

La asistencia del parto fisiológico sólo por exploración externa

A MIS ESTIMADOS AMIGOS LOS SEÑORES
DOCTORES D. ALFONSO PRUNEDA, D. FER-
NANDO OCARANZA, Y D. GENARO ESCALONA,
E INGENIERO D. AGUSTIN ARAGON.

Permitid, señores académicos, que venga a ocuparme de pormenores *harto conocidos, pero quién sabe si muy poco empleados* en la práctica tocológica, sobre todo entre las parteras mexicanas, en lo que atañe a la asistencia del parto fisiológico.

Estando en manos de la comadrona, en la inmensa mayoría de los casos, por tradicional costumbre, los auxilios que reclaman las madres en el trance natural pero siempre emocionante del alumbramiento, creo de cierto interés y aun de trascendencia desde algunos puntos de vista, fijar la atención en reglas sobre la asistencia obstétrica, capaces de actuar victoriosamente como factores profilácticos de la infección puerperal.

Es práctica vista como indispensable por médicos no tocólogos y especialmente por las comadronas, la de la palpación interna en toda mujer con dolores de parto, por ser dicha ejecutoria, ceñida pocas veces, por desgracia, al ritual de la asepsia y por lo general observada en las deplorables condiciones en que se hace posible dentro del domicilio de la parturiente, el medio más seguro de conocer con exactitud los progresos del trabajo de parto y ciertos pormenores tocantes al diagnóstico.

Sin la exploración interna nunca podrían quedar satisfechos, puede afirmarse, ni médicos ni parteras, por un lado, ni pacientes ni familiares de éstas por el otro, ya que no sería digno de confianza para el vulgo quien no intentara perseguir casi instante por instante el proceso de la dilatación uterina por exploración directa. En las casas acostumbra estar preguntando con demasiada insistencia respecto al tiempo que podrá persistir el penar angustioso de la madre, lo cual, en concepto de algunos prácticos que no saben resistir a la propia curiosidad ni a las instancias ajenas, no puede resolverse satisfactoriamente si no se ejecuta la exploración interna. Pro-

viene tal costumbre viciosa, de que el estudio del parto se funda, principalmente, «en las modificaciones sufridas por el cuello uterino», y de que «el diagnóstico de trabajo no puede hacerse con alguna certidumbre más que por el examen del cuello». (*Varnier*).

Pues bien, en la práctica moderna y como recursos valiosos para instituir sobre fundamentos científicos la profilaxis de la fiebre puerperal, viéndolo por evitar la causa quizá primordial de las infecciones exógenas, se cuenta con el uso de los guantes de hule y la abstención de la exploración interna.

«La posibilidad de la limitación de la exploración interna aumenta con lo fundamental de la exploración externa; de modo que según Leopold y otros el 90% de los partos normales podría conducirse de un modo completamente irreprochable sin exploración interna». (*Eisenreich*.)

El propósito de esta comunicación es demostrar que partos normales pueden ser provechosamente conducidos tan sólo por la sistemática observancia de reglas fundadas en el perfecto conocimiento de la sintomatología y el mecanismo del parto, valiéndose tan sólo de la exploración externa, con el objeto de alejar en cuanto es posible los graves riesgos de contaminación a que se expone toda mujer que va a dar a luz.

La experiencia adquirida en doce años en una de las clínicas obstétricas de nuestra Facultad de Medicina, nos ha permitido insistir ante las alumnas, especialmente en los dos últimos, de 1926 y 1927, acerca de esta importantísima cuestión, relacionada tan íntimamente con la profilaxis de las infecciones puerperales.

Todos los autores están de acuerdo sobre la mayor frecuencia de las infecciones en ciertos servicios hospitalarios y particularmente en las clínicas. Nuestras actividades se han desarrollado en un medio escaso de recursos materiales, en donde varios grupos de alumnos y aspirantes a parteras cumplen con las prácticas docentes que señalan los programas de la Facultad de Medicina; y teniendo en cuenta la defectuosa organización de los servicios, en los que suelen verse confundidas las púerperas normales con las infectadas, por una parte, y con motivo de las necesidades de la enseñanza, por la otra, no se ha logrado impedir la ejecución de exploraciones internas sino en reducido número de casos. Aún no acaba de instalarse una mujer admitida con el diagnóstico de trabajo de parto, cuando es verdaderamente asaltada por estudiantes y parteras, ansiosos de practicar las maniobras de exploración, entre las cuales, en primera línea, cuéntase el incorrectamente llamado «tacto vaginal». Es preciso declarar que la defensa, en bien de las madres, está organizada en virtud del fundamental principio que rige en el ejercicio de la Medicina, como factor deontológico de gran fuerza aquí, preconizado con vivo interés entre las alumnas: *primum non*

nóscere, de nuestra cartilla profesional. Limitamos las exploraciones internas, para no acumular factores de infección en contra de enfermas que inconscientemente quedan constituidas en objeto de enseñanza; y con respecto a la práctica privada, hemos logrado prescindir de la palpación interna, la cual sólo efectuamos cuando hay rigurosas y claras indicaciones.

Autores alemanes muy aceptados han venido estudiando esta importante cuestión desde hace más de veinticinco años; y no habiendo podido resolverse muchas dificultades en la práctica, dado que son múltiples los elementos etiológicos de la fiebre puerperal, se aconseja el empleo sistemático de los guantes de hule y la completa abstención de las exploraciones internas, no sin dejar de llevar en consideración, como puede comprenderse, la utilidad y las indicaciones forzosas de dicha exploración vaginal. Y en tal sentido, Zweifel, de Leipzig, manifiesta:

«antes se llenaba toda la clínica con la consideración de un caso de fiebre puerperal, mientras que ahora en un semestre apenas puede verse uno».

Y lo más importante, agrega este autor, es que:

«mueren pocas puérperas, pues hasta las afecciones graves pronto se olvidan a causa del restablecimiento de la salud y no desempeñan ningún papel en la vida ulterior, mientras que todo caso de muerte de una joven madre es un hecho trágico y conmovedor, cuyas consecuencias han de soportar y sufrir los padres, el esposo y los hijos, es decir, tres generaciones».

En virtud de los resultados a que una fecunda experiencia ha podido conducir a dichos observadores, en clínicas alemanas no se ejecuta ninguna exploración con manos infectadas, y mucho menos una operación, sino hasta cuatro días después de haberse efectuado la infección; se tiene como regular para los estreptococos la transmisión por contacto; que la omisión de la exploración interna ha fracasado por completo cuando se encontraban en la clínica agentes de supuración capaces de contagio; que «en la mayoría de los casos la culpa se debe a que se confía demasiado en la seguridad de la desinfección y los médicos no están suficientemente advertidos del peligro; sino que se han reforzado en la creencia de que la desinfección con el alcohol o con el sublimado proporciona una seguridad completa»; y, finalmente, que *«la desinfección rápida con los medios más enérgicos, no ofrece ninguna seguridad cuando las manos se han contaminado con gérmenes muy infecciosos y resistentes, es decir, estreptococos y estafilococos»*.

La estimación de los muchos y resgosos factores de infección, ha llegado a expresarse en exageradas opiniones, como éstas.

«muchos tocólogos certifican que los guantes de goma no han mejorado la frecuencia de la fiebre en relación con la desinfección cuidadosa de las manos desnudas».

«Toda exploración de una parturiente por la comadrona en la práctica privada, especialmente en el campo, equivale teóricamente a una infección explorada. (Dorfler)».

Por consecuencia, si debemos reunir todos nuestros esfuerzos para lograr con el empleo de los guantes de hule la reducción al mínimo de los elementos de infección heterógena de la paciente que se nos confía; aumentaremos las probabilidades de éxito evitando el contacto directo con el cuello del útero y otras porciones de los órganos genitales de la parturiente.

Sentaremos, como tesis fundamental de nuestra exposición, la proposición que sigue:

LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACION EXTERNA CUIDADOSAMENTE EJECUTADA EN CLÍNICA OBSTÉTRICA, SON SUFICIENTES, EN LA GENERALIDAD DE LOS CASOS, PARA SUMINISTRAR SIGNOS DIAGNÓSTICOS Y SERVIR POR SÍ SOLAS PARA LA ASISTENCIA DEL PARTO FISIOLÓGICO.

Y desarrollaremos dicha exposición en esta forma:

1º—La anamnesis: hora del principio y caracteres de los dolores del parto; síntomas concomitantes.

2º—La inspección, la palpación externa y la auscultación.

3º—El parto secundino.

4º—Asepsia y antisepsia.

I.—Es enteramente indispensable conocer el preciso momento en que se iniciaron las contracciones uterinas dolorosas. Se insiste en este pormenor a primera vista despreciable en la práctica, por lo común que es ver a muchas parturientes denunciar como principio del parto la hora en que los dolores se han hecho más intensos y frecuentes; a parteras colocarse en el mismo punto de vista; y a prácticos afirmar: «El parto propiamente dicho principia tan pronto como las contracciones uterinas se repiten a cortos intervalos regulares y puede comprobarse que ejercen una influencia marcada en el aumento del orificio uterino». La paciente omite, pues, los datos relativos al período de borradura, porque los dolores no le molestaron demasiado, y el explorador, a su turno, olvida el valor que tienen los dolores en este período, para la exacta apreciación de los fenómenos subsecuentes, el tiempo que dura el parto y la conducta que se debe observar.

¿Es útil la exploración interna durante esta fase del trabajo?

¡Nada más común que una exploración vaginal en estas circunstancias!.....

El diagnóstico de trabajo se funda esencialmente en la observación del proceso importantísimo de la borradura del cuello y la dilatación del orificio uterino, traducido ante el clínico por una secuela de fenómenos sumamente significativos; pero como al principio del trabajo no es fácil apreciar grados

de borradura, el práctico no resultará en posesión más que de un solo dato: que la parturiente se queja de dolores alejados y poco intensos, los que, por otra parte, podrán suspenderse, cuando se presentan alarmas algunos días antes del trabajo real, y que el cuello del útero es palpable aún. El explorador, por lo tanto, se ha engañado a sí mismo y ha engañado a los demás. Contando, por supuesto, con que la partera y el tocólogo llegan de la calle y, *apresuradamente*, sin observar el ritual de la asepsia y la anti-sepsia, ejecutan una exploración que puede ser de funestas consecuencias para la enferma.

La repetición de las contracciones uterinas a cortos intervalos regulares atañe al principio del período de dilatación. El dolor es entonces característico: desciende desde los lomos hasta el hipogastrio, sintiéndose con mayor intensidad en la región sacra, particularmente en los encajamientos posteriores del vértice. La intranquilidad de la paciente es el carácter dominante: por algo se ha llamado también a este período más o menos largo «de desesperación».

La verdadera significación diagnóstica durante este período corresponde a las *viscosidades sangrientas*: moco abundante que fluye por los órganos genitales y cuyas estrias hemáticas provienen de la rotura de pequeños vasos que se encuentran entre el útero y el polo inferior del huevo, o de pequeñas roturas de los bordes del orificio uterino. Todos sabemos el valor de esta *marca* para el diagnóstico inequívoco, ya que esta circunstancia «ha de considerarse como una prueba de desplazamiento del polo inferior del huevo respecto de la pared uterina y de que está ya realizándose la dilatación del orificio».

¿Qué importancia tiene durante este período la exploración interna?

Fundamental, podría decirse, recordando las palabras de Varnier antes citadas; pero la sintomatología del trabajo, la exacta observación e interpretación de las contracciones dolorosas, el tiempo y otros valiosos pormenores de que en seguida se hará mención, dispensan de este recurso diagnóstico, que en circunstancias especiales domina en toda la exploración de una parturiente.

En verdad que las indicaciones formales de la palpación interna se han reducido, y en casos normales casi siempre es difícil precisarlas; nada, por otra parte, aprovechamos ni aprovecha la enferma en sus sufrimientos con saber que el orificio uterino alcanza cuatro o cinco centímetros, o que se inicia la bolsa de las aguas, o que la cabeza fetal ocupa aún la excavación superior encontrándose en posición transversal, y que, por todo esto y no habiendo indicación de intervenir en cualquier forma, la prudencia aconseja esperar el fin natural del trabajo. Si la exploración externa puede guiarnos suficientemente, ni siquiera está justificado investigar el tamaño

del orificio de dilatación, para arreglar los preparativos de la asistencia, ya que es obligatorio tener a prevención, oportunamente, todo lo necesario.

El cambio completo del cuadro clínico, si la dilatación ha terminado, anuncia el comienzo del período inmediato, el final y siempre trágico período de expulsión del feto. ¿Para qué mencionar el carácter esencial del dolor expulsivo? La falta de ruptura tempestiva de las membranas, después de que la dilatación uterina está completa, así como la duración extralimitada del período «de desesperación», indicarán la necesidad de romper artificialmente la bolsa de las aguas, y aquí comienzan los cuidados correspondientes al parto anormal.

Así como las viscosidades sangrientas indican el definitivo establecimiento del trabajo, los dolores expulsivos tan característicos nos anunciarán el próximo parto fetal. En cierta ocasión, por ejemplo, daba a luz su segundo hijo la señora X.: borradura y dilatación rápidas, tal vez de dos horas; *dolores acompañados de esfuerzo*, sin previa rotura de la bolsa, intensos y casi subintrantes; deseos, como puede comprenderse, de evacuación del intestino; la parturiente, obligada por esta molesta sensación a permanecer sentada por iniciativa de ella misma sobre una bacinica puesta encima de una silla; pocos instantes después un grito desgarrador, de verdadera angustia y palabras elocuentes y lamentables por las circunstancias en que la paciente las profirió: «¡quién sabe qué se me ha salido!»... Las advertencias hechas al médico asistente no tuvieron acogida. «¿Por qué si hace apenas dos horas que los dolores comenzaron?»... Se adivina lo ocurrido; y cuando se pudo levantar a la paciente, aún vestida con su ropa de casa, una robusta niña colgaba fuera de la vulva, con la cabeza dentro de la bacinica. Resultado deplorable y forzoso: desgarró perineal de tercer grado y fiebre puerperal. La inteligente apreciación de los dolores expulsivos habría evitado el desastre.

II.—LA PALPACION EXTERNA PUEDE ILUSTRAR SUFICIENTEMENTE SOBRE LA EVOLUCION DEL FETO AL TRAVÉS DEL CANAL PELVIGENITAL Y, TAMBIEN, ACERCA DE LA DILATACION DEL ORIFICIO UTERINO.

19—La palpación del polo inferior al través de las paredes abdominales nos indica claramente la altura del vértice y su posición en la pelvis. En pelvis normales, generalmente, según hemos podido comprobar, al principio del trabajo y en la primera mitad del período de dilatación, la cabeza está fija en el estrecho superior. Ahora bien, cabeza fija en el estrecho superior quiere decir: proceso de penetración del vértice en la excavación pelviana. En tales circunstancias, el polo cefálico en actitud de flexión mediana, se presenta por la circunferencia occípitofrontal o, a lo sumo, por la suboccípitofrontal (algo de mayor flexión), y la posición es *netamente transversal*. La palpación externa nos permite sentir la frente y el occipucio; y en estas

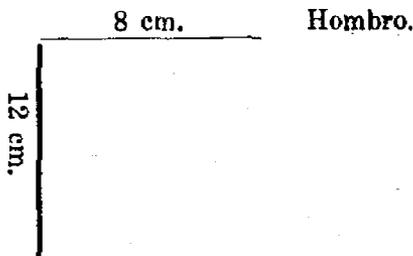
condiciones, ya sea a este nivel o más abajo, detenida la evolución del vértice por mala actitud, es como lo encuentra el tocólogo en muchas aplicaciones de fórceps.

Si la evolución del parto es fisiológica resulta inútil aquí también la exploración interna, pues aparte de que la incompleta dilatación y la presencia de las membranas íntegras dificultarían considerablemente el diagnóstico sobre sitio exacto y actitud de la cabeza, el conocimiento del mecanismo nos presta garantías completas para una espera prudente y necesaria.

Hacemos una pequeña digresión para afirmar nuestra experiencia respecto a la posición en que más a menudo penetra en la excavación pelviana la cabeza fetal presentada por el vértice: es la *transversal*. Fabre opina que «*El encajamiento en las pelvis normales se hace, pues, en oblicua y en flexión moderada*». La práctica nos permite asegurar que en México la penetración más frecuente se efectúa en transversal. Así es como podemos compartir muy satisfechos la opinión de Budin, que llama al diámetro transversal del estrecho superior, *diámetro de entrada*.

2º—A la utilidad de la palpación externa para determinar la altura y posición de la cabeza agregaremos la investigación del hombro anterior del feto en la presentación de vértice. El dato ha sido vulgarizado por Fabre en su libro tan conocido, y el estudio correspondiente, por consecuencia, pertenece con Fochier a la escuela francesa de Lyon.

La distancia y la altura del hombro pueden ilustrar sobre la altura de la cabeza y su posición; sin que se intente precisar el grado de encajamiento, pues esto lo indica la palpación directa del polo inferior; pero sí vemos de positiva utilidad la fijación del hombro porque nos ayuda en el diagnóstico de la posición: *hombro lejano, posición trasversal o posterior; hombro cercano a la línea media, posición anterior*. En las historias clínicas que recogen las alumnas, es costumbre señalar gráficamente este valioso dato por un ángulo recto en esta forma:



3º—La auscultación con sus útiles indicaciones podrá marcarnos un camino seguro para una intervención necesaria, según los caracteres de los ruidos correspondientes. Conforme a la teoría del hombro, esta región to-

conómica y el foco de auscultación se confunden de hecho; por lo que a tanto equivaldría fijar el sitio del máximo de los ruidos cardíacos del feto; pero la práctica demuestra un valor superior en pro de la palpación, dado que el sitio en donde los ruidos del corazón fetal se oyen con más intensidad, queda más sujeto al factor de la apreciación individual.

Estos útiles conocimientos, como se ve, pueden evitar la exploración interna sistemática. La duración prolongada del parto y ciertas manifestaciones sintomáticas, particularmente en lo que se refiere a las fuerzas expulsivas más o menos alteradas (hipertonía, atonía, inercia, etc.) nos definirán claramente la necesidad de la palpación vaginal, con el fin de averiguar las perturbaciones del mecanismo y los defectos de actitud y orientación de la cabeza.

4º—Y paso a considerar ahora la interesante cuestión de la dilatación uterina desde el punto de vista de la palpación externa. *El segmento inferior del útero y el anillo de contracción de Bandl son los elementos indispensables para el diagnóstico.*

Paul Bouquet se expresa en los términos siguientes hablando del anillo de contracción:

«A fuerza de observaciones, se ha podido establecer:

«que se dirige oblicuamente de arriba a abajo y de atrás hacia adelante;

«que al principio del trabajo se encuentra *casi al nivel del estrecho superior* y a siete u ocho centímetros del orificio interno cuando la cabeza está encajada;

«que sube durante el trabajo;

«que a dilatación completa está a igual distancia de la sínfisis y del ombligo (Schroeder), a dos o tres dedos arriba de la sínfisis (Frommel);

«y que en los partos distócicos puede alcanzar el ombligo, lo que siempre constituye un signo de desgarro inminente del segmento inferior».

Para dicho autor, siendo el de Bandl, un *anillo de contracción*, «no se manifiesta ordinariamente sino durante el trabajo y es generalmente muy poco grueso para que se pueda sentir por la palpación»...

Los señores H. Keiffer y L. Devraigne dicen:

«Desde que el trabajo lleva cierta duración, las dimensiones del segmento se modifican: su espesor disminuye progresivamente y su altura aumenta por ascenso de su límite superior. El anillo de Bandl o límite inferior de la ondulación muscular ocupa, al principio del trabajo, un plano paralelo al estrecho superior, a cuya altura se encuentra cuando la cabeza está profundamente encajada. Está, poco más o menos, a siete u ocho centímetros del orificio externo, y bajo la influencia de la contracción sube hacia el ombligo, para llegar, a dilatación completa, a doce centímetros más o menos sobre el orificio externo».

Las observaciones de tocólogos alemanes y las que tenemos hechas en la Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina permiten asegurar que la apreciación del anillo de Bandl, durante el trabajo, no es difícil por la inspección y la palpación externa, y que correspondiendo su altura a grados de dilatación del orificio uterino, es un elemento de efectiva utilidad para estimar los progresos de la ampliación de dicho orificio, sin tener que recurrir a la palpación interna.

Eisenreich, de Munich, se expresa en esta forma, concediéndole importancia al signo diagnóstico de que se trata:

«El progreso de la desaparición de hocico de tenca y la dilatación del orificio uterino se comprueba las más de las veces por la exploración interna. El gran peligro de infección de la exploración interna ha hecho que se perfeccionara y Unterberger ha podido demostrar que también la exploración externa puede emplearse para el diagnóstico del grado de dilatación del orificio uterino. Con el hábito se consigue muy pronto comprobar a través de las cubiertas abdominales la desaparición del hocico de tenca y la dilatación del orificio uterino por el anillo de contracción cada vez más elevado si se explora cuando la vejiga está vacía y durante la contracción. Precisamente, durante las contracciones se percibe bien la dureza del músculo en relación con la parte más tenue del tubo de paso. Si el anillo de contracción no se percibe todavía claramente está justificada la conclusión de que el orificio uterino aún no ha alcanzado la amplitud de una moneda de cinco pesetas. Si ya ha alcanzado esta amplitud, el anillo de contracción puede tocarse a dos dedos por encima de la sínfisis. Si está a tres dedos por encima de ésta, el orificio uterino ya tiene el tamaño de la palma de una mano pequeña. Si se ha borrado por completo el borde del orificio uterino, el anillo puede tocarse a unos cuatro dedos por encima de la sínfisis y su desarrollo es transversal y nunca oblicuo como en la hiperdistensión del segmento uterino inferior».

El Prof. Stoeckel, de Kiel, a su vez se manifiesta en los términos siguientes:

«Schatz y Unterberger han demostrado que el *anillo de contracción* . . . no sólo en la rotura uterina inminente cuando se eleva a través de las paredes abdominales, sino también en todo parto normal se puede palpar cuando no es posible ver el límite entre los dos segmentos uterinos, a causa de su situación baja. Para esto es necesario practicar la palpación no como de ordinario durante la pausa, sino durante la contracción y con la vejiga vacía; de este modo se pueden reconocer por la palpación los límites entre el músculo hueco y contraído y el conducto de paso flácido. Según la altura a que se encuentra esta línea divisoria se puede establecer una conclusión respecto de la dilatación del orificio uterino externo: si la línea limitante

está a dos dedos por encima del borde superior de la sínfisis, el orificio uterino es del diámetro de una moneda de cinco pesetas; cuando dicha línea ha llegado a tres dedos sobre la sínfisis, la dilatación es como la palma de una mano pequeña; la altura de cuatro dedos sobre la sínfisis corresponde a la dilatación completa. *Jegge* ha llegado a resultados semejantes».

Tenemos la convicción de que el conocimiento de este signo de real importancia no se ha generalizado suficientemente entre nosotros; y aun el citado Prof. *Stoeckel* lo menciona en un párrafo impreso con tipo de tamaño mínimo en su texto. Por nuestra parte, habiendo hecho numerosas observaciones que comprueban lo asentado por los tocólogos alemanes, en cuanto al aprovechamiento de este fenómeno de antaño conocido, no tenemos vacilación en recomendarlo como un recurso práctico valioso, para la buena asistencia del parto desde el punto de vista en que nos hemos colocado.

Veamos cómo debe procederse. La inspección, en primer lugar, revela un aspecto característico: en el acmé del dolor se notará el esferoide neta-mente contraído del cuerpo uterino, en sus segmentos superior y medio, y abajo una zona entre el anillo de Bandl y la sínfisis pubiana, cuya altura va en creciente con los progresos de la dilatación. Para la observación es preciso, ante todo, que la vejiga esté vacía. La palpación, por otra parte, permite sentir la desigual consistencia entre el esferoide duro y el segmento inferior blando y por lo mismo depresible, y el límite entre ambos o sea el anillo de Bandl. La palpación debe ser fina, delicada, con las yemas de los dedos apenas, para percibir el anillo de contracción en su dirección transversal. Cuando el anillo se acerca a la cicatriz umbilical, más o menos a cuatro dedos sobre la sínfisis, o sean como *nueve centímetros*, puede asegurarse que la dilatación está completa y que de un momento a otro es de esperarse la ruptura de las membranas ovulares. Este mismo elemento, se puede ver por lo que antecede, en los casos en que no hay ruptura espontánea y tempestiva de la bolsa de las aguas, nos indica el camino que debe seguirse, supuesto que habiendo pasado los fenómenos al campo de lo anormal, es necesario proceder a la ruptura artificial de dichas membranas.

5º—Otras exploraciones externas se han recomendado. *Schwarzembach* coloca a la parturiente en decúbito lateral y aplica una mano en el sacro con las extremidades de los dedos sobre el perineo posterior, entre el coxis y el ano, comprimiendo hacia la profundidad, en el intervalo de las contracciones: «Cuando la cabeza se encuentra ya en la pelvis se la puede tocar desde este punto».

Lo hemos intentado, pero no encontramos ventajas. En efecto, si la cabeza está aún en la excavación superior, no es palpable más que por el hipogastrio o la vagina; y si ha alcanzado la excavación inferior y sobre todo, si ya toca el piso perineal, resulta inútil buscarla en la forma señalada.

También se ha ideado la exploración rectal. Por el recto, se dice, es fácil adquirir datos respecto a la amplitud del orificio uterino de dilatación, el estado de la bolsa de las aguas, la posición de la cabeza del feto y el trayecto de las suturas; y no es posible tocar la placenta previa ni el prolapso del cordón umbilical. No están de acuerdo los autores sobre las ventajas de la palpación rectal, únicamente aceptable para uso de los médicos, pero no de recomendarse para la práctica de las comadronas; no habituadas a exploraciones que no les corresponden. No hemos creído necesario poner en ejecución este recurso.

III.—El perfecto conocimiento acerca del interesante proceso del parto anaxial, permitirá la buena dirección de esta última fase del trabajo. Muchas veces hemos visto que se violan los preceptos respectivos, pecándose por impaciencia. Hay que evitar, por consecuencia, maniobras imprudentes de amasamientos al través de las paredes abdominales con el objeto de lograr que los anexos se desprendan más pronto. Dichas maniobras molestan a la paciente, traumatizan el útero y son causa de fragmentación de la placenta o arrancamiento de las membranas. Consecuencias: hemorragia *post partum* y forzosa necesidad de introducir las manos para extraer colgajos de membranas y restos cotiledonarios, y más tarde infección puerperal. Los signos del despegamiento espontáneo, tempestivo, fisiológico, en fin, de los anexos, deben ser objeto de una cuidadosa y frecuente rememoración.

IV.—ALGUNOS RECURSOS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA. Es de rigor el rasuramiento del monte de Venus, de la vulva y porciones circunvecinas. Se empleará espuma espesa de jabón, a fin de evitar en todo lo posible el uso de agua, la cual puede arrastrar gérmenes hacia el interior del *tractus* genital, especialmente en las multíparas. Si se empleare chorro de agua, debe procurarse mantener cerrada la vagina. Efectuado, el rasuramiento se limpiará con gasa aséptica ligeramente humedecida con agua oxigenada, y en seguida se hará una embrocación con alcohol yodado ligero. Puede emplearse también mercurocromo.

Es de reglamento el empleo de grandes compresas estériles, que cubrirán por completo el abdomen y los miembros inferiores, así como el lugar de la cama donde reposa la paciente. Una abertura arreglada con pinzas dejará a descubierto los órganos genitales externos. Durante las maniobras de protección del perineo, las compresas sirven muy bien para sostener a los lados o sobre los labios mayores de la vulva la cabeza del feto mientras la otra mano la detiene directamente sobre la porción visible en el momento de la contracción expulsiva.

Si hubiere necesidad de limpiar abundante moco o sangre que estorben la inspección, particularmente durante las maniobras de protección perineal, se empleará gasa aséptica manejada con pinzas. Hay que insistir en

que el empleo del agua es innecesario y hasta nocivo si no se tiene la completa garantía de una buena esterilización. Transcurrido el parto se limpiará con gasa humedecida con agua oxigenada y se volverá a aplicar alcoholodado ligero o alcohol puro. El alcohol discretamente aplicado produce ardores perfectamente soportables, que muy pronto se disipan. Los desgarros visibles de la mucosa vaginal serán tocados con tintura de yodo oficial. Aplicación, por fin, de un grueso apósito de gasa aséptica y venda contenedora, aséptica igualmente.

La importancia de estas reglas para la buena asistencia del parto fisiológico evitarán desde los más pequeños y casi inapreciables desperfectos hasta los fracasos más trascendentales. Por consecuencia, convencidos de su utilidad, tócanos recomendar su generalización en la práctica, especialmente la de las parteras. Sabemos muy bien que en México se observan otras costumbres de la antigua práctica, y por este motivo nos hemos propuesto tratar con cierta extensión de los pormenores que anteceden.

Lo expresado aquí, véase escrito en libros de Obstetricia; el conocimiento sobre el proceso de distensión del segmento inferior del útero, es antiguo y se ha utilizado particularmente, cuando esta distensión llega a su máximo, para prevenir la rotura uterina, casi siempre del referido segmento inferior; pero el aprovechamiento de estos signos diagnósticos, preferentemente el que atañe al ascenso progresivo, fisiológico, del anillo de Bandl, para asistir el parto sin ociosas y aun nocivas maniobras de exploración interna, no es común, por lo menos entre nosotros; y como estamos convencidos de que en México se violan algunos de los preceptos señalados por los tratadistas y *se abusa de la palpación interna*, hemos creído útil presentar en esta Academia las instancias correspondientes a la vulgarización de las reglas expresadas y el resultado de nuestra personal observación.

México, 17 de agosto de 1927.

