

rina con la solución de cianuro mercurial á 40° centígrados, valiéndome de la sonda dilatadora de Doleris modificada por Litér; aplico en seguida abundante inyección intrauterina de tintura de yodo, adicionada de cresota de haya y ácido carbólico; nuevo lavatorio intrauterino, aseo y desecación con algodones montados en pinzas, del cuello uterino y la vagina, é introducción de un tapón de gasa yodofórmica, mojada en solución mercurial, exprimida y cubierta de nuevo con polvo fino de yodoformo, y por fin, cateterismo vesical.

Este primer tapón permanece en la vagina 48 horas. He acostumbrado hasta hoy día, á hacer una cura diaria con la solución de cianuro y un tapón de algodón salicilado, mojado en la misma solución, exprimido y cubierto con polvo de yodoformo; todo esto durante 15 días; pero estoy persuadido de que, haciendo un buen taponamiento con la gasa yodoformada, puede renovarse la curación cada dos ó tres días.

Por último, administro en los días que siguen á la operación, una mezcla de partes iguales de solución de cornezuelo de centeno, de Dusart, y extracto fluido de *Hidrastris canadensis*, en la dosis de 20 gotas tres veces en el día.

México, á 10 de Febrero de 1897.

T. NORIEGA.

OBSTETRICIA.

Algunas observaciones á la Práctica Obstétrica moderna.

Los numerosos y favorables resultados que ha obtenido Pinard con la sinfisiotomía que ha practicado constantemente, desde Febrero de 1892, en la Clínica de Baudeloeque, lo ha conducido á establecer los preceptos siguientes á los cuales norma su conducta práctica:

- 1º Abandono del parto prematuro artificial.
- 2º Abandono de toda aplicación de forceps y de toda operación que implique la lucha de la cabeza fetal contra una resistencia huesosa de la pelvis (sea que la resistencia tenga su sitio en el estrecho superior, en la excavación ó en el estrecho inferior).
- 3º Abandono absoluto de la embriotomía del niño vivo.
- 4º Agrandamiento momentáneo de la pelvis (por sinfisiotomía, pubiotomía, isquio-pubiotomía, coccitomía), en todos los casos donde hay resistencia hue-

sosa no vencida por las contracciones, la cabeza encontrándose bien orientada y donde el cálculo demuestre que la sección de la pelvis y una separación, que no pasa de siete centímetros, permita el paso á una cabeza de feto á término.

5º Operación cesárea seguida de la amputación útero-ovárica (operación de Porro), en los casos de estrechez absoluta.

Como estos nuevos principios han sido bien acogidos por los principales parteros franceses, y el nombre tan autorizado del eminente profesor Pinard, seduce á aceptarlos, paso á exponer con toda franqueza en el seno de esta ilustrada Sociedad á que tengo la alta honra de pertenecer, mis convicciones científicas acerca de ellos, seguro de que serán seria y justamente comentadas, dada la notoria rectitud de todos y cada uno de sus miembros, y por encontrarse en tan docta Asamblea los más caracterizados tocólogos mexicanos. Vengo tan sólo tras la investigación de la verdad científica en tan delicado asunto, y espero hallarla en este lugar, que ha sido el crisol donde se han depurado tantos otros asuntos científicos que forman la base de nuestra ciencia nacional; cimientos sólidos que han fundado los inolvidables Lucio, Jiménez, Vértiz, Ortega, Juan María Rodríguez y tantos otros infatigables obreros de las ciencias médicas, que ensancharon el horizonte científico de nuestra patria, dejando tras sí una brillante cauda luminosa.

Abandonar el parto prematuro artificial hoy que estamos en posesión de medios adecuados para sostener á niños débiles, hasta lograr que alcancen su completo desarrollo, me parece inaceptable; pues es una preciosa operación obstétrica que ha prestado y continúa prestando eminentes servicios á la humanidad. Es inofensiva para la madre, y lo será siempre que se practique por tocólogo experimentado en la cirugía ginecológica, familiarizado con la práctica antiséptica, y que sepa elegir un buen procedimiento operatorio, pues la elección del método no es indiferente. La literatura obstétrica nos hace conocer casos desgraciados, en que el mal procedimiento ha sido la causa de la muerte. Entre los numerosos métodos aconsejados para provocar el parto prematuro, los más inofensivos son los de Kluge, de Tarnier, Kraws, Champetier de Rives, y muy especialmente el de Boissard que juzgo el mejor. He provocado veintiocho partos prematuros, sin contar una sola defunción y sin haber tenido mis pacientes ningún accidente de importancia en el puerperio. El profesor Tarnier aseguró en el Congreso de Ginecología y de Obstetricia que se reunió en Burdeos el mes de Agosto de 1895, haber provocado ciento dieciséis veces el parto anticipado, en estrecheces pélvicas, y sin defunción maternal en un período de nueve años, que se extendió de 1886 á 1895. Desgraciadamente no podemos asegu-

rar la misma inocencia para el feto, quien está tanto más expuesto, cuanto más lejos del término normal del embarazo se le hace nacer.

Los niños nacidos prematuramente son débiles y delicados; pero á partir del séptimo mes del embarazo (210 días), se logra sostenerlos y hacerlos vivir si se les coloca en la incubadora y se encarga de su alimentación adecuada (por medio de la sonda), á persona instruída en la obstetricia moderna y acostumbrada á los minuciosos cuidados que reclama todo niño nacido en estas condiciones.

La sinfisiotomía, operación con que se pretende sustituir al parto prematuro artificial, ha, en efecto, disminuído el número de sus indicaciones; pero ¿las hace desaparecer todas? En otros términos, ¿la sección de la sínfisis púbica reemplaza con ventaja y en todos los casos á la provocación de la expulsión del producto de la concepción á partir de la época de la viabilidad real del feto? Yo no lo creo. Convengo que en la actualidad la operación de Sigault constituye una brillante conquista que ha rendido sus pruebas; que cuenta en su favor una estadística numerosa que nos demuestra sus innegables triunfos; que ha recibido perfeccionamientos en su técnica; que posee un aparato instrumental adecuado á todas las eventualidades; y finalmente, que la antisepsia ha hecho desaparecer sus principales peligros. Pero esto, á mi juicio, no autoriza á abandonar el parto prematuro artificial, que, repito, es sin disputa alguna enteramente inofensivo en todos los casos de estrechamientos moderados de la pelvis.

La obstetricia moderna cuenta en ambas operaciones con dos poderosos recursos para salir airosa en tan difícil situación, y sería poco cuerdo prescindir de alguna de dichas operaciones, que aisladamente tienen indicaciones claras, precisas, de apreciación fácil, y que han alejado la frontera de la distocia peligrosa.

Los más autorizados parteros aconsejan provocar la expulsión prematura del producto de concepción en los estrechamientos ligeros de la pelvis, ó cuando las mujeres son atacadas por enfermedades determinadas, ó agravadas por la gestación, y que amenacen seriamente su vida ó la de su hijo, si se tiene la certeza de que la interrupción del embarazo las hace cesar.

Tenemos, pues, dos indicaciones que se deben considerar aisladamente: las estrecheces ligeras de la pelvis y las enfermedades ocasionadas ó agravadas por el embarazo. De estas indicaciones, la primera es la única que puede dar lugar á alguna vacilación, y en realidad es la que tiene muy divididos á los parteros de todos los países. Pinard, y con él Varnier y Farabeuf, son, como llevo dicho, partidarios incondicionales de la sinfisiotomía, que practican sistemáticamente, sin aplicación previa de forceps, en toda estenosis moderada de la pelvis, desde

el momento en que las contracciones uterinas son ineficaces para verificar el parto. Desechan el parto prematuro artificial, y esta práctica la creo enteramente infundada y perjudicial á la humanidad y á la ciencia, á quienes se priva de tan poderoso recurso.

Funda Pinard su proscripción, diciendo que el parto prematuro provocado, expone á los niños á nacer antes de su viabilidad, si se precipita su ejecución, ó á provocarlo demasiado tarde cuando ha adquirido un desarrollo considerable, y en tal virtud, dimensiones inadecuadas para verificar su salida, sin recurrir á algún procedimiento de embriotomía.

Seguramente que á todo esto y á mucho más se expone el médico que, sin vastos conocimientos en la ciencia obstétrica, se encarga de la asistencia de un caso de estrechamiento pélvico. Pero, ¿se debe culpar á la operación de semejante falta? No; evidentemente no. . . . La ciencia tocológica nos proporciona elementos suficientes para evitar estos escollos y emprender un tratamiento racional. Debemos conocer: 1º, la edad del embarazo; 2º, el grado de estrechez pelviana que nos enseña con bastante exactitud la pelvimetría instrumental practicada con el pelvómetro de Farabeuf ó el del Dr. Zárraga; 3º, la relación que existe entre el volumen de la cabeza fetal y la capacidad de la pelvis materna, dato que nos proporciona la palpación mensuradora; y, finalmente, el grado de osificación y en consecuencia de reductibilidad de la cabeza del feto por medio del tacto vaginal manual, que en estos casos está plenamente autorizado el partero á practicar. Por las pacientes investigaciones de Burns, Salomón, Dubois, Stolz, Tarnier, Budin y Juan María Rodríguez, sabemos que el diámetro bi-parietal del feto de término, tiene de 92 á 95 milímetros, y que, á partir de la edad de la viabilidad legal, la longitud del mismo diámetro bi-parietal es de tantos centímetros cuantos meses tiene el feto.

Por lo expuesto se ve claramente que las objeciones de Pinard quedan destruidas y no autorizan á privarnos de un recurso tan útil y benéfico como lo es el parto prematuro artificial.

No aceptando el primer precepto de Pinard, ¿cuál es la conducta que debe observar el práctico que se encuentre frente á una estenosis pelviana? Para resolver esta cuestión, dividiré las estrecheces de la pelvis en tres grados: ligeras, medianas y exageradas. Daré por límites á las del primero, 90 á 75 milímetros; á las del segundo, 75 á 68 milímetros y comprenderé en el tercero toda pelvis cuyo diámetro menor sea inferior á 68 milímetros.

En el primer grado, tratándose de pelvis cuyo diámetro más corto sea superior á 75 milímetros, siendo solicitado con oportunidad durante el embarazo y tratándose, bien de una primípara, bien de una múltipara cuyos partos anterior-

res hayan terminado espontáneamente ó por alguna operación conservadora, y que los niños no hayan sufrido algún traumatismo de importancia, se debe dejar el embarazo llegar á su término, vigilar cuidadosamente la marcha del trabajo y sólo intervenir cuando algún peligro amenace la vida de la madre, del feto, ó de ambos á la vez.

Como se ve, la expectación armada es la regla general de conducta y sólo se debe intervenir, ya por la versión, ya con el forceps, dando siempre á este último la preferencia, cuando no obstante la existencia de contracciones uterinas totales, intermitentes, enérgicas y sostenidas, el trabajo no avanza y el estudio de la circulación del feto, ó bien el del estado general de la madre, nos enseñan que algún peligro serio amenaza á una ó á ambas vidas confiadas á la pericia facultativa. Se debe operar *siempre con toda oportunidad*, sin dejarse arrastrar por el natural deseo de abreviar tan violenta situación creyendo ahorrar sufrimientos á la mujer, pero exponiéndola con tan censurable ligereza, á desgarraduras de las partes blandas que forman el canal vagino-perineal, que aun no tienen el grado de reblandecimiento necesario para soportar la exagerada distensión que sufren al ir siendo atravesadas por el feto. Mas para ser oportuno, hay que saber esperar y jamás consentir en que esta espera llegue á hacerse nociva y determine el cuadro sintomático que caracteriza lo que los parteros ingleses llaman "trabajo prolongado," que se inicia con el tetanismo uterino, causa principal de la muerte del feto, y que abandonado á sí mismo, produce la muerte de la madre por extensos desgarros de la matriz, peritonitis, septicemia, agotamiento nervioso, etc.

Bien puede suceder que el conmemorativo nos haga conocer, tratándose de múltipara, que en los partos anteriores ha sufrido operaciones que han originado la muerte de los niños, ó bien que éstos han sucumbido por sólo la prolongación del trabajo. En este caso, la práctica más inocente y eficaz es provocar el parto á partir del momento en el cual la palpación mensuradora nos da á conocer que la cabeza del feto no solamente no se encaja en la excavación, sino que empieza á desbordar el arco anterior del estrecho superior. Es, pues, indispensable examinar repetidas veces á la mujer desde el principio del octavo mes del embarazo, para así adquirir tan necesaria noción que funda la oportunidad para intervenir. Esta conducta tan inofensiva para la madre y de tan pocos peligros para el feto (si se beneficia éste por la incubadora, se alimenta adecuadamente por medio de la sonda y se rodea de todos los minuciosos cuidados que su debilidad reclama), no debe evidentemente ser reemplazada por la sinfisiotomía, que aun con los perfeccionamientos actuales es siempre una operación seria que da una mortalidad superior á un ocho por ciento. (*En la*

Clinica de Pinard se han practicado cuarenta y nueve sinfisiotomías de 1892 á Octubre de 1894, y de estas cuarenta y nueve, cuatro mujeres y cinco niños sucumbieron.)

En el segundo grado he comprendido toda pelvis cuyo diámetro menor es de 75 á 68 milímetros, y en ellas sí juzgo justificada la sección de la sínfisis pubiana, desde el momento en que las contracciones uterinas no son suficientes para terminar el parto; pero creo de gran utilidad recurrir primero al forceps que, aplicado sin brusquedad y haciendo tracciones moderadas, no compromete la viabilidad del niño y suele permitir su extracción sin peligro alguno para la madre. Si esto no se logra, recórrase á la sinfisiotomía, previa convicción de que el niño está vivo y de que las sínfisis sacro-íliacas no presentan alguna alteración.

Pero aun en este grado de estrechamiento no se debe precipitar para intervenir y hay que tener presente el mecanismo del parto en las pelvis viciadas, y no olvidar los esfuerzos y combinados recursos que emplea la naturaleza para vencer este género de obstáculos. Recuerdo que durante mi internado en la Maternidad de esta Capital, en Marzo de 1874, ví nacer espontáneamente á una criatura de desarrollo regular, no obstante que la pelvis de la mujer que la dió á luz sólo tenía 72 milímetros de diámetro antero-posterior. El Sr. Dr. Aniceto Ortega, entonces Director de la Clínica, había medido con la escurpulosidad que todos le conocimos, esta referida pelvis; pero en atención á que las contracciones uterinas intermitentes, totales, vigorosas, se sucedían con intervalos moderados, me ordenó que esperara y dejara á la naturaleza que empleara todos sus recursos mientras no apareciese algún peligro que comprometiera la vida de la madre ó del hijo. Su previsión se realizó; pues si bien el parto fué largo, se terminó espontáneamente por la expulsión de un niño vivo y viable, sin otro incidente que un fuerte cabalgamiento de los parietales que pronto se disipó.

Creo de importancia para la tesis que sostengo, hacer conocer á los señores Académicos la observación siguiente, que es un elocuente apoyo. Refiere *La Gaceta de Caracas* que la mujer Tremoulet, á quien Pinard practicó la operación de Farabeuf, el 7 de Noviembre de 1892, en la Clínica Baudelocque (única vez que se ha practicado hasta la fecha), se hizo embarazada por segunda vez; entró á la Clínica, se declaró espontáneamente el parto prematuro, y el mismo Profesor Pinard extrajo por la versión un niño vivo de 2,610 gramos de peso.

La observación de hechos más ó menos semejantes, así como la de mujeres en quienes, en uno ó más partos, la expulsión del feto se ha verificado espontáneamente, y en el siguiente, bien por el desarrollo exagerado del niño, ó lo que

es más admisible, por el grado avanzado de osificación de las suturas y fontanelas, la cabeza viene irreductible y forma un obstáculo insuperable á los esfuerzos normales, hasta el grado de hacer indispensable la terminación artificial, ora por el forceps, ora por la versión ó por el agrandamiento de la pelvis, nos conducen á no aceptar la sinfisiotomía como tratamiento *exclusivo* de las estrecheces moderadas de la pelvis.

El tercer grado lo constituyen pelvis menores de 68 milímetros y en éstas el parto no puede verificarse ni espontáneamente, ni por las operaciones conservadoras, como lo son el forceps y la versión. La sinfisiotomía tampoco permite la extracción de un niño vivo al término normal del embarazo; pues, según los cálculos bien comprobados del Profesor Farabeuf, la separación de los pubis después de la sección completa de la sínfisis, sólo permite sin dilaceración nociva de las sínfisis sacro-íliacas, siete centímetros, y el aumento que se obtiene no es suficiente para permitir la salida de un feto normalmente conformado. Así es que el tratamiento por excelencia de este grado de estrechamientos, es la operación cesárea aséptica, ya por el método de Saenger, ya el de Porro, según las circunstancias propias de cada caso.

El tercer principio del Profesor Pinard proscribía la embriotomía sobre el niño vivo, y esto que es enteramente admisible, no es una novedad para los médicos mexicanos; pues con anterioridad á Enero de 1895, fecha en que según Ribemont y Lepage (*Nota de la pág. 1,153 de su Tratado de Obstetricia, última edición*) el expresado partero estableció los preceptos que vengo estudiando, presenté un trabajo á la Sección de Obstetricia y Ginecología del 1er. Congreso Médico Mexicano, que se reunió en esta Capital en Septiembre de 1892, y que termina con la proposición siguiente: "En ningún caso es lícita científicamente la embriotomía, practicada sobre niño vivo; operación que debe desaparecer de la Obstetricia para sustituirla con la operación cesárea moderna." Esta proposición tuvo la honra de ser sostenida por los distinguidos parteros M. Gutiérrez y F. Zárraga, Profesores de Obstetricia en la Escuela Nacional de Medicina, con brillantes y razonadas alocuciones que pronunciaron en la discusión acalorada que provocó mi trabajo. Nuestros adversarios no lograron destruir nuestros argumentos que, en tal virtud, quedaron en pie.

Posteriormente, en Mayo del corriente año, presenté á esta I. Academia otro estudio en el cual propongo la derogación del art. 570 del Código Penal vigente, que autoriza la provocación del aborto; y la modificación al art. 569 del mismo Código en términos que expresan la diferencia que existe entre el aborto y el parto prematuro provocado. Consulté mis convicciones á los Dres. Carmona y Valle, Rafael Lavista, E. Licéaga, Francisco de P. Chacón, Manuel Domín-

guez, G. Mendizábal, M. Gutiérrez, F. Zárraga, T. Noriega, A. Gaviño, Dr. Mejía, y el haber sido aceptadas por tan autorizados Profesores, me hace sostener que los médicos mexicanos vemos con respeto la vida del niño, sea cual fuere la época de desarrollo en que éste se encuentre, y consideramos como deber sagrado, no tan sólo no atentarse contra su existencia, sino ser siempre decididos protectores y guardianes de su vida.

Con las razones que tengo expuestas creo dejar fundadas las proposiciones siguientes:

1ª No se debe abandonar el parto prematuro artificial.

2ª El agrandamiento momentáneo de la pelvis constituye una brillante operación que enriquece la cirugía ginecológica; que debe practicarse sin vacilación alguna siempre que esté claramente indicada.

3ª Cuando un estudio escrupuloso de las dimensiones de la pelvis, del grado de reductibilidad de la cabeza del feto, y de las relaciones que existen entre el volumen de ésta y la capacidad de la pelvis materna hace concebir alguna esperanza de poderlo extraer por una operación conservadora, se debe empezar por una aplicación de forceps ó de la palanca prensora mensuradora de Farabeuf y, por tracciones moderadas compatibles con la viabilidad del feto (que jamás se debe comprometer), intentar su extracción; si ésta no se logra, ocurrir al agrandamiento de la pelvis por el procedimiento de pelvitomía que sea más adecuado é inofensivo para la madre y el niño.

4ª La embriotomía sobre niño vivo ha desaparecido en la obstetricia nacional.

5ª El tratamiento de elección de los estrechamientos de tercer grado de la pelvis, es decir, de aquellos cuyo diámetro menor sea inferior á 68 milímetros, debe ser la operación cesárea aséptica, eligiendo, según las indicaciones particulares, ya el procedimiento de Porro, ya el de Saenger.

6ª La asepsia es precepto de rigor en toda operación obstétrica.

Ojalá que este insignificante trabajo sea considerado por vosotros como el grano de arena con que contribuyo al adelanto de las ciencias médicas, á cuya grandiosa obra habéis dedicado vuestros desvelos.

México, Diciembre 30 de 1896.

DR. ALBERTO LÓPEZ HERMOSA.