

Con estos datos se comprendía, desde luego, que el ojo izquierdo había determinado ya serios trastornos sobre su congénere. Con toda pena manifesté al paciente la gravedad de la situación y le propuse el tratamiento que pensaba adoptar y que fué aceptado desde luego. Dos días después practiqué la enucleación en compañía de mi estimado amigo el señor Dr. D. Jesús Villagrán y de mi referido discípulo el Sr. Rebolledo, prescribiendo al enfermo inyecciones hipodérmicas de un centímetro cúbico de solución de cianuro de mercurio del Dr. Roussel, que se le hacían cada dos días; prescribí, además, una solución de yoduro de potasio á dosis fuertes y ericientes.

La operación, como es costumbre, siguió una marcha regular, las señales exteriores de irritación en el ojo derecho comenzaron á desaparecer, la vista fué aclarándose sensiblemente, el cuerpo vítreo recobrando su transparencia, así como su nitidez la imagen papilar, hasta el grado, para no alargar este relato, que 15 días después, al examinarlo en mi consulta en presencia del Sr. Rebolledo, la agudez visual de lejos era de 0,9, siendo enteramente fácil la lectura de cerca, aun para los más pequeños caracteres.

El paciente se despidió contento y satisfecho, recomendándole que se presentara al Sr. Dr. Canovas, á quien supliqué que continuase su tratamiento. Algún tiempo después me escribió el mencionado compañero, participándome, con satisfacción, que el Sr. Zorrilla seguía perfectamente, encontrándose su vista en un estado satisfactorio.

Ultimamente he recibido nuevas noticias, por las que sé que la curación persiste y que piensa venir muy pronto el interesado para colocarse un ojo artificial.

Debo hacer notar que el Profesor Panas recomienda como muy útiles las inyecciones hipodérmicas de bi-yoduro de mercurio, con las cuales, según dice, se han obtenido curaciones.

Muy pocos son, señores académicos, los casos de oftalmía simpática que os he referido, pues esta grave afección se va haciendo rara, por fortuna, visto el empeño que tomamos para prevenirla. Pero aun cuando en corto número, son, sin embargo, elocuentes por su lealtad y porque prueban que si es muy serio el mal, en algunos casos es susceptible de curar. No puedo menos de recomendar el tratamiento que emplee en el último enfermo, pues pude apreciar en él palpablemente la pronta y benéfica influencia de la intervención. Se dirá que un solo hecho poco significa, es cierto; pero abre un horizonte

para observaciones nuevas, y al consignarla, así como los casos desgraciados, creo cumplir con uno de los deberes que nos hemos impuesto, los que por todos los medios tratamos de conservar á nuestros semejantes un bien inestimable: el de la luz.

México, Junio 12 de 1901.

JOSÉ RAMOS.

## OBSTETRICIA

### Acomodación pélvica artificial

Los parteros distinguen la acomodación fetal en dos clases: la uterina, que determina las presentaciones, y la pélvica, que da lugar á las posiciones.

Cuando la primera es viciosa, cuando no se aboca el segmento cefálico ó cuando este segmento viene desdoblado y que la presentación es una de cara, los parteros, desde Wigand hasta Pinnard, han intentado corregir estas presentaciones viciosas, ya por la versión si la presentación es pélvica ó de tronco, ya por maniobras especiales, si ésta es de cara, con el fin de que la presentación de vértice ó cefálica en flexión sea la que exista en el momento del parto.

Los peligros que tanto la madre como el niño corren en las pélvicas y anteriores de cara; la imposibilidad de que se verifique el parto en los posteriores de cara cuando no se convierten en anteriores; esa misma imposibilidad en las presentaciones de tronco, á menos de circunstancias excepcionales propicias para una evolución espontánea, justifican plenamente la conducta de los parteros, que tratan de obtener, por maniobras inocuas, una acomodación correcta del feto.

Pero hasta aquí todos se han contentado con obtener una presentación de vértice, sin cuidarse de las posiciones. Una vez que la cabeza doblada se aboca al estrecho superior, una vez que ésta se encaja en ese estrecho, entran en tranquilidad, creyendo que han evitado grandes males á la embarazada.

Sin duda lo han conseguido; pero debemos formularles las siguientes preguntas:

- 1.<sup>a</sup> ¿Todas las posiciones de vértice son igualmente favorables para la madre y para el hijo?
- 2.<sup>a</sup> ¿Las posiciones posteriores no tienen en oca-

siones peligros tan grandes para una y otro, como las de tronco ó como las pélvicas?

3.<sup>a</sup> ¿No es posible conseguir que la cabeza se encaje en anterior izquierda ó derecha?

Voy á procurar tratar estas cuestiones, para ver si dejo bien sentada esta proposición. El partero tiene el deber de procurar una acomodación pélvica correcta, es decir, colocar al feto, no sólo en presentación de vértice, sino en posición anterior.

\* \* \*

¿Todas las posiciones de vértice son igualmente favorables para la madre y para el hijo?

Vamos á analizar cómo se verifica un alumbramiento en posición anterior y cómo se verifica en posición posterior, para que de su comparación podamos tener datos en que fundar nuestro juicio. Al hablar de estos fenómenos voy á fundarme en la experiencia del Dr. Gutiérrez y en la mía personal.

Antes de entrar en materia no puedo menos de llamar vivamente la atención hacia la frecuencia con que se cometen errores de diagnóstico entre las occipito-posteriores y las anteriores, tomando una 3.<sup>a</sup> por 2.<sup>a</sup> y una 4.<sup>a</sup> por 1.<sup>a</sup> A mi juicio este error depende principalmente de la falta de una palpación minuciosa del segmento céfalico. Conténtanse los prácticos con palpar el tronco, toman frecuentemente el flanco por el dorso, se cercioran de que la cabeza está abajo y la auscultación hecha en un costado, trasmitiéndoles los ruidos cardiacos con más intensidad que el mismo dorso, contribuye á que persistan en el error. Es, pues, necesario, palpar la cabeza con cuidado, abandonando el modo del Señor Rodríguez (palpación con una mano sola á guisa de compás) y adoptando el de Pinnard, que siendo más profundo, permite cerciorarse de hacia dónde queda la porción frontal de la cabeza.

Cuando el trabajo del parto comienza estando el feto en presentación céfalica doblada y en posición occipito-anterior, la fuerza uterina, coincidiendo con el eje de la matriz, se transmite bien por la columna vertebral del feto, que desciende, que apoya con vigor contra el segmento inferior del útero y contribuye poderosamente á que la dilatación se haga bien y rápidamente. Como nada se opone á su descenso, la cabeza llega hasta la pelvis blanda y verifica rápidamente su rotación interna, y á menos de resistencia perineal, el parto se verifica pronto y bien. Si hay algún obstáculo para la expulsión, una aplicación de forceps, que no tiene dificultad alguna, da cuenta de él.

Cuán distinto es un trabajo cuando la presentación es occipito-posterior. En ese caso el tallo vertebral escapa á la acción directa de la fuerza uterina; ésta se ejerce más directamente sobre las membranas, dando por resultado la rotura prematura de la bolsa de las aguas y el escurrimiento de ellas en gran parte; la cabeza no apoya sobre el segmento inferior; el cuello no termina su dilatación, y siendo los dolores insuficientes para hacer avanzar al feto, la mujer se agota, y aquél, dada la retracción del órgano gestador por el escurrimiento del líquido, empieza á manifestar su asfíxia por la aceleración de los latidos de su corazón y por el escurrimiento del meconio al través de las partes de la madre. Se impone entonces la intervención. Si la enferma cae en manos de un partero que sea partidario de hacer rodar la cabeza y si éste diagnostica la posición, la cosa va menos mal; la convertirá en anterior, tendrá que hacer una aplicación alta y al través de un cuello incompletamente dilatado. Si ó por falta de diagnóstico ó por incompetencia para hacer la conversión, ó bien, porque el partero profese las para mí perniciosas ideas de no hacer la rotación de la cabeza, si por cualquiera de estas causas se hace una aplicación directa y se pretende extraer al niño en occipito-posterior, habrán de hacerse por fuerza tracciones enérgicas, pues no impunemente se pretende introducir en el canal el diámetro dorso-frontal, que mide de 11 á 11½ centímetros. Estas tracciones por fuerza obran sobre el feto, ejerciendo alirantamientos de su cuello y de los órganos de esa porción de su cuerpo; así vemos parálisis por tracción del plexus braquial, lesiones de la médula alargada, á las cuales el feto no sobrevive. Como al tirar el forceps la pelvis reacciona comprimiendo el feto, éste suele sacar lesiones cerebrales serias que originan convulsiones y la muerte. No siempre será el partero tan afortunado: casos habrá en que no obtenga lo que desea, á pesar de sus múltiples esfuerzos, y la extracción no tendrá lugar, como ha pasado en muchos casos, para los cuales he sido llamado subsecuentemente.

La pobre mujer se ha agotado primeramente con sufrimientos inútiles; después con una operación prolongada que dura á veces horas; el cloroformo, administrado durante ese tiempo, ha contribuido con los otros factores al agotamiento de su sistema nervioso; los desgarrados del canal, que suelen ser de importancia, así los del cuello tan incompletamente dilatado como los del perineo, que en los casos de extracción occipito-posterior directa, suelen ser has-

ta de tercer grado, además de sus múltiples inconvenientes tardíos, predisponen á la mujer á infecciones puerperales; las hemorragias inmediatas al parto suelen no ser raras en estos casos y se comprende bien su producción, dado el agotamiento nervioso de la parida.

Así, pues, las occipito-posteriores son graves tanto para el engendro, cuanto para la madre.

Hay casos, sobre todo en las múltiparas, en que de un modo espontáneo se transforma una occipito posterior en una anterior; pero en las mismas múltiparas, cuando la cabeza no gira, suele dar lugar á partos difíciles y á aplicaciones de forceps al 3.º, 4.º y aun al 12.º parto, cuando antes habían tenido alumbramientos enteramente fáciles.

Creo que de lo anterior se puede deducir que todo lo sencillo que tienen los partos en occipito-anteriores, tienen de difícil en occipito-posteriores.

\*  
\* \*

2.º ¿Las posiciones occipito posteriores no tienen en ocasiones peligros para la madre y su hijo, como las de tronco ó como las pélvicas?

Basta lo dicho anteriormente para comprender que el feto puede morir fácilmente cuando viene en occipito-posterior, que si no es socorrido oportunamente, esta muerte es casi segura; que si es socorrido pretendiendo extraerlo directamente, puede morir antes de salir, ó puede morir después á consecuencia de lesiones cerebrales ó modulares, producidas por las tracciones ó compresiones que sufre. Que la madre se agota, que puede desgarrarse y que la hemorragia y la infección pueden venir después. No pueden ser mayores los peligros en las otras presentaciones, y si hay motivo para cambiar una presentación pélvica por una de vértice, hay también motivo, y más que sobrado, para cambiar una posición de vértice en occipito-posterior por una en occipito anterior.

\*  
\* \*

¿Es posible esta sustitución?

Seguramente, y muy preocupado por las razones expuestas, procuro en mi clientela hacer este cambio, que no puede menos de ser favorable para la señora que se confía á mis cuidados.

Desde luego, para hacer este cambio, hay que saber cómo debe hacerse, es decir, cuál posición debe reemplazar á cuál otra.

La occipito-posterior derecha debe cambiarse en

occipito-anterior izquierda y la occipito-posterior izquierda en anterior derecha.

A primera vista pudiera esto parecer ocioso, pues una occipito posterior derecha más fácilmente se cambia en occipito-anterior derecha, que en occipito-anterior izquierda, vice-versa respecto de la otra posterior. Pero si se piensa en las causas de la acomodación pélvica que á la postre parece ser acomodación en el segmento inferior de la matriz, se verá que hay motivo sobrado para hacer los cambios indicados.

El segmento inferior de la matriz tiene un diámetro transversal mayor que el antero-posterior; con el diámetro transversal se conjugarán los diámetros largos de la cabeza y con el antero-posterior los cortos. Como por otra parte la matriz sufre una torsión en virtud de la cual viene hacia adelante el borde izquierdo de ella, el diámetro transversal se conjuga con el oblicuo izquierdo y el antero-posterior con el derecho; los diámetros largos de la cabeza se acomodan, por tanto, en el oblicuo izquierdo y los cortos en el derecho. En los pocos casos en que la rotación de la matriz se hace á la inversa, el diámetro transversal de la matriz y con él los grandes del ovoide cefálico irán al oblicuo derecho y el antero-posterior del segundo y los cortos del ovoide al oblicuo izquierdo.

Aun en el supuesto de que esta explicación no sea la cierta, no cabe duda que hay una ó varias causas que obligan á conjugar los grandes diámetros del ovoide cefálico con el oblicuo izquierdo en la mayor parte de las veces y con el oblicuo derecho en otras, las menos.

Convertir, pues, una posición posterior derecha en una anterior derecha, es llevar los diámetros largos del ovoide á un diámetro en donde las causas de la acomodación pélvica habían llevado los cortos y lo probable es que entonces, abandonando aquello á las mismas causas, vuelva á reproducirse la posición posterior, mientras que si la convertimos en anterior izquierda, colocamos los diámetros largos del ovoide cefálico en el mismo diámetro oblicuo izquierdo en que estaban colocados.

El mismo razonamiento da cuenta de por qué se debe convertir la posterior izquierda en anterior derecha.

¿En qué momento debemos hacer nuestro cambio? En el curso del octavo mes en las primíparas, en el curso del noveno en las múltiparas, en una palabra, antes de que la cabeza se encaje demasiado, pues á veces, cuando esto ha sucedido, cuesta trabajo el

hacer el cambio. El partero, pues, debe estar pendiente de la embarazada para vigilar la posición y determinar el encaje en la buena.

¿Qué técnica debemos seguir para ésto?

Desde luego es indispensable colocar á la enferma en la misma posición que para hacer la palpación, según el método de Pinnard, decúbito-supino y muslos extendidos.

Suponiendo que vamos á convertir una posición occipito-derecha posterior en una izquierda anterior, nos colocaremos del lado derecho de la enferma y con la mano derecha apoyaremos sobre la región frontal, procurando llevarla hacia el extremo izquierdo del diámetro transversal de la pelvis, elevándola al mismo tiempo como para aumentar la flexión. Esta última parte de la maniobra tiene por objeto facilitar el deslizamiento de la región por el promontorio y procurar también un rápido encaje. Cuando ya la mano no tiene acción sobre la región frontal en virtud de que el occipital se ha puesto en relación con la eminencia ileo pectínea derecha, entonces la mano derecha viene á apoyar sobre el lado derecho de la región occipital, para llevarla enfrente de la eminencia ileo pectínea izquierda, teniendo cuidado, al mismo tiempo, de abatir la región occipital.

Estas maniobras están en consonancia con la labor que va á emprender la mano izquierda. Esta hundirá el extremo palmar colocado hacia abajo de los dedos en el flanco derecho, procurando enganchar el dorso del feto para traerlo hacia adelante llevándole á la segunda posición. Después, con los dedos hacia arriba, empajarán el costado derecho del feto hasta lograr que el dorso se coloque en la 1.<sup>a</sup> posición. Después no queda sino colocar un vendaje adecuado para mantener la posición obtenida.

Cuando la posición es la 4.<sup>a</sup>, la maniobra es análoga, sólo que las manos empleadas están á la inversa y á la inversa también tiene que ser la dirección de las maniobras.

Obrando así, creo hacer un bien á mis enfermas y excito á mis compañeros á que lo hagan también.

México, Junio 26 de 1901.

F. ZÁRRAGA.

## HIGIENE

### LA EMBRIAGUEZ Y LA DIPSOMANIA

#### SEGUNDA PARTE (1)

La medicina legal, la Higiene y la Sociología tienen un rompe-cabezas: el alcohol. Ha trastrabillado la Medicina legal queriendo fijar las reglas de la responsabilidad en los ebrios que delinquen, y sólo ha conseguido volar trashumante de opinión en opinión, á cual más desatinada. Cruzada de brazos preguntase la Higiene lo que hará para prevenir los desastres por las bebidas alcohólicas causados, y entretanto la Estadística, imperturbable, señala cada día mayores cifras de mortalidad y de enfermedades producidas por el más nefando de los venenos. Ansiosa la Sociología, escudriña los horizontes del planeta, pensando lo que va á ser del hombre, por todas partes empeñado, al parecer, en morirse temprano por el alcohol intoxicado, ó en no tener cerebro. Y es lo más doloroso que mientras más se medita, más irresolubles parecen estos problemas. El deber, sin embargo, nos manda imperiosamente no abandonar la brecha y trabajar para resolverlo.

En mi lectura de turno del año pasado tuve la honra, Señores Académicos, de referiros varias observaciones clínicas, cuyo objeto fué poner de manifiesto la naturaleza patológica de la dipsomania, su heredabilidad, siguiendo las reglas de las neurosis y algo acerca del estado mental en los momentos de la embriaguez. De estos hechos puedo y debo deducir las siguientes conclusiones, que servirán de premisas para mis actuales deducciones:

- 1.<sup>a</sup> Se bebe alcohol de dos maneras: voluntaria é involuntariamente.
- 2.<sup>a</sup> La irresistible tendencia á la bebida alcohólica es una enfermedad.
- 3.<sup>a</sup> La embriaguez aguda coloca al ebrio en un estado psíquico anormal.

(1) Véase «Gaceta Médica,» segunda serie, tomo I, números 2 y 3, Enero 15 y Febrero 1.<sup>o</sup> de 1901.