen, es llevar una indicación que se desprende de la patología de la placenta previa» (Risso Domínguez).

La técnica a que debe sujetarse el partero para la versión no difiere de la regla general; pero sí requiere que las maniobras sean lo más suaves y cuidadosas, a fin de no dar lugar a un mayor desprendimiento de la placenta que traería rápidamente la complicación que se trata de evitar: la hemorragia fulminante.

Si en toda maniobra se recomienda no insistir cuando hay alguna dificultad para efectuar la ver-

sión es sin duda en los casos de placenta previa en los que más debe tenerse presente el precepto: «A reales dificultades no responder con fuertes presiones», para abandonar la maniobra inmediatamente en cuanto se note la menor dificultad, y evitando así la terrible complicación.

En un segundo caso, cuando la hemorragia es abundante, sería perder tiempo en hacer versión por maniobras externas, o recurrir a otros tratamientos, como ser: taponamientos, etc. Lo mejor es disponerse, sin pérdida de tiempo, para llevar a cabo la versión por maniobras internas.

Presentación de pelvis

Distinguiremos en la presentación pelyiana una variedad *definitiva*, caracterizada por su inmovilidad precoz, de evolución difícil hacia la mutación espontánea, y originada según parece, por factores anormales que, oponiéndose a una acomodación normal, determinan una presentación igualmente anormal. Según las observaciones de Pinard esta variedad es felizmente muy rara, aun en las primíparas, en quienes a estar a lo que dice el mismo autor, suele ser más frecuente que en las múltiparas.

La otra variedad llamada transitoria se encuentra con relativa frecuencia, pero más en las mujeres que han tenido repetidos embarazos, pues

en la mayoría de ellas las paredes abdominales, en general son flácidas. Por este motivo el niño puede con mayor facilidad desplazarse y modificar su presentación: no existe pues una verdadera acomodación, sino en el momento mismo que empieza el trabajo.

Se mencionan como causa de esta variedad la inserción viciosa de la placenta, flacidez abdominal-uterino en las multíparas, estrechez pelviana, feto pequeño, abundancia de líquido amniótico.

La indicación de la versión por maniobras externas (cuando se trata de presentación pélvica) era, en otras épocas, muy discutida, pero en la actualidad la conducta a seguir está perfectamente señalada.

Hubert de Lovain decía que la presentación pélvica era normal y por lo mismo innecesario transformarla en cefálica.

Charpentier, Martín, Scanzoni y el mismo Pajot entre otros, reconocen que tanto en las multíparas como en las primíparas es inútil la versión; en el primer caso la volverían ineficaz los factores de la posición anormal que colocarían al feto en la primitiva presentación, una vez terminada la intervención del tocólogo; en el segundo, la resistencia de las paredes útero-abdominales se opondría a que la versión se efectuara.

En contra de estas razones, por cierto muy juiciosas, hay tocólogos como Pinard que son partidarios decididos de la versión externa, siempre que no exista para ella una contra indicación formal.

Indiscutiblemente, el parto es menos favorable para la madre en la presentación pélvica, que en la cefálica. La duración del trabajo es mucho más larga, y en no pocos casos, el parto debe terminar por una intervención obstétrica, que si no se hace con los cuidados necesarios da lugar no solamente a infecciones, sino a desgarraduras del cuello, que a menudo llegan hasta el segmento superior del útero y son originadas por extracciones brutales de la cabeza a través de un orificio insuficientemente dilatado. No es raro tampoco observar las desgarraduras del periné por el pasaje de la nalga en la modalidad nalgas, o bien por el de la cabeza última, caso en el cual el operador se ve obligado a apresurar la maniobra con el fin de evitar la asfixia del niño.

Respecto de la mortalidad fetal en tales condiciones, las estadísticas son muy concluyentes. Mme. Lachapelle estima un 14,28 por ciento; Raúl Dubois 9 por ciento; Pajot 14 por ciento, y Heker 22 por ciento. La muerte se atribuye a varias causas: a la compresión del cordón por la cabe-

za contra la pared pélvica materna; al desprendimiento prematuro de la placenta al extraerse la cabeza última; a la asfixia producida por las aspiraciones del líquido amniótico o bien a la compresión del tórax y el abdomen por las manos del partero en el transcurso de la operación que ha provocado un síncope reflejo.

Los peligros para la madre, expuestos anteriormente, así como el porcentaje elevado de mortalidad fetal, según se desprende de las estadísticas, justifican plenamente la indicación de la maniobra de Wigand en las presentaciones pélvicas.

Presentación de cara

Las presentaciones de cara pueden constituirse durante el curso del embarazo o en el momento del trabajo. Tendremos así, en el primer caso las llamadas *primitivas*, y en el segundo las *secundarias*.

Las primeras son tan excepcionales que su existencia ha sido negada por ciertos parteros como Pinard, Baudelocque, Hubert y otros; pero las autopsias hechas por Mme. Lachapelle en dos mujeres muertas al fin del embarazo, lo mismo que las observaciones publicadas más tarde por Ribemont Dessaignes, P. Bar, Brindeau, etc.; confirman la existencia de tal variedad.

Mucho más frecuente es la variedad *secundaria*. Su origen se atribuye a la transformación que se operaría antes de que la cabeza franqueara el plano del estrecho superior, por la simple deflexión de una presentación cefálica, en actitud intermedia entre la flexión y la deflexión: al alejarse el mentón paulatinamente del esternón, el occipucio se dirigiría en sentido contrario para aproximarse poco a poco a la parte superior del dorso.

Entre las causas que favorecen tal transformación anotaremos las estrecheces pelvianas y particularmente las pelvis ligeramente aplastadas; la oblicuidad del útero, el desenvolvimiento desigual de su segmento inferior, y la multiparidad, puesto que en ellas la cabeza fetal, menos apta para la acomodación durante el embarazo, sería sorprendida en el estrecho superior por las primeras contracciones del trabajo. La intervención obstétrica era necesaria en otros tiempos en que el parto de cara se consideraba como distócico; pero actualmente los parteros están de acuerdo en rechazar esta intervención en muchas ocasiones, porque en realidad, en la mayoría de las presentaciones de cara, el parto debe terminar fisiológicamente, es decir, por la sola fuerza natural. Sin embargo, la duración demasiado prolongada del trabajo, expone a la madre a los pe-

ligros de la infección, cuya gravedad, por otra parte, aumenta cuando uno está obligado a intervenir en la variedad mento-posterior, caso en que debe hacerse la extracción del feto. Teniendo en cuenta los peligros del parto de cara, el partero debe tratar de modificar esas presentaciones, por la versión externa, a fin de conseguir que el parto se haga en las mejores condiciones fisiológicas. En esta operación el niño corre el peligro de sucumbir durante la maniobra, por excesiva compresión de la cabeza contra el canal pelviano materno o bien por asfixia, motivada por el cordón comprimido, cuando a la presentación acompaña la prociencia.

Hidrocefalia

La acumulación del líquido céfalo-raquídeo en la cavidad craneana constituye la *hidrocefalia congénita*.

Ya desde el siglo XVIII los parteros han visto que la hidrocefalia podía ser causa de distocia. Smelie fué el primero que extrajo un feto hidrocefálico, después de haberle vaciado la cabeza por punción a través de los tegumentos. Un poco más tarde, Salomón Naummanus, de la Motte, publicaron observaciones que probaban las dificultades de los partos en los casos de hidrocefalia.

Veamos lo que puede ocurrir a la madre durante el trabajo: puede suceder en primer lugar, que el útero se tetanice a causa de sus contracciones ineficaces para hacer descender la porción cervical del feto, hay mayor peligro cuando el segmento inferior está muy distendido, porque en este caso es probable la ruptura. Algunas veces los esfuerzos de la mujer son tan grandes, que originan rupturas de numerosas vesículas pulmonares, originando así una nueva complicación.

En el caso contrario, fatigado el útero, se relaja; hay inercia, el feto sucumbe y sufre más tarde un principio de putrefacción, lo cual trae como resultado la infección de la madre.

La expulsión espontánea es imposible en muchos casos, y entonces la mujer abandonada a su propio esfuerzo sucumbe, generalmente por ruptura uterina.

Como se ve la madre está expuesta a varios peligros cuando el arte no llega en su ayuda.

En casi la totalidad de los casos el feto hidrocefálico sucumbe o bien es sacrificado durante el trabajo. Si nace vivo, muere generalmente poco tiempo después del nacimiento; y cuando por excepción llega a la edad de uno o dos años, el hidrocefalo presenta habitualmente todos los signos de la idiotez. De modo que, teniendo en



cuenta estas eventualidades, el partero no tiene porque preocuparse de la vida del feto.

Los estudios hechos por Bosié (tesis de París 1903) respecto al pronóstico maternal, demuestran, que varían según que la intervención se lleve a cabo sin haber hecho previamente el diagnóstico, o por el contrario después. En 66 intervenciones correspondientes a la primera categoría, resultaron 23 muertos a sea 34,84 por ciento; y solamente dos murieron de *septicemia*, de 90 de la segunda categoría. Por otra parte el peligro para la madre es menor cuando *se presenta de pelvis que de vértice*, porque la distensión del segmento inferior no se produce sino al final del trabajo y de ahí que sea preferible intervenir sobre la cabeza última para vaciarla, recurriendo a un método simple, atribuido a Laccoux por Von Huevel, y puesto en práctica por primera vez por Tarnier. Consiste en *seccionar la columna dorsal y dar salida al líquido por esta vía*. La técnica se reduce a producir dos brechas, una de cada lado de la columna vertebral, en dos espacios intercostales, para permitir la introducción profunda de las dos ramas de unas tijeras y seccionar de un solo golpe la columna. El canal raquídeo queda abierto y por éste se introduce una cánula de goma munida de un mandrín o una sonda metálica hasta la

cavidad craneana, la que se vacía completamente.

Como el feto hidrocefalo no escapa a la ley de acomodación, hay siempre un porcentaje en las presentaciones pelvianas mayor que en las cefálicas. La versión pélvica estará indicada en estas últimas, siempre que no hubiera dificultades para hacerla; de lo contrario será preferible recurrir, en último caso, al vaciamiento de la cabeza, antes de que los accidentes, anotados más arriba, lleguen a poner en peligro a la madre.

Viciaciones pelvianas

Bien se comprende que el partero no debe tener un criterio único en presencia de los casos de las variedades de las anomalías pelvianas; ni tampoco pensar que una sola y exclusiva operación obstétrica vaya a salvar todos los inconvenientes de esas viciaciones pelvianas maternas, a las que en no pocas ocasiones, suele agregarse el desarrollo considerable del feto, con lo que disminuyen más aún las probabilidades de que el parto se haga fisiológicamente.

No es extraño, pues, que la elección de la operación obstétrica en las estrecheces pelvianas, haya sido un punto tan discutido por los parteros de todos los tiempos y que hasta el presente no haya sido aún dilucidado de manera definitiva.

La aplicación del forceps y la versión interna fueron las operaciones en los retraimientos pelvianos que originaron más discusión entre los parteros antiguos, pero a medida que la terapéutica de las estrecheces fué perfeccionándose, aquellas perdieron poco a poco su valor, para ceder su sitio a la sinfisiotomía: operación relativamente benigna y de ejecución fácil que ha reducido considerablemente la mortalidad fetal.

A pesar de los grandes beneficios de la sinfisiotomía, es sin embargo necesario reconocer la bondad de la cesárea conservadora, cuya técnica operatoria está muy perfeccionada y que probablemente en lo futuro constituirá el procedimiento de elección en los retraimientos pelvianos.

No siendo posible prever ni siquiera aproximadamente, el fin de un parto, en el caso de vicinaciones pelvianas, en razón de ser al respecto nuestros medios de diagnósticos bastantes insuficientes, se hace necesario colocar a la madre y al feto en condiciones favorables para el caso de una intervención eventual. De aquí que los partidarios del forceps y de la sinfisiotomía, hacen la versión cefálica, y los que prefieren la extracción de la cabeza última por la maniobra de Mauriceau y de Champentier de Ribes colocan, por la versión externa, la pelvis fetal en el área del estrecho superior, evitando así la versión in-

terna, maniobra mucho más peligrosa y difícil. Por el contrario, cuando se debe practicar la cesárea no es necesario modificar la actitud del feto.

Por último en las pelvis oblicuo ovalar es de Nægele la versión externa pélvica será su mejor indicación, porque la cabeza última podrá desprenderse con la mayor facilidad con solo efectuar una maniobra simple de orientación en el sentido del mayor eje de la pelvis materna.

Contra-indicaciones

Al decir que la maniobra de Wigand es útil e inofensiva, no se quiere expresar con eso, que deba hacerse en todos los casos en que está indicada. Las circunstancias que aconsejan la versión quedan fundamentalmente modificadas, cuando existen causas, dependientes ya de la madre, ya del niño y sus anexos, que contra-indican en absoluto o por lo menos dificultan hacer la transmutación del feto.

El mismo partero de Hamburgo, creador del método, en su monografía y en el *Hamburger Magazin* de 1807 (obras citadas por Risso Domínguez) enumeraba ya los casos en los cuales el tocólogo debe abstenerse, o llevar a cabo la maniobra con prudencia extrema, a fin de no originar una situación que podría ser peligrosa para

la madre o para el feto. Son aquellos casos en que hay hemorragias de los órganos genitales; convulsiones y síncope repetidos; rupturas de la matriz o de la vagina; dolores reumáticos; desprendimiento de placenta; embarazo gemelar; convulsiones fetales; hidrocefalia y ascitis.

Analicemos, mientras tanto, estas contra-indicaciones, pero teniendo cuidado no confundir con ellas los casos que ofrecen *dificultades* para la versión, por cuanto estos constituyen un párrafo aparte, cuyo desarrollo haremos oportunamente.

Brevedad de cordón

Si antes de disponernos a efectuar la versión externa, nos fuera posible diagnosticar la brevedad relativa y absoluta del cordón, éste constituiría, en primer término, uno de los casos de las contra-indicaciones; pero por desgracia aun no tenemos, hasta la fecha, ningún signo capaz de darnos la certeza de tal diagnóstico. Solo la dificultad, después de varias tentativas para hacer desplazar al feto, puede ofrecer al partero un indicio cierto sobre la existencia de la brevedad, indicándole al mismo tiempo que debe abstenerse de seguir insistiendo en la maniobra, porque de lo contrario su imprudencia, en el caso de querer continuar, daría como resultado el des-

prendimiento parcial o total de la placenta, por tironeamiento del cordón. Otras veces la maniobra no hace sino ajustar más las circulares o nudos en la brevedad relativa, suspendiendo de consiguiente la circulación feto-placentaria, cuyo resultado es la asfixia del niño.

Se sospechará, pues, la existencia de la brevedad del cordón, cuando al ejecutar la maniobra de Wigand, se nota que la cabeza se deja movilizar hasta un cierto punto y que, una vez abandonada vuelve «como movida por un resorte» al sitio que ocupaba anteriormente. Desistir de la prosecución de la operación en esta eventualidad, será la conducta del partero prudente.

Procidencia de cordón

Wigand y los autores que le han seguido consideran la procidencia de cordón como contra indicación absoluta a la versión por maniobras externas.

Cuando la presentación es de hombro se podría intentar la versión externa pelviana, dice Levasseur antes de recurrir a la versión interna como aconsejaba Wingand. Una presentación de pelvis comprime menos el cordón prolabado que la cabeza encajada; pero la dificultad a la versión eterna, porque rota la membrana, el líquido amniótico se escapa.

La falta de líquido, se verá más adelante, es una dificultad para la versión externa, porque impide la evolución del feto; y además, si se lleva a cabo la maniobra, el operador podría causar la ruptura del útero. La versión podálica por maniobras internas está perfectamente indicada.

Feto muerto

El feto muerto no tiene resistencia necesaria para prestarse a la rotación que debe sufrir en la versión externa, en razón de ser una masa flexible a la que no podría dar dirección fija, puesto que carece de puntos de apoyo sobre sí misma. Por otra parte esta versión no aportaría ningún beneficio a la madre, porque el parto se hace con mayor facilidad aun en mujeres con estrecheces ligeras. Si la presentación es transversa o de hombro la decolación obviará las dificultades; y cuando ocurre que en el parto de nalgas, la cabeza última opone resistencia al desprendimiento, entonces la baciotricia estaría perfectamente indicada, si es que la maniobra de Champentier de Ribes hubiera fracasado.

Hidramnios

El exceso de líquido amniótico al distender las paredes abdominales y uterinas, obstaculiza la buena palpación indispensable para determinar

la situación y posición del feto, y crea, por tal circunstancia, dificultades para el diagnóstico. Aun más: en el supuesto que el diagnóstico esté hecho, no se podrá hacer la versión, porque, teniendo el feto una movilidad exagerada, debida a la abundancia del líquido en que se encuentra, puede escapar fácilmente a las presiones; y si éstas llegaran hacer un poco bruscas podrían producir rupturas de membranas, y como consecuencia tal vez la procidencia de un miembro o del cordón, complicaciones ambas muy temibles, pues comprometen en extremo el porvenir del niño.

Si la abundancia del líquido contra-indica la versión, según acabamos de ver, sucede lo contrario cuando el hidramnio es poco manifiesto, porque entonces ella es no sólo posible, pero podría ser llevada a cabo con la mayor facilidad.

Embarazo gemelar

La versión externa ha sido practicada, felizmente con éxito, en varias mujeres en las cuales no se había hecho previamente el diagnóstico de sus preñeces gemelares.

La operación, aunque no es muy difícil en la generalidad de los casos, está en absoluto contra-indicada, porque no se puede saber si se trata de un embarazo uni o bivitelino, ni tampoco lo

que podría pasar dentro de la matriz. A consecuencia de las presiones, necesarias para efectuar la versión, pueden originarse no sólo rupturas anticipadas de las membranas, sino producirse nudos y circulares de cordón o arrancamientos de placenta. Además cambiando las relaciones naturales de los fetos es muy posible crear con facilidad distocias de un parto, que acaso habría terminado fisiológicamente.

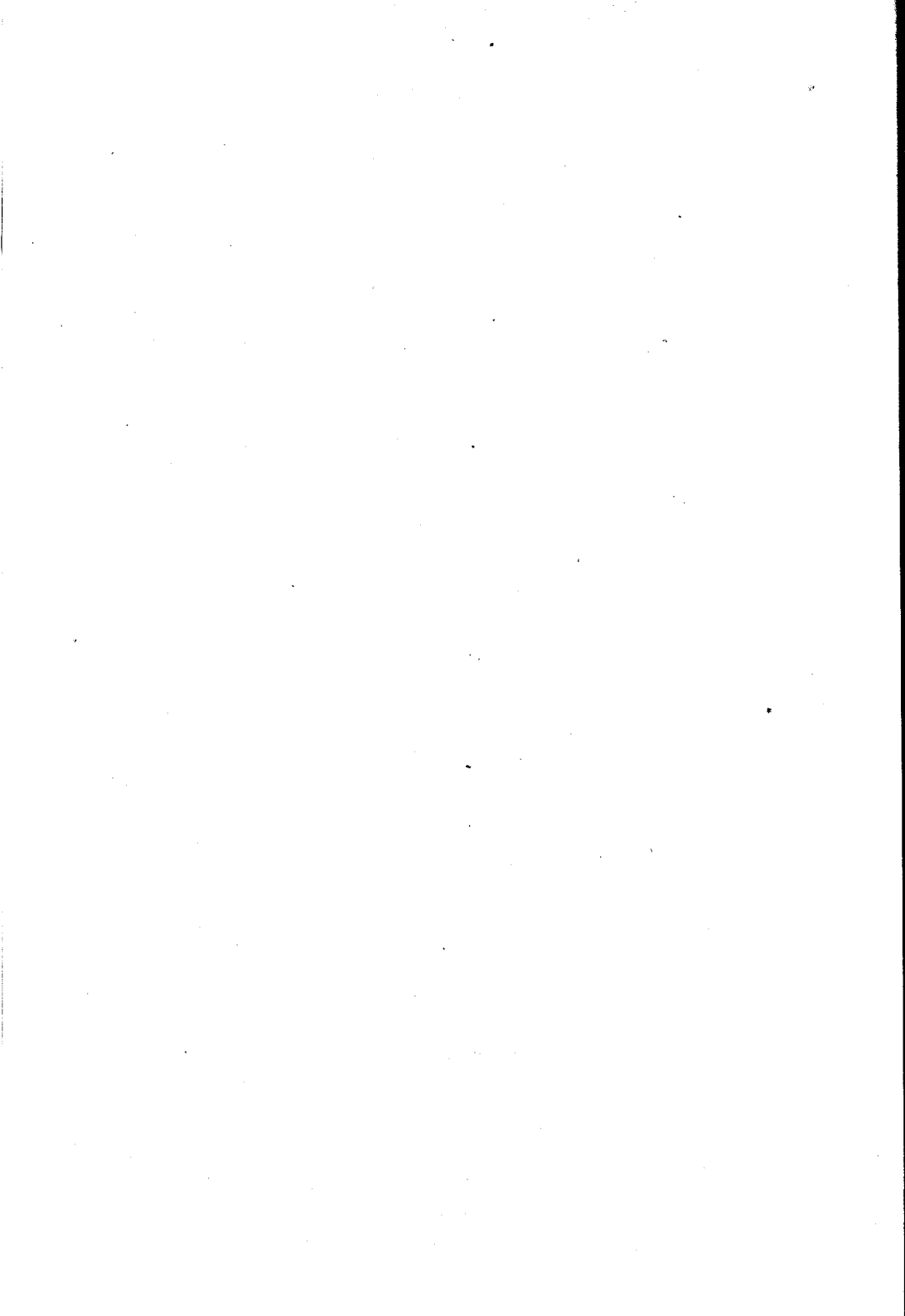
Tendencias a los partos prematuros

En ciertas mujeres se comprueba una marcada tendencia a los abortos y partos prematuros: sus embarazos se interrumpen en una época más o menos cercana al término de la gestación, sin que pueda descubrirse la menor causa patológica, a pesar de un minucioso examen. En otras, en cambio la expulsión prematura se debe a estados patológicos, como la sífilis, tuberculosis, albuminuria o bien a malformaciones uterinas o a la inserción viciosa de placenta.

En todos estos casos lo más prudente es abstenerse de efectuar la versión, para no despertar la excitabilidad del útero, la que posiblemente provocaría los dolores del trabajo y daría lugar a un parto prematuro.



Para terminar con las contra-indicaciones, diremos que en todas las afecciones abdominales, tan frecuentes principalmente en la mujer, como ser las *anexitis*, *quistes del ovario*, *pielo-nefritis*, *apendicitis*, etc., la versión debe quedar proscrita, porque el reposo absoluto es necesario.



CAPITULO III

DIFICULTADES

Encaje de la presentación de pelvis durante el embarazo

La pelvis encajada ofrece una marcada dificultad a la maniobra de Wigand, especialmente en las primíparas, en las que se agrega la resistencia de las paredes abdominales que no permiten al partero ejercer las presiones necesarias para hacer evolucionar el feto. Pinard no pudo obtener la movilización del feto en siete casos.

Teniendo en cuenta esa resistencia a la movilización, Loviot aconsejó anestesiar a la mujer, a fin de obtener la resolución completa de los músculos, para poder introducir la mano en la vagina y rechazar hacia arriba el segmento inferior. No nos parece prudente tal práctica, porque la mujer bajo la acción del anestésico, no podría acusar dolor alguno, y el médico, desposeído

de ese precioso signo, no advierte los peligros que ocasionaría la operación.

Si la presión pelviana es de la variedad incompleta, modalidad nalgas, todo desplazamiento es casi imposible, porque estando los miembros inferiores extendidos sobre la cara ventral del feto, la evolución o rotación es difícil, ya que el ovoide fetal carece de la suficiente flexibilidad para reducir su diámetro longitudinal.

Malformaciones uterinas

Ya hemos dicho que las malformaciones del útero, invirtiendo la dirección natural de sus ejes, favorecen las presentaciones anormales. Basándose, pues, en este hecho muchos parteros creían innecesario hacer la versión en estos casos, porque decían, que, una vez abandonado el feto, éste volvería a ocupar su primitiva posición.

Por el contrario hay parteros que consideran las malformaciones uterinas como contra-indicación de la versión. Justifica esta manera de pensar, aparte de otras observaciones, la citada por Polaillon, en que un espolón mediano del útero impedía el desplazamiento del feto, y las referidas en su tesis por Doleris.

Sin embargo el profesor Pinard practicó con éxito la versión externa en cinco casos de malformaciones uterinas, transformando en vértice

cuatro presentaciones de hombro y una de pelvis.

Sin pretensiones de situarnos en una opinión intermedia, pensamos que en las malformaciones uterinas debe intentarse la versión, pues las consideramos no como contra-indicaciones, sino más bien como anomalías que dificultan la operación, y que si son poco acentuadas no impedirán el éxito.

Oligo-amnios

Una de las condiciones necesarias para efectuar la versión, es sin duda, la presencia del líquido entre el contenido y el continente para que el deslizamiento de aquel dentro de éste se haga sin dificultad. Cuando hay *oligo-amnios* la movilización es generalmente nula, porque el feto se halla comprimido en la cavidad uterina; de aquí que cualquier esfuerzo del partero con el fin de modificar su posición sea infructuoso. El profesor Pinard, en su *Traité du Palper* cita cuatro casos de niños que en el momento del nacimiento presentaban señales y actitudes viciosas producidas por las compresiones uterinas.

Falta de líquido por ruptura de las membranas

La ruptura prematura de las membranas amnio-coriales, trae como consecuencia la expulsión total o parcial del líquido amniótico y de consi-

guiente se originan dificultades para llevar a cabo la versión. No obstante, si la ruptura es reciente, el tocólogo puede intentar la maniobra, porque casi siempre quedan pequeñas cantidades de líquido, que bastan para lubricar las paredes amnióticas; y algunos han efectuado con éxito maniobrando con prudencia.

Frecuencia de las contracciones uterinas

«La persistencia de los dolores y de las contracciones uterinas, que no deben ser ni demasiado débiles, ni irregulares, ni espasmódicas», era para Wigand la condición necesaria para el éxito de la versión.

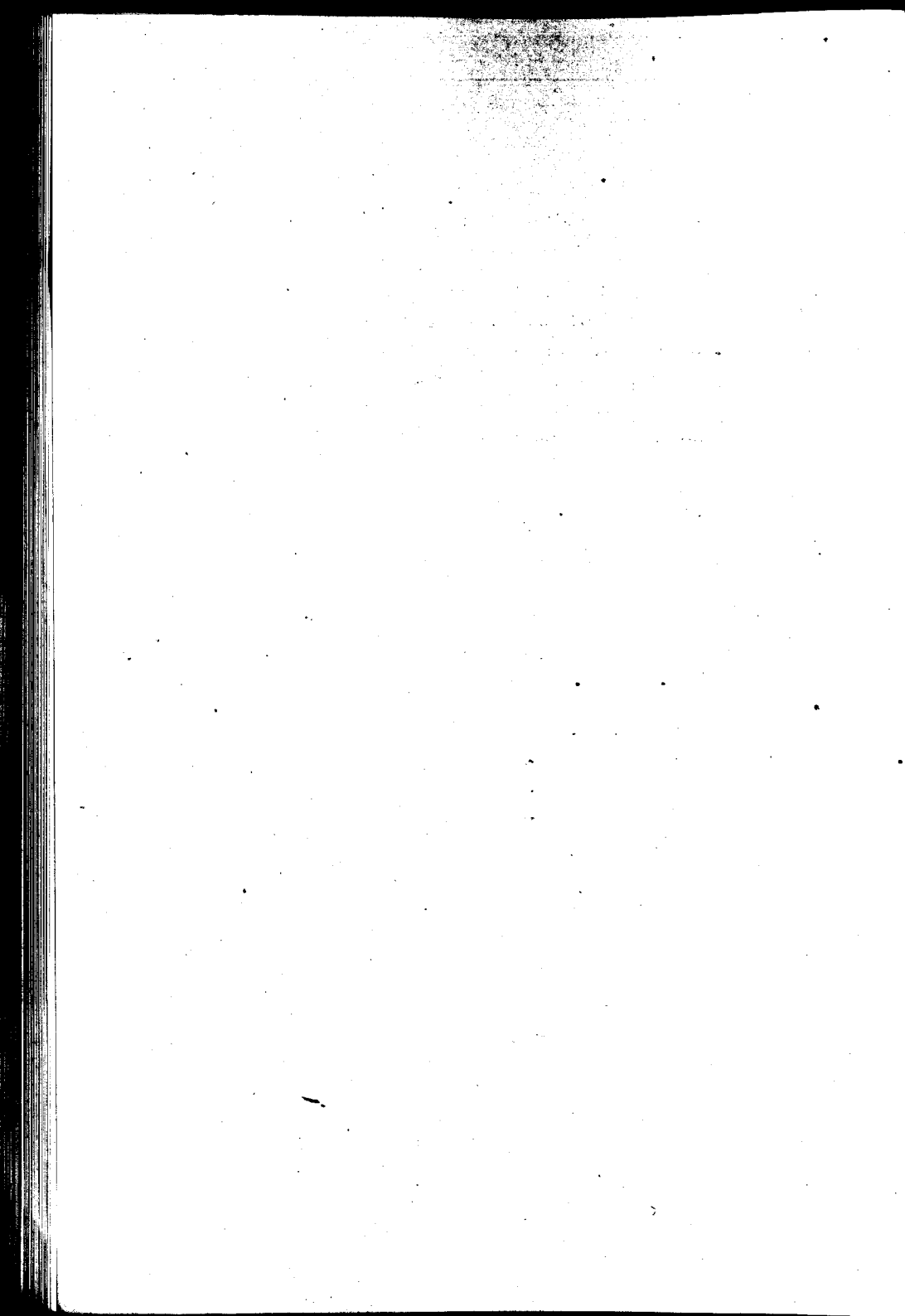
En la actualidad se prefiere seguir el sabio consejo de Pinard, o sea practicar la versión en una época próxima al término del embarazo; porque las contracciones, aun las más normales, dificultan la operación; y si son demasiado intensas y muy seguidas, pueden romperse las membranas, y originarse procidencia de cordón, o, a veces, una mala presentación.

Fibromas

Los fibromas son causas generadoras de presentaciones viciosas, las que en el momento del trabajo del parto dan lugar a verdaderas distocias. Cuando el tumor es voluminoso modifica

la forma de la cavidad uterina y entonces no sólo la evolución del feto se hace difícil, sino que su desplazamiento durante el parto es imposible. Pero si el fibroma ocupa el fondo del útero, y su volumen no es considerable, el parto puede hacerse normalmente. En este caso la versión está indicada, si es que la presentación así lo requiere.





CAPITULO IV

Manual operatorio

Reglas generales

Posición de la mujer.—Reconocida exactamente la posición y actitud del feto por un minucioso examen hecho anticipadamente con todas las reglas del arte, para efectuar la versión con conciencia, es necesario colocar a la embarazada en condiciones para que la maniobra resulte fácil y sin peligros.

La mujer, con sus reservorios vacíos, debe estar acostada sobre el dorso, la cabeza ligeramente flexionada, los miembros inferiores extendidos y ligeramente separados, y los brazos aplicados a lo largo del cuerpo.

El operador se coloca de pié en el costado de la cama, donde le sea más cómodo para maniobrar,

haciendo que la mujer se acerque cuanto sea posible al borde de la cama. El operador de espaldas hacia la cara de la embarazada, debe encontrarse a la altura del tórax de la misma.

Se invita luego a la mujer a respirar tranquilamente con la boca abierta, a fin de conseguir la relajación de los músculos de su pared abdominal. El partero coloca las manos, una sobre el polo cefálico y la otra sobre la pelvis fetal, y por una tracción «lenta y sostenida» y en sentido inverso, procura hacer girar el feto alrededor de un eje virtual que pasará por su parte media. Por pequeños movimientos de tracción y presión se conseguirá llevar sobre la línea mediana el eje longitudinal del ovoide fetal, bajándole la cabeza por ejemplo, y subiéndole la pelvis, y haciéndole seguir el camino más corto para que evolucione sin modificar su flexión natural.

Presentación de hombro.— La cabeza ocupa una de las fosas ilíacas y la pelvis el hipocondrio opuesto. La operación es simple cuando se trata de llevar la cabeza de la fosa en que se encuentra colocada al plano del estrecho superior. En el sentido estricto de la palabra, la maniobra resultaría ser una rectificación y no una verdadera versión. Pero cuando se piensa que tal presentación ha sido producida por una inserción viciosa de placenta, lo que es muy frecuente cuando

existe esa anomalía, es conveniente disponerse a hacer una versión pélvica, que ya es un poco más complicada según veremos en seguida.

Presentación de pelvis

Puede ocurrir que la pelvis no esté fijada o que lo esté, en este caso la operación es más complicada y se debe hacer la versión en dos tiempos: 1.º—movilizar el feto; 2.º—hacerlo evolucionar.

1º — *Movilización.*— Hay varios métodos, pero sólo describiremos uno. El operador coloca sus manos entre la pelvis materna y las nalgas del feto y trata de levantar la presentación por medio de ligeros movimientos de flexión de los dedos; luego con algunos movimientos laterales se sacarán las nalgas del área del estrecho superior para llevarlas hacia una de las fosas ilíacas. Si a pesar de sus esfuerzos el partero no consigue la movilización, está obligado a abandonar la maniobra para recurrir a la versión mixta.

2º — *Evolución.*—Obtenida la movilización, se procede inmediatamente a efectuar la versión. La rotación del feto alrededor del eje ficticio que pasa por su medio y perpendicularmente al plano horizontal, deberá hacerse por el camino más corto, para levantar la pelvis y bajar la cabeza (Pinard); o en el sentido de la flexión natural, según Mattei. La maniobra, en cualquiera de los

dos métodos, no ofrece dificultad; pero ocurre con frecuencia que en el transcurso de la evolución, la rotación no progresa. Conviene entonces no llevar adelante la maniobra, porque la brevedad del cordón podría, en este caso, ser causa de la detención, ya que ella va acompañada de presentación de nalgas. Empeñarse en producir la versión a viva fuerza, sería exponerse al desprendimiento de la placenta y a las consiguientes complicaciones peligrosas.

Presentación de cara

Cuando la presentación de cara se reconoce durante el embarazo, es conveniente corregirla. Se emplean al efecto los métodos de Dumas, Schatz, etcétera.

La maniobra de Schatz, la única que resumiremos aquí, consiste en lo siguiente: en un primer tiempo, el operador con ambas manos o con una sola, toma el hombro y la parte superior del tórax para levantar la cabeza del feto; en el segundo, apoya una mano sobre la pared abdominal y rechaza la cabeza del feto, para flexionarla, hacia el plano anterior del mismo; en el tercer tiempo, auxiliado por un ayudante, el operador rechaza la pelvis del mismo lado que la cabeza, hacia al plano anterior del feto, de manera que se encaje el vértice.

CAPITULO V

Mantenimiento de las nuevas presentaciones

Una vez efectuada la versión en las distintas presentaciones, la misión del partero no ha finalizado aún, porque distintas causas pueden actuar para que el feto recobre su antigua situación.

Desde la creación y aplicación de la maniobra de Wigand se ha observado que era necesario sostener las mutaciones por ella conseguidas, para llegar con éxito al fin.

El espíritu de nuestro trabajo no nos permite considerar los distintos medios que para ese mismo fin se han ensayado en épocas anteriores; describiremos únicamente la cintura eutócica de Pinard y las vendas de Tarnier y de Bonnaire.

La cintura de Pinard se compone de tres partes principales unidas entre sí; las dos primeras anteriores y más ensanchadas, se unen a la ter-

cera más angosta, que constituye la parte posterior y lateral. Las anteriores tienen cerca de su unión con la tercera, unas piezas en forma de tubo ensanchado, y hechas con tejido elástico, lo que permite insuflarlas con aire. En la porción media de la tercera hay unas hebillas que sirven para ajustar la cintura.

Una vez acostada la mujer, debe colocarse la cintura por debajo de la región renal, antes de comenzar la versión, para que una vez terminada ésta, sea fácil llevar los cabos sobre el abdomen y ajustar allí la cintura mediante cordones sostenidos por ganchos, como el corsé; luego se insuflan las piezas elásticas, hasta que la nueva presentación ya no tenga tendencia a volver a la posición primitiva. Además, dos correas que pasan por debajo de los muslos de la mujer evitan que la cintura se corra hacia arriba.

Tanto a su elevado precio como a las molestias que ocasiona a la mujer el uso prolongado de esta cintura, se debe el que ella sea reemplazada con ventaja, la mayor parte de las veces, por la venda de Tarnier o de Bonnaire, que, dada su sencillez y poco precio, permite a todo médico adquirirla o improvisarla rápidamente.

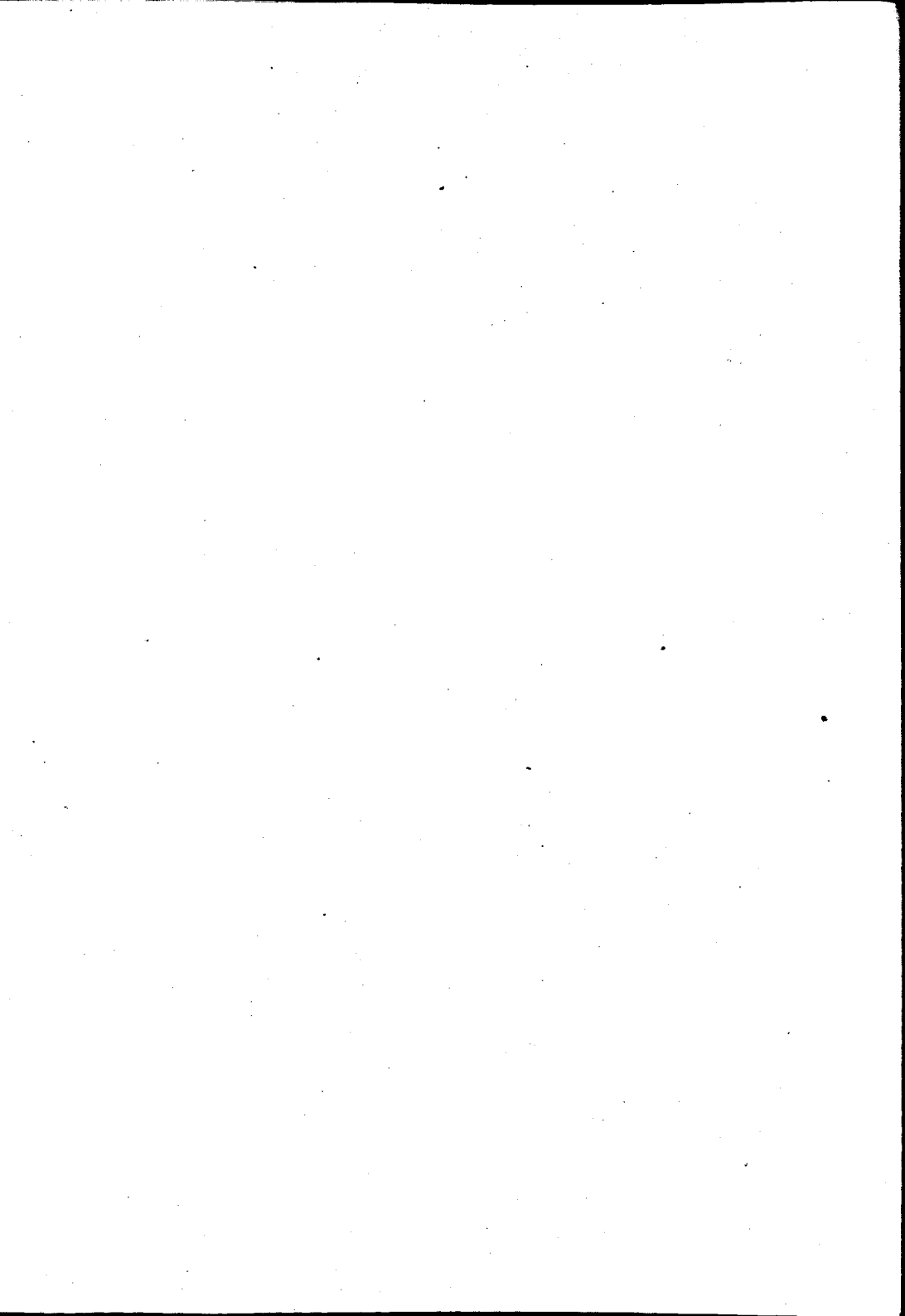
La venda en cuestión, no es más que el vendaje de cuerpo que se usa en todas las operaciones de vientre; es de franela u otro tejido resisten-

te, y tiene, más o menos, un metro de largo por cuarenta centímetros de ancho. Como la cintura eutócica de Pinard, debe colocarse en forma igual a la de ésta y antes de empezar la versión. Finalizada la maniobra, el operador sostiene el polo fetal en el estrecho superior; un ayudante coloca en cada fosa ilíaca uno de los rollos de algodón, que de antemano se tendrá preparados, y luego se traen los extremos de la venda sobre el abdomen para ajustarlos fuertemente mediante alfileres de gancho.

Cuando se ha fijado ya la presentación, o mejor aun si hay encaje, la cintura o la venda debe ser retirada, y se debe cuidar que el feto conserve la posición que se le dió por la maniobra.

Otro medio de obtener la fijación o el encaje es el de la ruptura de las bolsas de agua; pero, a pesar de aconsejarlo parteros de otros tiempos, no debe ser empleado sino cuando la mujer se encuentra en trabajo y hay dilatación del cuello uterino.





SEGUNDA PARTE



CAPITULO I

Versión por maniobras internas

Hemos dicho, al tratar de las definiciones generales, que versión por maniobras internas es aquella en que la mano del partero franquea los órganos genitales para llevar sobre el feto una acción directa, cuyo fin es transformar la presentación preexistente por la de pelvis, modalidad pié.

La práctica de la versión interna es de tiempos muy antiguos, y se operaba la transformación en cefálica o en podálica, indistintamente. Hipócrates, hacía la versión cefálica y Celso la podálica, pero en feto muerto. En el siglo XVI, Ambrosio Paré y su discípulo Guillemeau la vulgarizan y la hacen entrar de lleno en la práctica.

INDICACIONES

Presentación de hombro

Las mutaciones espontáneas de las presentaciones de hombro en vértice, por la sola fuerza de la naturaleza, condujeron a Wigand a crear el método de la versión por maniobras externas.

Se sabe, por otra parte, que el paralelismo o coincidencia del eje mayor del feto con los de la matriz y del abdomen materno, es una de las condiciones necesarias para que el parto se haga solo. En las presentaciones de hombro no se llena esta condición, y por lo tanto el parto no podrá efectuarse si el arte o las fuerzas naturales no viene a modificar tal presentación.

Comenzado el trabajo, rotas las bolsas de agua, y dilatado el cuello, la evolución o transformación espontánea es muy difícil que se produzca. Lo que debe hacerse en estos casos es la versión por maniobras internas, porque de lo contrario la vida del feto está en peligro, y la mayor parte de las veces se expone a la madre a las más graves consecuencias.

Presentación de cara

El parto es largo en las presentaciones de cara, y en las mento-posteriores los esfuerzos naturales fallan siempre. Si la mujer está en traba-

jo y la presentación no está encajada la versión por maniobras internas es la operación a que debe recurrirse.

Hemorragias

Por placenta previa; por inserción en el segmento inferior del cuello. La hemorragia puede ser grave desde el primer momento.

Si el cuello está dilatado, la versión interna es de indicación absoluta. El descenso de una pierna tapona el orificio del cuello y detiene la hemorragia conjurando de esta manera el peligro. «Es el hijo que salva a la madre guiado por el médico.» (Trongé).

Una simple aplicación del balón de Champetier de Ribes tendrá la doble acción de cohibir la sangre y de dilatar el cuello, siempre que no estuviese dilatado y que sea dilatable.

Procidencia del cordón

La procidencia del cordón es una complicación peligrosa para el feto si no se interviene con rapidez.

Puede haber procidencia antes de la dilatación completa del cuello, o cuando ya se ha producido, con membranas íntegras o rotas. De cualquier modo se tratará de reducir el cordón por el método instrumental o manual. Este último pocas

veces fracasa. Si el cuello no estuviera dilatado, la aplicación del balón de Champetier de Ribes, nos facilitará la rápida extracción del feto, con el forceps, si la presentación es cefálica y está encajada, o, si no lo está, mediante la versión.

Embarazo gemelar

Solamente para extraer el segundo feto se indica la versión interna, porque así es posible, cuando no hay encaje, terminar el parto rápidamente.

Eclampsia

Según Ribemont Dessaignes, el trabajo del parto marcha rápidamente en la mujer ecláptica. En este caso la conducta del partero tenderá, en interés de la madre y del feto, a terminar prontamente el parto mediante la versión interna.

Sufrimiento fetal

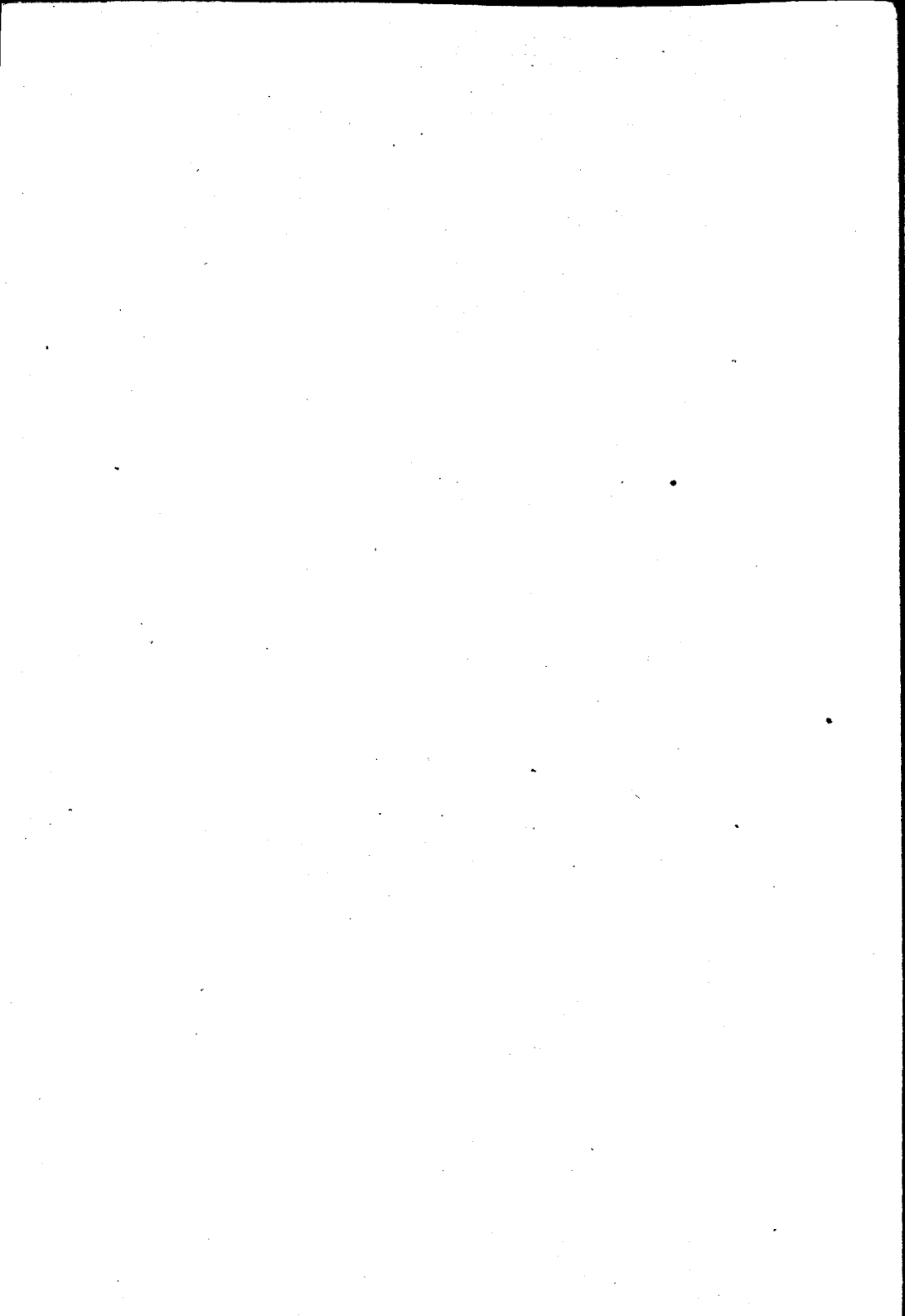
No faltan signos evidentes para diagnosticar el estado de sufrimiento fetal: modificación en el ritmo e intensidad de los tonos cardíacos fetales; coloración verde del meconio; y sufre también el feto por los accidentes que le ocurren a la madre. La versión interna es la que vendrá, en muchos casos a conjurar el peligro y a salvar la vida del niño.

Viciaciones pelvianas

Cuando traté de las indicaciones de la versión externa, expuse con la extensión necesaria, lo que debe hacerse en las viciaciones pelvianas; nos resta hablar de aquellas ligeramente aplastadas en que el diámetro está por arriba de nueve centímetros.

Si la pubiotomía ha sido hecha, no es necesario ni aplicar el forceps, ni efectuar la versión, como quieren algunos parteros con el objeto de acelerar el parto. Después de la pubiotomía el parto debe producirse espontáneamente. Solo que cuando, después de la operación de Gigli, rotas las membranas y se dilata por completo el cuello, se produce la procidencia del cordón, estarán indicados la versión o el forceps, según el caso.





CAPITULO II

Condiciones que se requieren para efectuar la versión

Las siguientes condiciones son indispensables para poder efectuar la versión:

1° *Que el orificio uterino esté dilatado completamente o que sea completamente dilatado.* El orificio uterino está completamente dilatado cuando sus bordes se aplican sobre las paredes de la excavación pelviana; y es completamente dilatado cuando al ensanchar el cuello con los dedos, se llega a tocar las paredes de la excavación.

Sin esta condición el operador no puede introducir fácilmente la mano y el antebrazo para ejecutar el primer tiempo de la versión; además, y esta es la razón de más peso, si después de la versión se ve obligado a hacer la extracción, como ocurre con frecuencia, la cabeza última que-

dará detenida por el cuello de la matriz que se retrae y el feto moriría por estrangulación. Agréguese que si las tracciones para desprender la cabeza son fuertes y algo brutales, no será difícil que se produzca una ruptura en el segmento inferior del útero; de modo que al peligro a que quedaría expuesto el niño, se añadiría el de la madre.

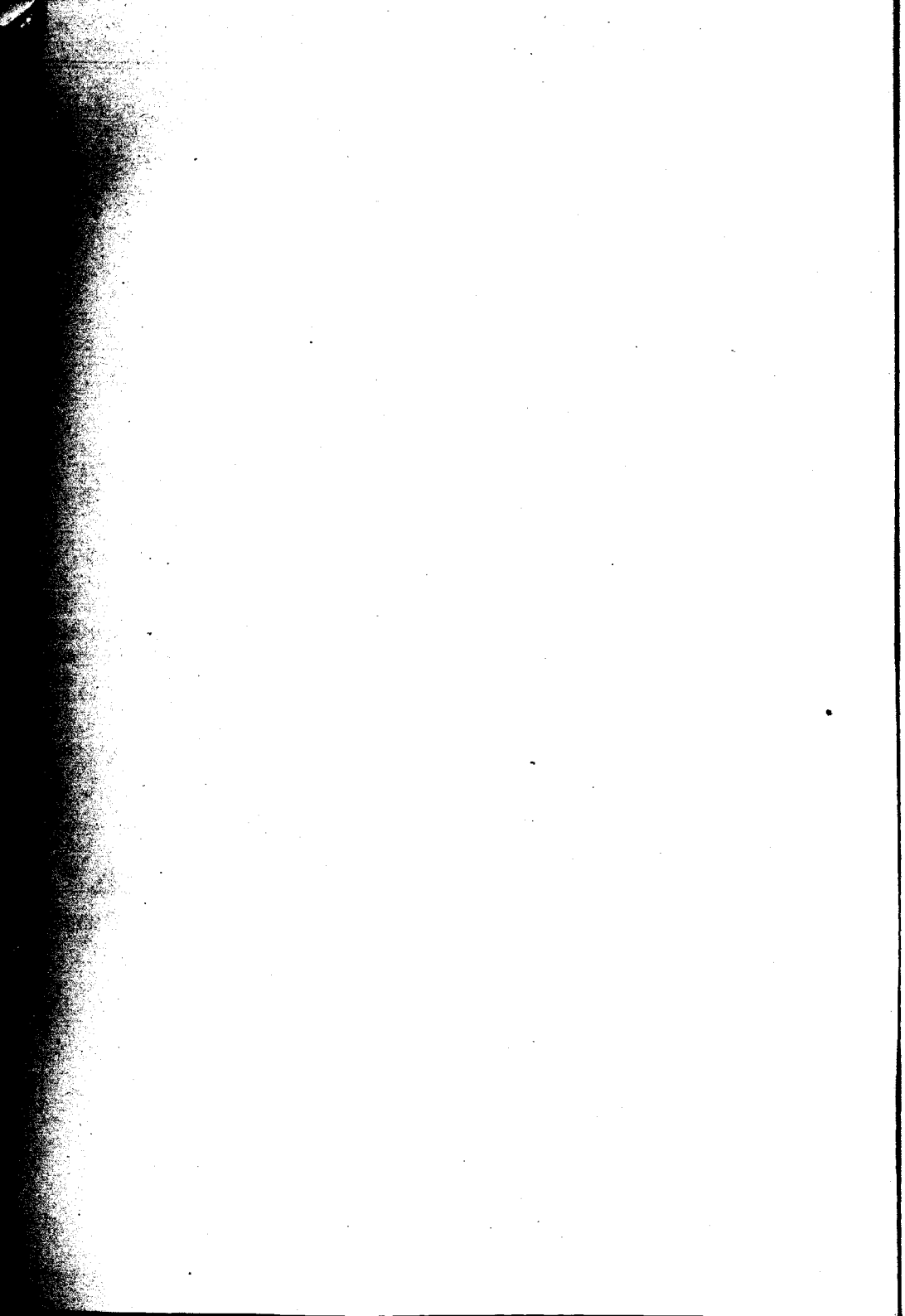
2º *Que la presentación no esté encajada.* — La presentación encajada no permite introducir la mano, y si se insiste a viva fuerza en levantarla o movilizarla para desalojar el feto, puede producirse una ruptura del útero.

3º *Que la pelvis materna no sea estrecha con relación a la cabeza fetal.* Para que el feto pueda pasar por el canal pelviano, es preciso que el diámetro de su cabeza no supere al del estrecho superior. La pelvimetría y la palpación mensuradora, ejecutadas con todo esmero, dan al médico, con mucha aproximación, la relación de tales diámetros.

A nadie escapa que el peligro es seguro para la madre y para el niño, si se lleva a cabo la versión cuando falta alguna de las tres condiciones enumeradas; y por consiguiente, es necesario que el médico las compruebe antes de efectuar la maniobra.

El momento oportuno para efectuar la manio-

bra es aquel en que las membranas han sido rotas recientemente, de una manera espontánea o por el partero; porque en esas condiciones el deslizamiento del feto dentro de la matriz es muy fácil. Por el contrario cuando las bolsas de agua han sido rotas desde mucho tiempo atrás, no hay líquido amniótico y el músculo uterino se aplica con fuerza sobre el feto inmovilizándolo, y así tetanizado el útero, obstaculiza en grado extremo cualquier evolución fetal, y persistir en querer vencer la dificultad será exponerse a romper el órgano.



CAPITULO III

Manual operatorio

Preparativos para efectuar la versión

Se coloca a la mujer en una cama alta y resistente, para practicar la operación con toda comodidad. Si se opera sobre una mesa, se coloca sobre ésta, un colchón cubierto por una sábana y encima de la sábana un impermeable.

Acostada la mujer en decúbito dorsal, las caderas levantadas mediante un cojín, las piernas separadas y flexionadas, y sostenidas por dos ayudantes, es necesario comenzar el trabajo practicando una rigurosa desinfección de los órganos genitales. Con tal fin se afeitan los pelos de la región donde se va a operar; se lavan con abundante agua y jabón la vulva, las partes internas de los muslos y toda la región del pubis; se en-

juaga todo y luego se procede a otro lavaje con una solución antiséptica; después con una solución más débil se lava la vagina durante diez minutos, por lo menos.

Estas precauciones son necesarias para que la mano no arrastre hacia adentro factores de una infección.

Se evacuará el recto y la vejiga, para evitar los obstáculos que pueden sobrellevar cuando están llenos.

El partero y sus ayudantes se preparan a su vez. Deben lavarse y desinfectarse cuidadosamente, porque no se trata, en este caso, de extraer sólo al niño con vida, pero al mismo tiempo, de evitar infecciones en la parturienta. Para esto es menester lavarse con método: arremangarse la camisa o el delantal hasta descubrir la región deltóidea; cepillarse con agua y jabón primero los brazos, después los antebrazos y por último las manos; se cepillará cada dedo en todas sus caras, y especialmente los pliegues interdigitales y las uñas. Repetida varias veces esta operación, que durará diez o quince minutos, se procederá al enjuague con agua, para luego lavarse nuevamente sólo con alcohol, durante otros diez o quince minutos, y finalmente con una solución de bicloruro de mercurio al 1 por mil.

Como se trata de una intervención grave, las

precauciones deben extremarse para evitar un fracaso. Por este motivo es imprescindible que el médico tenga a su alcance todo lo necesario para luchar con éxito contra los accidentes que pudieran presentársele. Sobre una mesita, colocada cerca de él, se encontrarán: gasa yodoformada, cánula de doble corriente, ergotina, seda para ligar el cordón, catgut, suero fisiológico, agujas, algodones, tijeras, etc.

En todos los casos conviene la anestesia con el objeto de evitar las resistencias de las partes blandas y la indocilidad de la mujer.

Práctica de la versión

En la práctica de la versión interna deben tenerse en cuenta tres circunstancias de capital importancia, que contribuyen poderosamente al éxito de la maniobra: la situación del dorso fetal, la elección de la mano que ha de introducirse en la matriz, y la elección del pié fetal que debe hacerse descender, cuando no se toman ambos. Son tan importantes estas condiciones, que no deben ser descuidadas en cualquier versión metódica. Los autores y las escuelas que se ocupan de la versión indican reglas que seguidas fielmente conducen a una feliz conclusión de la maniobra.

En los casos de que haya indicación de versión por maniobras internas, es preciso establecer

con exactitud, dónde se encuentra el dorso fetal con relación al plano frontal o al simétrico maternos.

Según esto, en las presentaciones de hombro, distinguiremos dos tipos definitivos: *dorso-anterior* y *dorso-posterior*. En las dorso-anteriores, la mano que se introduce en la cavidad uterina, así como el pié que se ha de tomar deben ser homónimos al hombro fetal que se presenta; y en las dorso-posteriores, la mano será homónima al hombro que se presenta, pero antónima al pié.

El pié que se toma, llamado el buen pié, es el que, al evolucionar el feto, se vuelve anterior, para deslizarse inmediatamente por debajo de la arcada del pubis. Como consecuencia de este movimiento del buen pié, el dorso fetal también se vuelve anterior.

Es ventajoso tomar un solo pié, porque por el hecho de conservarse a su lado el otro aumenta el volumen de la región sacra del feto, la que será capaz de dilatar mejor el canal útero-vaginal, y facilitar, por tanto, la extracción del resto del tronco, los brazos y la cabeza. Hay parteros, sin embargo, que aconsejan bajar los dos pies, porque, dicen, de ese modo no se corre el peligro de tomar el mal pié.

Cuando se ha tomado el mal pié, el dorso del feto, una vez efectuada la versión, irá hacia atrás,

y la cabeza se desprenderá en occipito-sacra. Para corregir este error es preciso transformar la posición de modo que el dorso se haga anterior; con este fin se hará girar el feto por torsión del mal pié, hasta que éste venga a colocarse inmediatamente por debajo del pubis.

Tiempos de la operación.—En sus tres tiempos clásicos la operación comprende: 1.º la introducción de la mano y la toma del buen pie; 2.º la evaluación del feto y el encaje de la nalga; 3.º la extracción del feto. Este último tiempo no sigue siempre inmediatamente al segundo.

Primer tiempo.—Introducción de la mano.—Ante todo si hay descenso de un brazo, se pasará una cinta al rededor de la muñeca, y dársela a un ayudante para que la mantenga.

La mano derecha o la izquierda, una vez untada con jabón esterilizado, se coloca en una posición adecuada, de modo que adopte una forma especial, que haga disminuir su diámetro transverso. Para eso, los dedos extendidos y semi-flexionados en sus articulaciones metacarpo-falángeas, serán reunidos de manera que el índice quede debajo del mediano y toque el borde externo del meñique, el cual está, a su vez debajo del anular; queda formado así un canal en que vendrá a colocarse el pulgar. Estando así, la mano entera adquiere la forma de un huso, cuyo ma-

yor abultamiento está a la altura de las articulaciones metacarpo-falángicas.

Una vez preparada, se introduce suavemente la mano en la vulva y la vagina hasta el cuello de la matriz. Hay que tener algunas precauciones antes de entrarla al útero. Con la mano libre se toma el fondo del útero por encima del abdomen para sostenerlo e inmovilizarlo; de no hacerlo, en el momento del pasaje de la mano, podrían desprenderse las inserciones útero-vaginales por tironeamientos demasiado fuertes. Observadas estas precauciones, se rompen las membranas, si hasta ese momento están íntegras.

Toma del buen pié. —Ahora, el camino que se seguirá en la toma del buen pié, es, en las dorso-anteriores, el lateral posterior del feto, dirigiéndose hacia el lado homónimo materno, donde se encontrarán los pies; y hacia el lado antónimo y un poco adelante, en las dorso-posteriores. En estas últimas no debe olvidarse que el pié que se ha de tomar es el antónimo de la mano y del hombro del feto.

El profesor Catón indica qué camino debe seguir la mano para llegar al buen pié, evitando recargar la memoria con tantos signos dados para reconocer cual es el derecho o el izquierdo. Consiste en lo siguiente: en las presentaciones de hombro dorso-anteriores, la mano que se in-

troduce debe recorrer sin abandonar, un solo instante, todo el plano lateral inferior del feto, hasta dar con el pié; en las presentaciones de cara y de vértice la mano seguirá, con igual método, el plano látero-anterior para tomar el pié antónimo al de la posición.

Segundo tiempo de la versión.—Encontrado el buen pié, se lo toma fuertemente del cuello, entre el índice y el medio, por un lado, y el pulgar por otro; empuñado el pié, se hacen tracciones suaves y sostenidas para dirigirlo hacia el plano del estrecho superior. Debido a esta tracción el feto levanta el hombro homónimo al pié en las dorso-antérieures, y el antónimo, en las dorso-posteriores; siguiéndole la cabeza en el movimiento de ascenso. Es así como el feto enderezándose opera su evolución. Después, poco a poco, el pié descende y aparece en la vulva; unas tracciones más hacen descender todo el miembro correspondiente. Según Farabeuf y Varnier esas tracciones no deben ser de intensidad mayores de 25 kilogramos; porque hay peligros para el feto y probabilidad de ruptura uterina. Las maniobras de este tiempo y del primero, deben llevarse a cabo en los intervalos de las contracciones del útero.

Tercer tiempo.—En este tiempo, las tracciones, a la inversa de lo que se hace en los dos primeros,

deben llevarse a cabo durante las contracciones uterinas.: el partero no hará sino ayudar a la naturaleza a que la salida del feto no esté dificultada por accidentes ocasionados por la deflexión de uno o de los dos brazos, al extraer los hombros. Los esfuerzos de la madre, ayudados por el médico, son los que van a expulsar al niño.

La extracción del feto se hace lo mismo que en el caso de presentación de nalgas, modalidad pié, con descenso de un miembro inferior.

Con mucha razón Farabeuf y Varnier consideran esta extracción como tres partos sucesivos: primero, el de las nalgas; después el de los hombros; y por último el más engorroso, que es el de la cabeza, por ser ella más voluminosa y menos reductible que las otras partes.

Veamos como se procede:

Después de la evolución del feto (segundo tiempo de la versión) y siguiendo con las tracciones sobre el pié que se ha traído a la vagina, se ve aparecer la pierna correspondiente, que se toma fuertemente envuelta en una compresa, para evitar que la mano resbale. Entonces las nalgas con otro miembro, formando un solo polo, se encajan y se orientan de tal modo que la nalga traccionada se coloca por debajo del pubis, es decir, se hace anterior, mientras la otra va a co-

locarse en la concavidad del periné abombado. Desde este momento las tracciones se dirigen hacia atrás para desprender primero, la nalga anterior, y después hacia arriba a fin de facilitar el desprendimiento de la nalga posterior.

Como el segundo pié aun está adentro, es preciso hacerlo descender para evitar que el periné muy distendido se rompa. Ya fuera los dos pies, se los toma fuertemente con una sola mano y se los sostiene en el aire; y no es necesario hacer fuertes tracciones, porque las nalgas se desprenden únicamente con los esfuerzos de la parturienta. En seguida se va en busca del cordón, que se toma para formarle una asa, para evitar que por los tironeamientos de placenta se desprenda, o se desgarre la extremidad umbilical del cordón.

Después se toma el feto de la raíz de los miembros, para encajar y desprender los hombros. Al efecto, el procedimiento variará según que los brazos se extiendan a lo largo del cuerpo, o que se hayan levantado. En el primer caso, traccionando ligeramente y obrando sobre las manos, se consigue el desprendimiento. Efectuado el encaje se desprende primero el hombro anterior y luego el posterior, a imitación de lo que sucede en el parto espontáneo. En el segundo caso, uno o los dos brazos se han extendido hacia arriba, y de aquí resulta que el diámetro bi-acromial au-

menta considerablemente haciendo imposible el encaje; es necesario, pues, bajarlos. Para esto el partero introduce una mano, recorre el dorso hasta encontrar el hombro, sigue el miembro hasta cerca del codo; aquí lo engancha; y lo llevará primero en abducción y recién lo tirará para que la mano y el antebrazo del feto pasen por delante de la cara del mismo.

Para encajar la cabeza es necesario conocer de antemano la relación entre los diámetros de la pelvis y los de la cabeza fetal.

Siendo la pelvis normal y el feto no es muy voluminoso, la maniobra de Mauriceau podrá efectuarse para desprender la cabeza.

Maniobra de Mauriceau. — Como el niño ha salido con el dorso dirigido hacia un costado de la madre, el partero lo toma para hacerlo cabalgar sobre su antebrazo, cuya mano puesta en una posición intermedia, entre la pronación y la supinación, empalma con el vientre del niño. Esa misma mano es la que sirvió para hacer el asa del cordón, y ahora es la que va a penetrar en la excavación en busca de la boca del feto para introducir en ella el índice, o éste y el mediano conjuntamente. La boca de feto estará dirigida hacia uno de los extremos posteriores de los diámetros oblicuos, es decir, en la parte póstero-lateral de la excavación pelviana.

Los dedos índice y mediano de la otra mano se colocan sobre la nuca, como en horquilla, para abrazar el cuello del feto, y que ligeramente flexionados, quedarán como tiradores sobre los hombros.

Colocadas de esta manera, las manos van a accionar, simultáneamente del siguiente modo: la mano cuyos dedos están en la boca, tira del mentón, y la otra empuja al mismo tiempo el occipucio para restablecer la flexión; y por medio de un movimiento que tiene por fin dirigir la frente hacia atrás y el occipucio hacia adelante, se consigue que aquella quede detenida por el coxis, y éste detenido debajo de la arcada pubiana, y servirá de centro del movimiento rotatorio que van a efectuar el mentón, la cara, la frente y el bregma para desfilarse sucesivamente por delante del coxis primero, y de la horquilla vulvar, después.

Efectuado el descenso completo y encajada la cara en el estrecho superior, se trata de hacer franquear la frente por delante del coxis. Como el occipucio está sostenido fuertemente por debajo del pubis, con la otra mano se hace una tracción fuerte sobre el maxilar inferior, levantando a la vez progresivamente esta tracción para vencer la resistencia coxígea y hacer entrar la frente en la pelvis blanda.

Hasta aquí ya no queda sino salvar la resisten-

cia del anillo vulvar. Con este fin se siguen levantando las tracciones y al mismo tiempo el cuerpo del niño, para dirigirlo hacia el vientre de la madre.

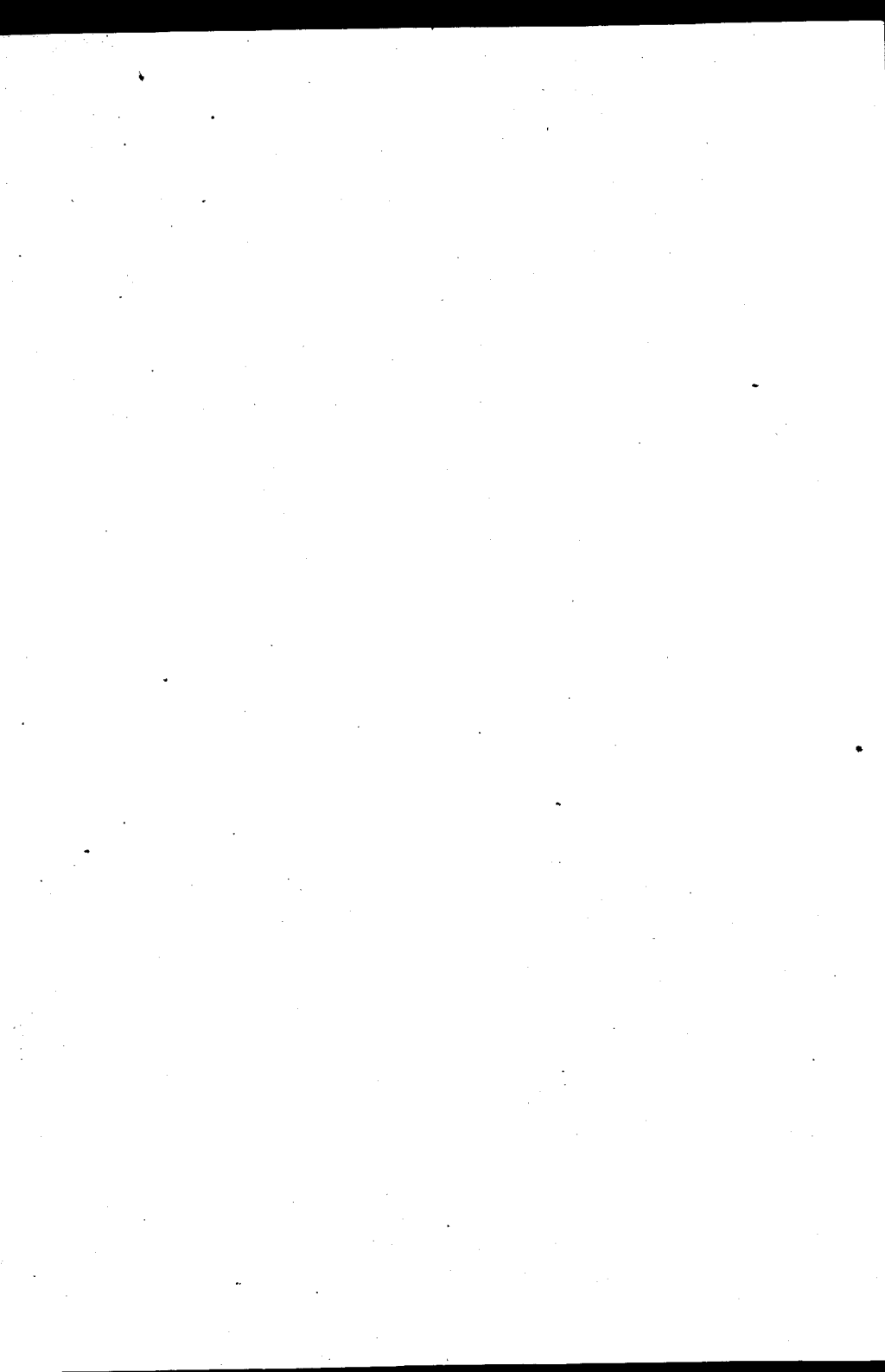
Maniobra de Champetier de Ribes.—Si la pelvis, en vez de ser normal, fuera ligeramente aplastada, con un diámetro promonto-pubiano de 9 centímetros por ejemplo, en lugar de ser de 11, la cabeza no podrá salir, si no se recurre a la maniobra clásica de Champetier de Ribes, que consiste en lo siguiente:

El partero con la mano en posición media entre la pronación y supinación, de manera que la acera palmar mire el plano ventral del feto; es decir, la mano izquierda si el vientre del niño, con respecto al costado de la madre, mira a la derecha, y con la derecha en caso contrario, la introduce hasta el piso superior de la excavación, hacia un costado, a buscar la boca del niño, a fin de poner dos dedos en ella, para enganchar sólidamente el maxilar. El objeto es orientar, flexionar y tirar la cabeza.

Un ayudante situado hacia un lado de la mujer (del mismo lado en que se encuentra la frente del feto) hará presiones a través de la pared abdominal materna, sobre la frente del niño, y cuya dirección ha de ser de arriba abajo, como si siguiera el eje del estrecho superior. El fin de estas

presiones será el de rechazar la cabeza hacia un lado de la excavación pelviana, para permitir que el partero pueda orientarla en la dirección de uno de los diámetros oblicuos de la pelvis materna y luego flexionarla, cambiando así los diámetros grandes por otros más pequeños: el bi-parietal por el bi-temporal. La mano libre del operador toma apoyo sobre el cuello del feto en la forma que ya se ha indicado para la maniobra de Mauriceau.

Listas así se encaja primero el parietal posterior, que está sobre el promontorio, y luego el parietal anterior, que se desliza por debajo del pubis. De este modo la cabeza llega a la excavación pelviana. El resto de la maniobra no difiere de la de Mauriceau.



CAPITULO IV

Dificultades de la versión interna

Muy distintas y variadas causas concurren, a veces, para hacer de la versión interna una operación difícil de efectuar.

La introducción de la mano del partero puede ser impedida por *las estrecheces congénitas del orificio vulvar y las de la vagina, o por la contractura espasmódica del constrictor de la vagina y la del elevador del ano*. El balón de Champetier de Ribes, aconsejado en estos casos, puede dar la suficiente dilatación o permitir que la mano la termine, si el balón dilatador no hubiera dado resultado. Si a pesar de esto y de la paciencia del operador, la anestesia tampoco diere resultado, habría que renunciar a efectuar la versión.

Los tumores de la vagina y de la vulva que,

excepcionalmente, por su volumen pueden obstruir por completo el canal vulvo-vaginal, deben ser puncionados si son líquidos, o extirpados, en el caso de poder hacerlo, cuando son sólidos. Igualmente, las *bridas cicatrizadas de la vagina*, que suelen ser más o menos extensas y resistentes, serán cortadas a bisturí o a tijeras, entre ligaduras, si así fuere necesario.

La suavidad y, sobre todo, la paciencia del partero pueden, en general, llegar a vencer los obstáculos creados por algunos tumores fibrosos o cancerosos implantados en el cuello de la matriz; pero, si el tumor fuera voluminoso se está obligado a hacer la mutilación del feto, o su extracción por vía abdominal.

La última dificultad que podría encontrarse en el cuello, es la que ofrecería la placenta previa. El arrancamiento o la perforación de la misma para facilitar el pasaje de la mano, son medios muy violentos y un tanto peligrosos. El método más racional y eficaz consiste en desprender una parte de la placenta, hasta llegar al borde y perforar allí la membrana para penetrar en el huevo. Procediendo de este modo no hay temor a la hemorragia, porque el antebrazo desempeña el papel de un tapón al nivel del segmento inferior.

Ya dentro de la matriz, la mano tropieza, a veces, con dificultades creadas por el anillo de

Bandl, las que pueden ser más o menos grandes, según que la retracción ofrezca una mayor o menor resistencia a la dilatación.

La conducta del operador depende de que el feto se encuentre situado dentro del cuerpo uterino, arriba de la retracción del anillo o de que la parte fetal que se presenta, esté por debajo de la retracción. La anestesia, el balón dilatador o la mano del operador, introducidos a través del anillo, pueden en el primer caso conseguir dilatarlo; pero si a pesar de estos medios, el anillo no cediera, habría que acudir a la cesárea abdominal. En el segundo caso, si la presentación es de hombro, y el niño está vivo, la única probabilidad de salvarlo está en la versión. Para esto, después de deflexionar un brazo y de haberle pasado un lazo, como se hace habitualmente, se va en busca del otro, para bajarlo también y pasarle igualmente un lazo sobre la mano. Por tracciones y torsiones ejercidas sobre este último miembro, se consigue hacer girar el feto alrededor de su eje longitudinal, y desplazar el hombro que se presenta; mediante esta maniobra queda entre el anillo y el feto un espacio suficiente para que la mano del partero, pueda llegar hasta dentro de la matriz. Hay que advertir que únicamente se llega a un feliz resultado en las dorso-anteriores, porque en las dorso-posteriores es difícil al-

canzar el brazo que ha quedado dentro del útero. Huelga decir que, cuando el feto está muerto, la versión no debe hacerse.

En el segundo tiempo de la versión, cuando se toma el pié o los pies, la evolución es fácil si se hacen tracciones lentas y sostenidas; pero ocurre con frecuencia que, debido a la contracción del útero, el feto se apelotona de tal modo que hace imposible su evolución.

En otros casos el feto puede evolucionar, pero es la mano del partero la que resbala sobre la piel o se paraliza (como dormida) a causa de las contracciones uterinas, lo cual la imposibilita para seguir la tracción; entonces con retirar esa mano y reemplazarla por la otra, quedan salvados los inconvenientes.

Por último, después de la evolución (versión propiamente dicha) la cabeza puede quedar detenida al nivel del estrecho superior retraído. La maniobra de Champetier de Ribes, si la estrechez no es muy pronunciada, trae la cabeza a la excavación, y se termina la extracción por la maniobra de Mauriceau.

Pronóstico de la versión interna

Pronóstico para el niño.—La gravedad de las distintas lesiones producidas especialmente al ejecutar el tercer tiempo, indica que la versión

es una operación que compromete en grado diverso la vida del niño. Fuera de los casos de derrames pleurales y peritoneales, el niño nace en un estado de muerte aparente. Las vías respiratorias están llenas de mucosidades; y se hace más difícil reavivarlo cuando hay derrame de sangre en los centros nerviosos.

Puede decirse que el pronóstico depende de la oportunidad y circunstancias que motivan la intervención, y de la mano del operador. Cuando se opera con rapidez o brusquedad, fácilmente se producen fracturas de los miembros superiores, de la clavícula, como también parálisis, ocasionadas por tironeamientos del plexo braquial, y lesiones más o menos graves de la bóveda craneana. Se han observado, además, derrames sanguíneos más o menos considerables de los músculos, tejido celular, en las grandes cavidades serosas, viscerales y abdominales, y por fin fracturas de la columna vertebral.

Sin embargo, el pronóstico es favorable cuando, antes de efectuar la versión, el niño no está amenazado en su vitalidad por la procidencia del cordón, por un trabajo prolongado, por retraimientos óseos o de las partes blandas, y menos si a estas circunstancias se agrega la habilidad del operador.

Pronóstico para la madre.—Es esencialmente fa-

vorable y la operación está exenta de peligro cuando se aplican estrictamente las reglas de la antisepsia, y no se interviene en los casos contraindicados; especialmente cuando el orificio del cuello no ha llegado a su dilatación completa; porque en estas circunstancias, si se quiere hacer la extracción rápida del feto, la desgarradura del cuello se produce y el pronóstico varía.

Sucede a veces que el feto es muy voluminoso y entonces el desprendimiento de las nalgas, de los brazos y de la cabeza no sólo es difícil, sino que puede dar lugar a desgarraduras vaginales y perineales, que a menudo llegan hasta el recto.

TERCERA PARTE

Versión por maniobras mixtas

Wigand, según F. J. Herrgott, la puso en práctica en 1807; pero el primero que trazó con precisión la técnica que debía seguirse en los casos de hemorragia por inserción viciosa de placenta, fué Braxton-Hicks en 1860.

Desde entonces esta maniobra fué estudiada en los demás países y bajo distintos nombres: en Inglaterra por Milne y Leishmann; en Francia, preconizada por Auvard fué estudiada y practicada por Laskine.

Definición y objeto.—La versión mixta es la operación que tiene por objeto transformar una presentación en otra, mediante la acción simultánea de una mano, que, aplicada sobre la pared abdominal, actúa sobre uno de los polos fetales,

y de dos dedos de la otra mano introducidos en el cuello uterino, cuando éste no se halla completamente dilatado, que obran sobre la presentación.

CAPITULO V

Indicaciones

Las indicaciones de la versión bi-polar están determinadas, en lo que se refiere al feto, por el tipo de las presentaciones, y en lo que a la madre, por los accidentes graves que amenazan su vida, como sucede con la eclampsia, afecciones orgánicas, o la prolongación del trabajo del parto, y los que resultan de las hemorragias originadas por la inserción viciosa de la placenta. En este último caso se procurará que, al realizar la versión, se traiga hacia la vagina una extremidad inferior fetal, la que vendrá a actuar como taponamiento destinado a cohibir la hemorragia; maniobra que, si bien es terapéutica para la hemostasia, resulta feticida, porque las incitaciones del útero, lo mismo que el aire exterior al obrar sobre el pié descendido, producen por vía refle-

ja movimientos respiratorios de parte del feto, que determinan en él la asfixia por introducción de líquidos en el árbol respiratorio. En razón de estos peligros y gracias al perfeccionamiento de la técnica operatoria para la rápida dilatación artificial del cuello uterino, se limita el procedimiento del descenso del pié, en los casos de hemorragia producida por inserción baja de la placenta.

La versión bi-manual, que también así se llama, tiene su mejor indicación en las presentaciones de pelvis, en las cefálicas, de hombro, en las con dilatación incompleta del cuello uterino, y en los casos en que se hace necesario el parto rápido o forzado.

**Condiciones que se requieren para llevar a cabo
la versión mixta**

Para efectuar la versión mixta es necesario que la dilatación del cuello uterino sea suficiente, para el pasaje de dos dedos, que las membranas no estén rotas, y en caso de estarlo que haya líquido amniótico en cantidad suficiente. Además, son necesarias aquellas otras condiciones que en general se requieren para hacer la versión, como ser: feto vivo, suficiente amplitud pelviana, conveniente inserción placentaria, suficiente longitud del cordón, etc.

- Son preliminares necesarios a la versión, la evacuación de la vejiga y del intestino, una rigurosa antisepsia del conducto vagino-cervical, así como un lavaje antiséptico de la región vulvar.

Manual operatorio

Se coloca a la mujer en posición decúbito dorsal, a orillas de la cama, y haciendo que dos ayudantes flexionen, levanten, sostengan y lleven algo hacia afuera las piernas de la parturienta, el operador se ubica a un lado de la misma, a fin de llevar su mano al canal vaginal y maniobrar con la comodidad debida para el éxito de la maniobra.

Preparado el operador, introduce dos dedos de la mano en el orificio del cuello de la matriz hasta llegar a tocar la presentación fetal, que podrá ser la cabeza, el hombro o la pelvis. La otra mano va a accionar sobre la pared abdominal materna, tratando de hacer descender el otro polo.

Caso de una presentación cefálica.— La posición de la presentación indica la mano que debe ser introducida en la vagina para rechazar la parte fetal que se presenta. Se elige la derecha en la O. I. I.; la izquierda en la O. I. D.; la mano libre se aplica sobre el fondo del útero. Listas así las manos, se aprovecha el momento en que el útero no se contrae para llevar simultáneamente la pelvis a la derecha y la cabeza a la izquierda en el caso

de una O. I. I., e inversamente en el caso de una O. I. D. Una vez que el hombro está al alcance de los dedos, que están en la vagina, se lo tira y empuja hacia el lado adonde se rechazó la cabeza; la otra mano baja las nalgas para presentarlas en el estrecho superior para fijarlas allí mediante un vendaje. Si la dilatación del cuello lo permite, se puede traer un pié a la vagina, y enlazarlo con una cinta para que de este modo quede asegurada la presentación.

Presentación de hombros.—Cuando el feto se presenta de espaldas, se obra de una manera análoga: se rechaza el hombro hacia el lugar donde se encuentra la cabeza con los dedos de la mano izquierda introducidos en la vagina, si la cabeza está a la derecha; y con los de la mano derecha si se encuentra a la izquierda; la mano libre aplicada sobre el abdomen hace descender la pelvis por el mecanismo ya explicado más arriba.

Buenos Aires, Octubre 14 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Fanor Velarde, al profesor titular Dr. Miguel Z. O'Farrell y al profesor suplente Dr. Juan A. Gabastou para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

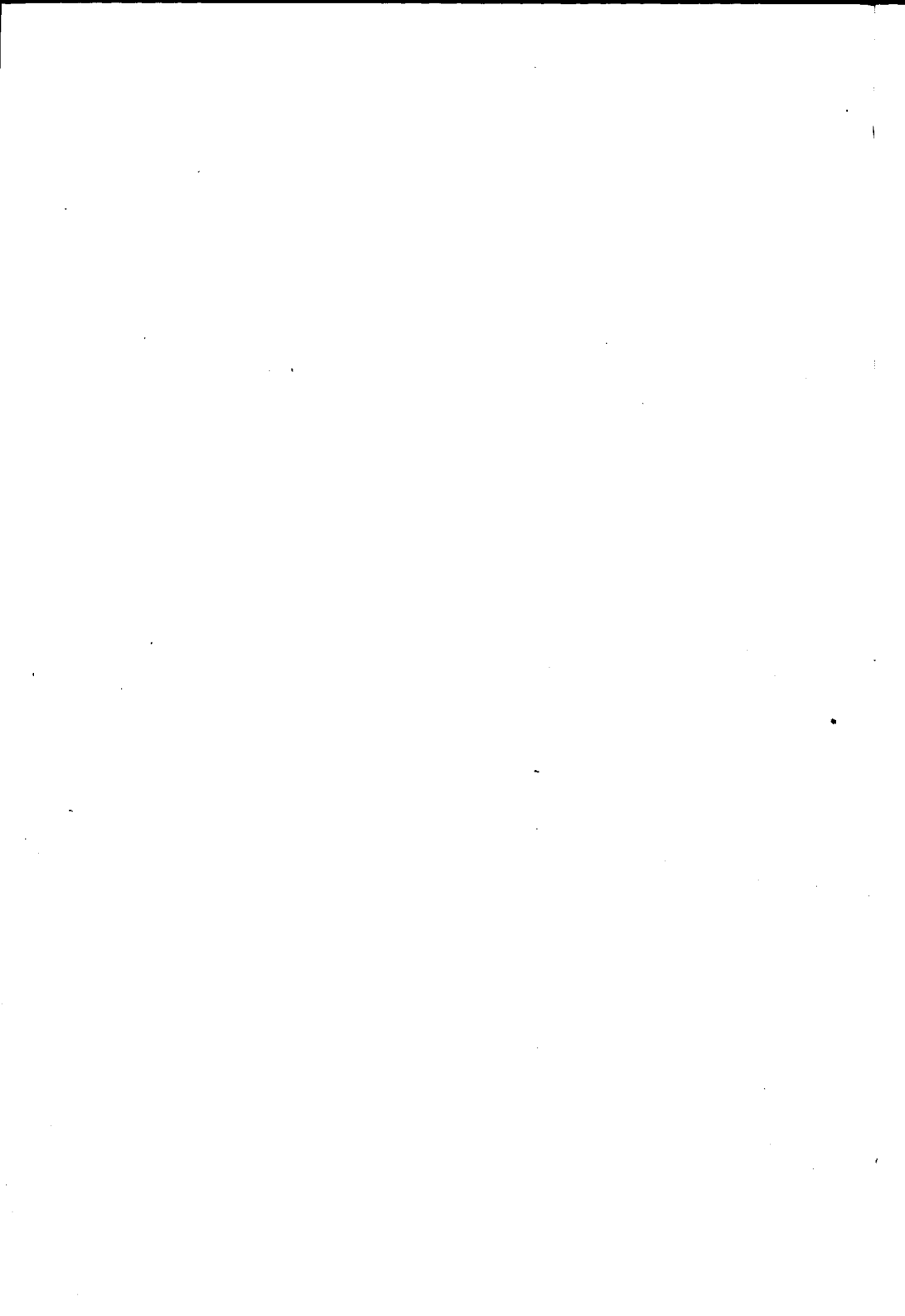
Buenos Aires, Noviembre 3 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3207 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

30752





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Contraindicaciones de la versión por maniobras internas.

Fanor Velarde.

II

Contraindicaciones de la versión durante el trabajo.

M. Z. O'Farrell.

III

La versión, no es, en manera alguna, un recurso terapéutico en la hidrocefalía.

J. A. Gabastou.

