GACETA MÉDICA

DE MEXICO.

PERIODICO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA.

Se reciben suscripciones en México, en la librería del Sr. D. José María Aguilar y Ortiz, 1ª calle de Sto. Domingo núm. 5, y en el despacho de la imprenta donde se publica esta Gaceta.

En los Departamentos, en la casa de los Sres. corresponsales de la librería de Aguilar y Ortiz. La suscripción es de 25 centavos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

SUMARIO.

¿En qué casos debe hacerse la version y cuándo la aplicación del forceps? por el Sr. D. Juan N. Govantes y Vera.—Obstrucción intestinal. Curación, por el Sr. D. Francisco de P. Chacon.—Continuación del alcoholismo, por el Sr. D. José G. Lobato.—Crónica extranjera.

TOCOLOGIA.

No estando aún, cual era de desearse, vulgarizadas lo bastante las indicaciones y contraindicaciones de la version y de la aplicación del forceps, he creído que sería muy útil darlas á luz con la precisión debida; y como quiera que la tesis inaugural del aventajado alumno de nuestra Escuela, el profesor D. Juan N. Govantes y Vera, cumple superabundantemente á este propósito, no he vacilado en darla á luz, porque, por desgracia, y á consecuencia de haber sido exceptuado de imprimirla, según previene la ley de la materia, solo ha podido ser conocida de las personas que formaron el jurado de calificación. En mi concepto el Sr. Govantes dió lleno á la parte del antiguo reglamento á que se le sujetó, presentando á las cuarenta y ocho horas de haber abierto puntos la siguiente memoria que creo dejará complacidos los deseos de los prácticos.—*J. M. Rodriguez.*

¿En qué casos debe hacerse la version y cuándo la aplicación del forceps?

La version y el forceps, las dos operaciones que tan útiles servicios prestan al difícil arte de la obstetricia, han sido, como la mayor parte de los descubrimientos útiles, acogidas con exageración y alabadas hasta el extremo por algunos, mal recibidas y aun puesta en duda su importancia por otros, hasta que debates cientí-

ficos, la sana crítica, y sobre todo la experiencia, han venido á calmar las exageraciones y á convencer á los incrédulos, asignándoles á la vez á una y á otra con la mayor posible precision sus indicaciones y el hasta aquí de sus ventajas y utilidad. El forceps y la version teniendo aparentemente en muchas circunstancias la misma indicacion, aun no se ha llegado á precisar éstas con toda exactitud, pues hay quienes prefieran en la generalidad de casos la version, mientras otros por el contrario prefieren siempre al forceps. Julin mismo, el célebre partero frances, dice que la version es una operacion de necesidad, y que siempre que se pueda debe preferirse el forceps. Mas yo creo que en todas las ciencias, pero sobre todo en la difícil á que nos dedicamos, el exclusivismo es lo que hay de mas fatal y mas á propósito para detenerla en sus progresos, y que solo la experiencia y el estudio pueden indicar con seguridad lo que deba hacerse en un caso dado.

¿En qué casos deberá practicarse la version?

La version, segun la define el Sr. Rodriguez, es una operacion manual que tiene por objeto, ó convertir una presentacion trasversal en longitudinal, ó invertir una longitudinal de modo que la extremidad del feto opuesta á la que naturalmente se presenta quede abocada despues con el estrecho superior.

Desde Hipócrates se recomendaba hacer la version por maniobras sobre el vientre de la mujer, con el objeto de llevar la cabeza al estrecho superior, y no es sino hasta Celso que se encuentra la primera mencion de la version podálica refiriéndose á niños muertos. Celso dice así: «el objeto del médico es dirigir al niño con la mano, de modo que presente la cabeza ó los piés si está volteado de otra manera.» Otros autores de esa época hablan de ella; sin embargo, esta operacion se perdió en los siglos siguientes, habiendo sido sacada del olvido á mediados del XVI^o por Ambrosio Paré, que la practicaba en las presentaciones cefálicas cuando el parto no se verificaba, y en las del hombro, habiendo sido tambien el primero que describió el manual operatorio. Guillemau, discípulo de Ambrosio Paré, introdujo algunas modificaciones en la manera de ejecutar la operacion, y fué el primero que indicó sus ventajas en las hemorragias graves que sobrevienen en el parto. Aun se pasó todavia algun tiempo para que la version podálica fuese adoptada, y son Moriceau y Delamotte quienes mas contribuyeron á generalizarla haciéndole mejoras notables en el manual operatorio, tanto que pueden considerarse como los creadores de esta operacion, perfeccionada despues por Levret, Smellie y otros célebres parteros.

El procedimiento operatorio varia con las diferentes circunstancias que indican la version. Algunas veces basta cambiar la posicion de la mujer para conseguir el objeto; en otras, simples maniobras sobre el vientre; pero casi siempre es preciso introducir la mano dentro del útero para tomar una parte del feto y cambiar la presentacion. Así, puede ejecutarse de varias maneras, segun que se trate de

llevar al estrecho superior la extremidad cefálica, la extremidad pelviana, uno ó los dos piés: version cefálica, pelviana y podálica.

Voy á describir las condiciones generales de esta operacion y su manual operatorio para evitar repeticiones, pasando luego á las indicaciones; advirtiéndole que tanto éstas, como las del forceps, son tomadas en su mayor parte de los cuadros sinópticos dispuestos sobre esta materia por el Sr. Rodriguez.

Condiciones generales.—El ovoide fetal debe hallarse en el recinto de la gran pélvis completamente dentro del útero y ser movable. Puede hacerse la maniobra tambien aun cuando una pequeña parte de la region presentada haya descendido algo á la excavacion, si no sale ésta fuera del orificio uterino, y si persiste el indispensable requisito de la movilidad. Cuando falten estas condiciones y la presentacion fuere de vértice se debe aplicar el forceps. Antes de proceder se debe diagnosticar lo mas exactamente posible la presentacion y la posicion, y al proceder se ejecutará con toda calma la maniobra. Festina lente.

CONVERSION CEFÁLICA Ó PELVIANA POR MANIOBRAS EXTERNAS.—*Condiciones particulares del manual operatorio:* Pélvis normal.—Proximidad de la cabeza ó de la extremidad pelviana al estrecho superior.—Recto y vejiga vacios.—Dilatacion completa del cuello uterino.—Membranas íntegras.—Contracciones regulares.

Procedimiento de Hipócrates.—Decúbito supino cerca del borde de la cama, y relajacion de los músculos del vientre. Un ayudante experto practica el tacto vaginal por el segmento inferior de la matriz para dar cuenta al operador de lo que pasa por el estrecho. En el intervalo de los dolores toma éste la cabeza á traves de las paredes abdominal y uterina con la mano que se adaptare mejor al objeto, y la empuja hácia el estrecho, mientras que con la opuesta conduce hácia arriba al otro extremo del ovoide fetal. Si durante la maniobra sobreviene una contraccion, se suspende aquella, se acuesta á la mujer sobre el lado que corresponde á la region que se trata de bajar, y se comprime con una almohada dura, con un cojin, ó lo que es mejor con la misma mano. Pasado el dolor se insiste en la maniobra hasta lograr el objeto. Logrado éste y durante una contraccion el ayudante rompe las membranas, por cuyo medio se encaja luego la cabeza en la excavacion, y se abandona el resto del trabajo á los esfuerzos de la naturaleza. Si no es posible hacer la conversion por este medio, se practica la version por el procedimiento de Celso.

Version podálica por maniobras internas.—Condiciones particulares del manual operatorio: Pélvis normal, oblicuo-ovalar ó viciada por estrechamiento del arco pubiano.—Recto y vejiga vacios.—Dilatacion completa ó dilatabilidad del orificio uterino.—Membranas íntegras ó que acaben de romperse.

Procedimiento de Celso.—La mujer se acostará trasversalmente en una cama alta, con las nalgas fuera del colchon, y los piés sobre dos sillas sostenidos por

ayudantes. Cuando la situacion del feto sea longitudinal, se introduce la mano que colocada entre la pronacion y la supinacion mire hácia su plano external; y cuando sea trasversã, aquella con la que se pueda tomar cómoda y seguramente los piés, cuidando de engrasarla por el dorso antes de introducirla. Si las membranas estuvieren rotas se penetra directamente; si no, entre ellas y la pared uterina: en ambos casos se sigue el camino mas corto, sirviendo de guia el tacto y el conocimiento prévio de la situacion absoluta y relativa del producto. Se toman los dos piés ó uno solo: si lo primero no se pudiere, del modo que sea dable con tal que sea seguro. Se tira del pié ó de los piés hácia abajo en el sentido natural de la flexion, de manera que la extremidad cefálica se dirija hácia el fondo de la matriz, y el dorso hácia la eminencia ileo pectínea mas cercana. Una vez extraidos los piés fuera de la vulva, si hay contracciones regulares y no hay indicacion especial, se abandona el resto del trabajo á los esfuerzos de la naturaleza.

INDICACIONES.—1ª Presentaciones viciosas, peligrosas y complicadas.

2ª Posiciones cefálicas inclinadas é incorregibles.

3ª Estrechamientos del arco pubiano.

4ª Oblicuidad de la pélvis.

5ª Accidentes que comprometen la vida de la madre y del producto.

1º A. *Presentaciones viciosas.*—Siempre que el feto presenta otra parte que la cabeza ó la **extremidad pelviana**, es decir el tronco, la presentacion es viciosa: estando el feto colocado **trasversalmente**, ó muy oblicuo, como dicen algunos autores, no poniéndose en relacion alguna de las extremidades del feto con el estrecho superior, **entrada del canal** que tiene que recorrer, el paso no se verificará si no interviene el arte: algunas veces se ha visto á la version y á la evolucion espontáneas terminar el trabajo en estas condiciones, pero tan raras la primera, y en condiciones tan particulares la segunda, (producto pequeño, muerto, pélvis muy amplia, partos anteriores, etc.) que creo no deben tomarse en consideracion.

Por consiguiente; en las presentaciones del hombro está indicada la version por maniobras externas si las membranas no se han roto, y si rotas éstas queda aun bastante líquido en la matriz; y el procedimiento de Deustch ó de Scanzoni si el útero retraido sobre el producto hace muy difícil ó imposible la version podálica.

B. *Presentaciones peligrosas.*—Presentacion cefálica occípito-posterior. Sabemos que para que en las presentaciones de la cabeza el parto se verifique, es indispensable que la nuca venga á ponerse en relacion con el púbis á fin de que el occipital salga primero fuera de la vulva y disminuya el mayor diámetro longitudinal de la cabeza del feto; en consecuencia, el occipital en las posiciones posteriores tiene que girar en la excavacion para venir á colocarse hácia delante. Es muy comun que la naturaleza sea impotente para hacer este cambio y que permanezca la cabeza mucho tiempo en la excavacion; permanencia muy peligrosa por

la compresion que ejerce, tanto para la madre como para el feto, lo que demanda el empleo del forceps, sea para hacer la extraccion directamente en posicion posterior, ó siguiendo el procedimiento de Verrier con objeto de imitar á la naturaleza trasformándola en anterior. Así, creo que si se diagnostica con oportunidad y precision una posicion cefálica occípito-posterior, la version está indicada, tanto más, cuanto que aquí las condiciones son muy favorables: en estas circunstancias, dice el Sr. Rodriguez, la version es una de las operaciones mas sencillas.

C. *Presentaciones pelvianas sacro-posteriores.*—Estas presentaciones, bien peligrosas por sí mismas, lo son aun mas en las posiciones sacro-posteriores, porque abandonadas á los esfuerzos de la naturaleza á veces viene á quedar el cráneo abocado por su base en posicion occípito-posterior, lo que como he dicho necesita maniobras laboriosas ó aplicaciones de forceps, que producen graves traumatismos á la madre y comprometen mas ó menos la vida del feto. La version por maniobras externas invirtiendo esta presentacion la cambia en cefálica occípito-anterior, es decir, en la mas favorable de todas. Así, me parece que si se tienen las condiciones favorables para hacerla debe ser practicada por el procedimiento de Hipócrates, sosteniendo la nueva presentacion con cojines ú otros medios análogos, y recomendando á la mujer la inmovilidad ó rompiendo la fuente á su debido tiempo para que la cabeza se encaje en la excavacion y se fije allí.

D. *Presentaciones de cara fronto-antérieures.*—Para que el parto se verifique en estas presentaciones, es necesario que la parte anterior del cuello del niño se ponga en relacion con la posterior del púbis, con el objeto de que la barba salga primero fuera de la excavacion, y disminuya el diámetro occípito-mentoniano que es el mayor de los que tienen que recorrer paralelamente á los antero-posteriores de la excavacion y estrecho inferior. Así, en las posiciones fronto-antérieures la barba tiene que recorrer la excavacion para venir á salir la primera, y cuando esta rotacion no se ejecuta, el parto no puede terminarse. Hay autores que creen posible la expulsion de un feto á término en esta posicion, pero no dan del hecho una explicacion satisfactoria, y los casos en que han sido observados no deben tenerse en cuenta al tratarse de indicaciones generales (fetos muy pequeños ó muertos, pélvis amplias, etc.).

En las presentaciones de cara fronto-antérieures en que la barba no ejecuta su movimiento de rotacion, tienen que hacerse aplicaciones muy dificultosas de forceps que ponen en peligro la vida del producto; otras veces la craniotomía, que sacrifica con seguridad al niño y compromete tan seriamente la salud de la madre; peligros que se evitan fácilmente haciendo con oportunidad la version podálica, dado caso de que no se haya podido corregir la presentacion convirtiéndola en occípito-anterior por maniobras externas ó internas.

E. *Presentaciones complicadas.*—Cuando un miembro del feto viene á abo-

varse al estrecho al mismo tiempo que la extremidad cefálica, lo mas general es que éste se retire antes de la rotura de las membranas ó cuando el líquido escurre muy lentamente; mas si desciende con la cabeza á la excavacion, pone á veces un obstáculo insuperable á la salida del feto aumentándole todos los diámetros de la cabeza, lo que produce frecuentemente el enclavamiento de ésta: por lo mismo, cuando á pesar de tentativas reiteradas de reduccion del miembro que provoca esto no se consigue, se debe, si la presentacion está bastante alta, practicar la version podálica; en caso contrario, la aplicacion de forceps.

2º *Posiciones inclinadas cefálicas.*—Cuando el centro de la region presentada no corresponde al centro del estrecho superior, lo mas frecuente es que al hacer la cabeza el movimiento de descenso se resuelva en posicion franca de vértice ó de cara; pero se comprende que si esto no sucede, falta el paralelismo entre las circunferencias y los ejes, y los fenómenos mecánicos del parto no pueden efectuarse: algunas veces al descender la cabeza arrastra consigo á la excavacion al hombro hácia el cual está inclinada, y produce un enclavamiento que necesitará aplicaciones de forceps, difíciles y peligrosas en estas circunstancias.

Las de cara fronto-posteriores inclinadas tienen los mismos peligros, mayores aún las fronto-antérieures, peligrosas por sí mismas con mayor razon cuando se encuentran inclinadas sobre uno de sus lados. Así, está recomendado que tan pronto como se diagnostique una presentacion cefálica inclinada, debe intentarse corregir la inclinacion por maniobras externas antes de la rotura de las membranas, como lo aconseja Dugés, ó inmediatamente despues; y si tampoco se consiguiere, se recurra desde luego á la version podálica antes que descienda la cabeza á la excavacion, en cuyo caso se empleará el forceps.

3º *Estrechamientos del arco pubiano.*—Siendo debidos estos estrechamientos á la inclinacion hácia adentro de las ramas descendentes del púbis y ascendentes del isquio, claro es que el occipital, cuando existe dicho estrechamiento, ha de tener gran dificultad de encajarse bajo de este arco para salir primero fuera de la vulva y disminuir los diámetros longitudinales de la cabeza. De aquí se infiere, que si se puede conseguir que el occipital, en vez de salir de la excavacion por abajo del arco pubiano, salga por arriba de él disminuyendo igualmente los diámetros longitudinales, lo que sucede cuando el cráneo se aboca al estrecho por su base, se habrá salvado este escollo, lo cual se consigue practicando la version podálica.

4. *Pélvis oblicua-ovalar.*—Es bién sabido que en las pélvis que llevan este nombre, una de las mitades laterales es mas amplia que la del lado opuesto: de aquí resulta naturalmente que los dos estrechos y la excavacion son mayores en el lado correspondiente: ahora bien, si en esta clase de pélvis el producto se presenta por su extremidad cefálica, y en una posicion tal que su region mas volumi-

nosa, l
te que
tico no
cabeza
brá ne
en este
Tod
sos en
tualme
sentac
la cab
relacio
5º
do es
sos de
pendie
confia
pronto
condic

En
Sr. N
anter
Lo
sado
habia
dolor
do de
el gra
estad

nosa, la occipital, corresponda á la parte mas amplia de dicha cavidad, es evidente que el parto podrá terminarse por solo los esfuerzos del organismo y el práctico no tendrá que intervenir; mas si la posicion no es la que hemos supuesto, la cabeza no podrá descender á la excavacion por falta de espacio suficiente, y habrá necesidad de recurrir á los auxilios del arte. ¿Cuál es la operacion indicada en este caso, la version ó el forceps?

Todos los prácticos optan por la primera, y ciertamente creo que hay pocos casos en los que la version esté indicada de un modo tan preciso como en el que actualmente me ocupa: en efecto, en el caso supuesto, el partero, invirtiendo la presentacion, puede imprimir al feto los movimientos necesarios para que al abocarse la cabeza con el estrecho superior su porcion mas voluminosa venga á ponerse en relacion con la parte mas amplia de la pélvis.

5º *Accidentes que comprometen la vida de la madre y del producto.*—Sabido es que en estas circunstancias, despues de haber puesto en práctica los recursos de que la ciencia dispone para combatir los peligros que dependientes ó independientes del parto amenazan la vida de uno ó ambos de los seres que se han confiado á nuestro cuidado, no queda otro medio que terminar el parto lo mas pronto posible, para lo cual se recurrirá al forceps ó á la version, segun que las condiciones sean favorables á una ú otra de estas operaciones.

(Concluirá.)

MEDICINA PRÁCTICA.

Obstruccion intestinal.—Curacion.

En la mañana del 19 de Febrero del corriente año fui solicitado para ver al Sr. N., que habia sido atacado de un dolor muy agudo en el vientre desde el dia anterior á las nueve de la noche.

Los antecedentes que recogí del enfermo mismo son los siguientes: habia pasado dos dias (el 17 y el 18) sin regir el cuerpo; sin embargo, esto al parecer no habia producido molestia alguna. A las nueve de la noche del dia 18 sintió un dolor en la region epigástrica y en la del hipocondrio izquierdo: este dolor, agudo desde los primeros momentos, fué aumentando progresiva y rápidamente, hasta el grado que dos horas despues se hizo insoportable poniendo al enfermo en un estado verdaderamente angustioso. Limitado al principio á las regiones que he in-