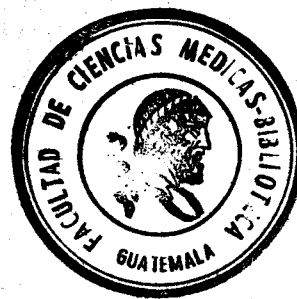


FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA
E INSTITUTOS ANEXOS
REPUBLICA DE GUATEMALA
AMERICA CENTRAL



MANIOBRA DE POTTER

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA
E INSTITUTOS ANEXOS

POR

ARTURO ZECEÑA

INTERNO DEL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL
DEL 1º DE MARZO DE 1923 AL 1º DE SEPTIEMBRE DE 1925

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

ABRIL DE 1926

IMPRESO EN LOS TALLERES GUTENBERG
GUATEMALA, C. A.

INICIACION HISTORICA DE LA VERSION

Los antiguos no nos dejaron ninguna descripción del parto normal probablemente por la falta de ingerencia del hombre en el arte de los partos, los cuales eran atendidos únicamente por mujeres; el hombre no llegó a figurar en obstetricia sino cuando la partera no podía resolver los casos difíciles, permitiéndole hasta entonces su intromisión en aquel arte del cual ella tenía el completo monopolio.

Los primeros escritos sobre obstetricia aparecen desde los tiempos de Hipócrates (siendo muy anteriores a la época de Aristóteles "Príncipe de los Filósofos"), cuyas descripciones son los primeros conocimientos históricos que poseemos.

Fueron los Médicos griegos quienes nos dejaron una exacta manera de conducirse en presencia de una mala presentación: si un brazo o una pierna se prolapsaba procuraban volverlo a su sitio con el objeto de que una vez rotado el cuerpo del feto se presentara por la cabeza. Colocaban a la paciente en decúbito supino, con los pies de la cama levantados y con algún objeto debajo de las nalgas, no permitiendo por ningún motivo la almohada bajo de la cabeza; una vez en esta posición el partero procedía reduciendo la parte que se presentaba y traía la cabeza hacia abajo.

Buck, en su libro "Growth of Medicine", refiere que la versión podálica fue conocida por los antiguos y descrita por Celso y Aecio.

Aulo Cornelio Celso, célebre Médico romano que vivió en el siglo I de la Era Cristiana, apellidado el Hipócrates Latino y el Cicerón de la Medicina, verificó la versión podálica y cefálica en fetos muertos, y en su libro la "Medicinae" (que se considera como la obra más preciosa de este género que nos han legado los romanos), describió un capítulo titulado "Método de extracción del feto muerto, de la matriz".

Aecio, médico griego que estudió en Alejandría, una de las escuelas más famosas de aquel tiempo, y que vivió a fines del siglo IV o a principios del siglo VI, famoso Médico del Emperador Juliano, escribió una obra en cuatro tomos

"Tetra-biblios", y nos refiere que Philumenus descubrió el método de girar el feto extrayéndolo por los pies en toda presentación anormal.

Ingerslev atribuye a Aecio y más justamente a Philumenus, el haber sido EL PRIMERO EN ACONSEJAR LA VERSION PODALICA EN EL CASO DE PRESENTACION CEFALICA. Dice Philumenus: que debería intentarse la versión y extracción por los pies antes de ocurrir a la embriotomía en la presentación de cabeza.

Aecio fué el último autor que mencionó de manera franca la versión podálica, desapareciendo con él, el conocimiento de dicha operación obstétrica durante mil años, hasta que Ambrosio Paré, llamó de nuevo la atención sobre ella.

Stewart Mc. Kaye, comentando los escritos de Aecio, dice que la mayor parte del capítulo XXII "Parisendi Difficultatis Causae", fué tomado de la obra de partos y ginecología de Soranus Ephesus escrita en el siglo II antes de Jesucristo, y en la cual da consejos sobre el mejor procedimiento en el caso de un parto anormal, siendo entre los antiguos quien nos legó la mejor descripción sobre partos anormales. Para que el lector juzgue la gran habilidad y amplia experiencia de Soranus, transcribimos los siguientes párrafos: "Una posición anormal del feto puede ser corregida por el Médico, cuando la cabeza del niño está colocada hacia un lado; el Médico puede introducir su mano izquierda (bien lubricada con aceite), teniendo las uñas cortadas para no hacer daño, juntos los dedos en forma de cono, introduce la punta de este cono en la matriz, y a medida que el cuello uterino se dilata, introduce su mano para girar al feto; la paciente debe colocarse del lado opuesto al que se presenta la cabeza, es decir, si el niño está a la izquierda, la madre debe colocarse sobre su lado derecho; si el niño está en el lado derecho, la madre debe colocarse sobre su lado izquierdo, debiendo la madre en ambos casos inclinar su espalda hacia atrás; cuando el niño está demasiado alto, debe comprimirse el abdomen hacia abajo; si está en posición de rodillas, debe comprimirse contra el sacro, si la cabeza encaja desviada, se empuja hacia arriba para girarla a su propia posición.

"Cuando una mano se presenta, no debe ser cogida y tirada, el Médico con la punta de los dedos debe empujar el hombro del feto para regresarlo, con el objeto de que el brazo tome su correcta posición; si se presentan ambas manos el Médico, con la punta de sus dedos debe empujar hacia

adentro ambos hombros del niño forzándolo hacia arriba y colocando sus brazos extendidos a lo largo de los muslos, después de lo cual la cabeza puede extraerse suavemente".

"Si hay una presentación de rodillas, el niño debe empujarse hacia adentro y poniendo los muslos rectos el feto es extraído por los pies; cuando las nalgas se presentan, el feto debe retrocederse, se extienden los muslos, se colocan las manos sobre ellos y se efectúa la extracción por los pies. En una presentación transversa (abdominal o dorsal) el Médico introduce su mano por uno de los lados del niño y lo gira suavemente. La presentación de cabeza es siempre la mejor, porque las partes más anchas del feto salen primero, y las manos del niño no se doblan hacia atrás".

"Cuando el niño está doblado (convexo), con las cuatro extremidades paralelas, su cuerpo debe extenderse de tal manera que los muslos sean forzados hacia afuera. Si la presentación polar es asimétrica el niño debe girarse haciendo que la convexidad sea vuelta hacia el fondo uterino y debe ser extendido como se dijo anteriormente."

"Si se presentase más de un feto, ambos deben forzarse hacia dentro del útero y extraerlos separadamente sin brusquedad y con mano juiciosa para evitar los daños que se puedan ocasionar a ambas partes, teniendo la mano continuamente aceitada para evitar los dolores de la madre; CON TAL CUIDADO MUCHOS NIÑOS HAN SIDO SALVADOS." Esta última frase nos demuestra que Soranus empleaba la versión podálica con niños vivos.

Jacobo Rueff, en su obra publicada en Zurich en 1544, es el primero que habla de la versión por maniobras combinadas internas y externas en caso de presentación cefálica.

Eucharius Roeslin, en su libro "Rosengartem", tuvo el mérito de dar mayor importancia que sus antecesores a la extracción por los pies, limitando por consiguiente la versión cefálica, no obstante que la recomendaba siempre que fuera posible.

Quien verdaderamente resucitó la versión podálica e instruyó al mundo sobre sus posibilidades fué el gran AMBROSIO PARE. En su publicación en el año de 1550 titulada "BRIEFVE COLLECTION DE L'ADMINISTRATION ANATOMIQUE", nos da instrucciones detalladas sobre la manera de extraer al niño del vientre de la madre, estando muerto o vivo. Dice el padre de la Cirugía francesa (A. Paré): Supongamos que la posición del niño no esté de acuer-

do con la naturaleza (v. g.): La cabeza presentándose en la pelvis por la frente; para efectuar el parto en estas condiciones, empújese muy suavemente la parte que se presenta y búsquese los pies trayéndolos después hacia la pelvis, al hacer esto, el niño gira fácilmente; al estar los pies cerca de la pelvis, uno de ellos es traído hacia afuera de la vulva atándole un listón en el tobillo (tal como el que las mujeres usan para sus cabellos), dicho pie atado de esta manera se introduce dentro del útero y se va en busca del otro pie y al encontrarlo tráigase hacia abajo y tírese del listón atado al primer pie. Debe tenerse mucho cuidado, cuando hubiese dos niños, en traer hacia abajo las piernas de cada niño respectivamente pues de otra manera el trabajo es en vano y no salen, produciéndose la muerte de la madre y de los niños, si todavía están vivos.

Para poder distinguir una pierna de la otra, es por lo que se ata un pie después de haberlo extraído, se le introduce de nuevo para desobstruir la vía que suele impedir al operador meter su mano dentro del útero para buscar el miembro compañero; pero una vez que la pierna esté amarrada y reemplazada el Cirujano puede seguir a lo largo del listón del pie atado y subir hacia arriba de la pierna y del muslo hasta el pliegue inguinal para buscar el otro muslo y pierna, la cual está a menudo detrás de la espalda o cerca del cuello; una vez encontrado este miembro, se extrae y después se tira del listón, trayendo así ambos pies juntos. Cuando los pies han ya nacido se cogen los tobillos muy cuidadosamente para extraer el cuerpo del niño poco a poco, evitando la compresión sobre el abdomen de la madre la que debe pujar a intervalos cerrando la nariz y la boca, y haciendo fuerza hacia abajo tanto como le sea posible; el niño, una vez afuera, el alumbramiento se hace artificialmente. Obsérvese, sin embargo, que cuando el Cirujano extrae al niño por los pies y los ha llevado hasta el pliegue inguinal, es necesario emplear mucho cuidado para la extracción de la parte restante del cuerpo, pues mientras uno de los brazos puede extenderse a un lado del pecho el otro irse hacia arriba al lado del cuello o sobre la cabeza, o también que al ser contrariada la naturaleza por el tamaño grande del niño, el cuello de la matriz pueda contraerse rápidamente y no dar paso hacia la pelvis a la cabeza, la que se queda en el interior aunque se jale con mucha fuerza con ganchos bajo la barba, en la boca u órbitas oculares. Pero si, como aconte-

ce algunas veces, ambos brazos del niño están sobre la cabeza y hay parte del niño fuera de los genitales, no hay que intentar extraer los brazos por sí mismos con la cabeza doblada entre los hombros, porque esto causará una seria laceración de la madre y también del niño, si aún vive.

"Yo he sido llamado algunas veces para completar un parto con niño muerto en casos donde las pretendidas sages-femmes, han tratado de extraer la cabeza, tirando de uno de los brazos, causando la gangrena de dicho miembro y consiguiendo la muerte del niño; el brazo, estando en tal condición, que ha sido imposible reemplazarlo en el útero estando las partes maternas y el brazo sumamente hinchados, no habiendo otro remedio que amputar el brazo."

Jacques Guillimeau, discípulo de Paré, mejoró y amplificó la técnica de su maestro dando la siguiente: "Yo pienso que el mejor y más seguro camino cuando el niño se presenta por uno o ambos pies, es extraerlo por los pies y no darle vuelta, levantando éstos hacia arriba para traer hacia abajo la cabeza. Aunque venga con uno o ambos pies por delante, el mayor cuidado debe ser conocer la situación del cuerpo del niño en la matriz; ya sea que la cara y vientre del niño estén vueltos hacia la espalda de la madre y sus hombros, espaldas y nalgas hacia el ombligo; ya sea que sus brazos sean separados de sus muslos y flancos, lo cual debe ser cuidadosamente observado en todo parto que sea contrario a la naturaleza, especialmente en aquellos en que el niño será extraído por los pies; porque cuando se extrae el niño de la matriz con las nalgas, espalda y partes posteriores de la cabeza vueltas hacia la espalda de la madre y su cara vuelta hacia el ombligo y vientre de la madre, entonces sin duda los pies, nalgas y hombros del niño serán extraídos pero cuando la cabeza llegue a los huesos del pubis será retenida, la cual siendo así cogida hará muy difícil, si no imposible, la extracción del niño, y si se tira violentamente puede acontecer que se rompa el cuello del niño, especialmente si es muy corpulento o su cabeza muy grande; por tanto, cuando usted lo haya extraído por los pies hasta que se llegue a las nalgas y al pecho antes de jalarlo, más, se debe conocer diligentemente la posición del cuerpo para saber si el vientre pecho y cara están vueltos hacia arriba o no, pues si el niño estuviese así colocado antes de jalarlo más, usted debe darle vuelta de arriba abajo, haciendo prehensión en las caderas y nalgas con ambas manos, girando todo el cuerpo del niño muy su-

vemente, para colocar el vientre, pecho y cara hacia abajo; una vez hecho esto, usted lo extraerá con facilidad sin peligro de trabarse. A juzgar por los escritos de Guillemeau, fué el primer obstétrico que aconseja la versión podálica en casos de placenta previa.

Luisa Bourgeois, partera de María de Médicis y que recibió a Luis XIII y a muchos otros niños reales, fue la esposa de Martin Bursier (Cirujano barbero), y discípula de Paré durante veinte años, en los cuales tuvo la oportunidad de hacer un verdadero aprendizaje obstétrico, lo que se evidencia por sus libros de texto que nos legó más que por la merecida distinción de que fue objeto. En su primer libro publicado en 1609, dice sobre las presentaciones: la más difícil es cuando el ombligo se presenta, especialmente si el niño es muy grande, porque entonces la partera no tiene espacio ni para introducir su mano y verificar la versión; debe entonces reducirse el cordón prolapsado aunque la bolsa de las aguas se haya roto antes, pues si el prolapso del cordón continúa, hay muchas probabilidades de que el niño muera, porque su único medio de respiración será interrumpido; así pues, cuando la partera tenga qué vérselas con un cordón prolapsado debe reemplazarlo inmediatamente colocando a la paciente en posición obstétrica y buscar los pies con intención de hacer la versión podálica. DURANTE UNA CONTRACCION UTERINA. Luisa Bourgeois verificaba la versión podálica en todos los casos de mala presentación. En la presentación de hombro con prociencia de brazo, lo primero que hacía era lavarlo con agua fría, con el objeto de que el niño lo retirara voluntariamente; cuando este recurso fracasaba, introducía el brazo, buscaba los pies y procuraba hacer la extracción durante una contracción uterina. No era partidaria de esperar el parto espontáneo en las presentaciones de nalgas, sino que lo terminaba haciendo la extracción por los pies. Ella influenció grandemente durante su vida y después a las parteras de Francia, generalizando de esta manera la versión podálica.

Otro partero notable del siglo XVII fué Francisco Mauriceau, que escribió el libro titulado "TRAITE DES MALADIES DES FEMMES GROSSES", publicado en París en 1663 y en el cual trató la versión de una manera completa. Después de haber dado una explicación sumaria sobre las maneras que admitía Hipócrates como los únicos tres modos en que puede nacer un niño: Primero, de cabeza, el único natu-

ral. Segundo, de pies; y Tercero, de lado o atravesado, siendo estos dos últimos modos contrarios a la naturaleza; después entra a describir cómo debe ser el partero, el cual "debe ser saludable, fuerte y robusto, porque sus operaciones son de las más laboriosas de la Cirugía, que hacen algunas veces sudar hasta no dejar seco ni un sólo hilo de la ropa aunque sea el día más frío de invierno, debe ser bien conformado por lo menos en su apariencia exterior, debiendo tener sobre todo manos muy pequeñas, para poderlas introducir más fácilmente dentro de la matriz cuando sea necesario, pero deben ser fuertes con los dedos largos, especialmente el índice, el mejor para alcanzar y tocar el orificio interno. Sus uñas deben estar bien recortadas para evitar lastimar la matriz, y no debe tener anillos en sus dedos. Su presencia debe ser agradable, y ser tan limpio en sus vestidos como en su persona, para que la pobre mujer que tiene necesidad de él no le tenga miedo; aunque algunos otros opinan que el partero debe ser todo lo contrario, sucio, o por lo menos descuidado de su persona, debiendo usar una gran barba para evitar despertar los celos del marido. Creyendo que esta manera de presentarse aumenta su clientela, idea que debería ser desechada porque tal apostura y vestido le harían parecer más bien un carnicero que un Cirujano al cual de por sí la mujer le teme sin necesidad de este disfraz; sobre todo debe ser muy sobrio y no un borracho para que en cualquier momento que se le necesite esté en sus cinco sentidos". Mauriceau no era partidario del listón tan entusiastamente recomendado por Paré, considerándolo innecesario, pues cuando uno ha tomado ya un pie el otro no está lejos (no siempre, nos dice Hugh Chamberlen). Cuando el niño se presenta por ambas manos y pies tan juntos que parecen un sólo órgano, Mauriceau aconseja introducir la mano dentro del útero, ir directamente al pecho del niño que se encuentra muy cerca, para empujarlo al fondo del útero (innecesario, dice Chamberlen), dejando los pies en el lugar que tenían antes, haciendo la extracción por los pies muy fácilmente. LA REGLA DE MAURICEAU PARA TODO PARTO NO NATURAL, ERA LA VERSION.

Su opinión sobre la versión cefálica es sucintamente la siguiente: "Aquellos autores que han escrito sobre partos pero que jamás los han practicado (como ha acontecido a muchos Médicos), fijan para todos los casos el mismo precepto a menudo reiterado esto es, reducir todas las malas presen-

taciones a una posición natural, es decir, girar al feto para que pueda venir la cabeza primero; pero si ellos hubiesen tenido la más mínima experiencia, sabrían que esto es a menudo imposible aunque se hiciesen excesos de violencia necesarios para efectuarla llegarían a destruir a la madre y al niño en la operación; UN FIAT es en estos casos a menudo dicho y ordenado pero no es tan fácilmente ejecutado como se pronuncia. Por mi parte, yo soy de opinión claramente contraria a ellos (Chamberlen era del mismo parecer), y todos aquellos que son hábiles en el arte estarán de acuerdo conmigo en esto, es decir (siempre que el niño venga mal en cualquiera postura desde los hombros a los pies), que el mejor y más rápido camino es traer al niño por los pies buscándolos si no se presentan solos más bien que tratar de ponerlo en la posición natural para colocar la cabeza primero, pues los más grandes esfuerzos son casi siempre necesarios para girar al feto en la matriz (algo más difícil que darle vuelta a un pancake en una cazueleja), lo que debilita a ambos, madre y niño, de tal manera que no les quedan fuerzas suficientes para que la naturaleza complete la operación, siendo muy frecuente que la mujer no tenga ya ni alientos ni dolores apropiados para el trabajo, después que ha sido de tal manera maltratada; por esta causa, el parto sería muy molesto y difícil y el niño que está ya muy débil, perecería con seguridad en el camino, sin tener probabilidades de vida; por el contrario, es mucho mejor sacarlo inmediatamente por los pies buscándolos, como ya lo he indicado, cuando no se presentaban solos.

Paul Portal en su libro "La Practique des Accouchements", aconseja la versión podálica como el procedimiento más seguro en todos los casos difíciles, asegurando que tan pronto como los pies sean traídos hacia afuera, el parto puede BAUTIZAR AL NIÑO INMEDIATAMENTE CON AGUA BENDITA, lo cual una vez hecho, procédase de la mejor manera para terminar el parto. Referimos el caso siguiente de Portal, para juzgar su método: "Observación 68. Junio 17 de 1678. Habiendo sido llamado a las diez de la mañana para asistir a una mujer en casa de un ebanista en la calle de Berris au Marais, encontré el brazo del niño completamente fuera hasta el hombro, la partera había tratado de retrocederlo sin ningún resultado, estaba muy hinchado como consecuencia de su larga permanencia en la vía y puede ser por las manipulaciones violentas de la partera, dicho

brazo estaba además constreñido fuertemente por el orificio interno de la matriz, hice todo lo que me fué posible para reducirlo sin haberlo logrado; conduje entonces mi mano a lo largo del miembro, esforzándome para dilatar con mis dedos el orificio interno con el objeto de abrirme paso hacia el interior, colocando algunas veces mi mano izquierda sobre el vientre de la madre para mantenerlo fijo hacia abajo; cuando estuve dentro de la matriz, pude distinguir claramente todas las partes del niño, primero el cuello, después la cabeza recostada hacia el asiento de la madre y guiando mi mano a lo largo del cuerpo del niño lo encontré doblado con el vientre hacia el fondo de la matriz, las rodillas dobladas y los pies debajo de la cabeza, teniendo el brazo izquierdo cruzando las piernas, si yo hubiese podido hacer prehensión de la rodilla habría podido extraer al niño, pero pensé que era más seguro ir más lejos sobre el muslo, el cual no se encuentra muy envuelto en las membranas de los anexos, no pudiéndolo sacar, sin embargo, sin alguna molestia, por dos principales obstáculos: 1o. La cabeza colocada a través del orificio de la matriz, lo que me obligó a removerla para preparar una vía más libre a los pies; el 2o. fué el brazo, que también obstruía la vía; pero sucedió desafortunadamente que mi mano fué presa de un entumecimiento y no podía retener el pie, ocasionándome una ligera molestia porque, aunque mi mano pronto se reponía el pie retrocedía otra vez al lugar de donde lo había traído antes entre la cabeza y el cuello del niño, completamente detrás del hombro teniendo mucha dificultad para volverlo a traer (sin peligro para el niño), al orificio interno de la matriz, además era tan resbaloso como una ánguila, deslizándose muchas veces de los dedos, hasta que tuve que envolverlo en un trapo de lino, jalándolo hacia mí con todas mis fuerzas. Oí algunos crujidos de los miembros del niño me hicieron temer que los hubiese fracturado; pero esto era inevitable. Tuve necesidad de emplear todas mis fuerzas para extraerlo porque la madre estaba en evidente peligro de perderse, lo que debía yo evitar por todos los medios posibles especialmente después que el niño hubiese sido bautizado. Mientras yo trabajaba con todas mis fuerzas jalando al niño, la madre me ayudaba tan eficazmente que el muslo de la pierna que yo tenía en mi mano salió de una vez hasta la nalga, ascendiendo el brazo en la matriz; entonces introduje mis dedos dentro de la matriz para cerciorarme cómo estaba colocado

el otro miembro; encontrándolo sobre el vientre lo extraje sin dificultad. Debo confesar que tales partos requieren un tanto de resolución que no debe ser tomada con precipitación sino solamente cuando la madre y el niño estén en peligro de perderse..... habiendo extraído ambas piernas jalé el cuerpo del niño hasta los hombros (con increíbles dolores), la cabeza salió al fin..... el niño nació vivo y apareció con color natural, no obstante la maltratada que había sufrido durante el parto..... la mujer hizo bien su puerperio, a pesar de haber pasado ya de los cuarenta años de edad."

Piérre Dionis, Cirujano francés, de nota del siglo XVII, dice: "En los partos difíciles, la naturaleza hace gran parte; pero en los no naturales nada puede esperarse de ella siendo el cirujano el único que debe hacer el trabajo y el cual tiene la vida de la madre y del niño en sus manos y la oportunidad de demostrar su habilidad y destreza girando al niño en la matriz y trayéndolo al mundo donde sin su asistencia jamás habría visto la luz. Para operar, la enferma será colocada a través de la cama, con los pies colgando."

Desgraciadamente, Dionis, en medio de sus importantes innovaciones, nos da el triste espectáculo de sus ataques satíricos a Mauriceau, quien por muchos títulos es acreedor al respeto y consideración de los modernos obstétricos. Muy mal parada queda la moral profesional de Piérre Dionis al enseñarse injustamente contra el maestro, pretendiendo quizá encontrar por medio de sus denigrantes ataques un campo propicio para la exaltación de sus propios méritos muy a pesar de los cuales no pudo sustraerse a la necesidad de reconocer en la versión podálica un recurso supremo en los casos de placenta previa y eclampsia.

Quede constancia que si he censurado en el párrafo anterior la actitud de Dionis frente a la personalidad de Mauriceau, no es porque sea yo de los que atacan sistemáticamente al "Magister Dixit", ni tampoco de los que crea que en materia científica se deben aceptar a ojos cerrados las conclusiones de los que nos han precedido en la investigación de los fenómenos que estudiamos, pero sí considero que no hay derecho alguno para que cualquiera zahiera con suspicacias y frivolidades la memoria de los que han enriquecido la ciencia con el valioso concurso de sus conocimientos adquiridos a través de largos años de estudio y de práctica.

Sire de la Motte, obstétrico francés, que publicó un interesante tratado de partos impreso en el año de 1729, habla

en su libro 2o. y 3o. sobre los partos no naturales, SIENDO ESTA LA PRIMERA VEZ QUE LA VERSION PODALICA ES RECOMENDADA PARA LAS PRESENTACIONES DE CABEZA; considerando además que CUANDO LOS DOLORES SON DEBILES Y LA CABEZA MUY GRANDE, LA EXTRACCION POR LOS PIES OFRECERIA MUCHAS VENTAJAS. Su manera de extraer la cabeza al final de la versión consistía en colocar su mano plana bajo la barba, introduciendo su índice en la boca del niño después de lo cual tiraba hacia abajo con esta mano y empujaba por fuera con la otra alternativamente hasta que la cabeza se desprendía.

Hendrik van Deventer, anatómico alemán, que escribió un tratado titulado "Novum Lúmen", ilustrado con figuras que demuestran sus conocimientos anatómicos bastante precisos, sobre todo en la relación que guarda el feto con respecto a las partes maternas; extrañándose de las dilaciones de la partera cuando el niño se presenta por los pies pudiéndolo jalar con suficiente destreza. Deventer era de opinión que las malas presentaciones se debían a la mala posición del útero.

Edmund Chapman, escribió en 1733 un modesto "ENSAYO SOBRE LOS ADELANTOS EN OBSTETRICIA". Cuando escribió su libro, el secreto del forceps había sido vendido y hecho público; sin embargo, cuando la cabeza estaba alta, prefería la versión al uso de ningún instrumento, lo mismo que en la presentación de cara, considerando ventajoso extraer al niño por los pies y no dejar el trabajo encomendado a la naturaleza.

Sir Fielding Ould, partero de Dublin, que escribió el "Treatise of Midwifery", en 1742, empleaba la versión podálica como un recurso en los casos de presentación transversa o de nalgas. "Los casos más difíciles y peligrosos son aquellos en que el niño se presenta de pecho o de vientre hacia el orificio, siendo en estos casos más difícil extraer al niño por los pies que en ninguna otra presentación, lo que explica por qué los autores aconsejan traer la cabeza a su propia posición y dejar el resto a la naturaleza; pero si el lector considera cuánto sufre la desgraciada paciente, y cómo sus fuerzas se agotan cuando llega el momento de este triste período, estoy seguro que no la dejará por más tiempo en tal tortura trayendo al niño por los pies con la conveniente velocidad que le permita la extracción, no obstante la dicha dificultad."

Ould aconseja como la posición más conveniente para la paciente en todas las operaciones donde el niño debe girarse en la matriz, colocarla de rodillas en una cama a buena distancia del operador, reposando su cabeza en las piernas de una mujer que debe estar sentada en un banquito colocado sobre la cama con este objeto; después de administrar a la paciente un licor cordial como agua de canela, etc., y colocada sobre sus rodillas como antes se ha dicho, el partero debe introducir dentro de la matriz la mano derecha bien engrasada con aceite o crema fresca, deslizándola a lo largo del vientre del niño, fíjese dos dedos bajo los huesos del pubis (del niño), y entonces jale su mano hacia usted, lo que dará un movimiento rotatorio a todo el niño y traerá las piernas más cerca del orificio; cuando usted lo haya traído tan cerca que estén al alcance las rodillas, haga prehensión de ellos, jalándolos con cuidado cuando hayan llegado al orificio interno, el cuerpo los seguirá; siempre procurando traer el cuerpo con la espalda cerca de los huesos del pubis de la madre.

OULD, TUVO EL MERITO DE HABER SIDO EL PRIMERO QUE DIO LA DESCRIPCION CIENTIFICA DEL MECANISMO DEL PARTO, siendo completados estos conocimientos obstétricos posteriormente, por el Cirujano francés Luis Baudelocque.

Baudelocque fue gran entusiasta e inteligente aplicador de forceps, aunque sus ideas y técnica de la versión son también tratadas por él expresamente.

No comprendía la utilidad de aquellas posiciones inconvenientes que aconsejaban los parteros, como colocar a la paciente sobre los codos, de rodillas, etc. Aconsejaba que la mujer se colocara tan horizontal como fuera posible, con las nalgas al borde de la cama, de tal manera que el cóxis y el periné quedaran libres los muslos y las piernas medio extendidas, descansando sobre dos sillas o soportadas por dos asistentes. Su Santo y Señá era MODERACION. "El operador deberá proceder siempre sereno y aparecer tranquilo aún en los casos más desesperados para no aumentar los temores de la enferma a quien el más insignificante movimiento o gesto, son como otras tantas bocas que parecen anunciarle su destrucción." "Un caballero en presencia del otro sexo, debe conducirse como tal; no importa lo que acontezca." "Si fuese necesario descubrirse los brazos para hacer girar el niño es propio no descubrirse más que la parte que penetra den-

tro del UTERO." "Algunos prácticos tienen el hábito de ponerse un delantal, desnudar sus brazos y aún ponerse mangas falsas, etc., pero estas precauciones, muchas de ellas inútiles siempre alarman a la mujer, aterrorizándola de tal manera que es arrojada a un estado de ansiedad y desorden difícil de calmar."

Debemos actuar con mucha calma y circunspección en la dilatación del cuello del útero, cuando este continúa rígido y no es muy blando." "Cuando la mano se ha abierto camino hacia el útero, nos vemos amenudo obligados a retirarla muchas veces antes que pueda alcanzar los pies del niño, especialmente si no procedemos con método durante todo el tiempo que tenemos metido el brazo y estamos girando al niño; la otra mano debe ser aplicada externamente sobre el fondo del útero para fijarlo o cambiar su dirección ocasionalmente y hacer ciertas presiones en ciertas circunstancias difíciles de determinar, lo mismo que para percibir cómo estamos actuando, lo que es a menudo necesario."

"Debe informarse a los parientes de la enferma sobre las dificultades y peligros, si alguno existe, con el objeto de evitar las inculpaciones que ellos crean tener derecho de arrostrarnos en caso de un accidente desagradable; cuando haya alguna razón para temer sobre la vida del niño, estamos obligados a bautizar la primera parte que aparezca, siendo algunas veces necesario en los casos laboriosos LLEVAR EL AGUA BENDITA A LA CABEZA DEL NIÑO POR MEDIO DE UNA JERINGA, ANTES DE INTENTAR EXTRAERLO."

Fué en el siglo XVIII y sobre todo entre las clases elevadas, que rápidamente pasó la práctica de los partos de manos de las mujeres a las de los Cirujanos mejor instruidos, sin embargo, las parteras no abandonaron el campo sin lucha, como lo atestigua el Magnum Opus, de Mrs. Elizabeth Nihell, un tratado que más se ocupaba de desacreditar a los parteros, que de obstetricia, esforzándose con todo empeño en demostrar la superioridad de las manos hábiles sobre cualquier instrumento asesino. Parece ser que ella no empleaba la versión podálica, pues nos refiere que muchos niños extraídos por los pies habían sido descabezados por vigorosos tirones, accidentes que ocurren naturalmente a los (HOMBRES) parteros. Los ataques de la Nihell eran dirigidos especialmente al gran William Smellie, a quien llamaba INSTRUMENTISTA y quien escribió un libro intitulado

28

"Treatise on the Teory and Practique of Midwifery", obra de mucho mérito que se editó varias veces y en la cual da una gran importancia a la extracción por el forceps. Su método cefálico se basaba sobre MEDIDAS PELVIMETRICAS, siendo EL PRIMER OBSTETRICO QUE LAS EMPLEO. "En todos los casos de presentación de nalgas la práctica más segura es siempre empujar al niño y traer las piernas hacia abajo siempre que el OS UTERI sea suficientemente dilatado y las aguas completamente drenadas"; pero si descubría una mala presentación antes de la salida de las aguas, se esforzaba por verificar la versión cefálica.

El tratado del Doctor Smellie era de una seriedad tan solemne como es de actualidad cualquier emanación del Johns Hopkins o de la Clínica Mayo. Instrumentista o no, lo cierto es que Smellie tenía una gran habilidad operatoria y mucho sentido común en el tratamiento de las malas presentaciones, siendo su habilidad mucho mayor que la de todos sus predecesores.

La versión decayó mucho a fines del siglo XVIII debido a la influencia del forceps obstétrico, habiéndose extendido el uso de dicho instrumento tanto, que se consideraba como la medida de un partero cuando lo empleaba correctamente.

William Hunter, discípulo de Smellie, a quien sucedió en posición como maestro de los obstétricos ingleses (según el decir de Garrison), no empleaba el forceps. "Algunas veces exhibía su propio instrumento cubierto de moho para evidenciar el hecho que jamás lo usaba". Es cierto que W. Hunter poseía un par de manos muy pequeñas y muy bien formadas y por el contrario, según nos cuenta Aveling (al decir del Doctor W. Douglas), Smellie poseía manos huesosas y grandes, propias para sujetar caballos o cabalgar en la Avenida de Camburne; por consiguiente, Hunter estaba mejor dotado por la naturaleza para practicar una versión por difícil que fuera con habilidad y seguridad. La gran maestría de Hunter se debía en gran parte a sus amplios conocimientos anatómicos, como lo prueba su libro "ATLAS OF THE GRAVID UTERUS".

LA VERSION EN EL SIGLO XIX

A principios del siglo XIX la obstetricia estaba ya de lleno en manos de los hombres, quedando las parteras relegadas a un segundo plano, por lo menos entre las gentes de la alta sociedad, así se ve que a ellas se les iba reduciendo su

29

enseñanza como podemos juzgarlo por la aparición de manuales dedicados a instruir a las parteras; en 1771 Raulin escribió INSTRUCTIONS SUCCINTES SUR LES ACCOUCHEMENTS EN FAVEUR DES SAGESFEMMES DES PROVINCES.

El Doctor John Roberton Esq., Cirujano del Hospital de Maternidad de Manchester, había observado que era mucho más fácil ejecutar la versión cuando las contracciones uterinas eran débiles o ausentes proponiendo para evitar estas contracciones SANGRAR A LA PACIENTE HASTA CIERTO GRADO DE AGOTAMIENTO, administrándole en seguida 50 a 60 gotas de láudano; siendo verdadera lástima que no nos haya dado ninguna estadística sobre la mortalidad fetal y materna de este régimen. En 1839, Fleetwood Churchill publicó una serie de artículos sobre la versión dando una completa monografía a este respecto; siendo el primer Cirujano que recomienda al operador el USO DEL JABON, dato tanto más interesante puesto que Semmelweis era entonces un estudiante de Medicina y Lister un niño de once años.

Wiegand, escribió sobre las maniobras externas en las malas posiciones del feto, llegando con su gran experiencia a pensar que la dicha presentación transversa era más bien oblicua y que por consiguiente uno de los polos estaba más cerca del orificio uterino y que por presiones externas el polo más cercano podía llevarse hacia abajo y como encontraba con más frecuencia más cercana la cabeza hacía más a menudo la versión cefálica. Parece que Wiegand no introducía completamente la mano dentro del útero, porque temía las INFLAMACIONES uterinas tan frecuentemente señaladas por sus predecesores como una consecuencia de la versión; limitándose a girar con su mano solamente la parte que se presentaba. Algunas veces se ayudaba para sus versiones externas, cambiando de posición a la parturienta, poniéndola de uno y otro lado para aprovechar la gravitación, siendo esto muy molesto para la paciente, según su propia confesión. Wiegand todavía se aprovechaba de la acción de las contracciones uterinas y cuando había logrado colocar al feto en posición conveniente si no existía ninguna indicación inmediata (lo que acontecía raras veces), se sentaba y esperaba, siguiendo el precepto de los parteros antiguos.

A las enseñanzas de los siglos XVII y XVIII no les dio ninguna importancia, en general si la versión podálica era

posible se hacía, y en el caso contrario se hacía la craneotomía o cualquier otro procedimiento mutilante, siendo estos los procedimientos considerados como los únicos indicados; aunque debido a la destreza del manejo del forceps se logró salvar muchas vidas inocentes.

El 19 de Enero de 1847, principió una nueva era en obstetricia como consecuencia del descubrimiento de la anestesia por el éter, hecho por Morton tres meses antes. El profesor Simpson ensayó los efectos de la inhalación del éter en un caso de los más dolorosos y difíciles siendo la paciente coja y deforme, por una enfermedad de la articulación de la cadera que databa desde su infancia, el promontorio se proyectaba hacia adelante hasta disminuir a dos y media pulgadas el diámetro conjugado de la pelvis; en su primer parto después de haber esperado tres días de trabajo, dos excelentes parteros le habían aplicado un forceps largo durante dos horas, sin resultado, decidiendo por fin perforar el cráneo y vaciarlo y aún así después de haberlo disminuído grandemente necesitaron de una hora para extraerlo, haciendo fuertes tracciones con el gancho. A esta enferma se le había recomendado con insistencia que en su próximo embarazo le provocaran el parto prematuro, pero ella se olvidó de comunicárselo a tiempo a su Médico, Mr. Figg, habiéndoselo dicho cerca del noveno mes, por lo que éste consideró muy tarde para intervenir en la presente ocasión (2o. parto) se presentaba el cordón umbilical juntamente con la cabeza colocada en el estrecho sin que progresara lo más mínimo durante varias horas, el profesor Simpson, basado en sus resultados obtenidos en algunos casos semejantes, resolvió evitar en lo que fuera posible el uso del instrumento y pensó extraer al niño por los pies, lo que efectuó cogiéndolo fácilmente por una rodilla, pero después que el cuerpo y las extremidades habían nacido, fué necesario emplear mucha fuerza para extraer la cabeza, la que al fin pasó aplanada; el niño boqueó muchas veces después de nacer, pero no vivió. (La mujer fué anestesiada al éter antes de intentar la versión.) Aunque el profesor Simpson no pudo salvar al niño, no perdió la oportunidad de dar a conocer los resultados de su intervención. Al día siguiente, mostraba el cuerpo del niño a la Sociedad Obstétrica de Edimburgo, informando a sus colegas que, según su criterio, la versión era una alternativa muy deseable entre la craneotomía y el forceps largo, cuando la cabeza era patológicamente retenida en el estrecho superior

y creía que presentaba varias ventajas sobre la embriolcía, dando al niño una oportunidad de vida y siendo más ventajosa para la madre porque se efectuaba más rápidamente, capacitándonos para extraer la cabeza de un niño a través de una pelvis imperfecta, la cabeza aplanándose lateralmente bajo la tracción, los lados del cráneo pueden comprimirse bien o aún engranarse sin necesidad de hacer grandes destrucciones del niño. En Noviembre del mismo año, Simpson cambió de anestésico, usando el cloroformo, y al siguiente año reportó el caso de una madre que había tenido tres partos anteriores con niño muerto por la embriolcía y forceps largo. En el principio del cuarto parto fué vista por Mr. Figg, y más tarde por su Médico de cabecera Doctor Peddie, quien aplicó tres pares de forceps diferentes sin resultado. Llamado en consulta el profesor Simpson observó por medio del estetoscopio que el corazón del niño se oía muy distintamente y propuso abandonar los instrumentos pidiendo autorización para extraer al niño por la versión, manifestándoles que la compresión y aún el engranamiento del cráneo daba desde luego más oportunidades de vida al niño que perforándole el cráneo y que había más seguridad para la madre; la paciente fue anestesiada al cloroformo más profundamente que cuando usaba el forceps con el objeto si era posible de parar las contracciones uterinas. Introdujo su mano dentro del útero, cogió la rodilla y giró fácilmente al niño; fué necesario hacer grandes tracciones para extraer la cabeza a través de la pelvis deformada; el niño nació en estado de muerte aparente, con el cráneo alargado por la compresión pero se logró que viviera por medio de los métodos usuales de resucitamiento, continuando bien, lo mismo que la madre, que se restableció rápidamente.

Simpson se volvió un ferviente defensor de la versión podálica bajo la anestesia al cloroformo, sustituyéndola a la craneotomía y salvando indudablemente muchas vidas.

No obstante la seria oposición que se le hizo al uso del cloroformo, se extendió rápidamente en Inglaterra, atribuyendo a su divulgación probablemente el hecho de haberse lo administrado a un personaje tan elevado, nada menos que a la Reina Victoria, en uno de sus numerosos partos.

Refiere Simpson que Mr. Figg quedó tan bien impresionado de la feliz terminación de aquel caso reportado, que consideraba como imperativo un veredicto en favor de la versión, llegando a sugestionarse tanto, que decía: que si un

parto podía efectuarse tan rápidamente, tan fácilmente y con tanta seguridad en aquellas formidables circunstancias, cómo sería de maravilloso en condiciones normales, y de acuerdo con esta manera de pensar comenzó a aplicar la VERSION PODALICA BAJO COMPLETA ANESTESIA CLOROFORMICA, siempre que la paciente o sus parientes se lo permitieran en los casos de parto difícil, ABANDONANDO EL USO DEL FORCEPS AUN EN LOS CASOS DE PRESENTACION DE VERTICE. Poco después, Figg creyó que LA AUSENCIA DE PELIGRO EN EL ACTO DE LA VERSION en tales casos, podría ser otro argumento EN FAVOR DE LA ADOPCION DE LA VERSION COMO REGLA GENERAL; derivándose como resultados la abreviación de los sufrimientos de la paciente, la economía de energía física y mental, la seguridad del niño y aún la limitación del tiempo empleado por el facultativo durante el parto. En 1858, Figg elaboró un trabajo que publicó en el "Medical Times and Gazette of London", en el que sentaba los argumentos en favor de su método, reportando muchos casos y exponiendo detalladamente su técnica; haciendo notar que el niño nacía, empleando su método, en el espacio de 2 a 5 minutos, y en algunos casos, en media hora. Confesaba con humildad que había roto cuatro brazos, si bien era cierto que en casos de pelvis muy estrechas, atribuyéndolo a la impropiedad de ejercer presión sobre la diáfisis del húmero en vez de haber hecho tracción en el eje; y daba el consejo que si uno llegase a cometer el mismo error, con el mismo resultado, no tuviera la candidez de decirlo a los familiares, sino inculpar al niño al golpearse el hombro contra la columna vertebral de la madre en sus activas cabriolas intra-uterinas. Esta candida confesión le valió una buena rechifla de los parteros conservadores británicos, a tal extremo, que uno de sus detractores se maravillaba de que el plomo que imprimió las páginas del MEDICAL TIMES AND GAZETTE, no se hubiese fundido entre los dedos del tipógrafo, tan calurosas eran las imprecaciones lanzadas contra el intrépido Mr. Figg.

Francis Ramsbothan escribió a Robert Lee, refiriéndose a Mr. Figg, que: "Jamás había imaginado que un hombre en sus cinco sentidos pudiese haber tenido el atrevimiento de recomendar que todos los casos naturales fuesen convertidos artificialmente en casos de presentación de pies, anunciando que esta intervención contra las leyes de la naturaleza era una regla establecida en su práctica; esta práctica defendi-

da por Mr. Figg parece ser tan malévola y peligrosa en sus tendencias, que considero que usted hará un gran servicio a la causa de la humanidad haciendo pública esta reprobación de la que usted debe estar igualmente convencido y lo mismo deben hacer todos los buenos jueces obstétricos". El Doctor Lee, por su parte, abrigaba la convicción de que Mr. Figg era loco, o no era de buena fe y estaba bromeando con la profesión, llegando hasta dudar de la existencia corporal del tal Mr. Figg, aunque la hubiera asegurado el mismo Simpson, considerando las doctrinas inculcadas en los periódicos como atroces. Hay que considerar que Lee y Ramsbothan estimaban el uso de la anestesia en el parto como contraria a las leyes de la naturaleza y que tendía a un estado anárquico al suprimir a la mujer todo su debido dolor y angustia.

El más grande ataque que sufrió Mr. Figg fue de aquel Doctor Peddie, quien, como recordará el lector, era el Médico de cabecera de la paciente en cuyo caso intervino tan felizmente el Doctor Simpson por medio de la versión, operación de la cual fueron testigos Mr. Figg y el Doctor Peddie, datando de aquel día el entusiasmo de Mr. Figg, naciéndole la idea de separarse de los preceptos aceptados por los obstétricos británicos.

Peddie consideraba que las opiniones publicadas por Figg eran de lo más peligrosas, tanto para la vida como para el descrédito de la profesión médica, estimándolas como subversivas a las leyes de la naturaleza, haciendo mucho incapie de la psiquiatría moderna de Mr. Figg al recomendar el uso de la sugestión en los casos donde el brazo del niño hubiese sufrido algún daño en el curso del parto, "qué consejo para los jóvenes, que después de haberlos instigado a practicar aquella desvergonzada intervención contra los procesos ordinarios de la naturaleza, los instruye para cubrir el daño perpetrado", no podía concebir nada más condenable que adoptar aquella actitud de completar el parto de esa manera solamente para disminuir el tiempo de permanencia al lado de la enferma y tampoco podía imaginar nada más monstruosamente injustificable para cualquier hombre por diestro que fuese, de hacer la más mínima manipulación en un útero vivo como si estuviera escudriñando en una bolsa de hule, finalmente consideraba que la proposición era una chocante inversión del plan de la naturaleza. Poca fue la suerte de Mr. Figg, recogiendo muy pocos aplausos contrarrestados por una lluvia de batacazos; uno de tantos

le pidió números y Figg respondió que en el año de 1858 asistió por término medio dos partos por semana, no teniendo más que una sola muerte durante todo el año y para eso porque se trataba de un segundo niño de una mujer de 45 años de edad, a los 14 años de viuda. Afirmaba que ningún niño que estaba vivo cuando principiaba la operación, nació muerto o murió con convulsiones a las pocas horas de haber nacido, como decían sus opositores. Mr. Figg no logró convencer a sus contemporáneos sobre el empleo de la versión como método de rutina en todos los casos; sin embargo, él sí continuó su plan original con respecto al empleo de la versión, llegando dos años más tarde a ser citado en los procedimientos de Obstetrical Society of Edinburg; nueve días antes había practicado una versión sin anestesia, sin que la paciente se diera por eso cuenta de que había sido sujeta a ninguna clase de operación y el corto tiempo empleado para su parto no fue un argumento para refutar el pago de sus honorarios usuales.

Robert Barnes publicó en el Lancet, de Londres, un largo artículo declarando que la craneotomía se había difundido con temerario exceso y que abrigaba la esperanza de disminuir, por lo menos este exceso, como una urgente necesidad, poniendo más atención en la aplicación de la versión. En este mismo año (1860), John Braxton-Hicks marcaba una nueva época en la historia de la obstetricia, introduciendo la versión podálica por maniobras combinadas internas y externas, siendo un eslabón intermediario entre los tiempos de Paré y su época, sin embargo, la prioridad de dicha maniobra no es exclusiva de Braxton-Hicks, pues en 1854 un americano, Marmaduke Burr Wright, había hecho publicaciones en las que hablaba de la versión combinada. Hicks al describir su técnica no hace referencia al Médico americano que parcialmente le había precedido, probablemente porque no había llegado hasta Inglaterra el nombre de Wright, y se consideraba endeudado hacia los Médicos alemanes por el conocimiento de tan importante hecho, que el niño podía ser girado en el útero desde afuera, y al americano Robert Lee por su método de los dos dedos, mostrándonos la posibilidad de girar al niño por medio de uno o dos dedos a través del orificio uterino. Hicks se esforzó en demostrar que la simultánea combinación de estos dos planes, cada uno actuando sobre extremos opuestos del feto, puede dar cierto grado de seguridad y celeridad que no se obtendría con cada uno por

separado; siendo el principal móvil de su maniobra, el temor que experimentaba de introducir su mano entera dentro del útero: introducía su mano izquierda dentro de la vagina hasta poder llevar el dedo entero dentro del cuello uterino, se daba cuenta de la posición y dirección de la cabeza, en seguida colocaba su mano derecha sobre el abdomen de la paciente hacia el fondo del útero, tratando de determinar la localización de las nalgas y presionándolas suavemente hacia el lado derecho y a medida que el feto gira, la mano lo sigue por una palpación muy suave o por una especie de deslizamiento sobre los tegumentos; mientras tanto, el dedo uterino empuja la cabeza en dirección opuesta para levantarla sobre el estrecho; cuando las nalgas han llegado casi al diámetro transversal del útero, la cabeza habrá dejado el estrecho y el hombro vendrá a ocuparlo, el que a su vez será desplazado de la misma manera que la cabeza y haciendo una pequeña presión en las nalgas desde fuera, la rodilla llega a tocar el dedo pudiendo ser enganchada en él y llevada hacia abajo; presiónese más sobre las nalgas y casi siempre el pie irá hacia la mano. Algunas veces será más fácil girar al niño pasando la mano externa debajo de la cabeza cuando se haya logrado levantarla del estrecho, empujándola hacia arriba desde afuera alternativamente con las presiones de las nalgas. Donde las ventajas de la mano externa son más evidentes es en los casos de transformación de la presentación transversa y sus variedades en presentación de cabeza: si por ejemplo se presentase el hombro, empújese éste con dos dedos en dirección de los pies y al mismo tiempo presiónese con la mano externa el extremo cefálico del niño trayendo abajo la cabeza cerca del orificio uterino, la que jugará como una bola dentro de las dos manos, moviéndola a su antojo y pudiendo ser colocada sobre el orificio uterino, teniendo cuidado de rectificar toda tendencia a la presentación de cara.

Aunque Sir James Simpson y Braxton-Hicks eran considerados como los más grandes obstétricos de su tiempo y no obstante ser grandes defensores de la versión, su prestigio e influencia no fueron suficientes para generalizar su empleo. En los Estados Unidos, después de serias discusiones entre los años 1875 y 1877 fueron tolerando más y más la versión.

A principios del siglo XX, James C. Cameron, de Montreal, en su contribución a Hirt's American System of Obstetrics, consideraba el asunto bajo dos puntos de vista: la VERSION CEFALICA usualmente verificada con el objeto de

mejorar y rectificar una posición desfavorable y la VERSION PELVIANA, que es indicada en las presentaciones transversas cuando la versión cefálica es impracticable, en las presentaciones de cabeza en ciertas circunstancias tales como placenta previa, prolapso del cordón, deformidad de la pelvis, o en casos urgentes tales como eclampsia, hemorragia, ruptura uterina, compresión del cordón. Cameron daba como principales contraindicaciones de la versión cefálica; el prolapso del cordón e imperfecta movilidad del feto, la presentación de nalgas en primípara, presentación de hombro o un estado avanzado del trabajo. Consideraba como condiciones esenciales para el éxito de la versión podálica: estar el orificio uterino bien dilatado o fácilmente dilatable; no estar el útero firmemente contraído sobre su contenido; pues vuelve la rotación del niño difícil y peligrosa, que la parte que se presenta no sea firmemente encajada y que el diámetro conjugado de la pelvis no sea menor de dos pulgadas y tres cuartos de pulgada. Cameron se ocupa extensamente del método de Braxton-Hicks; estima que es más conveniente descender solamente un pie en vez de los dos, y dice que en la dorso anterior, el mayor número de autores aconseja descender el pie que esté colocado más abajo, en la dorso posterior las opiniones se dividen: Tarnier, Charpentier, Depaul, Martin, Scharlan, Von Haselberg, Scanzoni, Lange, Schroder, etc., aconsejan el pie bajo; por el contrario Hohl, Kristeller, Simpson, Barnes y otros prefieren el pie superior. Fritsch opina que es indiferente cualquier pie; Pachot dice que el mejor pie es el que puede ser cogido mejor y más fácilmente.

Sobre la extracción inmediata después de la versión, Cameron solamente reporta el análisis de Winter (en 310 casos no complicados de presentación transversa asistidos en la clínica de Berlín entre 1876 y 1884), en el cual Winter concluye: primero, la versión no debe ser practicada hasta que el cuello esté suficientemente dilatado para permitir la extracción; segundo, los mejores resultados para el niño se obtienen cuando la extracción sigue inmediatamente a la versión. Dohrn de Königsberg, acepta la primera de estas conclusiones pero no acepta la segunda, asegurando que la extracción inmediata a la versión no es mejor que la espontánea expulsión del feto, haciendo ver que su adaptación natural al canal genital es menos peligrosa, debiendo practicarse la extracción artificial, solamente en casos bien defi-

nidos; en 152 casos tratados en su clínica por extracción inmediata después de la versión obtuvo 22 niños muertos, mientras que en 29 casos expulsados espontáneamente después de la versión, no tuvo ni una sola muerte.

Cameron considera las fuertes contracciones uterinas como el más grande impedimento en la versión podálica y recuerda LA SANGRIA PARA VENCER EL TETANOS UTERINO, pero cree que el cloroformo y una compresión continua son preferibles; recomienda para vencer las obstrucciones del cuello tales como gran rigidez, dilatación incompleta, contracción espasmódica, placenta previa; las inhalaciones de cloroformo, el opio o el alcohol al interior, baños y duchas calientes, aplicación de solución de cocaína en el cuello, una débil corriente farádica, dilatación manual o por bolsas de hule y como UN ULTIMO RECURSO, múltiples incisiones del orificio externo. El prolapso del brazo no era considerado por Cameron como una gran desventaja, aprovechándolo como guía para introducir la mano y hacer un correcto diagnóstico de la presentación del niño en el útero y recomendaba, cuando el brazo estuviera prolapsado, colocar una cinta al rededor del puño, la que debía ser detenida suavemente por un asistente, mientras se efectuaba la versión y extracción, la cinta facilitaba el descenso del brazo y prevenía la complicación de su ascenso al lado de la cabeza del niño. También decía que la lividez e hinchazón del brazo prolapsado no eran un índice de vida o muerte del niño; la impactación del hombro y la adaptación del útero alrededor del feto, eran considerados por él como una seria complicación, en la cual sólo la decapitación o la embriotomía eran los únicos medios de efectuar el parto; respecto al empleo del cloroformo, opinaba que no debía hacerse en los casos fáciles reservándolo solamente para los casos difíciles para facilitar la extracción y disminuir los riesgos de la madre y el niño. Cameron hace referencia al método de Smellie para extraer la cabeza por último (el índice y el medio de la mano del partero se aplica de cada lado de la nariz del niño) pero aconseja que en los casos difíciles no debe perderse tiempo con este método; hace también referencia al método de Veit, que consiste en introducir los dedos en la boca del niño (primeramente descrito por Mauriceau en 1668), muy usado actualmente en Alemania, donde se aplicaba anteriormente en los casos difíciles el forceps, con excepción de aquellos donde la contracción pelviana era considerable.

Dice Cameron que si hay mucha dificultad para descender la cabeza a través del estrecho, sería bueno combinar los dos métodos de Smellie y Veit (esto es, tracción combinada sobre la barba y los hombros), y si la cabeza tiende a extenderse durante la extracción es mejor aplicar los dedos en la parte superior de la cara y no introducirlos en la boca. Si esta maniobra fracasa, debe emplearse el método de Praga; método que fue sugerido por Prezos en 1573, derivando su nombre de Kiwisch de Praga, que lo resucitó en 1846: los dedos de la mano izquierda enganchan la nuca del niño mientras que la mano derecha coge los pies llevándolos hacia el periné de la madre, tanto como sea posible, haciendo entonces una tracción verticalmente hacia abajo con ambas manos, teniendo cuidado mientras tanto de hacer presión sobre el fondo del útero; cuando la cabeza se desliza, hacia abajo de la pelvis, se levantan los pies rápidamente echándolos sobre el abdomen de la madre, el cuello gira sobre los dedos de la mano izquierda y la cabeza se desprende de la pelvis.

Sobre las opiniones de la utilidad del forceps en cabeza última nos dice Cameron que están muy divididas, mientras es defendida con ardor por hombres tales como Smellie, Busch, Rigby, Meigs, Barnes, Cazeaux, Tarnier, Charpentier y otros, es combatida principalmente en Alemania; Schroeder decía que la introducción del forceps en estas circunstancias había costado muchas vidas de niños y traído el descrédito de la versión podálica.

Irving W. Potter, asegura que ha visto muchos niños extraídos felizmente por medio del forceps (en cabeza última) que habrían de otra manera sucumbido y está seguro de haber visto también muchos a quienes se les dejó asfixiar y que por la aplicación oportuna del forceps se habrían salvado.

“Cuando se intenta extraer la cabeza última, en caso difícil, por medio de la extracción manual, debe emplearse primero el método de Smellie-Veit o el de Wiegman Martin y en caso de que estos métodos fracasen, el de Praga, y si estas manipulaciones no tienen éxito, después de dos o tres minutos, no debe perderse tiempo y debe emplearse el forceps inmediatamente.

“Excepto en los casos de una considerable contracción de la pelvis, la aplicación de forceps puede considerarse relativamente inocua en manos hábiles, mientras que la versión será siempre una seria empresa envolviendo más o menos peligro para la madre y el niño, aunque sea verificada con la

mayor habilidad; un operador sin práctica está más lejos de hacer daño con el forceps que con la versión y siempre que sobrevenga alguna duda sobre la elección del forceps o la versión interna, debe seleccionarse el forceps, aunque esté especialmente contraindicado, porque la operación será más fácil y al mismo tiempo más segura para la madre y el niño (Cameron)”.

J. Whitridge Williams, del Johns Hopkins, considera que no es necesaria la aplicación del forceps en cabeza última y cree que es muy rara si el partero está familiarizado con la maniobra de Mauriceau.

ESTADO ACTUAL DE LA VERSION

En las dos últimas décadas del presente siglo, las operaciones obstétricas han tomado gran incremento, siendo practicadas por conocidos líderes de la profesión en los mejores hospitales de maternidad. Joseph B. de Lee, de la Universidad de Northwestern, en su libro editado en 1915, dice refiriéndose a la versión: “Pocas operaciones son tan satisfactorias como la versión; pero ninguna es tan peligrosa cuando se efectúa sin la debida consideración de las condiciones”. Siendo las condiciones que él considera como esenciales las siguientes:

1a. El cuello debe estar **SUFICIENTEMENTE DILATADO** para permitir el paso de la mano y si la versión tiene que ser seguida de extracción, el cuello debe ser **COMPLETAMENTE DILATADO**.

2a. La pelvis no debe ser demasiado estrecha.

3a. El útero no debe estar en tétanos o retraído sobre el feto.

4a. El niño debe estar móvil, esto es, no encajado o en el proceso de evolución espontánea.

5a. Aunque la versión prometa ser excepcionalmente fácil, el niño debe estar vivo.

Para conocer cuándo es seguro girar y cuándo los riesgos de ruptura son demasiado grandes, se necesita mucha experiencia y un juicio muy delicado; también es imposible sentar una regla fija hasta cuánto tiempo después de la ruptura de las membranas la versión es todavía permitida, todo depende del grado de retracción y contracción del útero (De Lee).

Este mismo autor recomienda el uso de la mano, cuya palma mire hacia las nalgas cuando esté dentro del útero.

aconseja también que el parto siga el proceso natural después de la versión si los latidos del corazón fetal son todavía fuertes y no hay otra indicación inmediata a la versión. Considera que la versión en las pelvis estrechas es un asunto de elección personal; y dice que él adopta la actitud de los parteros británicos, principalmente Kerr, que aconseja la versión podálica en vez de una prolongada expectación y forceps. "La principal indicación de la versión por el método de Braxton-Hicks, es en los casos de placenta previa; se practica también algunas veces por prolapso del cordón, ocasionalmente en la presentación de hombro y muy excepcionalmente hay que girar la cabeza hacia abajo en la presentación de nalgas; el pronóstico de la versión depende en gran parte de la habilidad del operador; el temor de la ruptura del útero durante la versión es un accidente que debe siempre tenerse muy presente".

J. Whitridge Williams, del Johns Hopkins, dice que la versión podálica se emplea en dos grandes grupos de casos principalmente en presentación transversa u oblicua, y en las presentaciones de cabeza, en las cuales se cree que el parto sea más rápidamente terminado por la versión; hablando de una manera general, la operación de la versión está indicada en los casos que requieran extracción pronta cuando la cabeza flota sobre el estrecho superior o está muy ligeramente encajada y siempre que no haya una gran desproporción entre su tamaño y el de la pelvis, en tales circunstancias, la versión es usualmente un procedimiento más seguro que la aplicación de un forceps alto; en la eclampsia y en casos de hemorragia, la versión y extracción suple a los más rápidos métodos conservadores de extracción.

George Peaslee Shears (en 1917), da mucha extensión a las consideraciones que hace de la versión y censura la indiferencia de los libros de texto de Obstetricia, como puede verse (dicha indiferencia), por la frase siguiente: "Si en el curso de una versión difícil el operador encuentra imposible la prehensión de la rodilla o el pie, la dificultad puede algunas veces obviarse por el simple expediente de girar a la paciente sobre su lado", siendo esto de los más importantes hechos mencionados entre el grupo de clínicos obstétricos, y aún buscando algún libro de texto modelo, encuentra que la versión es desconocida o apenas mencionada, y sin embargo, observa que sí se ha concedido un considerable espacio a la causa de la menstruación.

Este autor se esfuerza en expresar con toda energía que la extracción por los pies es una operación difícil y de importancia y que una vez principiada debe terminarse en pocos minutos o el niño está perdido; considera errónea la opinión de algunos autores que aconsejan que cuando la versión es completa el peligro ha pasado y que la extracción puede demorarse. SHEARS LLAMABA LA OPERACION DEL FORCEPS LA MAS IMPORTANTE DE LA CIRUGIA POR ENCONTRARSE DOS VIDAS EN PELIGRO, y dice que la versión podálica está indicada en la presentación de cara, presentación de frente, posición posterior del occipital y cuando la cabeza está sobre el estrecho y no puede encajarse, siendo la experiencia del partero la que indicará cuándo debe abandonarse el forceps. Dice también que en los casos en que el primer tiempo es retardado y en los cuales fracasan los instrumentos, los que pueden causar mucho daño por las prolongadas y fuertes tracciones en casos que son desfavorables para el forceps y que pueden ser muy fácilmente extraídos por la versión. Advierte dicho autor que aún en las versiones fáciles la entrada del aire en la cavidad uterina o las inevitables manipulaciones del cordón, pueden provocar una prematura inspiración del niño, dando como resultado su asfixia, agregando que cuando el feto es de tamaño grande hay a menudo una dilación inesperada en el descenso del brazo y la extracción de la cabeza última, haciendo notar, sin embargo, que LA HABILIDAD INDIVIDUAL DEL OPERADOR JUEGA UN GRAN PAPEL; recomienda no emplear la versión en los casos de feto muerto aunque la operación parezca ser muy fácil, pues nunca se justificaría sujetar a la madre a una versión difícil con el simple objeto de asegurar una ventaja estética para no extraer al niño mutilado; más adelante este autor nos dice: "Aquellos que escriben bajo el punto de vista académico y no bajo el punto de vista práctico, aconsejan que la versión no puede practicarse cuando ha transcurrido mucho tiempo después de la ruptura de la bolsa de las aguas, cuando la cabeza está baja en la pelvis o antes que el cuello sea completamente dilatado; en las dos primeras emergencias replica que el único camino para saber si la extracción puede verificarse por la versión es hacer un cuidadoso intento bajo anestesia y con respecto a la dilatación cervical completa, cree que esperar hasta que esta dilatación se termine, es lo mismo que esperar que ambos, madre y niño sucumban, por consiguiente cuando la VERSION ES-

TA INDICADA, LA DILATACION DEL CUELLO ESTA-INDICADA y debe practicarse; en caso que el tiempo apremie, por medio de la dilatación manual y si no, por el uso del dilatador de hule de Ribes, también hace resaltar la importancia de una completa dilatación como preliminar a la versión.

Hirts, en su libro Text-Book of Obstetrics, considera como la más importante y frecuente indicación de la versión, la posición transversa del feto en el útero, siendo indicada también en pelvis estrechas cuando se piense que la cabeza del niño puede franquear el canal pelviano estrechado, más fácilmente cuando viene por último naciendo el extremo pequeño de la cuña por delante; cuando sea necesaria la extracción rápida como en casos de eclampsia, prematura desinserción de la placenta, ruptura del útero, embolismo, muerte de la madre, mala posición de la cabeza, placenta previa con presentación de vértice, prolapso del cordón umbilical (si el cordón no puede ser reemplazado y retenido en la cavidad uterina). Contraíndica la versión cuando la parte que se presenta ha franqueado el orificio uterino y está firmemente encajada en el canal pelviano; cuando la contracción del anillo es muy alta y que la ruptura del segmento inferior del útero es inminente y cuando el cuello y vagina no están dilatados o son indilatables. Hirts recomienda que después de haber practicado la versión podálica se permita a la paciente esperar al niño espontáneamente hasta que el ombligo aparezca a la vista, pero después, el espectador debe hacer todo esfuerzo posible para practicar la más rápida extracción. Para la extracción de cabeza última describe varios de los métodos clásicos, de Mauriceau, de Wiegman y otros, y recomienda la modificación sugerida por don Carlos Guffey of Kansas City, en el año de 1911, la cual consiste: en que mientras una mano del operador mantiene el pie en la vulva, la otra debe introducirse dentro de la cavidad uterina para hacer prehensión, de preferencia en el brazo derecho, pues el descenso de este brazo en la fosa ilíaca izquierda hará que la cabeza se introduzca en el más deseable diámetro de la pelvis o sea el oblicuo derecho con el occipucio anterior; se ejerce tracción en la mano fetal hasta que salga a la vulva juntamente con las nalgas; en este momento se coge el brazo y el tronco, trayéndolos con sorprendente facilidad; Guffey afirma que este método emplea menos tiempo y por lo tanto aumenta las oportunidades de vida del niño, que el húmero fetal y la clavícula son mucho menos propensos a ser fractura-

dos y que la laceración de los tejidos maternos no es tan severa ni frecuente como acontece ser usualmente con la forzada y rápida extracción.

En el Manual of Obstetrics, de Edward P. Davis, para el uso de los estudiantes del Jefferson Medical College, considera la placenta previa como la principal indicación de la maniobra de Braxton-Hicks, siendo las indicaciones de la versión podálica interna: la posición transversa, presentación de hombro, presentación de frente, presentación del hueso parietal, prolapso del cordón umbilical, posición anómala de la cabeza en la que el forceps se desliza, cuando la extracción por el forceps es peligrosa y ocasionalmente en pelvis aplanada, donde se desea traer al feto a través del diámetro bifrontal en relación con la parte más estrecha del diámetro antero posterior de la pelvis. No aconseja la versión en el útero seco y contraído, cuando el diámetro conjugado interior es menor de 9 centímetros, en fetos muy grandes o monstruosos y en casos donde un tumor obstruye el canal genital. Recomienda girar la espalda del niño hacia el pubis para que no haya dificultad en la extracción de la cabeza última.

En la última edición de Herman's Difficult Labour, revisada por Carlton Oldfield, encontramos un capítulo entero consagrado a la versión, dando como indicación de esta maniobra: la presentación transversa, placenta previa, pelvis aplanada con mala presentación de la cabeza y condiciones desfavorables a la sección cesárea, presentación de cara, prolapso del cordón, hemorragia accidental, y considera que la versión es la mejor manera de acelerar la extracción sin instrumentos y en los raros casos de obstrucción es la mejor práctica y estima que el forceps solamente está indicado cuando se tenga seguridad de que la cabeza está en posición favorable para pasar a través de la pelvis, debiendo desecharse como un precepto en los partos difíciles. En los casos en que haya duda, casos que deben ser raros, gírelo. La operación de la versión es por sí misma sin peligro para el niño, no obstante los niños extraídos de esta manera son matados en el parto; pero es la extracción y no la versión la peligrosa.

Berkeley y Bonney, autores de un libro de texto en Inglaterra, dicen: que la versión externa es la más segura; la versión bipolar es la más difícil; la versión interna la más fácil, pero la más peligrosa; consideran que los más grandes peligros de la operación, son: la infección, la ruptura uterina, y la asfixia del niño, y recomienda el uso de una ducha vagi-

nal previa de biioduro de mercurio al 1 por 2,000, para disminuir el peligro de la infección.

J. W. Markoe, en 60,000 casos tabulados por él en su práctica en el Lying-In Hospital de Nueva York, se usó el forceps 2,714 veces y la versión podálica 1,355, siendo por consiguiente el porcentaje del forceps 4.46 por ciento y 2.23 por ciento, para la versión; siendo por lo tanto el porcentaje para el forceps exactamente el doble que para la versión.

La presente tendencia en la práctica obstétrica tanto en los Estados Unidos como en otros países, indudablemente parece más bien que tiende a alejarse de un empleo general de la versión como un procedimiento de rutina, aún en las situaciones más difíciles, y hay una inclinación general a estimarla como una operación difícil y peligrosa de clasificarse entre las más grandes intervenciones como la sección cesárea que debe ejecutarse solamente en las más desesperadas emergencias.



Técnica de la versión por el método del Doctor Irving W. Potter

El empleo de la versión como un medio de disminuir los angustiosos sufrimientos de la madre durante el segundo período del trabajo fué mencionado por la primera vez por el Doctor Potter. En su práctica obstétrica que abarca muchos años, HA PERSONALMENTE ASISTIDO A MAS DE CATOR-

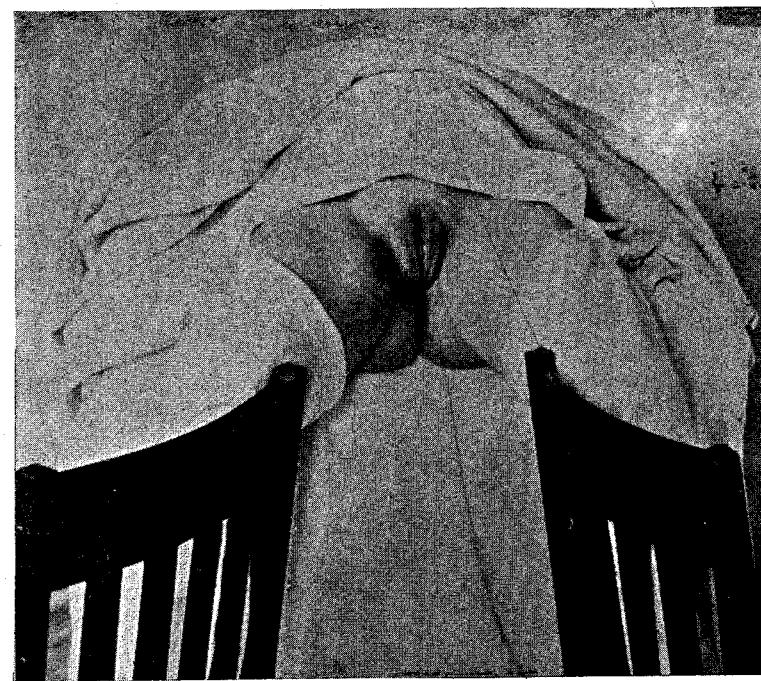


Fig. 1.—Posición de la paciente cuando no hay ayudantes disponibles.

CE MIL MUJERES, llegando a convencerse del alto valor de la versión podálica interna, como una maniobra que nos capacita para triunfar en muchas situaciones difíciles; su confianza crecía a medida que sus conocimientos sobre la asepsia y antisepsia quirúrgica aumentaban conjuntamente con su habilidad operatoria. El Doctor Potter practicó la versión sin haber sido influenciado por ningún texto en particular ni

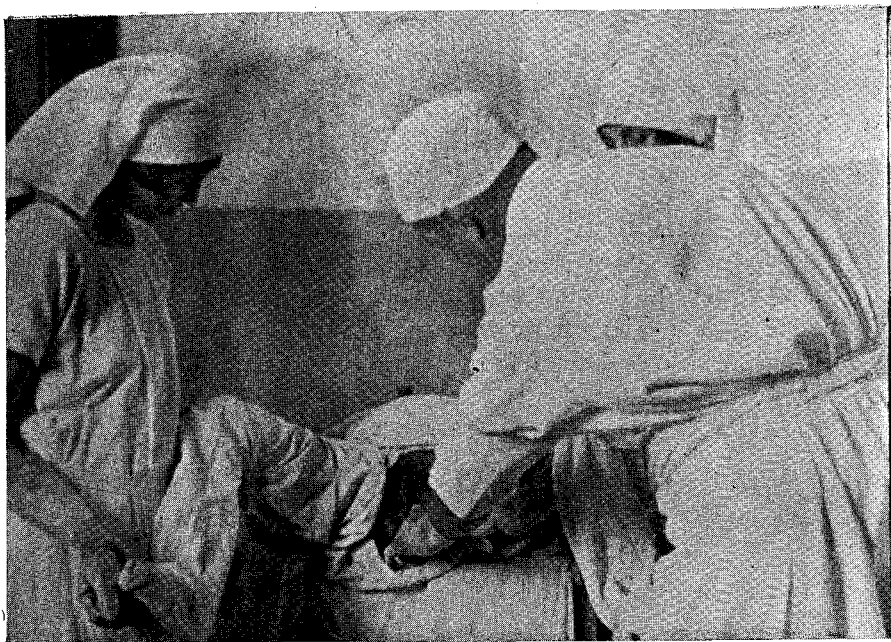


Fig. 2—Principio del planchado del canal vaginal con un dedo.

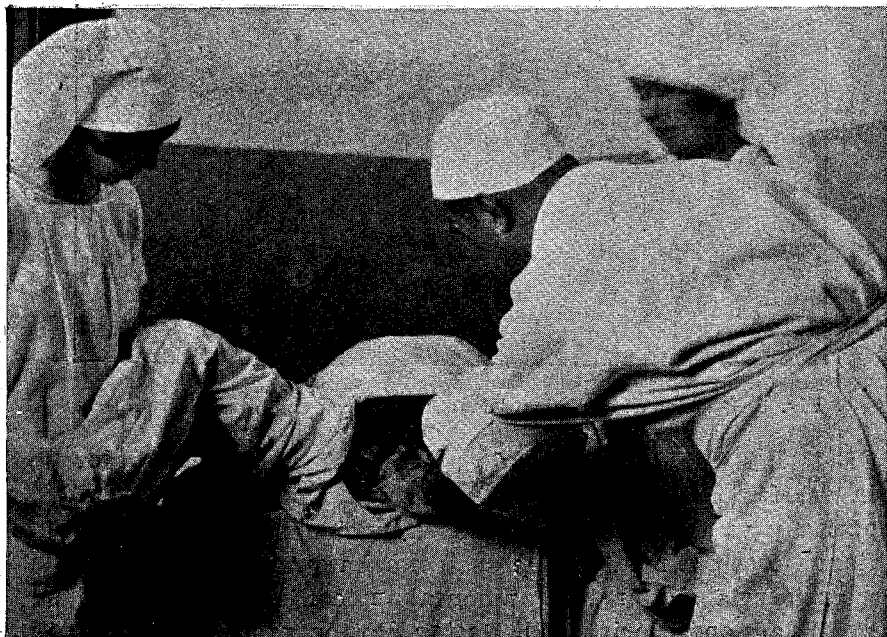


Fig. 3—Continuación del planchado con dos y tres dedos.

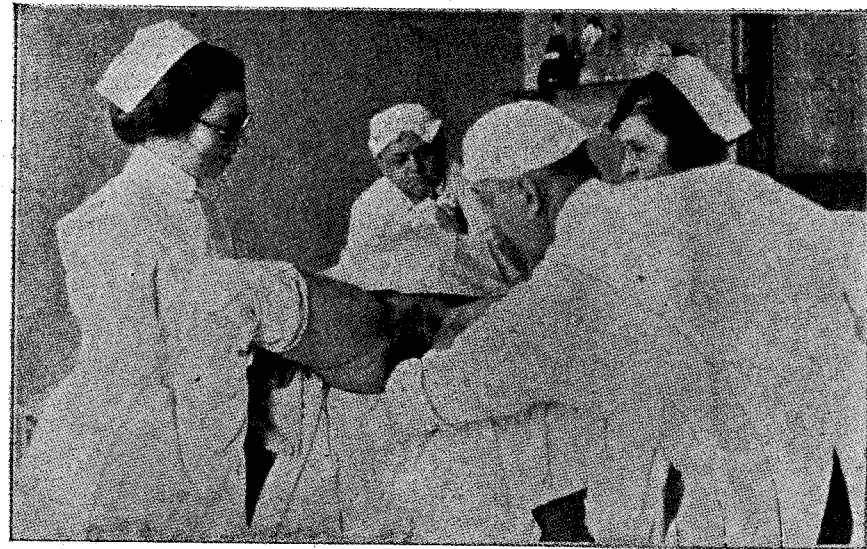


Fig. 4—Introducción total de la mano dentro de la vagina con la palma vuelta hacia arriba (*)



Fig. 5—La mano del operador y el antebrazo introducido en la vagina con una toalla al rededor del brazo del operador para protegerlo del líquido amniótico.

(*) En esta figura se puede ver al Dr. Potter mismo practicando su operación, a su asistente el Dr. Charles J. Reynolds quien le ha administrado el cloroformo a sus enfermas en miles de casos sin un accidente, y a dos de sus enfermeras.

porque hubiese abogado por ella algún determinado profesor de Obstetricia. En vez de encontrarla difícil y peligrosa, descubrió que era relativamente fácil, sin mortalidad materna y con una escasa mortalidad fetal. Poco a poco fue abandonando los preceptos de las autoridades obstétricas hasta llegar a desarrollar un método propio, que será descrito en seguida, ilustrado con dibujos y fotograbados para que todos los deta-

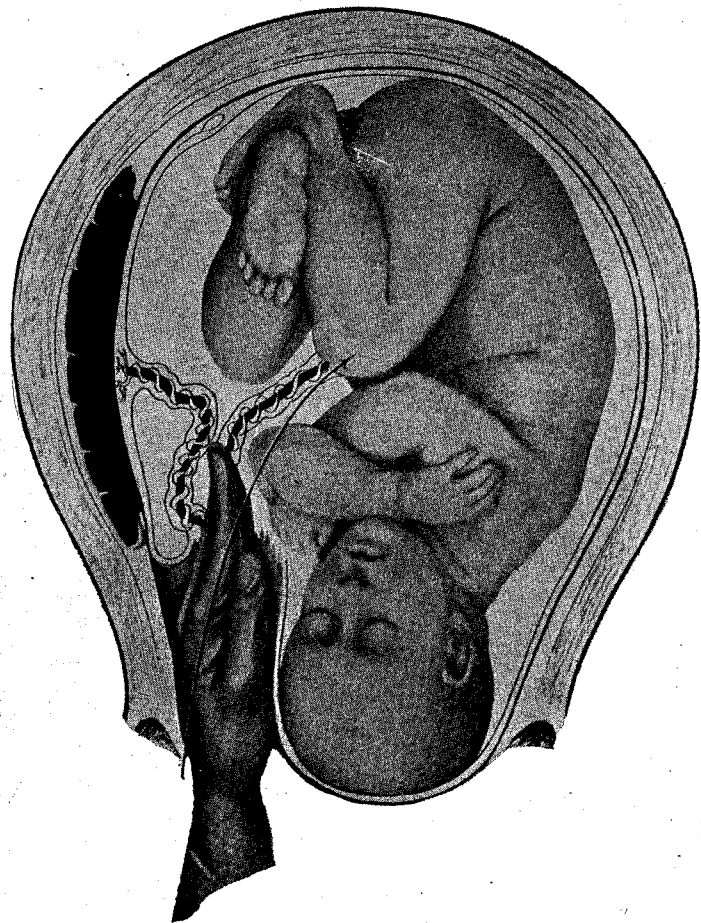


Fig. 6 - Separación de las membranas de la pared uterina antes de romperlas evitando cuidadosamente desprender la placenta para disminuir la hemorragia.

lles de la operación sean fácilmente comprendidos. Cada vez más llega a convencerse que los peligros del procedimiento han sido exagerados y que su campo de empleo podría ensancharse con positivas ventajas para la madre y el niño.

Comparó sus resultados de cada año y observó que aunque empleaba la versión con más frecuencia, no por eso ha-

bía muertes maternas y por el contrario, una disminución de la mortalidad fetal, advirtiendo que en ningún tiempo ésta mortalidad fue más elevada que la de otro buen Cirujano obstétrico.

Potter se hizo la siguiente reflexión: puesto que los Cirujanos abdominales han enseñado que es relativamente seguro invadir el útero y la cavidad peritoneal por arriba, con análogas precauciones quirúrgicas, sería menos serio invadir

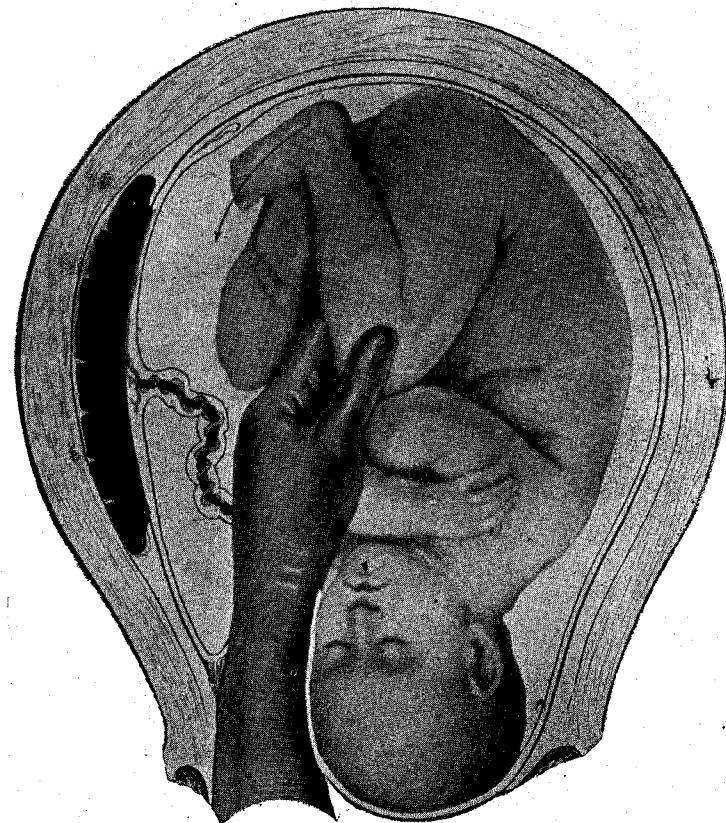


Fig. 7—Descenso del pié anterior por la tracción en la rodilla hasta que el pié pueda alcanzarse. Obsérvese que los brazos del niño están cruzados sobre el pecho.

el útero por debajo, y en efecto, practicó la versión podálica EN MAS DE 4,000 CASOS, sacando como conclusión que cuando era ejecutada por manos competentes no da lugar a mortalidad materna, ocasionando muy reducido número de muertes fetales, siempre que se practique de acuerdo con la conducta que él ha sostenido.

ESTABLECIO QUE LOS DOLORES DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO SON COMPLETAMENTE ELIMINA-

DOS; FACTOR QUE CONSIDERA MUY IMPORTANTE PARA AUMENTAR LA NATALIDAD, PUESTO QUE AL DES-APARECER EL TEMOR QUE EL PARTO INSPIRA, LA MUJER QUEDARA MAS DESEOSA DE AUMENTAR SU FAMILIA.

Otra de las ventajas de su método es la integridad anatómica de las vías genitales de la madre, LA VAGINA Y EL PERINEO NO ESTANDO SUJETOS A UNA LARGA Y CON-

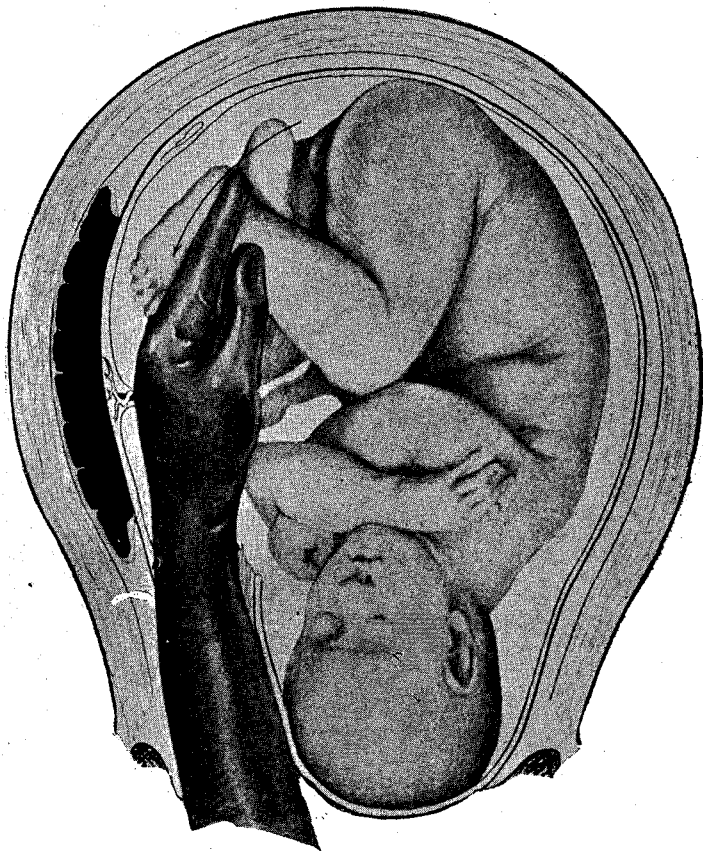


Fig. 8—Destrabando los pies en el fondo uterino antes de intentar la versión.

TINUA DILATACION, ES RARO VER EL PROLAPSO DE LA VEJIGA, EL PROLAPSO RECTAL Y LA VAGINA BOSTESANTE; los sufrimientos post-puerperales y las complicaciones se reducen al minimum.

Todo su deseo es asegurar la maternidad, reducir la mortalidad debida a la preñez y al parto, evitar las complicaciones puerperales y juzga que, todo procedimiento orientado en este sentido, es digno de la más alta consideración.

Según el American Medicina, de Julio de 1917, boletín publicado por la oficina de niños del Departamento del Trabajo, el número de mujeres que mueren por causas puerperales entre los 15 y los 45 años, es mayor que el arrojado por ninguna otra enfermedad con excepción de la tuberculosis, cerca de 15,000 mujeres mueren anualmente en los Estados Unidos, como consecuencia del embarazo y del parto.

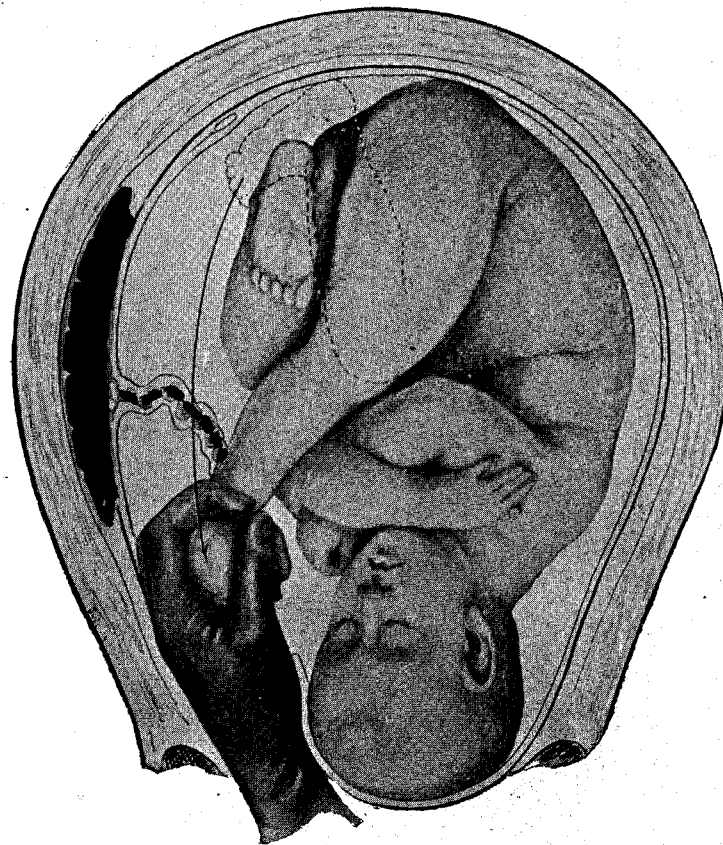


Fig. 9—Descenso del pie anterior después de destrabarlo.

TECNICA

Se prepara a la paciente como para sufrir una operación de la más alta Cirugía, se rasura completamente toda la región genital, se limpia bien jabonándola y frotándola con un cepillo, esterilizándola con el mayor esmero; se evacúan los intestinos por medio de aceite de ricino o un enema algunas horas antes, para evitar que se ensucie el campo operatorio durante el trabajo. Las manos del operador serán igualmen-

te lavadas y esterilizadas cuidadosamente, se pondrá mangas cortas y guantes obstétricos que lleguen hasta el codo.

Se coloca la paciente sobre la mesa operatoria administrándole el anestésico hasta una narcosis quirúrgica para evitar toda resistencia durante las maniobras que se efectúan. Después se le pone en una posición de Walcher modificada, sosteniendo las piernas dos asistentes colocados uno de cada lado, y en caso de que no haya ayudantes, las pier-

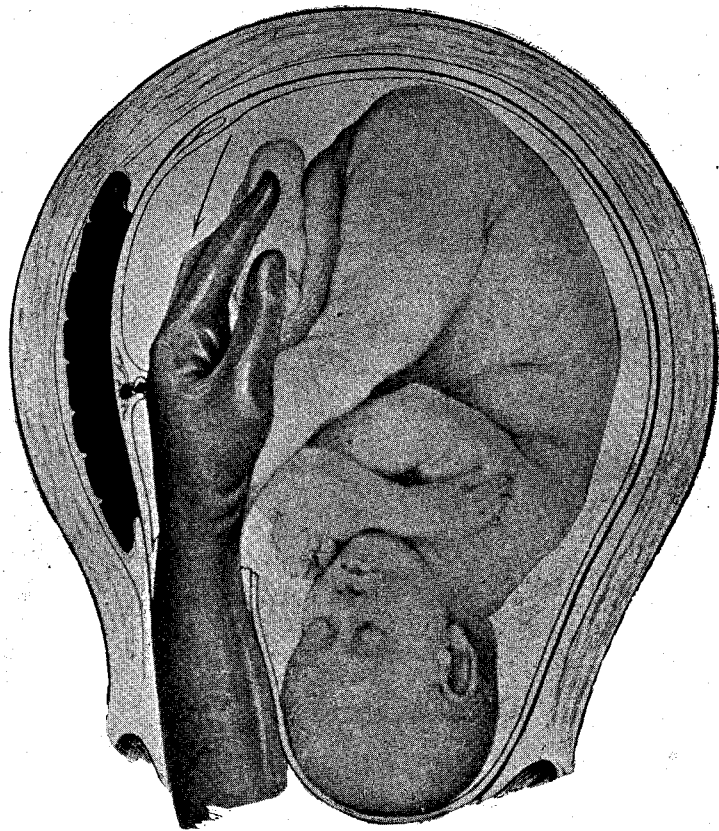


Fig. 10—Deseenso del segundo pié. No descruzar los brazos.

ñas se apoyarán en dos sillas (Fig. 1), situándose el operador entre ellas. Se le extrae toda la orina de la vejiga, detalle muy importante porque muchas pacientes la vacían incompletamente reteniendo hasta más de media pinta.

Se introduce primero un dedo de la mano izquierda bien lubricado con jabón verde llegando hasta el cuello del útero, se retira poco a poco haciendo una presión firme y continua (Fig. 2), se introducen en seguida dos dedos, después tres, y

finalmente, el puño cerrado (Figs. 3, 4 y 5), hasta que las arrugas y pliegues de la vagina queden completamente planchadas, quedando así dilatadas la vagina y las partes blandas. No importa que se trate de una primípara, el procedimiento se puede ejecutar siempre de manera satisfactoria y completa.

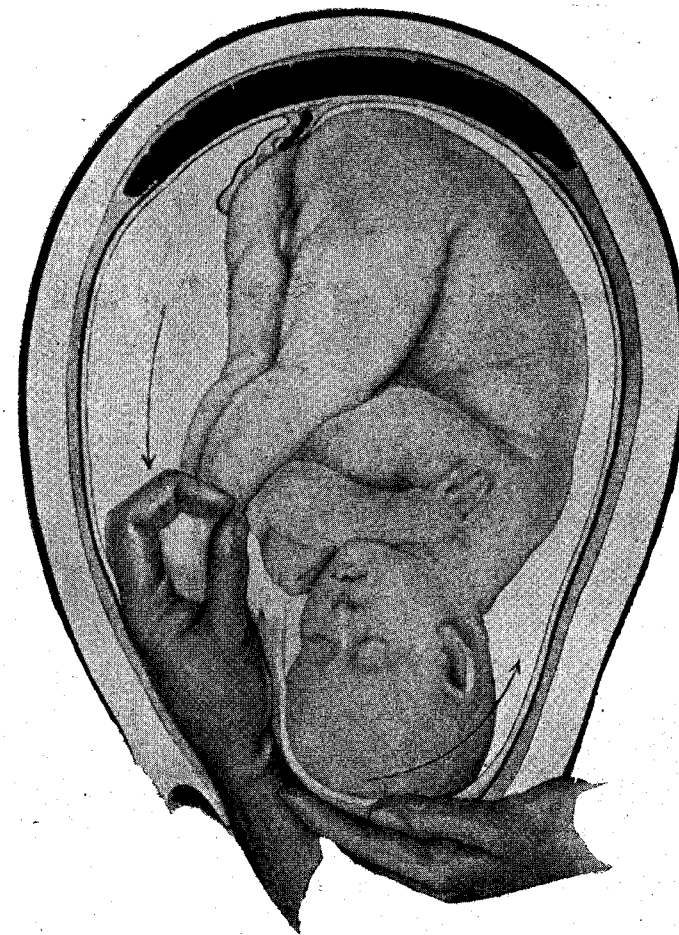


Fig. 11—Descenso de ambos pies. Nótese la manera de cojerlos y la dirección de la flecha. Obsérvese la manera de levantar la cabeza de la pelvis con la mano izquierda, empujándola con la misma mano para alcanzar los pies. Si fuese necesario continúese la presión hacia arriba sobre la cabeza del niño, usando la mano derecha del operador exteriormente sobre el vientre de la madre. Obsérvese que los brazos permanecen cruzados.

El cuello del útero debe estar borrado o suave y fácilmente dilatado antes de todo intento de versión. La mano extendida y el antebrazo se introducen entre la pared uterina, y las membranas, separándolas con suavidad en todas direcciones.

nes, hacia arriba, hacia abajo, y a los lados, teniendo cuidado de no acercarse mucho a la placenta (Fig. 6). Se envuelve una toalla al rededor de la muñeca para recoger el líquido amniótico que pueda escaparse al romper las membranas (Fig. 5). La mano libre en la cavidad uterina, determina la posición del niño, estimando su tamaño probable, la posición del cordón y los diámetros aproximados de la pelvis. Sujétense ambos pies entre los dedos índice y medio de la mano iz-



Fig. 12.—Ambos pies presentándose en la vulva. Obsérvese la manera de cogerlos entre el índice y el dedo medio de la mano izquierda.

quierda (el autor aconseja el uso de la mano izquierda para la versión, cualquiera que sea la posición del niño (Figs. 10 y 11). (La Figura 7 ilustra el método de bajar el pie anterior por una tracción moderada ejercida sobre la rodilla hasta alcanzarlo.) Según la posición del niño, los dedos de los pies verán o no hacia la palma de la mano del operador. (En caso que los pies estén entrelazados en el fondo del útero, se los separa suavemente cogiendo uno y bajándolo como lo muestra la Figura 9.) Luego se comienza la extracción ba-

jando los dos pies juntos (Fig. 11) hasta la vulva (Fig. 12); rotando el cuerpo del niño con éste movimiento interior. Una ligera presión con la mano derecha es algunas veces necesaria en éste período para levantar la cabeza de cualquiera de las fosas ilíacas. Continúese la tracción suave y continua, hasta que aparezcan las rodillas, en cuyo momento la versión está terminada (Fig. 13).

Ahora descánsese unos momentos, luego tírese con finura EL PIE ANTERIOR Y LA PIERNA hasta que la pelvis del niño aparezca a la vista. (Cuando la pelvis ha rotado en dirección opuesta y se ha extraído eventualmente en esta

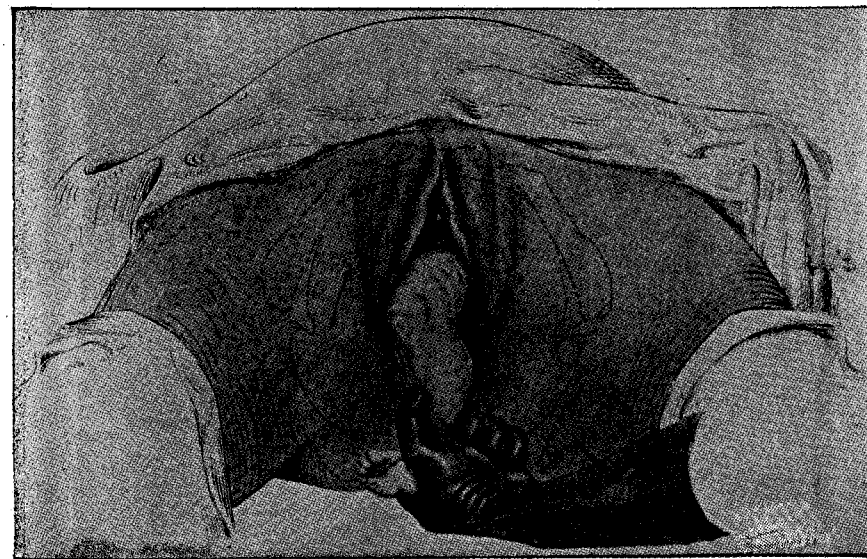


Fig. 13.—Rodillas del niño expuestas a la vulva mostrando que la versión está terminada.

dirección se debe a que se ha hecho tracción en la pierna inferior y entonces el niño se presenta con la espalda transversal con relación al orificio pelviano.) Si como habitualmente sucede, el cordón está flojo y libre, no debe prestársele ninguna atención; pero si por el contrario, está apretado y corto, se coloca una pinza en el cordón cerca del ombligo y se secciona si no ha sido posible aflojarlo. Proseguimos con la extracción de la escápula, la que debe ser completamente expuesta y bien a la vista antes de intentar la extracción del hombro (Fig. 17). El operador introduce los dedos de la mano por sobre el hombro anterior entre los labios de la vulva extrayendo éste hombro y el brazo (Fig. 18).

toma al niño con su mano sobre el hombro expuesto y el costado, dándole un movimiento de rotación (Fig. 18), de tal manera que el brazo posterior se vuelva anterior y lo extrae como lo indica la Figura 19; una vez que han salido ambos brazos, los antebrazos caen usualmente afuera por sí solos. (x). Si no obstante permanecen sin salir, pueden ser suavemente levantados sobre el pecho del niño retirándolos del periné por debajo del arco del pubis (obsérvese que el niño en éste movimiento de rotación no sea retorcido por las piernas como se ha visto hacer) El método antiguo de la versión traía el brazo hacia abajo como un brazo posterior sobre el

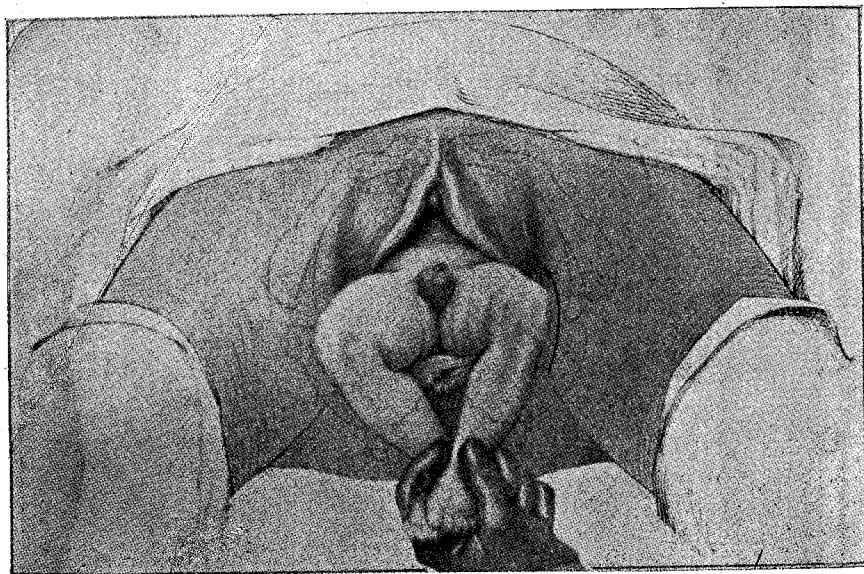


Fig. 14.—Nalgas en la concavidad del sacro.

periné, distendido y a menudo causaba rasgaduras muy extensas. El cirujano determina en seguida si hay alguna laza del cordón alrededor del cuello del niño, prosiguiendo la extracción si no encuentra ninguna; pero si estuviese enrollado una, dos, tres o más veces, es necesario corregir esta condición aflojándolo si es posible y si fuese absolutamente necesario, se seccionará entre dos pinzas. Mas como generalmente acontece que el cordón sea libre, no hay ninguna pre-

(*) Algún tiempo después de haber presentado su trabajo en la Philadelphia Obstetrical Society el 4 de Noviembre de 1920, el Dr. Potter introdujo una modificación para la extracción del hombro: en vez de hacer presión sobre el hombro hacia abajo como lo aconsejaba antes, coloca el dedo índice de la mano izquierda en la axila anterior y hace rotar la escápula bajo el arco del pubis y por medio de esta presión se logra la salida del hombro y del brazo por sí solos; después introduce su dedo en el pliegue del codo, levanta el antebrazo del niño sobre su pecho y lo extrae de esta manera sin ninguna tracción, la extracción del otro hombro se hace de la manera previamente descrita.

cipitación. Se introducen dos dedos de la mano izquierda en la boca del niño (Fig. 20), haciendo con la mano derecha una suave presión en el occipucio por sobre el pubis para ayudar la flexión de la cabeza y dirigir su paso a través del canal pelviano (NO HAY QUE HACER TRACCION SOBRE LA MANDIBULA, PORQUE PUEDE FRACTURARSE).

Hasta este momento no se había ejercido ninguna presión externa sobre la cabeza antes de la extracción de los brazos porque ésta presión permite su ascenso y la extensión de la barba; complicaciones que deben evitarse en todo momento. Por este tiempo la boca del niño está expuesta, se

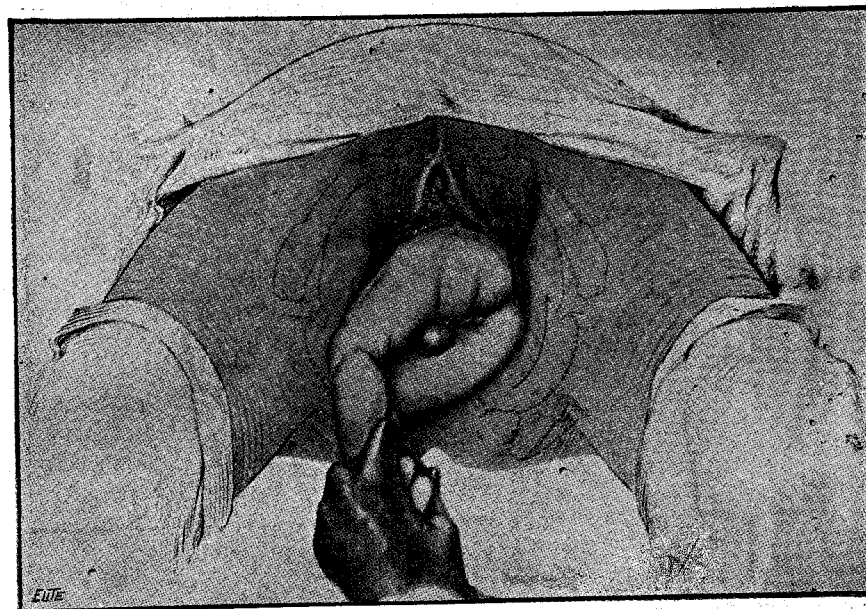


Fig. 15.—Rotación de las nalgas hacia adelante ayudada si fuese necesario por una suave tracción en la pierna anterior.

ordeñan las mucosidades de la garganta por una suave fricción delante del cuello, a menudo el niño principia a respirar y a gritar fuerte.

La cabeza puede dejarse en esta posición el tiempo suficiente para dilatar completamente el perineo y la vagina (Fig. 20), toda vez que no hay motivo de prisa, se extrae finalmente la nariz seguida de la frente en extrema flexión, la cual es más tarde suprimida levantando el cuerpo del niño hacia arriba del periné.

El niño es colocado sobre su lado derecho descansando encima del abdomen de la madre hasta que el cordón cese de

pulsar (Fig. 22), se liga el cordón y se secciona, luego se pone a la madre una inyección intramuscular de pituitrina de 1 centímetro cúbico.

El tercer tiempo del parto puede terminarse inmediatamente si existe alguna indicación o se puede dejar la placenta durante quince a veinte minutos, siendo expulsada casi siempre espontáneamente y si no, se hace la extracción manual. Se traslada a la paciente a su cama, generalmente fajada.

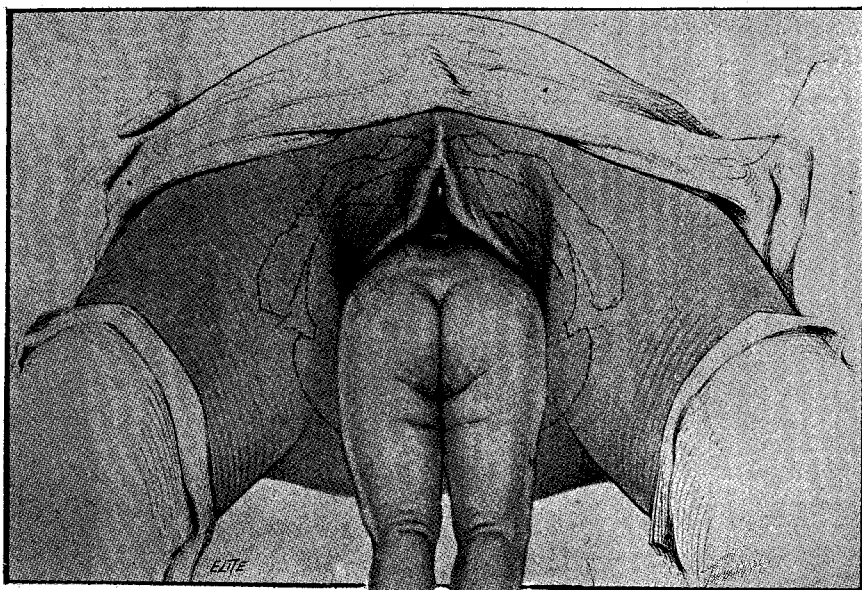


Fig. 16—Nalgas del niño completamente transversales a la pelvis bajo el arco pubiano.

CONDICIONES DE POTTER PARA LA VERSION

1o. El cuello de la matriz debe estar borrado y el orificio uterino dilatado o dilatado antes de intentar la versión; por medio de un cuidadoso examen se determina con facilidad esta condición. Si el cuello es suave y cede fácilmente al paso de la mano no necesita estar completamente borrado.

2o. La posición de la cabeza al presentarse no tiene es-

pecial importancia, la versión puede hacerse con éxito siempre que la cabeza que se presenta esté móvil. Cuando las aguas se han escapado, algunas veces la versión es imposible por estar la cabeza muy encajada, para vencer esta condición la extracción por el forceps u otro medio se hace necesaria.

3o. Se hace la extracción trayendo ambos pies hacia abajo; porque es más fácil, y porque el trabajo puede terminarse más rápidamente si hubiese alguna indicación en interés de la madre y del niño. La tracción en los dos pies

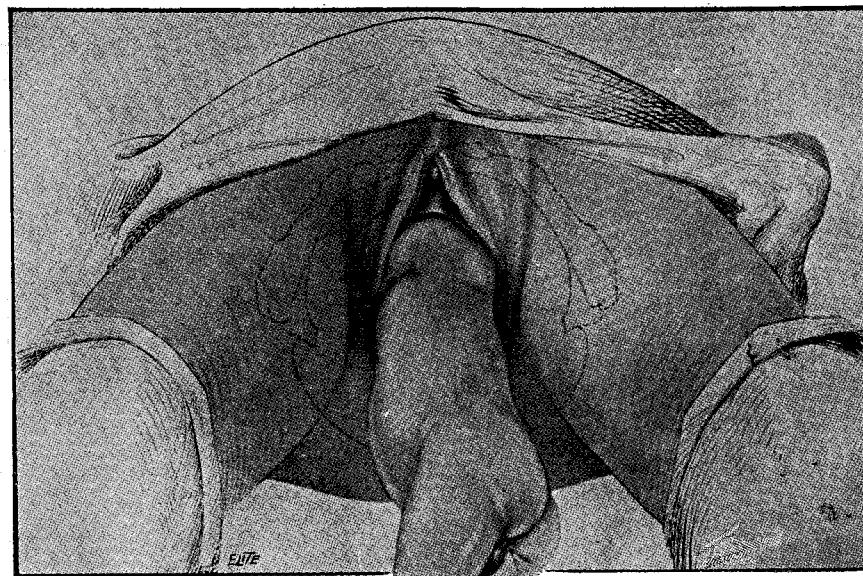


Fig. 17—Extracción del hombro anterior bajo el arco pubiano. Obsérvese como aparece la escápula primero.

es más uniforme y asegura una mejor cuña dilatante. AMBOS PIES deben bajarse al mismo tiempo. No debe intentarse la extracción de los brazos sino hasta que las escápulas respectivas estén fuera de la vulva; debiendo ser extraído primero el brazo anterior.

4o. Se extrae primero el brazo anterior para disminuir el estiramiento y la tensión de las partes blandas de la madre y permitir la rotación del cuerpo del niño de tal manera de transformar el brazo posterior en anterior.

50. No hay que apresurar la extracción cuando el ombligo se tiene a la vista, la experiencia demuestra que esta prisa es innecesaria; por el contrario severas complicaciones como la extensión de los brazos y la cabeza pueden producirse cuando intervenimos apresuradamente en este especial momento de la extracción.

60. Para contrarrestar la extensión de la cabeza se flexiona por medio de dos dedos de la mano introducidos en la boca, haciendo presión con la otra mano exteriormente sobre la cabeza, por encima del pubis.

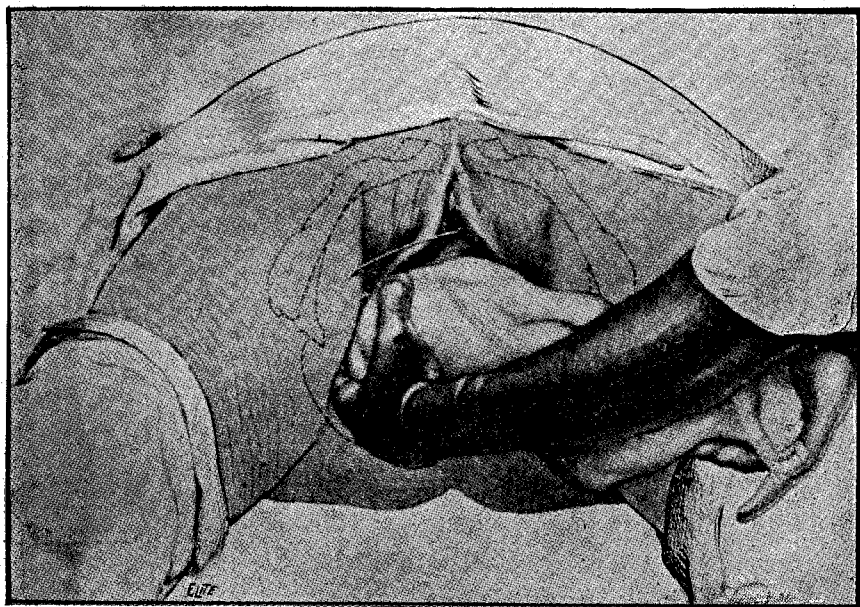


Fig. 18—Rotación del hombro bajo el arco pubiano para extraer el hombro anterior, evitando las laceraciones perineales.

70. Se salvan el perineo y partes blandas de la madre: primero por la anestesia profunda, y, segundo, por la posición parcial de Walcher, que permite un buen control y una extracción lenta y segura de la cabeza después que el periné y la vagina han sido previamente planchados y propiamente dilatados.

80. La experiencia ha demostrado que casi todos los niños comienzan a respirar espontáneamente cuando se les deja solos, siempre que el corazón palpita; si la respiración desusualmente tarda, se pasa un cateter dentro de la traquea. **EL TRATAMIENTO BRUSCO DEL NIÑO DESPUES DEL NACIMIENTO NO DEBE TOLERARSE.**

90. Tan pronto como la boca es expuesta a la vulva se levanta el cuerpo del niño para permitir la salida de las mucosidades de la boca. **EL COLOR AZUL DEL NIÑO NO DEBE APENARNOS; PERO SI EL COLOR BLANCO.**

10. El operador debe recordar que para extraer la cabeza es necesaria una extrema flexión, flexión que puede hacerse mejor colocando los dos dedos de una mano en la boca del niño y haciendo presiones suaves con la otra mano en la cabeza por encima del pubis; pero si la cabeza llega a extenderse a pesar de todos los cuidados las complicaciones aparecen en el acto. (Advirtiéndole que dicha extensión no ocu-

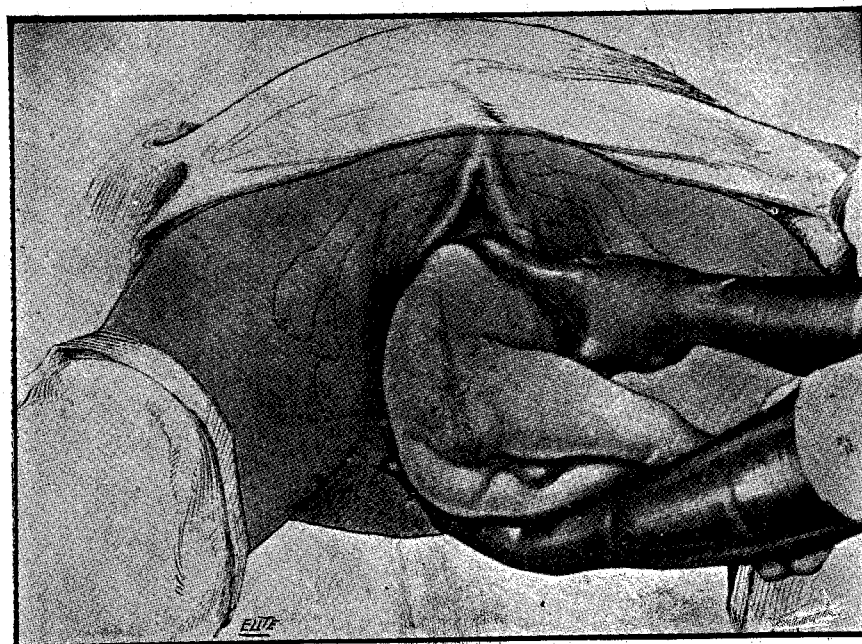


Fig. 19—Empujando la escápula bajo el arco del pubis con el índice.

rre o es poco frecuente en manos de un operador experimentado.)

11. Las mucosidades saldrán de la boca del niño y de las narices cuando hayan aparecido la boca y la barba, o pueden ser ordeñadas frotando suavemente el cuello; muchos niños comienzan a respirar antes de salir la cabeza por completo; siendo la precipitación innecesaria.

12. Debe evitarse el hacer demasiada presión sobre el abdomen de la madre durante la extracción de la cabeza para no dañar la vejiga y la parte anterior del segmento inferior del útero.

13. La cabeza última puede ser extraída por forceps si fuese necesario.

14. El operador debe tener en todo momento un perfecto conocimiento de la posición del niño en el útero antes de intentar la versión; conocimiento que puede obtenerse exactamente por la introducción de la mano hasta el fondo, explorando cuidadosamente el útero y las partes fetales. De

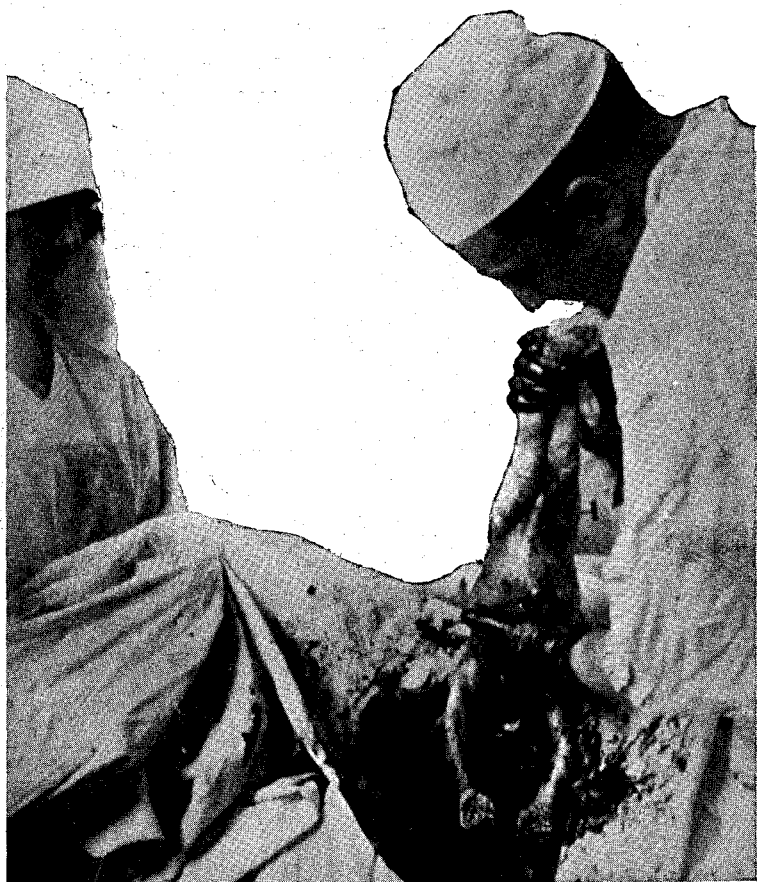


Fig. 20—Extracción de la cabeza última. Puede permitirse al niño respirar en esta posición.

esta manera es como el Doctor Potter ha encontrado que la posición occípito posterior es muy frecuente en el 60 a 70 por ciento de sus casos. (Examina sus pacientes muchas horas antes de la rotación.)

15. Si las membranas no se han roto, es conveniente separarlas de la pared uterina hacia los lados y hacia arriba tan alto como sea posible antes de romperlas, haciendo esta

ruptura bastante alta para retener la mayor cantidad posible de líquido amniótico.

16. La versión está terminada cuando las rodillas del niño aparecen en la vulva.

17. El operador debe ser dueño de la situación en todo momento vigilando las pulsaciones del corazón del niño con la mano que lo sostiene. (El Doctor Potter jamás ha roto una extremidad a un niño vivo durante la versión; habiendo fracturado el húmero en tres ocasiones en niños muertos y

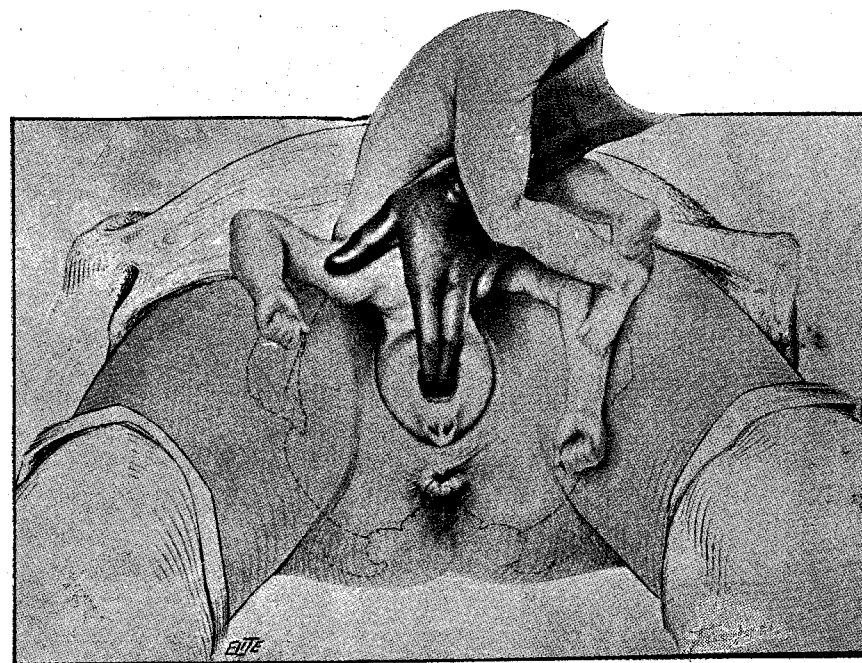


Fig. 21—Extracción de cabeza última. Propia posición del niño sobre el brazo del operador.

cuando hubo necesidad de precipitación en interés de la madre.)

18. Para practicar la versión, la posición de litotomía extrema no es la mejor. La posición de Walcher modificada da superiores resultados por el relajamiento de las partes blandas de la madre. Para obtener esta posición basta con la ayuda de dos asistentes que sostienen las piernas de la paciente, uno de cada lado, o dejando descansar los pies sobre dos sillas si no hay asistentes disponibles (Fig. 1).

19. Al extraer al niño se le coloca sobre su costado derecho descansando atravesado sobre el abdomen de la madre

(Fig. 22). Esta posición pueda ser que contribuya al cierre del agujero de Botai; el niño permanecerá en esta posición hasta que sea ligado y seccionado el cordón. EL DOCTOR POTTER PROTESTA CONTRA LA PRACTICA DEMASIADO COMUN DE DAR PALMADAS Y GOLPEAR AL NIÑO PARA HACERLO RESPIRAR; PRACTICA INNECESARIA Y NO EXCENTA DE PELIGRO. Raras veces ha tenido que hacer otra cosa más que suspender al niño por los pies para permitir la salida de las mucosidades fuera de la boca o soplar pocas veces sobre el pecho del niño para restablecer la respiración inmediatamente, algunas veces respira dentro de la traquea del niño por medio de un cáteter siendo la precipitación e inquietud para inducir la respiración completamente innecesarias.



Fig. 22—Parto terminado; el niño colocado sobre el abdomen de la madre descansando sobre su costado derecho.

20. Para la expulsión de la placenta se administra una inyección intramuscular de 1 c. c. de pituitrina a la madre después del nacimiento del niño, al poco tiempo es expulsada con poca hemorragia. Este tercer período del trabajo puede hacerse extrayendo la placenta con la mano.

Algunas veces hay dificultad en la extracción de la cabeza última, siendo un accidente raro, pues en 938 casos apenas ha usado su forceps corto. La compresión del forceps cuando es fuerte y largo tiempo continuada es una seria amenaza para el inmediato y futuro bienestar del niño. Nunca debe hacerse ninguna presión externa sobre el vientre de la madre, excépto al comenzar la versión y después de haber salido los hombros y los brazos para facilitar la extracción

de la cabeza. El Doctor Potter opina que la presión en el útero tal como es recomendada por otras autoridades obstétricas es una de las causas principales que hacen subir los brazos sobre la cabeza del niño. Cuando la cabeza se traba durante su extracción debe evitarse hacer demasiado movimiento del niño hacia el vientre de la madre. Refiere dos

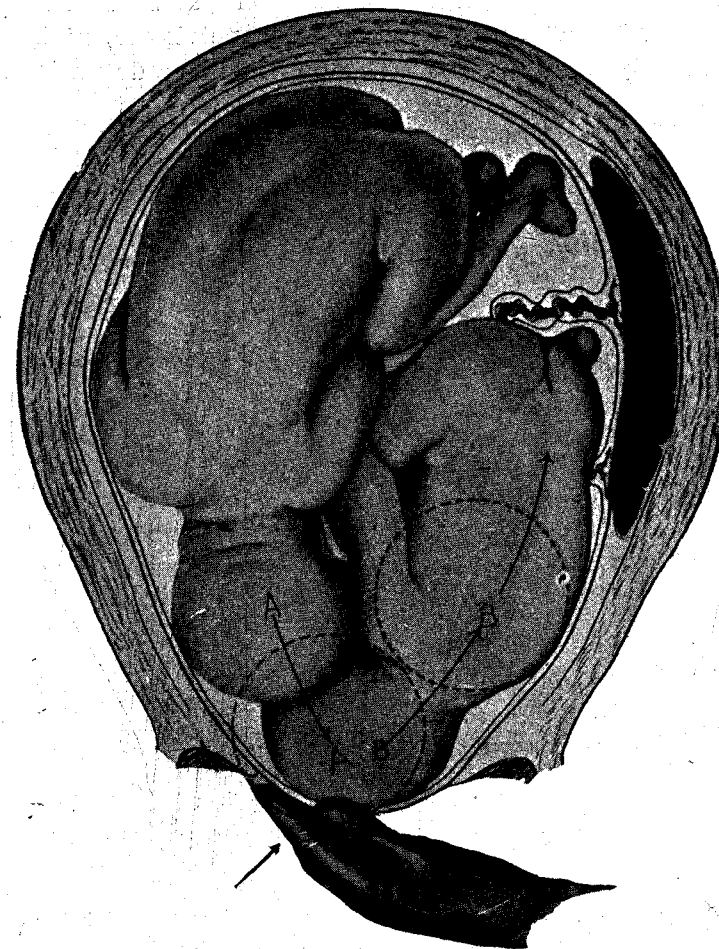


Fig. 23—Elevación del gemelo B para permitir al niño A ser extraído primero.

casos donde el cuello fue fracturado por esta sobre deflexión. La extracción no debe ser demasiado rápida, la espalda del niño debe ser soportada en la mano como lo muestra la Figura 21. (Para permitir una dilatación mayor del canal vaginal en una primípara de 37 años de edad dejó permanecer

la cabeza con la boca expuesta en el periné 14 y medio minutos antes de terminar la extracción de un niño que pesaba 7 libras.)

PRESENTACIONES DEFECTUOSAS EN LAS CUALES LA VERSION ES APLICABLE INCLUYENDO EL EMBARAZO GEMELAR

Potter no ha querido dar indicaciones sobre la versión podálica interna basadas en medidas pelvianas, ni ha aceptado en su práctica personal las conclusiones de varios maes-

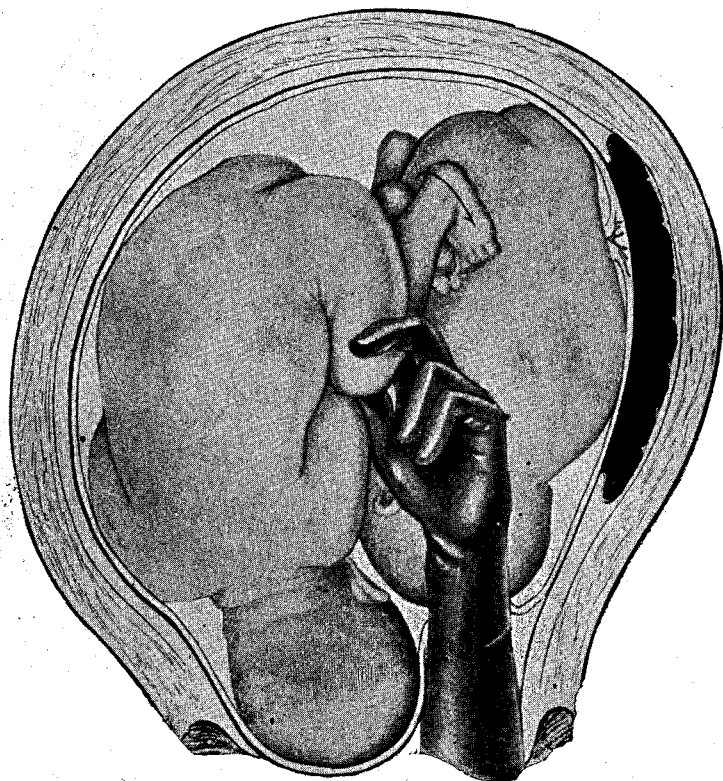


Fig. 24.—El pie del segundo niño es descendido después de haber quitado de la vía al primer niño.

tros de obstetricia sobre el método de extracción que ha de ejecutarse en ciertas anomalías pelvianas.

En sus propios trabajos se atiene a su experiencia personal tomando en consideración la historia de la enferma, los hallazgos del examen vaginal, la constitución de la persona; considerando como el conocimiento más valioso, el adquirido por sus propias manos en el interior del útero y como más digno que aquel obtenido mediante el uso de cálculos mecá-

nicos por las medidas pelvimétricas. (Aunque reconoce en el pelvómetro un instrumento de algún valor.) No aconseja la aplicación del forceps alto, ni cree que sea justificable si se compara con la versión, y no acepta un cierto número de centímetros cúbicos como indicación o límite para el empleo

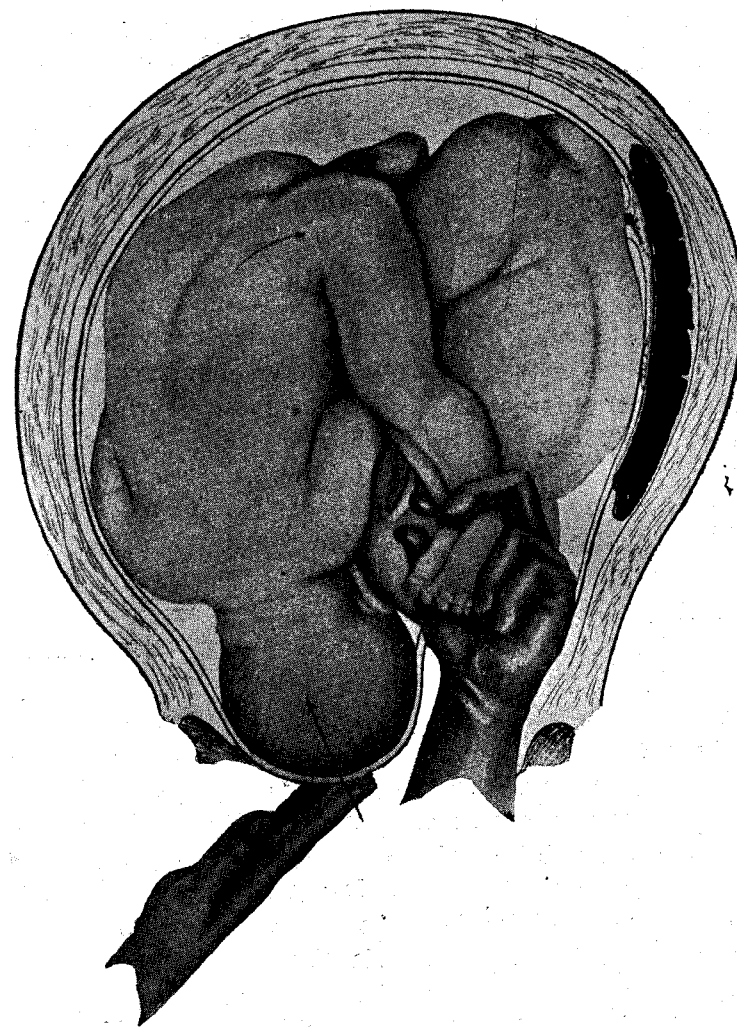


Fig. 25.—Ambos pies del segundo niño son descendidos, al mismo tiempo se empuja la cabeza hacia arriba con la mano derecha exteriormente.

de uno u otro procedimiento. Cuando su método de extracción se emplee lo más pronto posible se pueden asistir con éxito presentaciones difíciles y anormales, siempre que el cuello sea blando y dilatable o en una pelvis normal con un niño no demasiado grande. El útero no debe estar muy contraído y el feto no debe estar firmemente encajado;

porque aunque las aguas hayan salido con algunos días de anticipación, si el útero se relaja bajo la influencia de una anestesia profunda la versión puede practicarse con seguridad, no obstante la falta de líquido amniótico; Potter hizo esta amplia aseveración después de haber practicado más de 4.000 versiones.

EN UN EMBARAZO GEMELAR DONDE LAS CABEZAS SE PRESENTAN EMPLEA EL PROCEDIMIENTO SIGUIENTE: después de haber dilatado debidamente el cuello se introduce la mano izquierda bien lubricada con jabón verde dentro del útero, se explora la cavidad uterina para localizar la exacta posición de cada feto cuidando de no romper las membranas. Una vez averiguada la posición de cada niño, levántese la cabeza del que se presenta primero (B. Fig. 23), de manera de permitir al segundo niño caer en el lugar ocupado por el primero, empujando la mano hacia adentro hasta que ambos pies del segundo niño sean cogidos y descendidos, haciendo la extracción de la manera usual. El niño que se presenta primero es ahora extraído por la versión. Este procedimiento evita la posibilidad de que los gemelos se traben exigiendo la decapitación del primer niño.

CASO DE GEMELOS EN QUE SE PRESENTA UNO DE CABEZA Y OTRO DE NALGAS. Es conveniente extraer primero el que se presenta por la cabeza extrayendo el segundo por los pies. (NO DEBE GIRARSE NINGUNO DE LOS NIÑOS.)

En las versiones electivas no se ven los casos de presentación de hombro abandonados con procubito del brazo; estos casos descuidados se ven solamente en las consultas; a menudo una mano y el brazo se encuentran saliendo de la vagina, el niño muerto, el útero firmemente amoldado a su alrededor y el líquido amniótico completamente drenado; en estas condiciones la embriotomía es la única indicada. En casos de procubitus del cordón todavía con pulsaciones ya sea en multíparas o en primíparas y el cuello no dilatado e indilatable la cesárea abdominal es la operación de elección siempre que el embarazo esté a término pudiéndose permitir la cesarea vaginal antes del séptimo mes.

En casos de niño muerto no hay ningún peligro en esperar que el cuello se suavice y se dilate con tal que la madre permanezca en buenas condiciones.

En caso de placenta previa central la cesarea abdominal debe verificarse lo más pronto posible en interés de la

madre y del niño. Solamente en los casos de inserción lateromarginal debe considerarse la versión; pero no se pensará en ella si el cuello no está dilatado o fácilmente dilatable. Después de la extracción en estos casos, se empaca firmemente la cavidad uterina con gasa yodoformada al 10 por ciento, extrayéndola a las 25 o 36 horas si no es expelida antes evitando una pérdida mayor de sangre, extremadamente peligrosa. Potter nos refiere haber extraído dos niños vivos por medio de su método de versión en los cuales la placenta fue extraída primero, en ambos casos la placenta estaba en el camino y fueron simplemente desprendidas del útero, la extracción se terminó por la versión, viviendo ambas madres y niños.

CRITICAS AL PROCEDIMIENTO DEL DOCTOR POTTER Y SUS RESPUESTAS

Cuando el autor dió a conocer por primera vez su método de versión podálica a la American Association of Obstetricians and Gynecologists, su procedimiento fué universalmente condenado, manteniéndose esta oposición hasta 1912. Entre otras objeciones encontramos como principales las siguientes:

Primera: Peligro de introducción de la mano en la cavidad uterina.

Segunda: La seguridad de causar daño a las partes blandas de la madre.

Tercera: Peligro de sacrificar al niño cuando por algún motivo hubiese una dilación en la extracción de la cabeza última.

Cuarta: La imprudencia de traer hacia abajo ambos pies en vez de uno.

Entre las últimas objeciones que se le hicieron se argumentó, que aunque efectivamente se podía obtener resultados satisfactorios por el uso de este método, requería una gran preparación técnica, al mismo tiempo que una amplia experiencia, no pudiendo por consiguiente ser de un uso general en los trabajos obstétricos, y que produciría una gran mortalidad si no era ejecutada por especialistas altamente ejercitados.

Potter replicó a las objeciones en el orden que le fueron formuladas, así: PRIMERA OBJECION: PELIGRO DE INTRODUCCION DE LA MANO DENTRO DE LA CAVIDAD UTERINA. La historia nos ha enseñado que la versión se empleaba como una operación de emergencia, como último

recurso y cuando todos los procedimientos habían fracasado, recurriendo a ella en adversas condiciones y en ambientes no quirúrgicos; consecuentemente, la infección era común siendo el verdadero obstáculo para el empleo de dicha operación.

En la actualidad, el operador debe prepararse como para la ejecución de la más grande intervención quirúrgica; si es posible, la operación debe practicarse en un Hospital, y si no, el ambiente debe volverse tan aséptico como las condiciones lo permitan. Se preparará a la enferma meticulosamente como para un procedimiento ginecológico, y el operador tomará todas las precauciones, igualmente que lo haría en una sección vaginal o en una laparatomía. SOBRE TODO, EL CANAL VAGINAL NO DEBE SER INFECTADO POR REPETIDOS EXAMENES Y EXPLORACIONES COMO USUALMENTE ACONTECE CUANDO LA VERSION SE HACE COMO MEDIDA DE EMERGENCIA. Bajo la más estricta asepsia un simple examen es suficiente para asegurar el grado de dilatación; se introduce la mano hasta el fondo del útero, se explora cuidadosamente su estado y la situación de las partes fetales. Por consiguiente, la mano que penetra al útero tiene pocas probabilidades de llevar la infección.

Otra objeción que se hace al procedimiento es: que si este método de extracción se convierte en una rutina de práctica diaria tendría que hacerse en condiciones que favorecen la infección y la mortalidad sería enorme. Esta objeción sería exactamente igual a la que se le hiciera a la apendectomía (operación legítima y universalmente reconocida cuando se ejecuta en condiciones apropiadas), porque el Cirujano usará el mismo cuchillo para rebanar un callo que para quitar el apéndice sin ninguna esterilización del instrumento, dando por consiguiente una espantosa mortalidad.

SEGUNDA OBJECCION. LA SEGURIDAD DE CAUSAR DAÑO A LAS PARTES BLANDAS DE LA MADRE. A esta objeción el autor contesta categóricamente NO HABER OCASIONADO UNA SOLA RUPTURA UTERINA CON SU METODO DURANTE SU PRACTICA. La versión no debe intentarse nunca hasta que el cuello esté debidamente dilatado o sea dilatado, se anestesia a la enferma hasta un grado de narcosis quirúrgica antes que la mano penetre al útero para obtener la completa relajación del órgano. El Doctor Potter sostiene que una competente administración del anestésico es una necesidad absoluta. La idea que cualquiera IN-

SENSATO pueda gotear el cloroformo sobre una máscara de manera eficiente para asegurar una anestesia apropiada para practicar una extracción artificial, debe ser inmediatamente y para siempre desechada de la mente del hombre que intente hacer una versión con éxito. LA OPERACION DEBERIA HACERSE SIEMPRE EN CASOS CONVENIENTEMENTE SELECCIONADOS, pues en aquellos en que el líquido amniótico falte desde algún tiempo y en los que han habido contracciones uterinas sub-intrantes, la situación es difícil y la versión traerá muy graves consecuencias. Potter ha hecho la versión EN MAS DE 4,000 CASOS encontrando que las indicaciones varían mucho. La posición transversa descuidada con el útero a punto de romperse no ha sido tratada por la versión, pues es una condición que no debe encontrarse en la práctica de un operador que hace la operación electiva, debiendo terminar la extracción antes que esto suceda. Si se fuese llamado en consulta en un caso semejante habría que guiarse por las condiciones del feto: si el niño estuviese muerto la embriotomía está indicada, si todavía vive puede obtenerse una relajación de las partes maternas por una anestesia profunda y dilatando el cuello debidamente la versión puede intentarse. Cuando la cabeza está movible sobre el estrecho pelviano la versión podrá practicarse cómodamente; pero si ésta está encajada en la pelvis y las aguas completamente drenadas, la versión será imposible. Otra de las ventajas que el Doctor Potter encuentra a su método es la mayor resistencia de la paciente a la infección, porque sufre un shock muy ligero o ninguna cuando el niño es extraído.

Respecto al daño que pueda causarse a las partes blandas no es mayor ni más frecuente con la versión y por el contrario en sus casos hay observaciones de muchas pacientes que han hecho que varios individuos consideren que las condiciones obstétricas obtenidas son muy superiores a aquellas, en las que el forceps fue usado para efectuar la extracción. Las condiciones post-partum son completamente iguales si no superiores a aquellas en que el parto fue efectuado por el sólo proceso natural. El perineo y las partes blandas de la madre son protegidas por la anestesia profunda y por la posición de Walcher modificada, que permite un buen control y admite una lenta y segura extracción de la cabeza después que la vagina y el perineo han sido previamente planchados y propiamente dilatados. Cuando se ejerza alguna presión sobre el abdomen de la madre debe observarse mu-

cho cuidado de no emplear mucha fuerza para evitar los daños a la pared anterior del útero o a la vejiga.

La dilatación cervical es un requisito absoluto para verificar la versión; si no ocurre espontáneamente será inducida de la manera previamente descrita dilatando el cuello con los dos dedos; Potter no emplea bolsas dilatadoras en su trabajo, pues considera que no pueden hacer la dilatación de ninguna manera comparable con el proceso natural; la dilatación y retracción del cuello que conducen al borramiento deseado principia arriba en el proceso natural no siendo por consiguiente la misma que la producida por las bolsas dilatadoras que además desplazan la parte que se presenta y predisponen al prolapso del brazo.

El relajamiento y flojedad de la vagina post-párum, rasgadura del periné, prolapso de la vejiga, son eliminados por no estar las partes blandas sujetas a una larga presión. El molimiento causado por la cabeza que viene delante, enciende a menudo inflamaciones en las trompas y los ovarios donde es posible que haya alguna infección gonocócica latente, por consiguiente la versión al suprimir este traumatismo evita las alzas de temperatura en estos casos.

Las laceraciones de las partes blandas de la madre durante la versión y extracción por el método de Potter son mucho menores que aquellas ocasionadas por el uso del forceps o en los casos en que el segundo tiempo del trabajo ha sido muy prolongado. Las rupturas del periné llegan raras veces hasta el músculo elevador del ano, los daños a la vejiga no acontecen por estar ésta vacía antes de la versión, y se elevan tan alto que jamás es vista durante la extracción, no rasgándose en su punto de giro al nivel de su inserción uterina o en las ramas del pubis e izquierdo; no se observan ni cistocelos ni rectocelos, condiciones a menudo debidas a la prolongada presión de la cabeza fetal e indebida dilatación del canal genital.

A las preguntas que han formulado algunos autores sobre el modo de evitar los daños que se pueden infringir al diafragma superior de la pelvis; que a veces es traumatizado en un parto natural muy rápido por una aplicación prematura del forceps, por una imprudente administración de pituitrina o por una manipulación que precipite el mecanismo natural de dilatación; el Doctor Potter responde que cree que la razón por la cual evita este traumatismo se debe a la profunda anestesia que hace que los músculos se relajen y a la posición de Walcher modificada que al juntar los muslos ayuda a

impedir el traumatismo del canal genital. Advirtiéndole que muchas laceraciones provienen de la precipitación y nerviosidad del operador. CONSIDERA DE SUMA IMPORTANCIA ANTES DE HACER LA MANIOBRA, DELIBERARLA CONVENIENTEMENTE; SER SUMAMENTE CUIDADOSO Y SOBRE TODO SER MUY FINO EN CADA PASO DE LA OPERACION.

Otra pregunta muy a menudo formulada al autor por aquellos que lo han visto practicar su método, es: ¿POR QUE NO APRESURA LA EXTRACCION CUANDO EL OMBLIGO ESTA YA A LA VISTA? Potter contesta que al hacer una investigación a este respecto a través de la historia en los libros obstétricos de muchos años atrás, se observa que los libros de texto y otras autoridades hacen resaltar la necesidad de precipitar la extracción en este momento, por temor que el niño perezca "LEST THE CHILD PERISH". Esto es aparentemente una mera tradición que se ha venido sucediendo desde los tiempos en que se suponía que el feto respiraba a través del cordón cuando estaba en el útero. Esta precipitación es todavía enseñada en las escuelas médicas a pesar de todos los progresos de la práctica obstétrica. Su experiencia tiende a demostrar que la precipitación en este período complica grandemente la extracción y que es mejor proceder con calma.

Lo que hace difícil los otros métodos de versión según Potter, complicándolos con la extensión de los brazos sobre la cabeza y extensión de la barba es la prematura presión exterior sobre la cabeza hundiéndola entre los hombros y levantando los brazos; presión que solamente debe hacerse cuando la cabeza esté pasando a través del canal pelviano.

Potter considera que el forceps en cabeza última puede ser de mucha utilidad en contados casos difíciles en que no puede extraerse la cabeza, y en los cuales una inteligente aplicación del forceps reduciría las oportunidades de una mala consecuencia para el niño; en 990 casos usó el forceps solamente dos veces en cabeza última.

El gran factor de la mortalidad fetal depende de la compresión del cordón, siendo algunos casos no reconocidos por pertenecer al tipo de prolapso oculto; cuando el cordón es prensado entre la cabeza y el estrecho pelviano, la muerte fetal es la consecuencia de esta presión. La versión es el mejor método para tratar los casos de cordón prolapsado ya sea oculto o visible, el autor frecuentemente secciona el cordón

entre dos pinzas antes de la extracción si permanece entre las piernas del niño y no puede ser bajado hasta los pies, cuando está enrollado alrededor de una pierna o es muy corto, sin ocasionar daño al niño.

Ninguna cuestión de la técnica del autor ha sido tan rebatida como el descenso de ambos pies en vez de uno, el Doctor Potter replica que las ventajas de este procedimiento parecen ser obvias, siendo la principal la de uniforme distribución de la tracción que el operador es capaz de ejercer cuando rota el cuerpo del niño y la posibilidad de asegurar una dilatación del canal genital mejor que aquella obtenida por un sólo pie.

Donde verdaderamente pueden apreciarse las ventajas de bajar ambos pies es en los embarazos gemelares, por ejemplo, cuando los niños se presentan por la cabeza, entonces se levanta la cabeza del primer niño que se presenta, se buscan cuidadosamente los pies del segundo llevándolos hacia la vulva para hacer la extracción, el otro niño es extraído en seguida de igual manera. En caso de que ambos gemelos se presenten de nalgas, se flexionan los muslos del primero que se presenta haciendo una presión en el hueco poplíteo, elevando después sus piernas retirándolas de la pelvis de la madre; en seguida se buscan los pies del segundo niño, se llevan hacia la vulva y la extracción se hace como si hubiese sido una extracción original de pies; el niño restante se extrae de idéntica manera. Se concibe que en estos casos la traída de un sólo pie conduciría directamente al fracaso siendo la razón por la que el autor considera mejor coger ambos pies antes de hacer girar al niño.

La más reciente objeción a la técnica del Doctor Potter es que su método no puede ser ejecutado más que por "UN SOLO HOMBRE"; en otras palabras se le objeta de que él es capaz de ejecutar su maniobra con seguridad por su peculiar aptitud natural y su larga experiencia; mientras que los intentos que pudieran hacer otros hombres al seguir sus indicaciones los conducirían directamente a un desastroso resultado.

El autor contesta que es bastante difícil responder a un cargo en el cual entra la ecuación personal tan de lleno; pues nadie es capaz de estimar con justicia una comparación de sus habilidades con las de algún otro. Algunos de sus opositores han justificado su oposición concediéndole al autor mucha habilidad como partero y estableciendo que es un

"PELIGROSO PROCEDIMIENTO" para cualquier otro que lo intente, no debiendo darse a conocer para que no sea intentado por aquellos que no son suficientemente capacitados. Dejando a un lado las consideraciones de habilidad y aptitud personal el autor considera supérfluo hacer observar que ninguna operación debería ser emprendida por aquellos que no sean competentes. El sendero del progreso médico es siempre obstaculizado por los mal juzgados fracasos de esta clase de incompetentes; de esta manera ninguna operación debería darse a conocer hasta que cada hombre pudiera propiamente hacerla.

El Doctor Potter no aconseja el empleo de la versión para aquellos que no quieran hacerla o que teman poner en evidencia su ignorancia y falta de habilidad, pero piensa que un hombre propiamente preparado en obstetricia, es capaz de hacer una versión tan bien como una sección cesarea. Advirtiéndole que no podrá hacerlo si no está debidamente preparado; y contrariamente a sus opositores hay quienes aconsejan que la maniobra de Potter sea enseñada a los estudiantes, considerándola como más fácil de enseñar que el uso correcto del forceps.

Al finalizar la Guerra Europea, los Médicos de aquellos países dirigieron sus pensamientos de los problemas de los campos de batalla al problema más urgente de reemplazar los millones de ciudadanos cuyas vidas fueron cegadas en aquella gran hecatombe social. La mortalidad infantil dejó de ser una cuestión puramente académica para convertirse en un serio problema práctico. Al mismo tiempo en América los Estados Unidos considerando que la enseñanza obstétrica era defectuosa, trataron de introducir nuevos planes para una educación obstétrica más eficiente, pues a juzgar por las estadísticas del Doctor John Osborn Polak, de Nueva York, de cada 21 niños que nacen uno muere al nacer y de cada 26 niños que viven uno muere antes de un mes; y en 250 partos muere una mujer de infección o como resultado indirecto de ella, considera que más del 61 por ciento de la cirugía ginecológica es el resultado de una práctica obstétrica defectuosa.

Hacia el ideal de una disminución de la mortalidad infantil y como un medio de aumentar la maternidad van encaminados los esfuerzos del Doctor Potter quien en una de sus disertaciones dice: "Cuanto estudio y experimentación para mejorar la alimentación de los cerdos, para mejorar la calidad del algodón, para hacer crecer dos espigas de trigo don-

de solamente crece una; cuánto más importante que el trigo, el algodón o los cerdos es la cosecha recogida por el Médico en su saco obstétrico y por consiguiente todo esfuerzo hacia la mayor producción de más y mejores babies, no debe ser condenado sin haberlo ensayado".

INDICACIONES Y VENTAJAS DE LA VERSION

El Doctor Potter, en Junio de 1919, reportó una serie de 1888 casos de extracción sin una sola muerte materna, sin daños serios de las partes blandas y los pequeños daños causados fueron reparados simplemente; tampoco hubo alarmantes hemorragias. El período de involución en estos casos fue más corto que el tiempo empleado por los otros métodos, siendo menor la descarga loquial. Considera que la rapidez de la convalecencia se debe a la falta de shock de la paciente, durante el angustioso y lento segundo período del trabajo. Hay más fuerza y más sensación de bien estar al final del puerperio. En cuanto a la mortalidad fetal la comparación es más favorable a su método que cualquier otra forma de extracción.

En el año de 1918 tuvo 16 niños muertos en una serie de 515 casos, es decir muy poco más del 3 por ciento.

En otra serie de 1113 casos en el año de 1920, la mortalidad fetal fue de 6'7 por ciento.

El tiempo que se emplea para hacer una versión depende: de las características físicas de la paciente, de la dilatación cervical y las condiciones del feto.

Potter hace la versión como rutina en toda múltipara con presentación anormal de cabeza, eliminando los malos efectos que resultan de un segundo período prolongado; considera que en todo parto hay un cierto shock aunque sea muy ligero y si se puede eliminar el dolor y abreviar la extracción se conserva la fuerza de la paciente evitando el derrame de energía de tal manera que se restablece más pronto.

Para desvanecer el acerto de que es más peligrosa la versión en una primípara que en una múltipara, el Doctor Potter hace observar el hecho de que muchos úteros grávidos por la primera vez son más grandes que en los embarazos subsi-

guientes. En la extracción en una primípara no es el traumatismo de la parte superior del canal el que debe temerse; el problema es vencer la rigidez de las partes blandas de la vía genital lo cual puede hacerse en gran parte por una propia dilatación manual.

Uno de los casos en que la versión es especialmente ventajosa es aquél en que hay una dilatación más o menos completa del orificio uterino, cesación de los dolores, no hay asociación de presentación anormal del niño o estrechez de la pelvis siendo la interrupción del trabajo debida únicamente a la inercia uterina.

Otro tipo en que la versión es ventajosa es cuando la paciente tiene abdomen péndulo, en este caso el trabajo tiene que ser prolongado porque la fuerza expulsiva del útero no se ejerce en la dirección del eje del canal genital.

Aboga también por la versión en las grandes venas varicosas de la vulva, vagina y muslos, porque en estas regiones al romperse una vena hay peligro de un hematoma que puede infectarse durante un prolongado trabajo causando serias complicaciones puerperales.

Es también ventajosa la versión en los casos de estrechez pelviana moderada en los cuales hay siempre un trabajo prolongado, no siendo más difícil que en una pelvis normal.

Cuando la placenta previa es marginal en una múltipara, puede ser muy bien tratada por la versión y si el orificio uterino no está bien dilatado hay que dilatarlo bajo una anestesia profunda por el método ya descrito.

El autor hace resaltar la importancia de traer ambos pies para taponar el cuello.

Es indicada también la versión cuando la mano se presenta al lado de la cabeza, en la presentación de hombro, en la presentación de cara con barba anterior o posterior, en la presentación transversa, en los casos de presentación de ambas manos y en aquellos donde la mano y el cordón se presentan.

En general cree que la versión es ventajosa para el niño en todos los casos en que hay probabilidades de un trabajo prolongado, hay menos probabilidades de compresión y daños a la cabeza del feto especialmente cuando es necesario

el uso del forceps alto o mediano, siendo por consiguiente la epilepsia y otras complicaciones craneales menos frecuentes en el niño traído al mundo por este método que por cualquier otro.

La versión será útil en la posición occípito posterior, presentación de cara, prolapso del cordón, placenta previa en múltipara y en pelvis moderadamente contraída con niño pequeño. Usada en todos los casos donde hay indicación de un trabajo prolongado en condiciones naturales eliminando sufrimientos y agotamiento de la madre y las oportunidades de daño en las partes blandas.



OBSERVACIONES

A continuación presento algunas observaciones en las cuales practiqué la maniobra de Potter durante los dos años y medio de mi Internado en el Servicio de Maternidad del Hospital General. No obstante que muy pocas veces hice la maniobra electiva, el resultado fue completamente satisfactorio, no habiéndose registrado en mi modesta estadística ninguna lesión de las partes blandas maternas ni tampoco la fractura de un miembro fetal. El número de casos en que practiqué la extracción por dicho procedimiento fué en 60 embarazos simples y 1 embarazo gemelar; como todas las observaciones están calcadas en el mismo tipo, solo voy a referir unos cuantos casos, por considerar monótono y sin mayor importancia el hacer referencia de cada caso en particular.

Observación Número 1

MANIOBRA DE POTTER POR INERCIA UTERINA

La primera vez que tuve oportunidad de emplear la Maniobra de Potter que en el siguiente caso: enferma de 36 años de edad, obesa; tres partos anteriores normales. En el parto actual tenía tres días de trabajo cuando fui consultado por una Comadrona, porque el niño no progresaba, la bolsa de las aguas rota cinco horas antes; la enferma agotada no podía hacer esfuerzos. La dilatación era completa, presentación de vértice con cabeza móvil; se hizo un intento de aplicación de forceps (contra mi gusto por no estar aconsejado por las autoridades obstétricas el forceps alto) sin ningún resultado; en vista de esto intenté por primera vez la Maniobra de Potter. La versión se hizo sin dificultad lo mismo que la extracción; el niño cuyo peso era de 8 libras, nació con una ligera asfixia azul, pero vivió sin necesitar mayores esfuerzos. Alumbramiento espontáneo a los veinte minutos. Ninguna lesión de las partes blandas. Puerperio normal.

Arturo Zecaña.

Observación Número 2

MANIOBRA DE POTTER POR INSERCIÓN LATERO MARGINAL DE LA PLACENTA

Enferma de 26 años de edad, multipara, veinte días antes de su ingreso al Hospital tuvo una fuerte hemorragia, al momento de su llegada una nueva pérdida de sangre que le principió dos horas antes acompañada de dolores de parto. Embarazo a término, presentación de vértice con cabeza móvil, dilatación cervical, del diámetro de medio dollar, el corazón fetal 160 pulsaciones por minuto. Placenta previa latero-marginal, dilatación digital con ruptura de las membranas para drenar el líquido amniótico con el fin de disminuir la distensión del útero siguiendo el método de Puzos. En vista de la falta de éxito se completó la dilatación del orificio uterino para permitir la entrada de la mano; estando ya la enferma bajo anestesia quirúrgica se practicó la maniobra de Potter, con éxito, y por no estar completamente dilatado el periné dejé permanecer cinco minutos al niño con la boca y narices fuera de la vulva el cual comenzó a respirar al hacerle expresión de la traquea para extraer las mucosidades, el periné se dilató gradualmente e hice la extracción felizmente sin lesionar a la enferma. Los anexos se expulsaron espontáneamente diez minutos después.

La paciente quedó bajo un tratamiento apropiado por la pérdida de sangre. Puerperio fisiológico, saliendo del Hospital madre e hijo en buen estado de salud 14 días después del parto.

Interno,
Arturo Zeceña.

Vº Bº
Guillermo Cruz.

Observación Número 3

MANIOBRA DE POTTER POR FATIGA DE LA ENFERMA

Enferma de 32 años de edad, primípara, con edema suprapubiano, de la vulva y de los miembros inferiores; el trabajo se ha iniciado 24 horas antes de su llegada al Hospital, bolsa de las aguas rota cuatro horas antes, presentación de vértice posición izquierda con cabeza móvil. La fatiga de la enferma es manifiesta, por lo que se determina hacer la maniobra de Potter para abreviar el trabajo, la que se verificó con éxito, niño vivo de 7½ libras; no hubo laceración de las partes blandas maternas, expulsión de los anexos espontánea. Puerperio normal, la enferma sale del servicio catorce días después del parto.

Interno,
Arturo Zeceña.

Es auténtica,
Guillermo Cruz.

Observación Número 4

MANIOBRA DE POTTER ELECTIVA

Enferma de 36 años de edad, sumamente obesa, con edema de los miembros inferiores, dos partos anteriores sin lograr que los niños vivieran no obstante haber sido operada (aplicación de forceps); en el parto actual se inició el trabajo 24 horas antes de su llegada al servicio de Maternidad, presentación de vértice, posición occipito posterior, cabeza móvil, dilatación completa. Procedí a la maniobra de Potter la que pude verificar con suma facilidad por estar la bolsa de las aguas intacta. Niño vivo de 8½ libras de peso. Se hizo la extracción manual de la placenta por hemorragia. Puerperio fisiológico, saliendo la paciente del Servicio a los doce días.

Interno,
Arturo Zeceña.

Es auténtica,
Guillermo Cruz.

Observación Número 5

MANIOBRA DE POTTER POR ECLAMPSIA

Enferma de 28 años de edad, dos partos anteriores, dilatación incompleta, bolsa de las aguas intacta, presentación de vértice (I. D. P.). Antes de su ingreso tuvo cuatro ataques convulsivos y al momento de su llegada uno más. Anestesia al éter, dilatación digital, maniobra de Potter. El niño de 6 libras 14 onzas, vivió. La enferma fué sometido al tratamiento habitual: (cloral al interior 20 gramos en 24 horas disuelto en gran cantidad de agua, no se hizo sangría por haber perdido considerable cantidad de sangre durante el alumbramiento, lavado de estómago, purgante de aguardiente alemana, lavativa purgante, evacuación de la vejiga, inyección hipodérmica de suero glucosado a 47 por 1000 etc.) saliendo curada del Servicio a los 15 días del parto.

Interno,
Arturo Zeceña

Es auténtica.
Guillermo Cruz.

Observación Número 6

MANIOBRA DE POTTER EN PRESENTACION DE HOMBRO CON PROCIDENCIA DEL CORDON

Enferma de 40 años de edad, siete partos anteriores, trabajo iniciado diez horas antes, dilatación incompleta. bolsa de las aguas intacta; se diagnostica presentación de hombro, dorso anterior, cabeza a la izquierda; momentos después, se rompió espontáneamente la bolsa de las aguas dando salida a considerable cantidad de líquido que arrastró consigo el cordón; se redujo éste y procedí a la maniobra de Potter, previa terminación de la dilatación del cuello uterino. El niño pesó 6 libras, nació vivo; puerperio fisiológico, salió la enferma del Hospital a los 15 días.

Interno,
Arturo Zeceña.

Es auténtica,
Guillermo Cruz.

Observación Número 7

MANIOBRA DE POTTER POR INERCIA UTERINA SECUNDARIA

Enferma de 36 años de edad, cinco partos anteriores, bolsa de las aguas rota 24 horas antes, dilatación completa, presentación de vértice posición occipito posterior. Inercia uterina [secundaria. Maniobra de Potter con

niño vivo pesando 7 libras. Inyección intramuscular de I c. c. de pituitrina y expresión de la placenta a los 60 minutos. Doce días después salió la enferma del Hospital.

Es auténtica,
Guillermo Cruz.

Interno,
Arturo Zecaña.

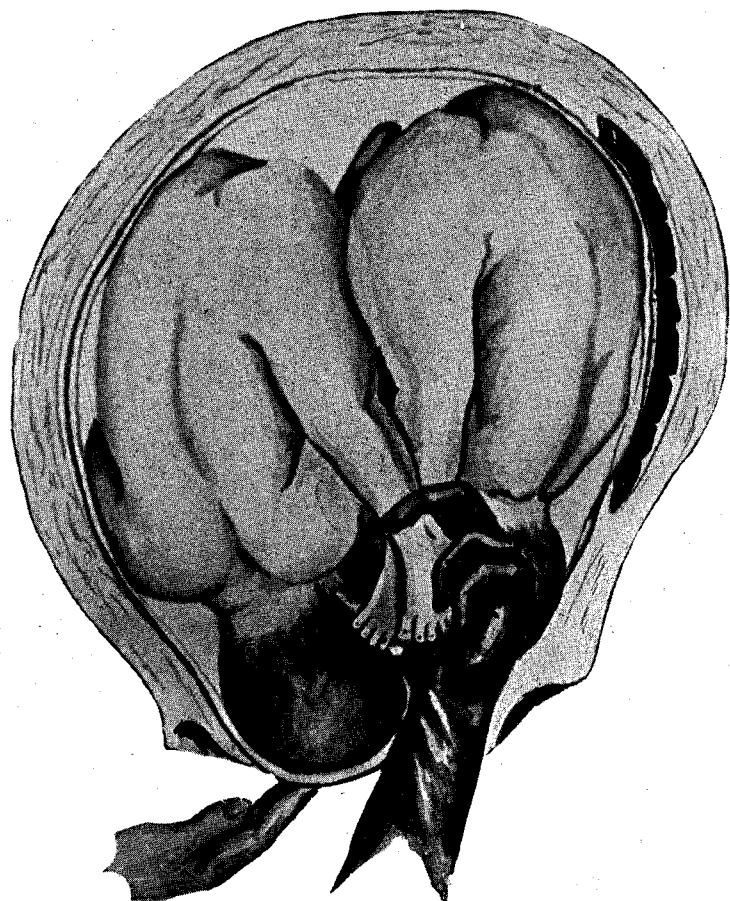


Fig. 26—Esta figura muestra el error cometido en la observación No. 8.

Observación Número 8

MANIOBRA DE POTTER EN EMBARAZO GEMELAR POR INERCIA UTERINA

Enferma de 40 años de edad, primípara, dos días de trabajo antes de ingresar al Servicio de Maternidad. Asociado con el Jefe de la Sala, Doctor Guillermo Cruz, examinamos a la paciente y diagnosticamos embarazo gemelar, ambos fetos en presentación de vértice y dilatación completa; dispusimos

hacer la maniobra de Potter por el extremo agotamiento de la enferma. Ascendí la cabeza del primer niño que se presentaba e introduje la mano para buscar ambos pies del segundo, creyendo haberlos encontrado los extraje hasta fuera de la vulva, llamándonos la atención que al escaparse de la mano que lo sujetaba, uno de los pies, se iba demasiado alto, siendo muy trabajoso volverlo a encontrar, los exteriorizamos de nuevo y rectificamos que se trataba de pies de nombre diferente, pero sospechamos que extraímos el derecho de un feto y el izquierdo del otro; dejando libre el pie que tendía a escaparse y guiándome por la pierna que teníamos fuera, llegué hasta el pliegue inguinal encontrando el miembro inferior que tratábamos de extraer (segundo feto) la extracción se hizo sin dificultad; el niño fué colocado sobre el abdomen de la madre descansando sobre su costado derecho, al terminar las pulsaciones del cordón se seccionó este entre dos pinzas y se procedió a la versión y extracción del niño restante, procediendo de la misma manera.

Los dos niños de sexo masculino, peso de 6 libras, vivieron y no hubo lesiones a las partes blandas maternas. Puerperio fisiológico. La enferma salió del Servicio a los 15 días, (por el hábito que tenemos de prolongar la cama a nuestras operadas).

(Obsérvese que aunque se tenga a la vista un pie derecho y un pie izquierdo pueden pertenecer a dos fetos distintos, siendo la extracción imposible).

Interno,
Arturo Zecaña.

Es auténtica,
Guillermo Cruz.

NUMERO DE CASOS QUE FUERON TRATADOS POR LA MANIOBRA DE POTTER, 60, DISTRIBUIDOS ASI:

MULTIPARAS.....	56
PRIMIPARAS ...	4

ECLAMPSIA

Tres ataques convulsivos
princiando tres horas
antes de la extracción. (muy intoxicada)..... 1 (primípara)

ECLAMPSIA

Cinco ataques convulsivos
antes de la extracción. (muy intoxicada) 1 (múltip.)

PLACENTA PREVIA LATERO-MARGINAL 2 (múltip.)

PROLAPSO VISIBLE DEL CORDON 2 (múltip.)

Presentación de FRENTE..... 1 (primíp.)

" " " 1 (múltip.)

" " CARA (Mento posterior)..... 1 (primíp.)

Presentación de CARA (Mento posterior).....	1	(múltip.)
" " " " anterior).....	1	(múltip.)
EMBARAZO GEMELAR (Vértice ambos fetos).....	1	(primíp.)
CONTRACCIÓN Y MAL FORMACION DE LA PELVIS (Un parto anterior, craneotomía).....	1	(múltip.)
ABDOMEN PENDULO (medidas pelvimétricas no muy reducidas)	2	"
GRANDES VARICOSIDADES DE LA VULVA, VAGINA Y MUSLOS (Por temor de hematoma).....	2	"
·PELVIS MODERADAMENTE CONTRAIDA.....	4	"
Presentación de HOMBRO (dorso anterior).....	3	"
" " " (" posterior).....	2	"
" " " (con procidencia de brazo, niño vivo	2	"
" " " TRANSVERSA (vientre inferior).....	1	"
INERCIA UTERINA (secundaria).....	11	"
" " (primitiva).....	4	"
AGOTAMIENTO DE LA ENFERMA (tuberculosis).....	1	"
SUMA OBESIDAD (dos partos anteriores, con feto muerto, trata- dos por forceps y craneotomía).....	1	"
SUFRIMIENTO FETAL.....	9	"
" " " (por circulares del cordón alrededor del cuello.....	2	"
MARCADO RELAJAMIENTO DE LOS MUSCULOS RECTOS ABDO- MINALES.....	1	"

Interno,
Arturo Zecena.

Son auténticas,
Guillermo Cruz.

CONCLUSION

La Maniobra de Potter es una interesante operación obstétrica relativamente moderna y que trae las siguientes ventajas: evita las laceraciones de las partes blandas maternas, suprime las secuelas ginecológicas tales como el cistocele, rectocele, vagina bostesante, prolapso uterino, etc.; disminuye el shock que acarrea todo trabajo prolongado ahorrándole a la enferma pérdida de energía física y psíquica, favoreciendo el equilibrio de las defensas orgánicas para luchar contra la infección, dejando a la economía toda su inmunidad biológica. No se puede ocultar que esta operación es una seria intervención obstétrica que envuelve evidentes peligros para la madre y el niño cuando no es ejecutada con propiedad. Debemos advertir que cuando se determina hacer la operación es porque no hay otro medio que garantice mejor la vida de la madre y del niño (no es por tanto una intervención de rutina), y debe practicarse sola y únicamente en los casos en que está indicada. Permite además terminar el trabajo en poco tiempo cuando las circunstancias así lo exijan (eclampsia, placenta previa latero-marginal, prolapso visible del cordón, etc). Esta operación ha sido comparada tanto por su ejecución como por sus peligros a las grandes intervenciones de la cirugía abdominal; no obstante después de haberla practicado en algunos casos electivos se llegará al convencimiento de la sencillez de la operación y la rapidez de la reposición de la enferma; finalmente garantiza más que ninguna otra intervención obstétrica actual, la vida de la madre y del niño pero siempre (Y LO REPITO) que se ejecute con moderación y cumpliendo con todos los detalles descritos en este modesto trabajo.

Arturo ZECENA.

Vo. Bo.
Miguel F. Molina.

Imprimase.
Juan J. Ortega.

BIBLIOGRAFIA

CH. GONNET.—H. BOUGET "Questions de Garde d' Accouchement."

De LEE J. B.—"Principles and Practice of Obstetrics." Philadelphia 1925.

CAZEAUX.—"Traité d' Accouchements." 1867.

PINARD.—"Annales de Gynecologic." Janvier 1895. Janvier 1896. Janvier 1897.

BUMM ERNESTO.—"Tratado Completo de Obstetricia," Francisco Seix Ed BUDIN." Obstetrique et Gynecologie 1886.

A. RIBEMONT DESSAIGNES.—G. Lepage. "Traité d' Obstetrique 1914."

IRVING W. POTTER.—"The Place of Version in Obstetrics 1922, C. V. Mosby Company."

SPELLIE WILLIAM.—"Treatise on the Theory and Practice of Midwifery, London 1756."

A. AUBARD.—"Tratado Práctico de Partos."

LASKINE —"Essai sur la version bipolaire-These de Paris 1890."

COUVELAIRE AND POTOCKI.—"Anales de Gyn. 1910."

DAVIS.—"Amer. Jour. Obst. January 1915."

BARNES ROBERT.—Turning in Contracted Pelvis, Lacet London 1860."

FR. J. HERRGOTT.—Ann de gynec. 1882 t. XVII pag. 283.

SHEARS G. P.—Obstetrics Normal and Operative, Philadelphia 1917.

POLAK J. O.—The Defects in Our Obstetric Teaching, Jour. Am. Med. Assn. June 25, 1921.

GUFFEY DON CARLOS.—Modification of the usual Technique in Delivery of the first arm in Podalic Version or Breech Presentation Surg. Gynec. and Obs. January 1911.

GOODELL.—Donceded Accidental haemorrhage of the gravid uterus, Am. J. Obste. II.

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva.....	Fascia pelvis en la mujer.
Física Médica	Formación de la imagen microscópica.
Botánica Médica	Montagnoa tomentosa.
Química Médica In.....	Permanganato de Potasio.
Fisiología	Sentido del olfato.
Histología	Método de Lhermitte para la coloración de las células y fibrillas neuróglícas.
Zoología ...	Fasciola hepática.
Patología General.....	Diapedésis.
Patología Interna.....	Enfermedad de Corrigan.
Patología Externa..	Diagnóstico de la apendicitis aguda en los niños.
Clínica Quirúrgica	Transfusión de la sangre. (Jeanbrau).
Química Médica Organ....	Salicilato de Metilo.
Medicina Operatoria	Desarticulación Tarso-Metatarsiana. (Lisfranc).
Higiene.....	Profilaxia de la difteria.
Clínica Médica.....	Percusión de la región precordial.
Ginecología.....	Mola Hidatiforme.
Terapéutica...	Elementos de la individualización terapéutica.
Toxicología.....	Diagnóstico de las intoxicaciones bajo el punto de vista general.
Farmacología.....	Pociones.
Anatomía Patológica.....	De la Siringomielia.
Bacteriología.....	Bacillus Welchii.
Obstetricia	Laparotomía. (De Lee).
Medicina Legal.....	Técnica de las autopsias médico legales.