

rapidez en todos los casos; la evacuacion de sangre y de los coágulos no evita en todas las circunstancias el desarrollo de una inflamacion mas ó menos viva en las paredes del foco, y entonces es menester combatir esta por medio de los antiflojísticos de todas clases; y cuando se ha establecido francamente la supuracion, es preciso recurrir á las inyecciones deterativas y aun ligeramente cloruradas; y si, á pesar de esto, no se llegase de una manera cierta á evitar la muerte de la paciente por inanicion, ó bien, si puede resistir, se tratará de preservarla de una fístula incurable.

Procidencia ó caída del cordon.

La procidencia del cordon no es comun; no se observa mas que con una presentacion de cara ó de tronco, y esto no siempre. En la pélvis no es un accidente. La grande longitud de dicho cordon, una enorme cantidad de agua en el ámnios, y una pélvis ancha con un feto pequeño, deben figurar, evidentemente, á la cabeza de las predisposiciones.

Cuando el cuello está bien dilatado, las membranas todavía intactas, no es fácil reconocer la procidencia del cordon. Sin embargo, si la bolsa de las aguas está como se ha dicho, en forma de *morcilla*, y si el tacto comprueba la presencia *de un cuerpo blando, movable y con pulsaciones mas frecuentes que las de la madre*, se puede asegurar que el cordon se presenta debajo de la parte fetal, cualquiera que sea, y que va á caer en la vagina en el momento en que se derramen dichas aguas.

Pero si están rotas las membranas cuando se hace la primera exploracion, el diagnóstico de la procidencia del cordon no ofrece la menor dificultad, pues que se tiene el órgano al descubierto debajo el dedo, y que es imposible, con nada mas que tocarlo, que se pueda confundir con ninguna otra parte del feto.

El *pronóstico* es grave, por supuesto, solo para la criatura. Esta, en efecto, puede en algunos instantes asfixiarse si hay compresion de dicho órgano. La experiencia prueba diariamente que las dos terceras partes de criaturas que se presentan precedidas de una asa de cordon, sucumben por dicho accidente. Por lo demás, el peligro depende mucho del lugar que ocupa esta asa en la excavacion. Si es en el caso de primera posicion de vértice ó aun de cara, la procidencia del cordon se encuentra alojado sobre la sínfisis sacro-iliaca *izquierda*, y es evidente que correrá mucho menos riesgo de ser comprimido que si se hallase en relacion con cualquiera otro punto de la excavacion. Pues la frecuen-

cia de la primera posicion, por el vértice y por la cara, es tal, que como ha dicho muy bien Nægelé, *cuando se vea que el asa del cordon está colocada hácia atrás y á la izquierda de la pélvis, habrá derecho á esperar un pronóstico favorable, y viceversa.*

Las indicaciones que hay que llenar en iguales circunstancias, son bastante sencillas.

Si la presentacion del feto es por el hombro, es necesario recurrir á la version en cuanto sea practicable. Pero observemos bien que no es la caida del cordon, sino mas bien el modo de presentacion del feto la que hace aquí de la version una necesidad.

Si el feto se presenta por el vértice ó por la cara, desde luego se ocupará en comprobar, por el exámen de las arterias del cordon y por la auscultacion hipogástrica; si la criatura vive ó no; por que si estuviese muerta, no habria mas, despues de haberlo prevenido así á los parientes, que dejar obrar á la naturaleza, sin preocuparse de dicho órgano; mientras que si viviese, se deberia intervenir inmediatamente, ya tratando de reducir el cordon, es decir, llevándole y manteniéndole por encima del estrecho superior, hasta que se encaje la cabeza, ó bien terminar lo mas rápidamente posible el parto por medio de la version ó el fórceps.

Quando la cabeza está todavía movable en el estrecho superior, es preciso intentar, desde el principio, reducir la procidencia del cordon;

no por el proceder de M. Dudan (véase el *Tratado de Partos* de Cazeaux y las figuras 87 dobles, ni por el de Schöeller (figura 88), que son mas teóricos que prácticos, sino auxiliado solo de la mano. Al efecto se introducen los cuatro últimos dedos en la vagina, se coge lo mejor que se pueda el asa entera del cordon entre sus extremidades, y se trata de llevarla al útero hasta por encima del estrecho superior; colocada allí, se aguarda á que la cabeza se encaje francamente en la parte superior de la excavacion; despues de lo cual, se puede retirar la mano, y el cordon no puede ya volver á su primitivo punto.

Esta operacion en muchas ocasiones suele tener buen éxito,

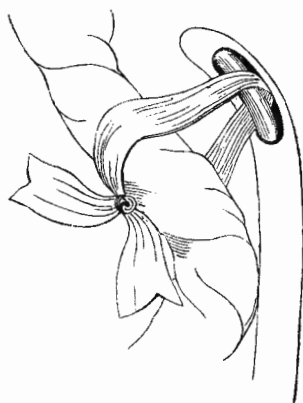


Figura 87.— Modo de coger el cordon para introducirle con la sonda en el útero. Procedimiento de Dudan para la reduccion del cordon umbilical.

pero en otras suele faltar tambien; y, entonces, lo mas conducente es, que mientras que la cabeza permanezca movable, se procure buscar los piés del feto y terminar el parto por la version.

Por el contrario, cuando dicha cabeza ha perdido ya toda

movilidad, en el momento en que se comprueba dicha prociencia, es preciso no perder este órgano de vista un solo instante, practicando constantemente el tacto, á fin de juzgar la fuerza y la regularidad de sus pulsaciones; dejando marchar por sí solo el trabajo, en tanto que dichas pulsaciones sean normales; pero *aplicar inmediatamente el fórceps así que veamos que las arterias umbilicales no laten sino débil y desigualmente, y con mas fuerte razon si dichas arterias cesan de latir.*

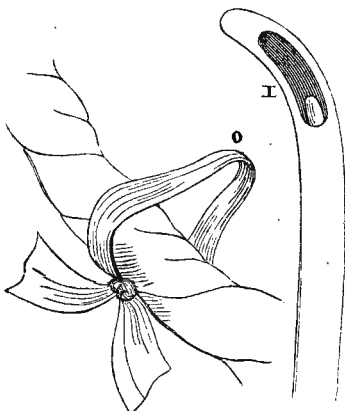


Figura 88.—Retraccion del estilete de la sonda, para abandonar el asa del cordon una vez reducido.

Figura 89.—Porta-cordon modificado de Schaeffer. Este instrumento se compone de dos tallos de ballena: el casco está fijo á un mango de ébano y termina en forma de gancho como comprendiendo los dos tercios de un anillo; el otro, cuyo tallo es recto, se desliza á lo largo del primero y se empuja por una corredera, de manera que viene á cerrar el gancho formando así un anillo completo:



Si hubiera lugar á sospechar que el feto es pequeño y la pélvis muy ancha, se podria entregar con confianza á la espectacion; mientras que si se previese lo contrario, es decir, un feto de gran cabeza, encajándose en una pélvis un poco estrecha, se deberá recurrir desde el principio al fórceps.

Cuando es la cara la que se presenta, es prudente tambien no entregarse demasiado á la espectacion, y en seguida recurrir á la version, si la cabeza está todavía en el estrecho superior y libre; ó al fórceps, si la cara está ya encajada en la pequeña pélvis.

En el caso en que, aunque la criatura esté viva, se creyese poder abandonar el trabajo del parto á sí mismo, no seria menos necesario ocuparse del cordón, para tenerle constantemente apotonado en la vagina por miedo á que no se enfrie.

INDICE.

Páginas.

Prolegómenos.....	1
De la pélvis en el estado seco.....	1
Cambios verificados en la excavacion por las partes blandas.....	3
Causas de la rotacion interior de la cabeza del feto.....	4
Ampliacion casi nula de la pélvis por el juego de la sínfisis.....	5
Diferencias de la pélvis.....	6
Usos de la gran pélvis.....	8
Del útero; su testura y sus propiedades vitales.....	8
Menstruacion.....	8
De la vagina.....	12
De la vulva.....	14
Del huevo humano; sus principales trasformaciones al ser fecundado.....	15
De las membranas del huevo; placenta y cordon umbilical.....	16
De la placenta.....	18
Del feto de todo tiempo; dimensiones y actitudes.....	20

PRIMERA PARTE.

DEL EMBARAZO.

Embarazo normal y sencillo.....	27
Diagnóstico del embarazo.....	27
Cuadro de los signos de probabilidad y de certidumbre.....	27
Manera de practicar el tacto vaginal y el traqueteo.....	39
Modo de practicar la palpacion abdominal.....	41
Manera de practicar la auscultacion obstetrica.....	42
Embarazo normal y compuesto.....	43
Embarazo anormal ó extra-uterino.....	45
Falso embarazo.....	47
Higiene de la mujer embarazada.....	50
Patología del embarazo.....	53
Lesiones de la digestion; anorexia, pica, gastralgia, vómitos, as- tricción de vientre y diarrea.....	53
Lesiones de la respiracion.....	57
Lesiones de la circulacion.....	58
Plétora verdadera y plétora falsa ó hidroemia.....	58
Plétora local del útero.....	59
Varices, hemorroides y edema.....	60
Excrecencias en las partes genitales.....	60
Lesiones de las secreciones y excreciones.....	61

Tialismo	61
Albuminuria y uremia	61
Leucorrea.....	61
Hidropesía del ámnios hidroámnios.....	62
Hidrorrea.....	63
Lesiones de la locomocion.....	64
Lesiones de la inervacion.....	64
Prurito vulvaris.....	65
Dolores uterinos, reumatismo uterino.....	65
Eclampsia.....	66
Histerismo	67
Dislocaciones del útero. Descenso; caída de la matriz.....	70
Retroversion y ante-version del útero.....	71
Lesiones de relacion del huevo con el útero	73
Hemorragia uterina durante el embarazo y el aborto.....	73
Tratamiento. Prevenir el aborto.....	80
Tratar de contener un aborto en vias de verificarse.....	81
Facilitar la expulsion del producto, si el aborto es inevitable.....	82
Retencion de la placenta.....	83
Hemorragia interna ú oculta.....	83

SEGUNDA PARTE.

DEL PARTO NATURAL Ó ESPONTÁNEO.

Clasificacion de las presentaciones y posiciones.....	87
Frecuencia relativa de las presentaciones y posiciones.....	88
Pronóstico de las presentaciones.....	89
Relaciones del feto con las paredes abdominales de la madre en cada una de las principales posiciones.....	90
Diagnóstico de las presentaciones y posiciones.....	93
De vértice.....	94
De cara.....	94
Completa de pélvis.....	95
Del tronco.....	96
Mecanismo del parto espontáneo.....	99
A. Parto por el vértice.....	102
B. Parto de cara.....	109
C. Parto por la pélvis.....	112
D. Parto por el tronco.....	114
Mecanismo fundamental.....	118
Mecanismo del parto de gemelos.....	120
Conducta que debe observar el cirujano que asiste á una mujer al parto.....	121
Verdaderos y falsos dolores.....	123
Camilla de parir.....	125
Duracion del parto.....	128
Estado de la bolsa de las aguas.....	129
Protejer el periné.....	132
Higiene de la mujer parida.....	138
Cuidados que se deben prestar á los recién nacidos.....	138
Conducta que debe observar el cirujano en los casos sencillos despues del parto.....	147
Modo de extraer la placenta.....	148
Entuertos.....	152

Loquios.....	153
Fiebre láctea.....	153
Conducta del cirujano durante y despues del parto en el caso de embarazo de gemelos.....	155
Conducta del cirujano en el caso de accidentes despues del parto...	157
Adherencia de la placenta.....	157
Engatillamiento de la placenta.....	159
Inercia uterina consecutiva.....	161
Hemorragia.....	162
Taponamiento vaginal.....	163
Compresion de la matriz.....	164
Compresion de la aorta ventral.....	165
Trasfusión de la sangre.....	167

TERCERA PARTE.

DE LOS PARTOS VICIOSOS Ó DIFÍCILES.—DISTOCIA.

Causas de los partos viciosos; dos categorías.—A. Causas de la primera categoría.....	169
Inercia uterina primitiva.....	170
Contracciones irregulares.....	173
Rigidez del cuello.....	173
Contractura del cuello.....	174
Resistencia del periné.....	176
Oblicuidad anterior extrema del útero.....	178
Cortedad del cordón natural ó accidental.....	178
Irregularidades de presentacion de fetos múltiples y aislados.....	179
Adherencias del feto.....	183
Rotura del útero.....	186
Rotura de la vagina.....	189
Alteraciones ó enfermedades del feto que pueden oponerse al parto espontáneo.....	189
Enfisema.....	189
Hidrocefalia.....	190
Espina bífida con hidrorraquis.....	191
Ascitis.....	192
Retencion de orina.....	192
Desarrollo anormal de los riñones.....	192
Presentaciones viciosas del feto.....	192
1.º Posicion inclinada de vértice en el estrecho superior.....	192
2.º Posicion occipito-posterior con el vértice en la excavacion.....	193
3.º Posicion occipito-trasversal de vértice en el estrecho inferior...	193
4.º Posicion occipito-pubiana ú occipito-sacra-directas, con detencion en el estrecho inferior.....	195
5.º Posicion mento-posterior de la cara, quedando la misma en el estrecho inferior.....	195
6.º Posiciones irregulares de la pélvis.....	197
7.º Presentacion inesperada de tronco.....	197
8.º Presentacion de vértice ó de la cara, con procidencia de un brazo.....	197
9.º Presentacion del vértice ó de la cara, con procidencia de los dos brazos á la vez.....	198
10. Presentacion del vértice ó de la cara, con procidencia de un pié.	199
Vicios de conformacion y enfermedades del útero, de la vagina ó de la vulva.....	200

Imperforacion del cuello.....	200
Histerotomía vaginal.....	200
Cuello indurado por cicatrices y casi obliterado.....	201
Estrechez de la vagina.....	202
Persistencia de la membrana himen.....	202
Division de la vagina y del útero.....	202
Cuerpos fibrosos, escirro, pólipos, flegmon, edema y extravasacion sanguínea.....	203
Vicios de conformacion de la pélvis con estrechez.....	205
Estrechez absoluta.....	205
Estrechez relativa.....	207
Diagnóstico.....	208
Mesuracion de la pélvis.....	210
Pronóstico de las estrecheces.....	217
Indicaciones.....	218
B. Causas de los partos viciosos de la segunda categoría. Amplitud excesiva de la pélvis.....	223
Exceso de energia del útero.....	224
Trombus de la vulva y de la vagina.....	225
Procidencia ó caída del cordon.....	226
Hemorragia por desprendimiento prematuro de la placenta.....	229
Inversion del útero.....	231
Desgarradura del periné.....	231
Eclampsia.....	233

CUARTA PARTE.

OPERACIONES DE OBSTETRICIA.

Versiones.....	236
Version cefálica.....	237
Version podálica ó pelviana.....	238
Cuidados preliminares.....	241
Reglas de la version.....	243
Fórceps.....	259
Casos que indican el empleo del fórceps.....	260
Condiciones indispensables para su aplicacion.....	262
Cuidados preliminares.....	262
Reglas para la aplicacion del fórceps.....	263
Craneotomía ó perforacion del cráneo.....	279
Cefalotripsia.....	286
Embriotomía.....	294
Operacion cesárea ó gastro-histerotomía.....	298
Oportunidad.....	301
Cuidados preliminares.....	302
Manera de ejecutar la operacion.....	303
Cuidados consecutivos.....	304
Operacion cesárea <i>post-mortem</i>	305
Histerotomía vaginal.....	306
Extraccion del feto en el caso de embarazo extra-uterino.....	307
Sinfisiotomía.....	309
Parto prematuro espontáneo.....	310
Parto prematuro artificial.....	310
A. Parto forzado.....	311
B. Parto provocado.....	311
Indicaciones.....	312

Proceder por puncion del huevo.....	313
Proceder por la dilatacion del cuello por la esponja.....	316
Proceder del taponamiento vaginal.....	317
Proceder de las duchas calientes.....	318
Proceder por desprendimiento de las membranas.....	319
Dilatador intra-uterino Tarnier.....	320
Instrumento de Pajot.....	322
Cuidados consecutivos.....	323
Aborto provocado.....	324

Apéndice.

Del empleo del centeno atizonado.....	326
Indicaciones.....	327
Contraindicaciones.....	327
Faradizacion lumbo-pubiana.....	327
Del empleo de los anestésicos (cloroformo).....	328
Cloral.....	328
Indicaciones.....	329
Contraindicaciones.....	330
Tratamiento de la asfixia ocasionada por los anestésicos.....	331

FIN DEL ÍNDICE.

Ca
af 811