

nosis, enfriamiento, anestesia y dilatacion de la pupila concurren con la resolucion de los miembros, aun cuando se note el esfuerzo de elevacion y abatimiento del torax debido á la accion de los músculos periféricos del tronco.

México, Enero 3 de 1872.

JOSÉ G. LOBATO.

TOCOLOGIA.

Parto a termino en una primipara de treinta y ocho años de edad, cuya pelvis esta acorazada.—Detencion prolongada de la cabeza en la excavacion.—Aplicacion del forceps y extraccion del producto muerto hacia algun tiempo.—Fistula vesico-vaginal a consecuencia de la estacela de una porcion considerable de la vagina y de la vejiga, y otras lesiones consecutivas.—Reflexiones.

Dña Pascuala L. de V. (Puente de Santa María núm. 1), de treinta y ocho años de edad, temperamento mixto, constitucion regular y buen estado de salud anterior, se hizo embarazada por la primera vez de Octubre á Noviembre del año de 1870; durante su preñado solo tuvo acedías y algun otro achaque ligero que se disipó fácilmente.

A las cinco de la mañana del 19 de Julio de 1871 comenzó á sentir los primeros dolores de parto que muy pronto fueron adquiriendo intensidad y frecuencia, por lo que luego llamó á Dña Martina Sanchez. Cuando llegó la partera supo que la paciente habia arrojado algun líquido por la vulva; procedió á hacer la exploracion y se encontró que aquella estaba de parto, que el embarazo habia llegado á su término, que era simple é intra-uterino, que el producto vivia, que éste estaba abocado en la primera posicion de vértice, que la fuente se habia roto antes de la completa dilatacion del orificio uterino, el cual apenas tenia un diámetro de cosa de dos centímetros, y por último, que dicho orificio estaba grueso y no dilatatable; mas como las contracciones eran regulares le pareció prudente estar á la expectativa. Viendo que en la noche el parto no avanzaba la Sra. Sanchez solicitó los auxilios de un médico, quien despues de haber reconocido á la parturiente fué de opinion que se esperase hasta el siguiente dia.

El 20 el estado del orificio era igual al de la víspera; las contracciones continuaban con igual intensidad, los latidos del corazon del feto tenian su regularidad normal, y la paciente comenzaba á fatigarse por la falta de sueño y lo penoso del trabajo. El profesor que la visitó la noche anterior creyó oportuno desbridar el lado derecho del orificio uterino, recomendó que se esperase, y ofreció volver en la tarde. A las siete de la noche notó que todo se hallaba en el mismo estado

que por la mañana; practicó otro desbridamiento hacia la izquierda del orificio, ordenó á la partera le hiciese allí fricciones repetidas con extracto blando de belladona, é insistió en que se aguardase siempre.

Exasperadas la parturiente y su familia ocurrieron á otros dos profesores. Oído el conmemorativo y en atencion al estado que guardaba aquella fueron de opinion que debia extraerse el feto cuya vida estaba ya amenazada; mas no pudieron vencer la resistencia de aquellas gentes y se retiraron.

El dia 21 las cosas proseguian lo mismo que en la noche anterior: las contracciones conservaban su frecuencia y energía; el estado del feto, al decir de la partera, era satisfactorio; la dilatacion del orificio nada avanzaba. A las cuatro de la tarde los dolores se hicieron intensísimos y mas frecuentes, el orificio empezó á dilatarse á toda prisa, y cuando la dilatacion fué completa la cabeza comenzó á descender y aun hubo momentos en que el vértice se acercara al piso perineal. Repentinamente se interrumpe la marcha del trabajo; las contracciones se hacen mas débiles y lejanas cada vez, el cansancio es extremo, y la paciente se entrega por algunas horas al reposo.

El dia 22 prosiguió el cansancio de la matriz y los latidos del corazon del feto se oian débiles é irregulares. Por la noche la inercia era ya completa, el feto habia sucumbido hacia algunas horas. La familia ocurrió á un homeópata, y éste, sin reconocer antes de qué dependia la dystocia, administró á la paciente por fortuna solo tres granos de polvo de cuernecillo de centeno, en tres dosis, á quince minutos de intervalo. Luego se retiró vaticinando que el parto se verificaria sin duda alguna á las cinco de la mañana del dia siguiente.

El 23 todo continuaba como en la noche anterior. El homeópata visitó á la parturiente, dió señaladas muestras de sorpresa al ver burlada su profecía, y pretestando numerosas ocupaciones se retiró.

Cerca del medio dia me llamaron; en el acto ocurri acompañado de mis discípulos los Sres. D. Rosendo Gutierrez, D. Jesus Hernandez y D. Adrian Segura. A nuestra llegada encontramos al lado de la paciente al entendido profesor D. Miguel Rayon, y á poco llegó tambien mi apreciable compañero el Sr. D. José M. Leal.

La partera nos refirió lo anterior.

La Sra. de V. estaba sentada en su cama, azorada, pálida y muy fatigada por sus sufrimientos que decia habian sido atroces.

Practiqué el reconocimiento del vientre por medio de la palpacion y la auscultacion, y hallé y puse de manifesto á mis dignos comprofesores y á los jóvenes alumnos que tenian la bondad de acompañarme que sobre el tumor formado por el útero enormemente desarrollado y ocupado por el producto de concepcion muerto y situado en primera posicion de vértice habia otro tumor, pequeño con res-

pecto á aquel, macizo, resistente y doloroso á la presion, formado por la vejiga repleta de orina que no habia sido expulsada hacia ya tres dias. Por medio del tacto vaginal reconocí que la vulva y la vagina estaban muy secas, sensibles y calientes, el arco del púbis mas bajo que de ordinario y muy inclinado hácia atras, el coxis inmóvil, el orificio uterino completamente dilatado, rotas las membranas y la cabeza en la excavacion. Fui imposible tocar las fontanelas y las suturas, aunque sí percibí con toda claridad que los huesos del cráneo cabalgaban entre sí y que el tegumento cabelludo estaba infiltrado, crepitante, enfisematoso.

En vista de esto, y fundándome muy particularmente en la inercia real de la matriz y en el estrechamiento del estrecho inferior debido á la coraza, no vacilé en proponer á mis compañeros que sin pérdida de tiempo se procediese á hacer el parto artificial por medio del forceps, con objeto no ya de salvar al feto muerto hacia muchas horas, sino de evitar en lo posible la intensidad de los desórdenes que habria acarreado la estancia prolongada de la cabeza en la excavacion. El asentimiento fué unánime, los interesados se resignaron, y yo tuve la honra de haber sido elegido para operar.

Desde luego ordené á la partera aplicara una lavativa laxante para evacuar el recto y supliqué al Sr. Hernandez que practicara el cateterismo para extraer la orina; pero ni lo uno ni lo otro se logró porque la cabeza comprimía al intestino y á la uretra de tal modo que sus conductos eran del todo impenetrables.

Sin poder llenar esa importante prévia indicacion, cloroformada la paciente por el Sr. Leal, y colocada en la situacion debida, procedí á hacer la aplicacion del forceps. Tan luego como introduje la mano derecha para guiar la rama izquierda del instrumento pude observar mejor que el arco del púbis estaba mas bajo y mas inclinado hácia atras que lo natural, y que la pared anterior de la excavacion tenia mucha mayor altura; quiere decir, me formé un concepto cabal del obstáculo que se oponia al paso del producto: aquella pélvis estaba acorazada, y si el acorazamiento no era la única causa de dystocia al menos era la mas importante. A pesar de eso situé la rama izquierda, luego la derecha, y articulé á ambas, todo sin serias dificultades. La situacion del forceps era la segunda inclinada hácia la izquierda. Encargué al Sr. Gutierrez me sostuviera cuidadosamente el perineo cuando fuera necesario, y procedí á hacer tracciones, al principio horizontalmente y á la derecha para completar los movimientos de descendimiento y rotacion, y cuando la nuca se situó bajo del arco del púbis, hácia arriba, para hacer la extension la extraccion, lo que logré á poco sin grandes esfuerzos. Una vez fuera la cabeza y desarticulado el forceps fuí en solicitud del brazo posterior, el derecho, al que logré extraer despues de haber vencido las dificultades que encontré en el canal vaginal ocupado por el cuello del feto. Extraido el brazo derecho traté de sacar al anterior, por delante como es de precepto, pero la maniobra era del todo

imposible porque la coraza no me permitia la introduccion de los dedos por aquel punto. Introduje entonces lateralmente los cuatro últimos dedos de la mano derecha hasta colocarlos de plano sobre la region external del feto, y luego metí los cuatro de la izquierda por el lado opuesto para aplicarlos sobre el dorsal; asegurada así la parte alta del tronco imprimí al todo un movimiento de rotacion con ambas manos, hasta que logré situar al brazo izquierdo en la concavidad sacra y al hombro derecho bajo el arco del púbis; enganché con el índice y el medio de mi mano izquierda la axila homónima del feto, hice recorrer al hombro la curva sacro-perineal, y extraje al miembro ya sin dificultad. Luego salió el tronco sin tropiezo.

No bien hube extraído la cabeza por medio del forceps que salieron la orina, las materias excrementicias, el líquido amniótico y una gran cantidad de gases, en tanta abundancia y esparciendo una fetidez tal, que los circustantes y yo nos vimos instintivamente obligados á contener la respiracion y á buscar aire. El hedor aquel solo era comparable al que despiden las maceraciones cadavéricas; acabábamos de hacer una exhumacion.

Despues de que hice quitar de allí al feto y las suciedades, lavar con bastante agua el canal, y mientras tenia lugar el desembarazamiento del útero, me ocupé de formarme una idea mas exacta aún del estado que guardaba aquel conducto, el del perineo, y sobre todo el de la pélvis, cuya investigacion tenia por punto de mira nada menos que el porvenir de aquella muger. El canal vulvo-uterino estaba muy caliente, el perineo incompletamente roto, el esfinter del ano ileso, el coxis inmóvil y el púbis muy grande é inclinado hácia atras: su altura me pareció doble de la normal, lo que como despues diré confirmó la exacta mensuracion.

Hablábamos de eso los que tomamos parte en aquella labor cuando repentinamente sobreviene una hemorragia grave; en el acto extraje la placenta que estaba un poco adherida á la matriz; el Sr. Leal comprimió la aorta, el Sr. Hernandez al útero, y el Sr. Gutierrez propinó á la recién parida medio escrúpulo de polvo de buen cuernecillo de centeno mezclado á un poco de vino generoso, con cuyos oportunos cuanto eficaces medios se retrajo el útero y cesó la hemorragia.

Permanecemos todavia hora y media mas al lado de la paciente; se la aseó, se la colocó en su cama y se la dió de tiempo en tiempo una dosis del referido polvo en vino. Libre ya de todo peligro próximo la ordené que tomara una taza de atole cada tres horas, una cucharada de mi pocion de ergotina cada dos; inyecciones vaginales emolientes y fénicas cada cuatro, recomendé el excesivo aseo, el reposo y la quietud, y nos retiramos.

Al dia siguiente de la operacion el estado general era muy satisfactorio; el pulso aunque frecuente no era febril, la vulva y la vagina estaban muy calientes y dolorosas, el intestino y la vejiga inertes, los loquios muy abundantes, sanguino-

lentos y fétidos. Llené las indicaciones practicando el cateterismo de la uretra, ordené que la ministrasen un enema laxante, las inyecciones emolientes y fénicas de que he hablado ya, atole y agua de linaza á pasto.

En los dias subsecuentes se observó que la vaginitis proseguia hasta terminar por supuracion, que fué muy copiosa; la excrecion láctea se estableció en medio de la calentura sintomática que sobrevino al fin, y exceptuando las molestias locales, el estado de la enferma fué mejorando perceptiblemente. Llené las indicaciones con la dieta no muy rigorosa, las lavativas laxantes y fénicas, el cateterismo, las inyecciones vaginales y el aseo. Al sétimo dia del puerperio empezó á expeler por la vulva detritus gangrenados. La quina, el vino, el caldo, el hipofosfito de magnesia y el agua félica al interior, y las inyecciones antipútridas y deterativas, bastaron para atenuar aquel estado haciendo que se dispase por completo y entrase en una convalecencia franca cuarenta dias despues de haber sido operada. La asiduidad desplegada en esta vez por el Sr. Gutierrez y la partera Doña Jesus Orozco merecen una mención muy especial: la conducta de ambos es muy laudable.

Una circunstancia que por su grande interes he querido mencionar aparte vino á darnos cuenta del horrible estrago que ocasionara la compresion ejercida por la cabeza del feto sobre los tejidos blandos del canal vaginal: seis dias despues del parto ya no hubo necesidad de emplear la sonda para extraer la orina; ésta salia por la fístula vésico-vaginal que se estableció desde el momento en que empezó á desprenderse la escara formada en aquel tabique. De intento, pues es notorio el mal que ocasiona la introduccion de la mano en una vagina dilacerada por el traumatismo patológico en los partos laboriosos, de intento, repito, nadie volvió á introducir la mano en aquella vagina: se tuvo buen cuidado ademas de no hacer tracciones sobre los colgajos esfacelados que salian arrastrados por la supuracion y el escurrimiento loquial; se cortaba con las tijeras lo que salia fuera de la vulva y el resto se abandonaba en espera de su desprendimiento natural. Las inyecciones vaginales cuidadosas tenian por objeto asear la parte afecta é impedir la reabsorcion de los elementos seépticos que contenia en abundancia. Esto fué bastante, como llevo dicho, para poner coto á aquella desorganizacion de la que el arte no era responsable.

La paciente recobró su antiguo vigor, y en la actualidad solo sufre de la fístula, mejor dicho, de las consecuencias que acarrea la constante salida de orina por el conducto vulvo-vaginal.

El estado de sus órganos génito-urinaros es hoy el siguiente: la vulva está intacta, el perineo roto y los labios de la solucion de continuidad cicatrizados aparte; una pequeña porcion del esfínter del ano, afectada de enfacela en los primeros dias del puerperio, desgarrada, cicatrizada y desnuda de la mucosa vaginal; el es-

finter del ano prosigue en sus funciones cual en el estado normal. Como á la mitad de la altura del púbis, es decir á tres y medio centímetros del arco, se siente la vejiga adherida á la pared posterior de ese hueso de una manera tan sólida que pudiera decirse definitiva. En la direccion de la línea mediana é inmediatamente arriba de esta adherencia hay un agujero de centímetro y medio de diámetro, resistente y duro, que constituye la fístula vésico-vaginal; por dicha abertura sale la orina cuando la paciente se sienta ó está de pié, y el líquido solo se acumula en el receptáculo cuando se pone en decúbito supino. Las partes por donde tiene lugar ese escurrimiento están rojas y escoriadas. El calibre de la uretra solo permite el paso de un estilete delgado, y aunque comunica con la vejiga no dá paso á la orina pues su trayecto se halla interceptado por la abertura fistulosa. El fondo de saco útero-vesical anterior está destruido y cicatrizado; la retraccion del tejido inodular ocasiona el descenso de la matriz y una notable anteversion de su fondo. El cuello del órgano gestador se encuentra naturalmente mas bajo é inclinado hácia atras. El período catemenial prosigue con regularidad. La altura del púbis es de *sesenta y cinco milímetros*, tres mas que de ordinario, y la extension del diámetro coxi-pubiano es apenas de *nueve centímetros*. (1) El coxis es inmóvil.

REFLEXIONES.—No se puede negar la utilidad de las observaciones concienzudamente recogidas á la cabecera de los enfermos desde su principio hasta su conclusion, cuando su principal objeto es clínico, quiere decir, convertir en conocimientos prácticos las nociones teóricas, apreciar debidamente los fenómenos morbosos, su valor y su importancia relativas, y fijar, en fin, la manera de curar las enfermedades por el empleo racional de una medicacion apropiada. Aunque se haya dicho que el estudio de los hechos aislados no puede servir á la generalizacion de las doctrinas porque de un hecho particular nunca puede deducirse una conclusion general, nadie pondrá en duda que el juicio crítico de una observacion completa es el mejor contraregistro de las doctrinas establecidas y de la conducta de los prácticos. Profesores hay que ni siquiera pasan la vista por las observaciones, temerosos, dicen, de perder un tiempo que solo debe emplearse en el estudio y meditacion de las obras didácticas que pueblan los gabinetes de los bibliomaniacos; pero muchos mas hay, y yo entre ellos, que aficionados á lo concreto mas bien que á lo abstracto, si no prefieren lo uno á lo otro porque semejante exclusivismo es irracional, conceden á ambos estudios su lugar, y fiscalizan siempre que les es posible las doctrinas. El estudio de las ciencias de aplicacion no consiste solo en adquirir conocimientos teóricos; es necesario si se le quiere hacer fructuoso aplicarlos, quiere decir, llevarlos al terreno de los hechos, apreciarlos y

(1) Estas medidas se han tomado con el pelvímetro de Van-Huevel.

deducir de ellos una consecuencia siempre en pro del objeto de que especialmente se ocupan; en medicina, por ejemplo, en favor de la salud y de la vida de las gentes.

Para llevar al cabo este programa clínico en este caso no tocaré todos y cada uno de los puntos que contiene la observacion anterior; me fijaré solo en los dos mas importantes para no fatigar mucho la atencion de mis colegas con esta mi lectura de reglamento: el estrechamiento de la pélvis y la fístula vésico-vaginal.

La causa de dystocia en el hecho de que me ocupo fué complexa en mi concepto. La primaparidad á la edad de treinta y ocho años, la prematura salida de las aguas del amnios, la inmovilidad del coxis, y el acorazamiento de la pélvis, colocaron á este parto en la primera y segunda categorías de la dystocia haciéndole difícil y peligroso á la vez.

No me detendré en detallar uno por uno los sérios inconvenientes que trae en pos de sí el derrame anticipado del líquido amniótico, pues tantos cuantos me hacen la honra de escucharme saben mejor que yo el interesante papel que la bolsa de las aguas desempeña en la dilatacion uniforme y gradual del orificio uterino, y la importancia de la integridad del huevo en la circulacion y la vida del feto, tanto mas si oponen dificultades á la marcha fisiológica del trabajo del parto la primiparidad, la resistencia de los aponeurósisis perineales ú otras causas cualesquiera. Todos conocemos estas dificultades, y por lo mismo considero ocioso el ocuparme de ellas. Me limitaré por tanto á hablar del vicio de conformacion de la pélvis.

I. Yo llamo *pélvis acorazada* á la pélvis á que los parteros franceses llaman *barré*; es un nombre convencional que yo uso y que puede ser reemplazado por otro con tal que no sea un galicismo. Se entiende por pélvis acorazada aquella en que el púbis se aproxima al ángulo sacro-vertebral, y mas comunmente aquella en que el púbis tiene mayor longitud de la ordinaria, de lo que resulta el acortamiento del diámetro coxi-púbiano. La palabra *barré* equivale en nuestro idioma patrio á *bárrear*, *atranicar*, *cerrar un paso*, *obstruirle*, *hacerle dificultoso*, etc.

La mogostocia pelviana dependiente de la mayor altura de la pared anterior de la excavacion, colocada por Mr. Pajot en la cuarta variedad de los vicios de conformacion de la pélvis por «estrechamiento relativo de Velpeau» bajo la denominacion de *barrure*, es un obstáculo mas ó menos sério para la marcha del parto: como se comprende desde luego tal disposicion hace que sea mas largo el canal huesoso que tiene que recorrer el feto, y mas estrecho á la vez, pues la prolongacion de esa pared y su inclinacion hácia atras acortan la longitud del diámetro coxi-púbiano en razon directa de esa inclinacion y de ese alargamiento: el trayecto del canal, por otra parte, ya no es el á propósito para la acomodacion y fácil salida del producto.

En el presente caso el acorazamiento ha determinado una disminucion de dos y medio centímetros en la longitud del diámetro ántero-posterior del estrecho infe-

rior, que segun llevo dicho mide solo nueve centímetros; si á esto se agrega que el coxis se halla inmóvil es claro que no se debía contar en el parto con el centímetro de aumento que cual todos convienen ese diámetro tiene durante el retroceso de aquel apéndice.

A pesar de esto el obstáculo fué superable, lo cual confirma la regla general establecida por los parteros de las diversas escuelas. Insuperable para la naturaleza que llegó á fatigarse á un grado extremo no lo fué para el arte que por fortuna cuenta con el forceps, el cual, entre otras indicaciones, tiene la de suplir al organismo, y vencer con su auxilio la resistencia que opone á la marcha del parto la falta de proporcion debida entre los calibres del canal pelviano y vulvo-uterino y el volúmen del feto, siempre que dicha desproporcion no presenta un obstáculo absoluto é insuperable á la aplicacion de la pinza ni á los movimientos y tracciones que por medio de ella se ejecutan; circunstancias todas que existian en nuestro caso. Yo estoy seguro de que si la familia accede á la resolucion tomada por los Sres. Romero y Becerril estos dos profesores salvan á la madre y al hijo: ellos consideraron necesaria la aplicacion del forceps para salvar la vida amenazada del feto; comprendieron la indicacion y cumplieron con su deber manifestándola á los interesados.

Si la extraccion del feto tiene lugar en la noche del 20, se habrian evitado ademas las terribles consecuencias que llevo enumeradas.

Yo no he tenido ocasion de hablar con estos apreciables comprofesores; pero no dudo tampoco que hayan diagnosticado el estrechamiento, y que este fuera otro de los motivos, el mas sério tal vez, que los estimulara á proponer la aplicacion del forceps á mas del estado en que encontraron la circulacion del feto. La cosa es segura. Yo bien sé cuan ciega es la confianza en que los médicos mexicanos vivimos de que la generalidad de nuestras mugeres se halla bien conformada: gracias á Dios no conocemos á la osteomalacia puerperal; el raquitismo es muy raro entre nosotros; los estrechamientos intrapelvianos debidos á los exóstosis, endondromas, osteoteasomas y osteosanomas, y los que provienen de luxaciones coxo-femorales congénitas ó accidentales, nos son completamente desconocidos; las observaciones sobre mogostocia pelviana que he podido recoger en la práctica de mis comprofesores y la mia no llegan á doce: podrá pasársenos por alto un estrechamiento interior; pero creo muy difícil, imposible casi, que se desconozca un vicio de conformacion que desde luego denuncia al dedo su existencia.

La resistencia de la familia, por desgracia, llegó á erigirse en oposicion obstinada en el hecho en cuestion. No obstante, yo habria tratado de convencer á aquellas gentes pintándoles con los colores mas vivos y poniéndome á su alcance en qué consistia la principal dificultad; habria apelado á su conciencia. ¿Quién es aquel marido, aquel padre, aquella madre que prefieran los sufrimientos y la

muerte con todo el cortejo de desolacion y de desventuras que traen consigo la viudedad y la horfandad, á la ejecucion de operaciones inofensivas y eficaces como la que consiste en extraer al producto por medio de una pinza que sustituye á nuestras manos con tanta ventaja? Es preciso, á mi juicio, afrontar estas situaciones, tomar la iniciativa con denuedo y con fé en el seno de algunas familias subyugadas aún por la ignorancia y por las preocupaciones de antaño. El éxito feliz, la evidenciacion de la inocuidad de este y otros medios, las hará con el tiempo partidarios de ellos, puesto que se dan casos en que parturientes operadas con el forceps una primera vez lo soliciten al parto subsecuente sin que haya necesidad. Mujeres hay que prefieran el forceps á parir naturalmente, y si no fuese porque la honradez y la ciencia presiden los actos todos de los médicos su uso llegaria á vulgarizarse, y aun seria solicitado con ansia como por desgracia lo va siendo el cloroformo entre nosotros para ahorrar los dolores del parto natural.

Conteniéndonos en los estrechos límites que nos marcan las indicaciones de este precioso instrumento debemos proponerle y realizar su aplicacion siempre que fuese necesario; y necesario es emplearle cuando lo lento y lo penoso del trabajo amenacen la vida del feto, la de la madre, ó hagan temer tan solo las consecuencias de la contusion de las paredes del canal vulvo-uterino, la que no pocas veces acarrea la esfacela de una parte mas ó menos considerable de los tejidos que las forman, de sus anexos y contiguos, y sus terribles consecuencias.

II. Una leccion, leccion trascendental, ruda y dolorosa como todas las que el infortunio dá á los prácticos con ocasion de cada hecho infausto, me compulsa á insistir hoy en un punto tratado con envidiable maestría por los autores mas recomendables, por nuestros maestros de México y de Ultramar; de un punto que es el de partida de los accidentes serios que convierten á la mujer en un ser desgraciado, en un objeto despreciable y repugnante para algunos maridos que no atienden á los vínculos del amor conyugal, sino á los deleznales de las cualidades físicas que solo les incita al placer material; de un punto en que comienza esa angustiosa carrera de sufrimientos, terribles cual el desengaño, aterradores cual la muerte, que conmueve la paz doméstica, que ahoga las delicias y sofoca las santas aspiraciones del matrimonio. Hablo, señores, como lo habreis adivinado ya, de las fístulas vaginales que sobrevienen despues del parto por varios motivos, pero principalmente por la estancia prolongada de la cabeza en la excavacion pelviana, causa, conforme al sentir de los ginecologistas y de los parteros, la mas ordinaria, porque cual otra ninguna espone frecuentemente á la inflamacion, á la supuracion y á la esfacela de los tabiques recto y vésico-vaginales. Ni los cálculos de la vejiga de la orina, ni la presencia accidental en ella de otros cuerpos extraños, ni el cáncer, ni las afecciones sifilíticas, ni el uso de malos pesarios ocasionan tantas fístulas vaginales como la causa que dejo enunciada.

Se sabe, por otra parte, que el pronóstico de las fístulas recto y vésico-vaginales es excesivamente grave, porque abandonadas á los solos esfuerzos de la naturaleza curan muy raras veces, y porque los recursos quirúrgicos que se emplean pocas tambien dan resultados satisfactorios y completos. La salud de las mugeres se resiente de ello á la larga, pierden el apetito, se menoscaban su constitucion y sus fuerzas, y al fin son presa del marasmo.

Decia, señores, que las fístulas recto y vésico-vaginales solian curar naturalmente. No piensa lo mismo Churchill, quien asegura (1) que las observaciones de curacion sin tratamiento publicadas por varios cirujanos solo se refieren á fístulas que provenian de la talla vaginal. Dos observaciones nacionales inéditas que debo á la bondad de mi maestro y buen amigo el Sr. D. José María Vértiz, y de las que acaso tengan noticia algunos de los profesores que me escuchan, ponen de manifesto que no es del todo exacta la opinion del justamente afamado catedrático de obstetricia del Colegio de cirujanos de Dublin.

Voy á extractarlas.

Observacion 1ª—La Sra. de R. V., primípara, tuvo dolores de parto tres dias consecutivos sin que aquel se verificara. La presentacion del feto era occípito-anterior. En atencion á la inercia real de la matriz, á la resistencia que oponia el canal vulvo-uterino por la primiparidad, y á la prolongada permanencia de la cabeza en la excavacion, el Sr. Vértiz aplicó el forceps y extrajo al producto vivo é ileso. Sobreviene luego la parálisis de la vejiga y retencion de orina, lo que hace indispensable recurrir al cateterismo cada vez que era necesario evacuar á aquel órgano. Al cuarto dia del puerperio la recién parida llena de contento avisó á su médico que no necesitaba ya de la sonda para mear y que se consideraba tan aliviada que ni aun sentia tal necesidad. Practicando el reconocimiento el Sr. Vértiz halló una escara como de cuatro centímetros de diámetro en el tabique vésico-vaginal, la cual cayó tres dias mas tarde (séptimo del puerperio): la fístula estaba establecida. Se recomendó la quietud, el aseo cuidadoso, y no se hizo mas emplazando siempre la operacion para cuando fuera oportuno. Cinco ó seis meses despues la fístula cerró completamente y la emision de la orina volvió á hacerse por la uretra. Posteriormente ha tenido varios partos naturales y felices y la señora no conserva ni la mas leve huella de áquel accidente.

Observacion 2ª—La Sra. Dª C. C. de V. tuvo hace cosa de doce años su primer parto. El feto se abocó en la segunda posicion de vértice (*occípito-iliaca derecha posterior*) y durante los fenómenos mecánicos del trabajo la cabeza no pudo ejecutar el movimiento de rotacion que debia conducir al occipital hácia delante. Sobrevino cual suele acontecer en tales casos la inercia de la matriz, y el

(1) *Traité pratique des maladies des femmes*, pág. 883.

Sr. Vértiz aplicó el forceps é hizo la extraccion directa del producto vivo é ileso, pero por desgracia se desgarraron el perineo y el tabique recto-vaginal en una extension considerable. Pocos dias despues le sobrevino á la recién parida un reumatismo articular agudo que la obligó á estar en la inmovilidad mas absoluta. Se emplearon los medios á propósito para combatir el reumatismo, y ademas se usaron las inyecciones vaginales detersivas. Al levantarse de la cama á los cuarenta y cinco dias del parto ambas desgarraduras se hallaban completamente cicatrizadas. Hoy no se nota ni la mas leve huella de aquel fatal accidente. La Sra. de V. tuvo otro parto natural y feliz hará cosa de ocho meses.

Estos dos hechos, y varios en que muchos prácticos mexicanos (1) y yo hemos tenido ocasion de ver que las desgarraduras del perineo curan naturalmente solo con la quietud impidiendo que los miembros inferiores se separen, por medio de una venda que sujete á ambas rodillas, y evitando que los loquios se acumulen en la vagina por el uso frecuente de inyecciones vaginales emolientes y detersivas, me estimularon á apelar á dichos recursos en el caso de que me ocupó; mas por desgracia el traumatismo del canal habia sido demasiado sério y los esfuerzos de la naturaleza no pudieron sobreponerse á tan graves lesiones. Ella, no cabe duda, salvó la vida de la paciente; pero el medio que empleó la deja inútil, y lo que es mas desconsolador todavia, sin esperanza.

Las complicaciones en general son los elementos mas serios del pronóstico, y la razon es que ellas acarrean la incurabilidad, impiden mas ó menos emplear el tratamiento adecuado, ó crean dificultades á veces insuperables para las operaciones si se trata de algo quirúrgico. Entre las muy graves que señala Courty (2) encuentro enumeradas, con respecto á nuestro caso, *la induracion y las adherencias cicatriciales de los bordes de la fístula y de una porcion mas ó menos considerable de la vagina con el púbis á otra parte huesosa cualquiera de la pélvis*, siendo esta última segun el autor citado la condicion mas funesta para el éxito de la operacion dado caso que se emprendiese.

Soy sincero; no vacilo en confesar mi incompetencia en tan árdua materia; pero juzgando de una manera puramente teórica diré, que aunque tenga la firme creencia de que las fístulas simples y aun algunas bastante complexas pueden curar, hoy que la cirugía se halla tan adelantada en este punto gracias á nuestros vecinos del Norte que han inventado, perfeccionado y propagado el llamado *método americano*, dudo que las muy complicadas, cual ésta, sean curables.

Si en el presente caso se tratara de emplear el método americano, el mas diestro operador tropezaria con la traba de no poder avivar, no digo ya con amplitud

(1) Entre otros el Sr. D. Francisco Ortega.

(2) *Traité pratique des maladies de l'uterus et de ses annexes*, etc. Paris, 1866, pág. 1041.

como el manual operatorio lo requiere, pero ni aun muy limitadamente los bordes del tabique vaginal, porque no existe tal tabique, está reemplazado por tejido inocular. La pérdida considerable de sustancia provocada por la esfacela de una gran porcion de los tejidos, particularmente del fondo de saco útero-vaginal anterior, no permite esa operacion preliminar, y en tal virtud ni el afrontamiento de amplias superficies que se hallen libres del contacto de la orina y de las mucosidades de la vagina, condiciones esenciales del método americano.

A mi juicio si algo se pudiera intentar aquí únicamente podria ser la fusion de las paredes vaginales aconsejada por Vidal de Cassis como tratamiento indirecto de las fístulas vésico-vaginales. Voy á dar la razon.

Ya he dicho que la retraccion cicatricial ocasionó la anteversion del fondo del útero por las adherencias patológicas establecidas entre ese órgano, la vejiga y el púbis. La evolucion continúa conforme lo revela el flujo catamenial, lo que expone á esta muger á salir embarazada. El entredicho conyugal, obsequiado durante cinco meses, puede cesar mañana ú otro dia; ¿qué sucederá si sobreviene un embarazo? Lo mas probable es que el aborto tenga lugar á poco de la concepcion: un útero aprisionado por tan fuertes lazos no puede obedecer entonces á la evolucion que es consiguiente. Mas si el huevo fecundo no es abortado, si puede proseguir su desenvolvimiento, y si la matriz intenta romper sus ataduras, ¿no es factible que ella, la vejiga ó ambas simultáneamente puedan desgarrarse, y esto haga sucumbir á la paciente? Si es molesto, pues, que la fístula subsista; si esta molestia equivale á condenar á esta desdichada á tener para mientras viva una enfermedad repugnante y no sin inconvenientes; si su estado es peligroso por las consecuencias á que se verá sujeta si se hace embarazada; si no es dable remediar su triste situacion, no seria humano fundir las paredes vaginales procurando que quedase solo un estrecho canal por donde escurriese la menstruacion rehabilitando previamente el de la uretra? Vuelvo á repetirlo; podrá ser que mi inexperiencia en esta materia me haya llevado mas lejos aún de á donde debiera dejarme arrastrar por la teoría; podrá ser; pero he querido medir el peligro antes de afrontarle. Por fortuna cuento con auxiliares poderosos: ya he invitado al Sr. Muñoz, y le he rogado tambien invite á mi nombre á otra de nuestras ilustraciones quirúrgicas, mi maestro y amigo el Sr. Martinez del Rio, á fin de que entre ambos decidan de la suerte de esta desventurada. A su habilidad confio si no la curacion, al menos el alivio de una pobre muger que clama sin descanso porque se la liberte de la situacion penosa á que la condujo una espera imprudente y una repulsa mas imprudente aún.

Sea cual fuere el éxito de la operacion que se intente, y de que daré cuenta á esta Academia, la presente observacion nos enseña que en la práctica de la obstetricia, como en la de cualquiera otro de los ramos del arte de curar, la precision del diagnóstico y la oportunidad del tratamiento son las únicas garantías del buen éxito.

México, 24 de Enero de 1872.

JUAN MARIA RODRIGUEZ.