TOCOLOGÍA.

UNA OBSERVACION CLINICA DE PRESENTACION OCCIPITO-POSTERIOR

EN LA QUE SE ENSAYÓ CON ÉXITO
LA MANIPULACION RECTAL PARA OBTENER LA CONVERSION ANTERIOR.

CONTESTACION Á LA CRÍTICA DEL PROCEDIMIENTO QUE PROPUSE EN MI MEMORIA
SOBRE EL MISMO ASUNTO.

SEÑORES:

Para cumplir con el deber reglamentario tenia en preparacion un trabajo que por falta de tiempo no remití oportunamente. Entretanto vinieron á mis manos números atrasados de la *Gaceta*, que me impusieron de la discusion á que dió lugar mi Memoria enviada á esa Academia y leida en la sesion de 28 de Mayo del año pasado.

Habiendo hecho una prueba experimental interesante acerca de la manipulacion intestinal, que, como se recordará, forma parte del procedimiento de conversion para presentaciones occipito-posteriores, prefiero completar mi anterior estudio remitiendo la historia de este caso, haciendo despues el análisis de la discusion que aparece en la acta aprobada del 4 de Junio próximo pasado.

*
* *
*

La observacion que voy á referir demuestra la posibilidad de ejecutar el procedimiento á que me refiero y fué el objeto de mi anterior trabajo.

La mujer N. N., multipara, como de 32 años de edad, se halla embarazada á término. La ví á las ocho de la mañana del dia 18 de Mayo (1884), y reconociéndola encontré un embarazo simple llegado á su fin: órganos maternos normales. El producto, de dimensiones al parecer normales, se hallaba abocado por el vértice, en posicion o. i. d. p.: hacia cuarenta y ocho horas que el trabajo habia comenzado, pero aún no se habia roto la bolsa, y considerando que se prolongaria por algunas horas, puesto que el cuello apenas estaba dilatado, me retiré para volver despues de un rato, recomendando lo que al caso convenia.

A las tres de la tarde.—Los dolores han continuado fuertes y frecuentes; la fuente se ha roto y ha salido casi toda el agua; el feto no sufre, pero no avanza el parto á pesar de que el cuello está dilatado y bastante dilatado. Doy cloroformo y exploro con la mano, introducida por completo por la vía ordinaria, y percibo una contraccion tetánica, irregular, de la zona polar inferior del útero, que detiene los hombros del feto y le impide progresar en su camino; la cabeza

está en el segundo tercio de la excavacion. Rectificada con toda evidencia la desfavorable posicion y explicada la causa del retardo, procuro vencer la contraccion irregular por medio de la anestesia llevada á más alto grado, y aprovechando la oportunidad que tanto anhelaba, ensayo la maniobra *rectal*, nada más que para cerciorarme de su posibilidad, pues no teniendo ayudante que ejecute la rotacion del tronco á través de las paredes abdominales, no puedo ni debo intentar la conversion por manipulaciones mixtas, y ménos habiendo salido casi toda el agua amniótica. Introduzco los dedos indice y medio de la mano derecha en el recto, con bastante facilidad, pues el esfínter está muy flojo; los dirijo hácia la sinfisis sacro-iliaca derecha y toco muy bien la region parietal que comprime las dos paredes del recto, como en los casos de retroflexion del útero, y pasándolos detrás, traigo hácia adelante y á la derecha el occipucio hasta colocarlo muy cerca de la eminencia ilio-pectínea, adelante de la extremidad del diámetro transversal del estrecho superior. Retiro los dedos y noto que la cabeza vuela inmediatamente á su primitivo lugar.

Espero suficientemente, y no habiendo logrado hacer desaparecer el obstáculo que impide el descenso de la cabeza, ó sea la contraccion dicha, aplico el forceps y hago la extraccion muy lentamente, porque á causa de la anestesia profunda, las contracciones se han retardado bastante.

A las seis de la tarde terminó la operacion con la salida de una niña bien desarrollada, sin lesion alguna y con perfecta integridad del perineo maternal, que se dejó dilatar fácilmente.

Al tercer dia volví á ver á la parturiente, y tanto ella como la criatura continuaban sin novedad. El puerperio fué enteramente fisiológico, segun informes ulteriores.

Esta observacion, compendiada, presenta algunos puntos dignos de consideracion, y es para mí muy interesante, porque me ha dado la confirmacion plena é irrefutable de la posibilidad de ejecutar la conversion cefálica por la manipulacion rectal. Los puntos dignos de reflexion son los siguientes: esta mujer multipara, normalmente conformada, habia tenido partos felices,¹ ó por lo ménos sin accidentes, cuyas presentaciones habian sido las cefálicas anteriores (probablemente, puesto que no fueron tan retardados y dolorosos como este último). En este embarazo trascurren cuarenta y ocho horas, y á pesar de haber sufrido mucho la parturiente y de encontrarse agotada, no hay traza de que el alumbramiento termine. A las ocho de la mañana del dia 18 la veo, y á juzgar por la poca dilatacion del cuello (2 ½ cents.), diríase que el trabajo formal no habia comenzado sino hacia poco tiempo. Dos causas motivaban esta lentitud, de las cuales una sólo reconocí luego, la posicion; la otra, muy capital por cierto,

1 Yo entiendo otra cosa por parto feliz, el que va acompañado de muy pocos é insignificantes dolores, como el que se obtiene con la semianestesia obstetricial, ó que naturalmente es poco doloroso.

no la habia notado, que era la contraccion irregular y tetánica. Si no hubiera existido esta complicacion, que por si sola podria ocasionar considerable retardo en el trabajo, ¿la posicion o. i. d. p. hubiera sido suficiente para producirlo? No puedo asegurarlo porque mi experiencia es limitada en esta clase de partos; pero creo que no se habria prolongado tanto por el hecho solo de la posicion; de manera que si la dificultad se hubiera concretado á esto, el parto quizá habria concluido espontáneamente algunas horas ántes. ¿Teudrá alguna influencia para la produccion de esta clase de contracciones irregulares la posicion cefálica posterior? Sobre tres partos la he observado en dos, siendo en uno de ellos multipara y en otro primeriza la mujer. No lo sé; pero me llama la atencion esta frecuencia, que por otra parte reconozco ser muy desfavorable para la práctica del procedimiento que he propuesto para corregir estos abocamientos por manipulaciones mixtas. Efectivamente, si el cuello del niño ó alguna parte del tronco está comprimido por el anillo que viene á formar el segmento uterino contraído, no será facil ejecutar la rotacion del producto sobre su eje, y si ha salido toda el agua del amnios, seria imposible; pero sin este inconveniente creo que se hubiera podido hacer la conversion cefálica en la mujer de que me ocupo, puesto que la maniobra por el intestino pudo ser ejecutada con el éxito deseado.

¿Estaba indicada la aplicacion del forceps? A primera vista podria objetarse que mientras existiese la contraccion irregular que oponia un obstáculo mecánico, no se deberia usar la fuerza; pero prácticamente hablando no habia otro recurso, como en la observacion de la primeriza á que he aludido en mi primer trabajo. Si el cloroformo solo ó unido á la morfina es insuficiente para hacerla desaparecer, no queda más arbitrio que la extraccion hecha con la debida prudencia. Ni lo encuentro peligroso siempre que se ejecute con todas las reglas del arte, y se vuelve absolutamente indispensable para salvar la vida de la criatura que está muy seriamente comprometida desde el momento en que ha salido toda el agua amniótica que defiende la circulacion inter-útero-placentaria, de la influencia perjudicial que sobre ella ejerce la contraccion uterina, y que se trasmite á la fetal.

La idea fundamental que he tenido al proponer un procedimiento para la conversion de estas presentaciones occipito-posteriores es precisamente la de evitar toda otra operacion instrumental, como la extraccion con el forceps, que es la generalmente empleada y que yo mismo me he visto obligado á ejecutar.

Pero dejando esta digresion á un lado, que no deja de tener interés, réstame, para terminar este asunto, hacer presente que sea cual fuere el porvenir del procedimiento en cuestion, á saber la conversion de las *posiciones occipito-posteriores* por manipulaciones *mixtas* en el momento del parto (muy al principio), y como profiláctico durante el embarazo, tornándolas en occipito-antérieures, esta observacion demuestra concluyentemente que es *posible ejecutar* por medio de dos dedos (el índice y el medio) introducidos en el recto, la rota-

cion hácia adelante de la cabeza en el tercio medio¹ de la excavacion pélvica; lo cual permitirá obtener partos irreprochablemente eutócicos por un medio sencillo, eficaz y exento de peligro.

* * *

Páso á ocuparme de la segunda parte de este escrito; pero ántes de entrar en materia, debo hacer una vez por todas la siguiente rectificacion: el nuevo procedimiento que, propuesto para su estudio se refiere á las presentaciones de vértice occipito-posteriores, y las de cara fronto-posteriores, y no á las *dorso-posteriores*, como sencillamente se dice en la *Gaceta Médica* (pág. 298, entrega XIII, tom. XIX), en la cual se lee lo siguiente: «El infrascrito, en representacion del Dr. Carbajal, de Atlixco (Puebla), leyó el trabajo remitido por éste sobre una maniobra tocológica que propone en las presentaciones dorso-posteriores del feto.» Es esta una falta de precision en el lenguaje obstétrico que veo repetida en la pág. 302 de la misma entrega, y por último en la reseña hecha por el Señor Secretario de los trabajos académicos habidos durante el año de 1883-84, impresa en la entrega XX, tomo XIX: indispensable rectificacion por lo repetido de la falta. Yo no me he ocupado más que de las presentaciones 3.^a y 4.^a de *vértice* y de *cara*; nada he dicho sobre las de asiento y de tronco *dorso-posteriores*.

Hechas estas aclaraciones, voy á contestar los conceptos de todo género y crítica á que dió lugar la lectura de mi Memoria, sirviéndome de guia el contenido del acta de 4 de Junio del año pasado y que fué aprobada el 11 del mismo, cuyas partes esenciales á la letra copio:

«Se concedió la palabra al Sr. San Juan, quien la tenia pedida para hacer manifestacion de las reflexiones que le ocurrieron á propósito de la Memoria enviada por el Dr. Carbajal sobre el procedimiento que propone para terminar los partos distócicos por presentacion del producto en posicion occipito-posterior.»

Mi Memoria lleva por título, y desde el principio al fin es consecuente con él: *Sobre el tratamiento profiláctico posible de las presentaciones occipito y fronto-posteriores por manipulaciones mixtas*. En consecuencia, el procedimiento no se refiere á los casos distócicos, puesto que no todos los partos en estos abocamientos lo son necesariamente, aunque sí con mucha frecuencia, y la operacion ha sido imaginada para emprenderse en dos circunstancias: la una como verdaderamente profiláctica *ántes* del *trabajo* hácia la época recomendada para practicar las operaciones por manipulaciones externas, tambien profilácticas, como son las inversiones, etc., y la otra al principio del trabajo, es decir, ántes de

1 Union del tercio medio é inferior.

que se sepa con toda certidumbre si el parto será distócico. Es bien sabido que esta clase de partos terminan espontáneamente sin los auxilios del arte; pero es esta la excepcion en las primerizas, y en las múltiparas hay frecuente motivo para intervenir.

«Sin entrar en detalles minuciosos, continúa, por no recordar punto por punto el procedimiento, limitóse á decir que la maniobra para corregir por el recto la presentacion viciosa, le parece no solamente irracional sino bárbara, fundándose para aseverar esto en datos anatómicos. Dijo haber estudiado este punto, midiendo en diversos cadáveres las dimensiones del recto insuflado, y haberse convencido despues de este estudio práctico de ser imposible el que una mano regularmente conformada, pueda entrar á la ámpula rectal, sin desgarrarla. Así ha acontecido en trece casos en los que ha hecho que algunos practicantes de manos pequeñas las introdujesen en la ámpula desprendida de sus inserciones anatómicas.»

Muy poco noble me parece calificar de «irracional y bárbara» la idea de un autor en el seno de una Corporacion científica tan respetable como la Academia de Medicina, á la cual ambos tenemos el honor de pertenecer, no estando presente aquel á quien tan duramente se censura. Hago esta manifestacion por el buen nombre de la Academia, no porque sienta mi amor propio gravemente herido, pues que yo opino que en materia científica «la lógica no tiene entrañas,» como decia un célebre filósofo español; lo cual no obsta para que dos honorables colegas se traten con el respeto y cortesía debidos. Pero precisamente en los fundamentos en que se apoya mi crítico falla la lógica. Dice el Sr. San Juan que la maniobra es irracional. Distingamos: no es una maniobra sino un conjunto de ellas, siendo la principal la que se ejecuta á través de las paredes abdominales, y complementaria la que se haga por el recto. Esta no es irracional, porque es la única vía por donde se puede alcanzar el occipucio ó el parietal; que no es accesible en el segmento anterior de la excavacion pélvica, sino en el posterior, estando por lo mismo en relacion mediata con el intestino recto. Es además, posible, y por ende racional, como lo comprueba el hecho práctico de la observacion referida al principio de este trabajo. En los casos de retroversion y retroflexion del útero, se alcanza muy bien con uno ó dos dedos introducidos en el recto la prominencia que forma el cuerpo de dicho órgano al desalojarse hácia atrás; y justamente el medio más eficaz para establecer el diagnóstico y hacer la reduccion, es operar por esta vía. En ello está fundado el uso del pesario de Gariel.

En cuanto á las experimentaciones que ha hecho sobre diversos cadáveres, sea insuflando el recto para tomar sus dimensiones, sea haciendo introducir en trece casos, las manos de algunos practicantes en la ámpula desprendida de sus inserciones anatómicas, diré, que este modo de proceder no es conforme con las más elementales nociones del método experimental. ¿No hay una diferencia

considerable entre el recto de un cadáver (y de paso olvida decir el experimentador si eran de hombre ó de mujer aquellos en los cuales estudió) y el de una mujer embarazada desde el octavo mes de su preñado hasta el momento del parto? ¿No es cierto que el estado de embarazo produce habitualmente una constipacion que, con fundamento, nos permite suponer una mayor, gradual y prolongada dilatacion del recto, que fuera de estas circunstancias fisiológicas de la mujer?

No es posible admitir las consecuencias ó pareceres que se deducen de condiciones experimentales que tanto se alejan de las biológicas, aunque implícitamente se pretenden comparar. Insuflando una ámpula rectal, desprendida de sus inserciones anatómicas, no se puede concebir que llegue á dilatarse tan considerablemente como puede hacerlo en el vivo, aun cuando dicha insuflacion se hiciera de una manera muy gradual y sostenida.

Sappey dice, que el recto puede adquirir una capacidad muy considerable, y cita el caso de un hombre de 40 años, que estaba afectado hacia varios meses, de una paraplegia, y en el cual, el grueso intestino dilatado enormemente en toda su extension, media en su parte rectal no ménos de *treinta y cuatro* centímetros de circunferencia, de modo que su calibre apénas diferia del de la excavacion pelviana. (*Traité d'Anat. Desc.*, tom. IV, pág. 372.—1879.)

¿Podria conseguirse semejante dilatacion en un intestino privado de vida? Como todas las visceras huecas, dice Tillaux, el recto es susceptible de experimentar á la larga una dilatacion considerable cuando se acumulan en él las materias fecales (es el caso de una mujer en los últimos meses de un embarazo), y además parece soportar muy fácilmente una dilatacion brusca; así es como algunos cirujanos alemanes han podido recientemente introducir la mano entera en este intestino, llevándola á la cavidad abdominal «y explorar, segun dicen, el riñon y aun la cara inferior del hígado, lo que, complázcome en manifestarlo, no ha tenido todavia imitadores en Francia.» (*Anat. Topogr.*, pág. 878.—Año 1878). Cito textualmente todo este párrafo de Tillaux, aunque sus últimas palabras no parecen favorables á mi intento. De ellas se deduce lógicamente la grande amplitud que puede experimentar el intestino recto, aun de una manera brusca (implícitamente se deja entender sin lesion.) Téngase en cuenta que él habla en general del recto tanto del hombre como de la mujer, y que si no aprueba la conducta de los cirujanos alemanes, es porque se trata no sólo de la introduccion de la mano en la *última* porcion del intestino grueso, sino aun más allá de él, y seguramente tambien del antebrazo, puesto que se dice haber explorado la cavidad abdominal.

Sin embargo, esto no le ha autorizado, aunque pareceria más justo, para calificarlos de «irracionales y bárbaros.» ¡Qué diferencia entre introducir los dedos índice y medio ó la mano misma en el intestino laxo, dilatado, bañado como todos los órganos intrapelvianos de la mujer, hácia el octavo ó noveno mes del

embarazo, y la misma introduccion de la mano en el *recto* de un hombre para llevarla hasta la S iliaca ó más allá!

Mas volviendo á las experiencias de que ántes he hablado, diré como Cuvier: «El observador escucha á la naturaleza; el experimentador la interroga.» ¿Es buen modo de interrogar á la naturaleza para la cuestion que nos ocupa, el que ha empleado mi crítico?

Trátase de saber si la introduccion de la mano en el recto, hecha con arte, será posible é inofensiva en el caso de una mujer embarazada al octavo mes por lo ménos, y para esto obsérvese el resultado de dicha introduccion en el intestino de un cadáver. No es esta una manera lógica de proceder al interrogatorio, porque la elasticidad del órgano es incuestionablemente menor en este caso. Y si nó, dígaseme si será posible dar á la vejiga de la orina, por la insuflacion, la enorme capacidad que suele adquirir en los casos de retencion completa, y no despues de muchas horas, como todos los días lo vemos; si sería posible hacer pasar á través del canal cístico de un cadáver, sin desgarrarle, un cálculo biliar un poco voluminoso y que ha sido expulsado por un enfermo.

«Lo que hace el experimentador, dice C. Bernard, es ensanchar el campo de la observacion. No hay, en consecuencia, que distinguir entre la observacion y la experimentacion, si no es que esta última, por su carácter de observacion provocada es infinitamente más delicada y difícil, porque creándose nuevas condiciones á la manifestacion de los fenómenos, nos coloca en un medio infinitamente más complejo.» (*Phys. Oper.*—1879, pág. 29.) El investigador no debe restringir las condiciones de la experimentacion, como se hace en el caso presente. Hay un factor importante que desaparece y es la *elasticidad biológica*, contándose sólo con la física. Los conceptos de C. Bernard arriba citados son bastante explicitos y arguyen en contra de las experimentaciones incompletas.

Yo no puedo producir hechos positivos ó sea datos experimentales sobre las dimensiones del recto en la mujer embarazada, ni los encuentro en los autores de anatomía (Sappey, Beaunis y Boucharde, Laboulbène y Tillaux) y los de Obstetricia (Cazeaux, Nægele, Schröder, Verrier, Hodge y Leishman); pero el conocimiento de las modificaciones que sufren por el hecho del embarazo las partes blandas intrapelvianas, las articulaciones huesosas, los ligamentos, el canal vaginal, el tegido celular interpuesto entre los órganos, etc., me hace suponer, y creo con gran fundamento, la mayor dilatabilidad del recto, pues respecto á su elasticidad, recuérdese la enorme distension y alargamiento del perineo en el momento del parto que necesariamente arrastra consigo el recto fijo en su porcion anal.

Pero ¿para qué esforzarme tanto en establecer esa enorme diferencia entre el intestino de un cadáver y el de una mujer embarazada, entre el intestino del mismo sugeto durante el preñado y fuera de él? Estas son cosas elementales y me basta por ahora con lo dicho.

El Profesor Rodriguez combatió mi Memoria solamente en el sentido de su posibilidad y utilidad práctica, y dijo: «que la tal conversion es enteramente utópica, pues para conseguirla es del todo indispensable que la maniobra sea bipolar, es decir, que obre sobre los dos polos del ovoide.» Me extraña que no hubiese rectificado este concepto del acta, puesto que las maniobras que recomiendo son precisamente *bipolares*, como se colige por el título mismo de mi escrito, en donde se dice: «Sobre el tratamiento profiláctico. . . etc., por *manipulaciones mixtas*,» lo cual implica que hay manipulaciones internas y externas, siendo las unas sobre un polo y las otras sobre el opuesto. De manera que, siendo mi procedimiento *bipolar*, deja de merecer el calificativo de utópico, al ménos por lo que toca al *olvido que suponía* había yo cometido (y en verdad que era muy craso) de operar sobre los dos extremos del ovoide fetal.

Después el aludido Profesor niega su utilidad, puesto que «el partero puede salir airoso en partos distócicos por la causa expuesta, merced en unos casos á los esfuerzos de la naturaleza y en otros á la intervencion del arte, cuando éste sabe imitar aquellos esfuerzos.» Yo no he negado que puedan terminar felizmente los partos en posición occípito-posterior, por solo los esfuerzos naturales; pero lo hacen difícilmente en las multiparas y además de esto con peligro para la madre y el hijo en las primiparas; y para evitar estas dificultades y peligros, propongo mi procedimiento, así como para suprimir también la intervencion del arte, según los principios clásicos, como el mismo Profesor lo ha hecho con sus procedimientos profilácticos de inversiones, en las presentaciones pelvianas, en las cuales el parto también se verifica con muchísima frecuencia por solo los esfuerzos naturales (más á menudo) que en los abocamientos que trato de corregir; y que si es verdad que son peligrosos, no presentan tan frecuente necesidad de operaciones instrumentales. Esta cuestion del desenlace feliz, frecuente ó excepcional, sin los recursos del arte, en los abocamientos occípito-posteriores, la resolvería satisfactoriamente la estadística. He asistido tres partos de esta clase en los últimos dos años: el primero en una primeriza; el trabajo fué muy largo y laborioso: el niño salió por medio del forceps y sucumbió á las seis horas por motivo de una apoplejía cerebral; el segundo fué en una multipara: largo y muy laborioso; terminó felizmente y practiqué la conversion por maniobra *intra-uterina*; el tercero fué también en una multipara, prolongado y difícil: requirió la aplicacion del forceps; es el que refiero en la primera parte de este trabajo. Es decir, que no he visto más que dificultades y peligros. No por esto creo que siempre haya de ocurrir lo mismo; pero sí que las excepciones son las felices.

En cuanto á que la intervencion del arte debe imitar los esfuerzos de la naturaleza, es decir, el dinamismo del parto, no creo que pueda tacharse á mi procedimiento de violar semejante principio tocológico. Trato de convertir una posición en otra, simplemente por la *rotacion del producto sobre su eje longi-*

tudinal, y practicándola en el sentido ó direccion más corta y favorable. Justamente es lo mismo que la naturaleza ejecuta, cuando la cuarta posición se torna en primera y la tercera en segunda.

Por lo que toca á que la aplicación del forceps, sábiamente conducido, termina el trabajo felizmente, y aun sin desgarradura del perineo, diré á mi estimable compañero y amigo, que también en las presentaciones de asiento, la extracción hábilmente ejecutada ora con el lazo, el gancho romo ó simplemente con los dedos, terminan muy bien los partos, sin ningún peligro para el perineo; pero él prefiere con justicia, evitar estas operaciones, generalmente inofensivas para la madre, aunque á veces indispensables para salvar la vida de la criatura. ¿Por qué no será igualmente lógico esforzarse en evitar el uso del forceps, que por muy diestramente que se aplique puede lacerar un perineo ya expuesto inminentemente por causa de la misma presentación? En general los argumentos del Profesor Rodríguez son contra la idea del tratamiento profiláctico de los abocamientos que tratamos, puesto que el partero puede salir airoso en casos de esta especie por los medios conocidos. Mas entónces habrá que reformar algunos de los aforismos de su enseñanza tocología; entónces será *loable* buscar el parto irreprochablemente *eutócico*, es decir, en la primera ó segunda posición de vértice, en las presentaciones de asiento, de tronco y de cara fronto-antérieures; pero no será admisible en las occipito y fronto-posteriores.

Yo suplico á mi respetable amigo medite sobre las consecuencias prácticas del primero de sus cánones obstetriciales, que he tomado como epigrafe de mi Memoria, y me diga si no son rigurosamente lógicas mis tendencias; porque todos los argumentos que se me puedan hacer en este sentido puedo, y con más razón, volverlos en contra de las inversiones. En los abocamientos que estudio hay peligro para la madre y el hijo; en los pelvianos simplemente para el producto (hablo de lo que ordinariamente vemos en la práctica): en los primeros el parto es incuestionablemente más largo y doloroso que en los segundos: las consecuencias fatales son más frecuentes en el uno que en el otro caso: ¿por qué, pues, la profilaxia, conveniente y loable para las presentaciones pélvicas, dejará de serlo para las occipito-posteriores? Repetiré lo que en mi anterior Memoria he dicho. «Si estos abocamientos son, por lo ménos desfavorables, porque el parto á que dan lugar no es irreprochablemente fisiológico, es loable hacerlos desaparecer ántes del trabajo, ú oportunamente una vez comenzado.»

Para demostrar la posibilidad de alcanzar la cabeza por el intestino, es necesario ocurrir á la prueba numérica. Veamos cuáles son las dimensiones en altura de la excavación. Dice Cazeaux: «Su altura es de *cuatro centímetros* hácia adelante, *nueve y medio* lateralmente y *once* hácia atrás, tirando una línea recta desde el ángulo sacro-vertebral al vértice ó punta del coxis, y *trece y medio* siguiendo la curvatura del sacro. (Cazeaux, *Traité d'accouch.*, pág. 20.—1877.)» Podemos aceptar sin inconveniente estas medidas para la pél-

vis mexicana, pues las diferencias que tiene con la europea no se refieren más que á la altura del pùbis, su inclinacion y al diámetro coxi-pubiano; pero no á la pared posterior, que es la importante de conocer para mi objeto. Si dividimos al canal pelviano, virtualmente, por dos planos que lo corten en tres secciones iguales, el superior pasará á trece milímetros del borde superior del cuerpo pubiano, dividiendo las paredes laterales á treinta y uno, y el sacro á cuarenta y cinco de la márgen del estrecho abdominal: el segundo plano cortará las mismas paredes huesosas á *doble* longitud, y en consecuencia, la *union* del *tercio* inferior con el *medio* se encuentra á la misma distancia del estrecho perineal que el primer plano lo está del abdominal. De manera que para llegar al tercio medio de la pared posterior, basta alcanzar á *cuatro y medio* centímetros y á *nueve* para el superior. Ciertamente hay que agregar lo que corresponde al espesor del perineo; pero como se puede deprimir por estar formado de partes blandas, músculo-aponeuróticas, no debe ser, generalmente hablando, un grande obstáculo. Efectivamente, dice Tillaux, hablando de las relaciones del peritoneo con el recto: «Se ha medido cuidadosamente la distancia que separa el ano del punto en donde el peritoneo cubre la pared posterior del recto: he encontrado que es de once á doce centímetros. Es una distancia á la cual puede llegar el índice, teniendo cuidado de deprimir con la mano las partes blandas del perineo.» (T., pág. 881, obr. cit.) Ahora bien: este repliegue peritoneal á que se refiere, corresponde en la excavacion á la articulacion de la primera con la segunda vértebra sacras y se dirige oblicuamente hácia abajo y adelante; luego, con más razon *dos dedos* pueden alcanzar el tercio medio de la concavidad sacra. Nótese que esto está perfectamente de acuerdo con las dimensiones que da Cazeaux de *once* centímetros para la *cuerda* correspondiente á la curvatura de dicha pared. Por otra parte, el coxis no puede ser una dificultad ni aumentar estas medidas: primero, porque sus articulaciones se han reblandecido tan considerablemente, que gozan de grande movilidad; segundo, porque su extremidad libre está en un plano superior al del estrecho perineal, es decir, hácia arriba del pùbis, como lo asienta Cazeaux diciendo: «Nægels concluyó de sus numerosas investigaciones, que la inclinacion del diámetro ántero-posterior del estrecho inferior es de 10 á 11 centímetros; que la punta del coxis está colocada, término medio, á uno y medio ó dos centímetros más alto que el vértice del arco pubiano, y que, por consecuencia, la línea coxi-pubiana es ligeramente oblicua de arriba hácia abajo y de atras hácia adelante.» «Sobre quinientas personas bien conformadas y de diferente talla, ha encontrado en cuatrocientas cincuenta y cuatro, la punta del coxis más elevada que la parte inferior de la sínfisis; en veintiseis estaba más abajo y en veinte al mismo nivel.» (pág. 19, obra citada). Pudiendo deprimirse el coxis y la porcion anal del perineo, los dedos índice y medio alcanzarán al tercio medio de la excavacion, cuando ménos; luego alcanzarán la cabeza, si ha descendido hasta este punto. No podré decir con toda

exactitud en dónde se halle situada ésta al principio del noveno mes del embarazo, por ejemplo; y previendo que no en todos casos bajaría lo suficiente para ser accesible del lado del recto, me pareció que sería tal vez necesaria la introduccion de toda la mano. Ahora que he meditado más y hecho un ensayo experimental, créo que se logrará el objeto con solo los *cuatro últimos dedos de la mano*, porque se alcanzará una suficiente altura por este medio. La region de la cabeza, sobre la que se viene á operar, es la *parietal posterior*, porque ésta es la que se halla en relacion con la pared posterior de la excavacion.

De todo lo expuesto concluyo: que si la cabeza se encuentra en el tercio medio del canal pelviano, es posible alcanzarla y ejecutar la maniobra complementaria intestinal con solo los dedos índice y medio, y que si está á mayor altura, se lograria el mismo objeto con los últimos cuatro dedos. No tengo empeño de ninguna clase en defender la introduccion de *toda la mano*, si es *innecesaria*: preferiria por muchos motivos que bastasen en todos los casos uno, dos, ó más dedos, y precisamente para eso dí á conocer mis ideas, que están en muy rigurosa conexion lógica con la teoria del dinamismo del parto y con la conversion intra-uterina que practiqué en el mes de Setiembre de 1883.

«El Sr. Gutierrez, continúa la acta, abundando en las ideas emitidas por los Sres. Rodriguez y San Juan, como ellos cree el ser imposible introducir la mano en el recto durante el trabajo del parto, pues bien sabido es que ordinariamente se dificulta, aun por el conducto natural, por la vagina.» Convengo en que no sea posible introducir la mano en el recto durante el trabajo *cuando la cabeza ocupe la concavidad del sacro*, que es al fin, y esto ocurrirá *no de ordinario*, sino siempre, *lo mismo por la vagina* que por el recto (que tambien es conducto natural); pero yo no recomiendo la operacion *en esta fase del parto*, sino como profiláctica, es decir, ántes, ó muy al principio, cuando la cabeza aun no llena la pared posterior de la pélvis. Además, reunidos los argumentos que dicho señor acepta, pues abunda en las ideas emitidas anteriormente, hay una contradiccion palpable, más bien dicho, confusion ininteligible. ¿No se ha dicho anteriormente que los dedos no pueden alcanzar la cabeza? entónces la excavacion sacra estará vacía y hay lugar en donde se aloje la mano; pero la introduccion es imposible; luego la dicha cabeza ocupa la propia excavacion; luego los dedos la pueden alcanzar. La cuestion que sea, en el momento del parto acrece lo confuso del argumento; pero deja en pié el dilema: « Si la cabeza está baja, se alcanzará con los dedos; si muy alta, cabe la mano.» Lo que yo he dicho es, que ya avanzado el trabajo y ántes de la rotura de la bolsa ó « fuente, » se puede ejecutar el procedimiento por maniobra *intra-uterina*, como lo he hecho: y tan sólo como profiláctico, ó *al iniciarse*, es decir, cuando el cuello no está aún dilatado, y por lo mismo la *cabeza no llena* la excavacion, y por lo mismo pueden entrar hasta los *cuatro últimos dedos*, si es necesario (ó la mano, como ántes habia dicho), se volverá indispensable la manipulacion rectal.

Insiste el Sr. San Juan diciendo que él cree posible «que el intestino llegue á contener cuerpos extraños voluminosos, por verificarse entónces su dilatacion lenta y progresivamente; pero que en los casos en que se ha introducido la mano y hasta el brazo de una manera brusca, el intestino debe desgarrarse.» No he aconsejado que se introduzca la mano de una manera brusca, «sino que los dedos se deberán introducir uno á uno comenzando por el medio y el índice; si estos son largos, es decir, de partero, como se les designa en el arte, y la cabeza juega libremente en la excavacion, y por lo mismo pueden bastar para el objeto, claro es que no se debe intentar la introduccion de la mano, por innecesaria.» (Gaceta Médica, entrega 2.^a, tomo XX, pág. 39). Y más adelante: «Comprendo que si se hiciera bruscamente, pudiera producirse la desgarradura del esfínter ó del intestino, ó bien inflamaciones. Por lo demás, ésta, como todas las operaciones quirúrgicas, y en especial las tocológicas, son de una facilidad ó dificultad relativas: el volumen de la mano del partero tendrá mucho que ver en ello, y habrá caso en que una mano determinada sea demasiado tosca para intentarla, y por lo mismo no deberá hacerlo.» (loc. cit., pág. 43.) Además, nadie, que yo sepa, ha aconsejado la introduccion de la mano de una manera brusca, pues, en general, toda clase de maniobras se deben ejecutar con habilidad, con inteligencia, con arte; y no es otro el significado del titulo de la primera Memoria (segun sé) que se ha escrito sobre este asunto, y que dice: «Ueber die künstliche Erweiterung des Anus und Rectum (Simon Heidelberg in Arch f. chir. Klin. XV 13^{ed} 1 Buch 199).» El adjetivo künstliche, derivado de Kunst, arte, que califica á Erweiterung (dilatacion), significa: «hecho con arte, con primor, con artificio, con maña.» Franceson, Wörterbuch, Deutsch-Spanisch.

Continúa el Sr. San Juan: «y si hasta hoy no se ha observado el accidente, ello se debe con toda probabilidad á que no se ha seguido observando, despues de la operacion, atentamente á la persona que fué victima de tal tratamiento.» Estos conceptos no deberia yo contestarlos, porque se refieren, como los anteriores, á los que introducen la *mano* y aun el *brazo de una manera brusca*; pero como se pretende inculpar de este modo al procedimiento, haré notar de paso que incurren en dos vicios de razonamiento. El primero, que implica contradiccion. «El intestino se debe desgarrar, y sin embargo, «hasta hoy no se ha observado el accidente;» pero esto se debe con toda probabilidad (supone él) á que no se ha seguido observando despues de la operacion atentamente á la persona.» Si no se ha observado el accidente, lo más probable no es otra cosa sino que no se ha producido. Porque, efectivamente, cuando se cause una desgarradura del intestino, á ménos de ser muy insignificante, es seguro que no pasará inapercibida á un observador mediocre; es indefectible que el dolor y escurrimiento de sangre la denunciarán. El segundo es, el de olvidar las circunstancias anatómicas y fisiológicas tan diversas y sobre las cuales he insistido tanto, á saber: que no se pueden aplicar rigurosamente al intestino recto de una mujer

embarazada las observaciones referentes al procedimiento general de la exploracion.

Pero para reforzar mis argumentos teóricos, citaré hechos prácticos y de autoridades competentes y dignas de respeto, enteramente irrecusables. Dice mi estimado y hábil amigo el Sr. Rodriguez, « haber él introducido la mano en el recto con varios motivos, » segun se lee en la citada acta (pág. 304), é invita al Sr. San Juan « á ser testigo de la facilidad con que se puede hacer esta exploracion, sin dolor ni lesion alguna. » Igualmente el Sr. Andrade le recuerda « que en la historia clinica se registran varios hechos de esta naturaleza, no precisamente en los momentos de un parto, » y hace recordacion tambien de varios hechos de actualidad, en los que el médico introduce toda la mano dentro del recto para apreciar debidamente los tumores desarrollados en los órganos que se alojan en la pequeña pélvis. » Conque, habiendo varios cirujanos que han introducido la mano en el recto, seguramente con arte, como lo prueban las citas anteriores, y en casos de todo género, sin especificar haberlo hecho con el uso de la anestesia, sin haber ocasionado accidentes, ¿habrá motivo para calificar de bárbara mi idea, cuando la propongo precisamente en las condiciones más favorables del intestino y mediante la anestesia? Pero dirá el Sr. San Juan: la introduccion de la mano produce una dilatacion que no se puede equiparar con la originada lenta y gradualmente por la presencia de los cuerpos sólidos, variados, que puede alojar el recto, como son las heces ú otros extraños que por diversos motivos se puedan haber introducido. A esto diré: que la constipacion habitual á que está sujeta la mujer embarazada, sobre todo en los últimos meses, coloca el recto en las más favorables condiciones para hacer inofensivo el procedimiento, y además, recuerdo las palabras de Tillaux citadas al principio; agregando que, cuando se han introducido sin producir lesion grave, cuerpos extraños voluminosos, seguramente se ha hecho *violentamente en una sesion y de una manera brusca*, como es fácil colegir. En cambio, introducir la mano en una *sesion* (pude haber dicho que no es esto indispensable) no implica *brusquedad*. ¿Cuántas veces el partero ó cirujano se ven precisados á ejecutar con violencia una operacion, sin que por esto lo hagan con brusquedad? Es necesario explicarse bien sobre el significado de esta palabra. ¿Quiere dar á entender el Sr. San Juan que es brusca la introduccion de la mano porque yo dejé comprender que se hiciera en una sola sesion y no muy larga? Entónces podría hacerse la objecion de que la maniobra era peligrosa porque se proponia dilatar el ano y el recto con cierta rapidez en unos cuantos minutos ó segundos, y que seria conveniente, por ejemplo, acostumbrar el órgano mediante dos ó más tentativas con los dedos, para evitar una lesion; pero lo que es relativamente *rápido* no por esto es *brusco* necesariamente.

En conclusion, y como resúmen del presente trabajo, creo haber demostrado lo siguiente:

1.º Que es posible, por lo ménos en algunos casos, ejecutar la rotacion del occipucio hácia adelante, en las presentaciones 3.ª y 4.ª del vértice, al principio del trabajo, por medio de la manipulacion rectal, con los dedos índice y medio en el tercio medio de la excavacion pélvica.

2.º Que se puede sostener con fundamento la posibilidad de introducir no solo los dedos, sino la mano en el recto de una mujer embarazada, ántes de que la cabeza llene la excavacion sacra, y en el intervalo de las contracciones.

3.º Que con toda probabilidad bastará la introduccion de los cuatro últimos dedos de la mano para ejecutar la maniobra, aunque la cabeza esté en el tercio superior de la excavacion, si no se alcanzare con el índice y medio.

4.º Que no siendo análogas, con *analogía necesaria*, las condiciones de experimentacion que escogió el Sr. San Juan para juzgar de la posibilidad é inocuidad de la maniobra rectal en la mujer embarazada, no son lógicas sus conclusiones.

5.º Que puesto que en las presentaciones pelvianas se acepta la operacion profiláctica de la inversion, porque los partos á que dan lugar suelen ser peligrosos y difíciles, es digno de estudio un procedimiento que tiende á suprimir las occipito-posteriores, que lo son tal vez en mayor grado que ellas.

6.º Que no hay motivo para calificar la maniobra rectal que teóricamente he propuesto, como irracional y bárbara, cuando personas competentes y autoridades científicas la han ejecutado ó defienden tratándose de condiciones evidentemente ménos propicias.

Alamos, Marzo 30 de 1885.

A. J. CARBAJAL.

ACADEMIA DE MEDICINA.

SESION DEL DIA 27 DE MAYO DE 1885.—ACTA NÚM. 28, APROBADA EL 3 DE JUNIO.

Presidencia del Sr. Dr. Rodriguez.

A las siete y treinta minutos P. M. se abrió la sesion; se leyó el acta anterior, y sin discusion se aprobó.

Se dió cuenta con las publicaciones recibidas durante la semana.

Nacionales.—La Naturaleza, tomo VII, número 8.

El Minero Mexicano, tomo XII, núms. 1 y 2.

Boletín de la Exposicion Universal de Nueva Orleans, núm. 19, correspondiente al presente año.