

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LXII.

MEXICO, JULIO DE 1931

Núm. 7.

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

La Anteversión Uterina en Primigrávidas

Resultado de Observaciones en Mujeres Mexicanas

POR EL DR. EVERARDO LANDA

EXPERIENCIA de quince años en la Clínica de Obstetricia para parteras, que desempeñamos en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, nos ha procurado el convencimiento de que en el ejercicio tocólogo nunca es ocioso comentar asuntos que parecen agotados.

Sería ingenuo hacer notar que quien se dedica a la asistencia de partos debe poseer el conocimiento más completo del mecanismo del trabajo. Sin embargo, estamos bien compenetrados de que muchas veces se asiste el parto empíricamente, cual si nunca se hubiera revisado un libro, y hasta en virtud de rutinas y prejuicios harto difíciles de vencer. Esta misma razón nos obliga a declarar, a guisa de advertencia, que escribimos para médicos generales y para parteras, y que vivamente deseamos la respetable opinión de esta Academia.

Dos hechos culminantes dominan en el ejercicio del Arte; 1o. El relativo al parto espontáneo y 2o. El del parto artificial. «Recibir al niño», como suele decirse, es acto de la competencia de la matrona, principalmente; y el de extraer al niño mediante operaciones diversas, corresponde al tocólogo. Si en un extremo y en el otro figuran la eutocia y la distocia, hay un punto intermedio en el cual, muchas veces con dudas de espinosa resolución, se detiene el práctico a meditar y a resolver con urgencia. Difiere así: entre el acto de recibir y el de extraer más o menos complicado,

media un abismo; el de la *distocia*. Aquí es donde tiene el práctico que ejercitar su paciencia, sabiduría, perspicacia y talento.

El ejercicio obstétrico ha venido pasando, de luengos años atrás, en poder de las parteras, en la inmensa mayoría de los casos; por lo que la matrona, suntuoso personaje en las costumbres mexicanas, desde los tiempos en que operaba la *ticitl* de lejanas épocas precolombinas, hasta la heredera de hábitos hispánicos, desempeña entre nosotros labor social de verdadera trascendencia. Mas, por desgracia, la abnegada partera mexicana, después de salir de las aulas, incurre casi siempre en lamentable incultura. Es posible que hasta crea en lo innecesario de una biblioteca para pulimento del espíritu.

Ya nos hemos preocupado con la intención de vulgarizar conocimientos. El trabajo presentado en la Academia Nacional de Medicina, relativo a la *asistencia del parto fisiológico solo por exploración externa*, fué escrito con ese objeto. Así como entonces nos empeñamos en demostrar el valor que tiene la observación, momento por momento, del segmento inferior durante el parto; observación que puede servir provechosamente para fijar el período del trabajo, con la mira de actuar respecto a profilaxis de infecciones, ya que suministra datos acerca del grado de dilatación del orificio uterino, sin necesidad de torpes exploraciones vaginales; en esta ocasión nos proponemos utilizar la semeiología de la anteversión uterina durante el embarazo, para ver de definir la conducta que debe seguirse cuando se vaya a asistir a una primeriza que ofrezca dicha anomalía.

Puede parecer extraño que tomemos un fenómeno secundario, la *anteversión del útero*, como efectivo punto de mira y no juzguemos sobre todo las causas principales que ocasionan la *distocia*; pero nos hemos propuesto presentar un cuadro de conjunto; aparte de que deseamos ajustar el trabajo que escribimos a las normas adoptadas por la Facultad de Medicina, de proceder según métodos de análisis, a partir de los fenómenos clínicos que sirvan para fundar diagnósticos parciales.

En realidad no es preciso entrar en estudio completo, ya que nada podríamos agregar a los capítulos en donde los autores consideran el asunto en los tratados bien conocidos; de modo que limitamos nuestras observaciones y comentarios a un conjunto especial de circunstancias clínicas.

Quien tenga experiencia obstétrica sabrá juzgar de nuestras intenciones, viendo en estas líneas solamente lo que propende a resolver dificultades en el ejercicio del Arte, y despertar la atención de las matronas dentro de los límites que a ellas corresponden.

El Arte de Madame La Chapelle requiere técnica precisa, prontitud en la ejecución, conocimiento de principios y reglas y, si se quiere, aun

elegancia y estética. Quien logre reunir en su persona cualidades tan excelentes, será el mejor auxiliar de la Naturaleza.

* * *

La actitud normal del útero es de inclinación hacia delante; actitud en verdad, más o menos variable según el grado de plenitud del recto y la vejiga, ya que el útero goza de movilidad.

Hay anteversión cuando la inclinación aludida se exagera y aun se fija por adherencias dando ocasión a trastornos diversos.

Para nuestros fines, el asunto se limita a la posición defectuosa cuando el embarazo va llegando al término de su evolución natural en mujeres primigrávidas.

Se distinguen dos formas de inclinación hacia delante: la *anteversión* y la *anteflexión*; pero debe recordarse que también existe el término combinado de *anteverso flexión*.

Creemos que esta última palabra es redundante e imprecisa. Sin duda que la flexión es consecuencia de inclinación extrema hacia delante, sobre todo por el peso del útero ocupado por un huevo más o menos desarrollado. Cuestión de grados: la simple inclinación, *ligera o notable*, no puede pasar de cierto límite; después forzosamente, tiene que ser flexión lo que ocurre en la unión del cuerpo y el cuello.

Se ha dicho que la anteversión «puede ser considerada como normal en los primeros meses del embarazo, y por lo general se corrige espontáneamente en el cuarto mes». La desviación da origen a sintomatología especial en el primer tercio del embarazo; pero la forma de nuestro estudio es la final; esto es, la que se observa en condiciones anormales, al acercarse el noveno mes,

Tres grados se consideran respecto a la inclinación de la matriz, que reciben en clínica designaciones particulares: 1º Anteversión propiamente dicha, ligera o notable. En este último caso resulta el vientre puntia-gudo o vientre con forma de *obús*. 2º Anteflexión ligera: vientre *péndulo*, vientre caído 3º Anteflexión exagerada: vientre en forma de *alforja*.

* * *

Estas desviaciones son comunes en primigrávidas y múltiparas; y se puede asegurar que no es rara la anteversión del útero grávido: leves inclinaciones pasan a menudo inadvertidas. (Véase la fotografía núm. 1.) En esta mujer se nota menos bien la desviación, en virtud de que el epigastrio se levanta por meteorismo exagerado del cólon transversal. La inclinación era ligera y había sido producida por una presentación de *pélvis*.

No revisaremos el conjunto de causas, todas bien conocidas: hemos dicho que nuestros propósitos son bien limitados.

Una estadística hace aparecer a las desviaciones anteriores, tanto las anteversiones como las anteflexiones, con el 20 por ciento. No podemos, por nuestra parte, ofrecer un acervo copioso; y como los casos que tenemos observados en quince años, no llegan a la centena, nos parece ocioso sacar proporciones estadísticas. Advertiremos que, por desgracia, no siempre logramos datos completos acerca de muchos casos, pues careciendo de servicio hospitalario, estamos obligados al estudio de las mujeres dentro de la cátedra. Sin embargo, en el tiempo referido pasan de 1,000 las mujeres embarazadas que con las alumnas hemos podido examinar.

Se señalan como causas principales de las desviaciones uterinas hacia delante: la insuficiencia de la pared abdominal anterior, la cifosis; la escoliosis, la anteversión de la pelvis, las histeropexias por retrodesviación, el polihidramnios, el embarazo gemelar, el feto voluminoso, la exigua capacidad de la cavidad abdominal, etc. La insuficiencia de la pared abdominal es factor etiológico, por sí solo, en multiparas; pero en primigrávidas, si no han sufrido previamente distensión por otra causa, la insuficiencia es simple efecto de otra circunstancia anómala.

Cuatro causas hemos visto preponderar en las anteversiones de las primigrávidas observadas en la Clínica: 1ª La estrechez pelviana; 2ª la presentación defectuosa; 3ª el feto de gran volumen; y 4ª la brevedad del cordón umbilical.

Estos cuatro factores etiológicos pueden observarse aislados; pero no es raro que se combinen: estrechez dando margen a mala presentación; brevedad umbilical relacionada con presentación defectuosa, etc.

* * *

La costumbre de practicar exámenes completos, es por demás encomiable. Exploración metódica, principalmente. Por desgracia, se explora como se puede y se omiten pormenores de importancia para el diagnóstico.

Las desviaciones uterinas que nos ocupan se descubren *de visu*: son hechos de simple inspección. Debe colocarse la mujer de pie. Algunas veces será preciso y provechoso verla completamente desnuda. Esto es posible en el hospital. Otras bastará descubrir el abdomen o ir descubriendo parcialmente segmentos del cuerpo.

El aspecto es clásico y llamativo, ya que una primigrávida en condiciones fisiológicas nunca debè presentar anteversión. Y ya sabemos: en la forma de obús (anteversión propiamente dicha), el útero parece aplicarse perpendicularmente a la columna vertebral; presentando un vértice, el ombligo, sobresaliendo más o menos. Las formas de abdomen péndulo y de alforja son características. La anteflexión es tan rara en primigrávidas como rara es por su parte la estrechez infranqueable que por lo general le

da origen en el primer embarazo. La piel del abdomen se nota con resquebrajaduras a veces muy anchas y numerosas, e invadiendo los flancos y las raíces de los muslos. Hay aumento de la curva lumbar de compensación, que aun llega a dar el aspecto de sillar. La circunferencia máxima abdominal suele pasar de 100 y de 110 cm. En la fotografía núm. 1 se ve, como se dijo, una leve anteversión producida por presentación de nalgas. No había alteración ni en la forma ni en las dimensiones de la pélvis materna. En la fotografía núm. 2 hay que observar: 1º La notable forma de obús; y 2º La lordosis lumbar casi como sillar. En este caso existía ligera estrechez y, más bien, asimetría de la pélvis, especialmente en el estrecho superior. La radiografía lo demuestra perfectamente. La fotografía núm. 3 es de un vientre péndulo muy notable. Aquí no se trata de primigrávida sino de una mujer que iba a dar luz a su segundo hijo. Aprovechamos el caso porque esta clase de anomalías suele observarse en las multiparas que han tenido numerosos hijos. En la mujer de este caso la desviación se presentó desde el primer embarazo, como consecuencia de ligera estrechez del promontopubiano, con la falta de encajamiento fetal en la excavación.

La palpación hará ver que la excavación de la pélvis está generalmente vacía y que el segmento toconómico presentable es móvil arriba del estrecho superior. Se encontrará presentación de pélvis o de tronco, o ninguna bien definida. La palpación mensuradora de Pinard ilustrará respecto a la posibilidad de encajamiento, o al contrario, del paso imposible de la cabeza fetal al través del estrecho superior.

La pelvimetría y la pelvigrafía y el examen radiológico darán a conocer forma y dimensiones de la pélvis. Ya sabemos que, por desgracia, no siempre es fácil ni aun posible efectuar exploraciones que requieren el uso de instalaciones especiales. Por fortuna, casi siempre bastan las exploraciones clásicas, sobre todo la palpación y pelvimetría internas.

La cefalometría fetal puede completar el examen como coadyuvante. En realidad no vemos que este procedimiento tenga valor efectivo. No se puede, en efecto, medir la cabeza del feto sino en dirección de los diámetros occipitofrontales; y aunque se quiera hallar relación de tamaño entre estos diámetros y el biparietal, solo se tienen aproximaciones.

La palpación interna hará ver que el cuello de la matriz está más o menos dirigido hacia atrás, y que a veces ni siquiera se alcanza mediante la simple introducción de los dedos.

Cuando la embarazada reposa en decúbito dorsal, el aspecto es también característico: el útero se levanta verticalmente con relación a la mesa o cama; aparte de que el epigastrio parece muy hundido.

Naturalmente existe una sintomatología especial de molestias diversas,

como polaquiuria, raquialgia, pesantez abdominal, dolores abdominales, gran estreñimiento y dificultades para la marcha y la estación de pie.

* * *

El diagnóstico nosológico es sumamente fácil: diagnóstico *de visu*. Si nos ocupamos de esta anomalía de la estática uterina durante el estado puerperal, es porque sus efectos se hacen sentir lo mismo durante el embarazo que en el parto y en el puerperio; pero lo que interesa, en cuanto a su significación es el diagnóstico de la causa, lo mismo que sus efectos en el trabajo del parto. Del diagnóstico etiológico, naturalmente, deriva la conducta del práctico, que en estos casos suele comprometer la pericia profesional.

Y creemos que no basta tener en consideración el hecho de que el segmento toconómico presentable se mantenga afuera de la excavación pelviana en una primigrávida, hasta el final del embarazo, como generalmente sucede; es preciso conocer pormenores de toda especie, que nos pongan en la más favorable situación.

¡Cuántas veces hemos oído razonar al contrario de los hechos! Si la cabeza *no se fija en el estrecho superior o existe presentación defectuosa*, ello se debe a la situación anómala del útero. Pero si es admisible que una anteverción consecutiva a la falta de energía de la pared abdominal anterior actúe en mujeres multiparas, es distinto en primigrávidas; la anteverción aquí, es efecto y no causa.

El diagnóstico de inclinación hacia delante plantea a su vez, inmediatamente, el de la causa. Tras el diagnóstico nosológico viene la primera reflexión: feto afuera de la excavación pelviana. ¿Obstáculo fetal, obstáculo materno? Sí, excepcionalmente, la palpación mostrará que la excavación está ocupada, sería preciso buscar entonces una causa distinta de las mencionadas.

No debe olvidarse que en las primigrávidas se reúnen casi siempre las condiciones fisiológicas de la acomodación fetal en todo su conjunto; por lo cual es de llamar la atención del clínico la existencia de una anteverción de esta especie. Por un lado la ley de Pajet; por otro, según Rodríguez. «Para que el acomodamiento del feto sea irregular no es indispensable que haya un desacuerdo total entre los factores apuntados; con uno solo de ellos que escasee o niegue su cooperación, sobra para que asome la irregularidad».

En resumen: *anteverción en primigrávidas significa, en la generalidad de los casos, pélvis reducida, mala presentación, feto voluminoso, cordón umbilical corto.*

* * *

1o.—El más frecuente, como se dijo, es el relativo a la menor capaci

dad pelviana. Las estrecheces infranqueables no son comunes en México. Basta una mediana experiencia obstétrica para sentar esta afirmación; pero hay interesantes estudios como los de Duque de Estrada, Zárraga y otros muchos nacionales que prueban exactamente lo mismo. Sí, en cambio, son frecuentes relativamente las estrecheces ligeras, o sea las que ponen a prueba la pericia y experiencia del tocólogo. La pélvis femenina en México es, por regla general, de menos tamaño que la europea. Los promedios de Fabre, respecto a los diámetros externos principales, son los siguientes, según se recordará: Baudelocque, 20; biespinoso anterior, 24; bicrestal, 28; y bitrocantariano, 32. Oblicuo, de 21 a 22. Bisquisiático, 10.5,

Conforme a las mediciones que hemos practicado en más de 2,000 mujeres, tenemos:

Baudelocque.....	19
Biespinoso anterior.....	22
Bicrestal.....	26
Bitrocantariano	30
Oblicuo.....	21
Bisquisiático.....	10

Se ve que es pélvis menos ancha y ligeramente reducida en dirección anteroposterior. El carácter principal, respecto a los diámetros transversales, es la corta diferencia entre el biespinoso anterior y el bicrestal.

La excavación pelviana también es algo más pequeña; pero las diferencias con la pelvis europea que conocemos al través de autores franceses, se notan mucho más en los diámetros externos. Sería preciso efectuar cuidadosas mediciones en cadáveres y en esqueletos, para poder afirmar tal creencia. Existe un estudio del doctor don José de Jesús Sánchez, antiguo por cierto y no exento de objeciones. Por nuestra parte pudimos ejecutar medidas aisladas con el doctor don Nicolás León, en el Departamento Antropológico del Museo Nacional de Arqueología, Historia y Etnología. Fué labor inicial, por desgracia sin conclusiones, por lo reducida que se hizo. Quedamos, pues, en condiciones de guiarnos tan solo por la exploración clínica, acerca del conocimiento de la pélvis femenina en México.

Sin dejar de reconocer que el examen de la pélvis se ejecuta y puede ejecutarse bajo muchos aspectos y con técnica precisa, en la práctica ordinaria se limita la exploración principalmente al promontorio, en cuanto a medidas internas y al examen digital de la excavación. Se tiene como regla entre nosotros: *en pélvis normales no debe alcanzarse el promontorio con el dedo medio*. Si esto adquiere valor, es por la facilidad relativa de la maniobra, que se pone al alcance y los alcances de la partera.

He aquí las alteraciones morfológicas que más a menudo hemos observado; aplastamiento anteroposterior en el estrecho superior (bosquejo le-

jano de pélvis plana); asimetría del mismo estrecho o de toda la excavación, reducción del bisisquiático: pélvis totalmente reducida. El Baudelocque ha resultado a veces con 17 cm. Esto no quiere decir estrechez forzosamente. En primer lugar es la dimensión límite; y en segundo, que con pélvis de este diámetro hemos visto partos espontáneos.

Los interesantes estudios de Duque de Estrada acerca del diámetro bisisquiático han venido a colocarnos en condiciones sumamente favorables para el conocimiento de esta dimensión. Dicho diámetro en México, fluctúa al rededor de 10.5 centímetros.

Si el feto es poco desarrollado, la común pélvis totalmente reducida de mujeres mexicana no es obstáculo para el encajamiento y la expulsión; pero si el feto es más o menos voluminoso, como cuando llega a 3,000 gramos o sobrepasa, los efectos de la angustia pelviana se dejan sentir inmediatamente desde mucho antes del parto, por falta de descenso de la cabeza en la excavación y, por esto mismo, por la anteversión uterina. Por fortuna para la mujer como individuo pero no para la raza, los niños mexicanos en general no alcanzan mucho peso. Esto influye, como se comprende, para que las pélvis reducidas en todas sus dimensiones o en el estrecho superior, no siempre sean obstáculo de importancia para el alumbramiento espontáneo.

Con estas cuestiones pelvigráficas se relaciona la de más importancia clínica: ¿dichas pélvis reducidas ligeramente son obstáculos peligrosos para el parto? El problema tiene otro aspecto o, mejor dicho, manera distinta de plantearse: el de la llamada *pélvis límite*. Más adelante nos ocupamos de esto.

2o.—Las presentaciones defectuosas en mujeres primigrávidas, se relacionan a su vez con las deformaciones pelvianas, la inserción anormal de la placenta, el polihidramnios, la brevedad del cordón umbilical y otros factores bien conocidos. Cuando se observa anteversión puede tenerse casi por seguro: 1o. Que si se presenta el extremo cefálico, la cabeza está afuera de la excavación; y 2o. Que hay una presentación de las que se consideran como defectuosas.

3o.—El de feto voluminoso no es caso frecuente en México. Hemos observado, tanto en el hospital como en la clientela privada, niños de 4 y aún de 5 kilogramos sobrepasados, que nacieron espontáneamente o por aplicación de fórceps. Otras veces, también, hemos presenciado la muerte del niño, tras un parto de larga duración o después de aplicaciones de fórceps.

4o.—La brevedad del cordón necesita ser exagerada para producir dificultades en el parto y anomalías durante el embarazo. Respecto del trabajo de parto, se ha dicho que la longitud mínima de cordón umbilical que

se requiere es de 30 centímetros. Por esta razón cuando el cordón se enreda una sola vez en el cuello y es de longitud normal, no causa distocia; mientras que sí la determina muy especialmente en el período expulsivo, cuando la reducción es mayor. Ahora bien: si existe enorme brevedad congénita, que es sumamente rara, sí pueden resultar serias dificultades, aun para el encajamiento de la cabeza desde antes del trabajo. No hay medio de diagnosticar la brevedad umbilical: generalmente se identifica el hecho por oclusión. Algunas veces hay soplo funicular; pero soplos funiculares hemos visto con frecuencia, que no provienen del estiramiento del anexo, sino lo más a menudo de la compresión, ya que la brevedad accidental no existía.

Un caso notable observado en el presente año, es de una primigrávida de cerca de 30 años de edad, con una forma admirable de vientre en obús. Véase la fotografía núm. 3, que da aspecto algo parecido al que la enferma presentaba en los últimos días del embarazo. La fotografía, como ya se dijo, es de una mujer que estaba para dar a luz a su segundo hijo. En este caso se inicia la flexión del útero adelante, en tanto que la mujer que tuvo brevedad del cordón presentaba neta forma de obús. La cabeza fetal permaneció móvil hasta ya avanzados los dolores del trabajo. Pélvis normal y volumen de líquido amniótico también normal. La pared abdominal presentaba algunas resquebrajaduras y aun se veía lustrosa por la distensión. Cuando se verificó la expulsión espontánea del feto, apenas hubo cordón para medio colocarlo en frente de los órganos genitales maternos, y fué preciso practicar luego la sección respectiva. Como la partera asistente ignoraba la significación del hecho, mandó tirar los anexos y ni siquiera tuvo la feliz ocurrencia de medir el cordón umbilical; pero tuve informes de que probablemente no llegaba a treinta centímetros en total.

* * *

La importancia del asunto estriba en la conducta que ha de normar la asistencia del alumbramiento. Puede asegurarse que, en la generalidad de los casos, el alumbramiento presentará aspectos distócicos variables; ya simples accidentes que podríamos llamar de *distocia menor*, ya perturbaciones intensas en las que la acción tocúrgica llega a ser indispensable y urgente.

Debe pensarse que el desembarazamiento de una matriz desviada en anteversión es más o menos dificultoso, y que si el encajamiento de la cabeza no se ha realizado porque hay estrechez pelviana, puede prolongarse hasta por varios días. Se estará en presencia entonces de un parto de larga duración; designación hecha ya por algunos autores y que constituye un verdadero síndrome puerperal de alumbramiento. Cuando no se ha he-

cho oportunamente el diagnóstico, es indudable que la desorientación más completa y lamentable invade el ánimo del asistente.

Pero fijemos la atención en la causa más frecuente de las cuatro que hemos analizado: la angustia pelviana.

Recordemos que nuestros propósitos son limitados y que no es indispensable mencionar pormenores de terapéutica obstétrica, como el uso de la faja eutócica durante el parto, y muchos otros bien conocidos. Además, no escapa en nuestras consideraciones en cualquier caso, la indicación quirúrgica forzosa en casos bien definidos. Ante un promontopubiano de seis centímetros, ¿qué duda existe si el feto vive y es de término... En cambio, cuando llegamos apenas a los linderos de la distocia, no siempre se facilita el camino seguro ni se puede resolver con firmeza la indicación más oportuna y conveniente.

La cabeza ha permanecido completamente móvil arriba del estrecho superior. ¿Qué va a ocurrir? Debe esperarse que el trabajo se inicie y que las contracciones uterinas logren salvar el obstáculo. Los fenómenos plásticos de adaptación pueden ser tan exagerados que revelen por sí solos la rudeza del trabajo. También es necesario pensar en las perturbaciones por defecto o por exceso de la contracción, y en la ruptura del útero y en la asfixia del niño. Se tendrá prevenido el fórceps; se practicará la basiotripsia en feto muerto; se podrá intentar la versión podálica; se pensará en la cesárea. ¡Y cuántas veces, quienquiera lo ha visto, el alumbramiento se resuelve espontáneamente, en contra de todas las previsiones y de los temores y pesimismos!

En tales casos, excusado es decirlo, la madre resultará bien librada merced a la experiencia y paciencia del asistente; pero también será víctima de apresuramientos y faltas de juicio; de modo que se diría: *la frecuencia de las grandes operaciones obstétricas, inclusive la intervención cesárea, está en relación directa con las aficiones operatorias del asistente.*

En un periódico publicado por la Federación de la Prensa Médica Latina, en París, apareció un trabajo muy interesante: «La prueba del parto en el tratamiento de las pélvis límites». *Pélvis límites*, según el autor, es la pélvis que ofrece un promontopubiano entre 9 y 9.5 centímetros. *Prueba del parto* es la paciente observación de la enferma, con el objeto de intervenir oportunamente, antes de que fenómenos distócicos hayan causado más o menos perjuicios. En suma: se espera a que la mujer entre en trabajo y se le observa pacientemente hasta llenar la indicación clínica. El autor considera el tema con relación a las ventajas de la cesárea baja, ya que espera la ruptura de las membranas, antes de toda intervención. La cesárea clásica debe ser ejecutada a tiempo, antes del inicio del trabajo o al principio de los dolores; por tal razón, en la pélvis límite, es netamente

profiláctica. Pero como la estadística prueba que en elevado tanto por ciento en la pélvis límite el parto se resuelve espontáneamente o por fórceps, el tocólogo no debe apresurarse, sino observar el caso con atención, a fin de actuar con «paciencia, perspicacia y firmeza».

El autor se expresa elocuentemente en un párrafo que copiamos en seguida: «Y esta ventaja parece mejorar, en efecto, si se consideran las pélvis límites más frecuentes, las de 9 y 9.5 centímetros, se ve que la proporción de nuestras cesáreas, que era de 46% en 1927, cae a 30% en 1928 y a 20% en 1929... A medida que se afina nuestra experiencia respecto a la prueba del trabajo, vemos que con este método se limita más y más el número de las cesáreas», ¡Todo un movimiento de reacción!

Estos hechos por demás sugerentes vienen a confirmar la conducta que de ordinario se observa en México desde hace muchos años; conducta de expectación, de prudencia y paciencia. Tal vez sea un rasgo característico de la escuela mexicana. A pesar de que las intervenciones abdominales se ejecutan entre nosotros con habilidad, en asuntos clínicos de parto domina la conducta expectante, la cual, según lo dicho, es la más justificada. Por lo mismo, la llamada prueba del trabajo (simple manera de expresarse) se practica en México por hábito.

Podemos decir que la inmensa mayoría de las mujeres observadas por nosotros en la Clínica fué de partos resueltos espontáneamente; otras veces se efectuaron aplicaciones de fórceps; otras, las menos, fueron de versión podálica. Lo cierto es que, después de trabajos muy prolongados algunos niños sucumbieron. La mortalidad materna es baja y por infección generalmente. La experiencia del cirujano evitará la pérdida de niños, si se procede a tiempo con la cesárea. El autor antes mencionado, precisamente, logró niños vivos casi siempre. Debemos declarar por lo tanto, que la observación de nuestros casos va de acuerdo con la prueba del trabajo, y que la verdadera experiencia obstétrica es la clave del problema, ¡Llenar sabiamente la indicación; hé aquí el deber del asistente!

La conducta de la partera, según nuestra experiencia, es de expectación: pero hay diferencias: la partera suele no dar la voz de alarma por exceso de confianza en sí misma; o quizás, hablando en otros términos, por falta de conocimientos. Esperas demasiado largas, no olvidarlo, tienen graves consecuencias para la madre y el niño. También la partera huye de la intervención del médico, ya por antipatía, ya por prejuicios.

* * *

Lo anteriormente dicho, respecto a la anteversión uterina en mujeres primigrávidas, es una llamada de atención para los prácticos generales y para las matronas.

La anteversión gravídica traduce siempre anomalías de importancia y debe ser valorada con inteligencia y sabiduría, dado que, según hemos visto, expresa condiciones físicas que pueden tener consecuencias graves para la madre y el niño.

La presencia de un abdomen péndulo es signo de importancia notoria en mujeres primigrávidas, y debe ser motivo para sospechar la existencia de alguna deformidad o estrechez pelviana.

La sola presencia de una anteversión en primigrávidas es bastante para que la partera llame la atención de la paciente hacia un examen forzoso del médico.

México, 22 de noviembre de 1930.

EVERARDO LANDA.



Fotografía núm. 1.—La anteversión del útero no es muy perceptible porque el cólon estaba muy dilatado por gases y levantaba el epigastrio. Dicha anteversión dependía de una presentación de nalgas. La pélvis materna era de dimensiones normales. Se pensó en ejecutar una versión por maniobras externas en virtud de que la pélvis era normal, el feto de mediano volumen y el hecho de tratarse de mujer primigrávida. Se colocó a la paciente en la mesa y se le inclinó con la cabeza hacia abajo. En este momento acusó un fuerte movimiento abdominal y una molestia. Al explorar el abdomen se vió que el feto se había convertido espontáneamente. Se mantuvo la nueva presentación y el parto fué completamente normal.

Fotografía núm. 2.—Un clásico vientre con forma de obús. Se bosqueja una lordosis lumbar: sillar. Se alcanzaba el promontorio verdadero aunque no fácilmente. El diámetro de Baudelocque era de 18 cm., aunque en otra clínica encontraron 17. Escoliosis. Presentación cefálica, móvil. Al final del embarazo había ligero abocamiento. Se tuvo confianza en que se efectuaría el descenso de la cabeza bajo la acción de las contracciones uterinas del parto. Sin embargo, el médico jefe de la Maternidad indicó una espera de tres horas y dispuso lo necesario para intervención cesárea. Cuando volvió pudo observar que la cabeza estaba perfectamente encajada y que los huesos del cráneo se sentían en extremos superpuestos. Parto espontáneo. La radiografía muestra evidente asimetría y escoliosis. Enorme giba suerosanguínea por parte del niño. Puerperio normal.



Enorme giba suerosanguínea por parte del niño.

Fotografía núm. 3 — Notable flexión hacia adelante del útero grávido. Segundo embarazo. Desde el primer embarazo se produjo la desviación. Promontorio palpable. El primer parto fué espontáneo. Cuando la paciente fué retratada la cabeza fetal se abocaba francamente. Se ignora cómo se efectuó en esta vez el alumbramiento. La distancia entre el borde superior de la sínfisis pubiana es reducida; de modo que se puede admitir que la capacidad de la cavidad abdominal es menor.



Radiografía correspondiente al caso número 2.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Guía Clínica de los Partos por JUAN MARIA RODRIGUEZ.—Tercera edición.—México. 1885.
- 2.—Traité Pratique de l'art des Accouchements.—H. F. NAEGELE W. L. GRENSER. Deuxième édition française. Paris.
- 3.—Traité de l'art des Accouchements. S. TARNIER. G. CHANTREUIL. Paris. 1888.
- 4.—Traité Pratique des Accouchements. A. CHARPENTIER. Paris. 1889.
- 5.—Manuel Pratique d'Accouchements. P. BUDIN. L. DEMELIN.—Paris. 1904.
- 6.—Cours d'Accouchements. N. CHARLES.—Paris, Liege — 1903.
- 7.—Précis d'Obstétrique.—FABRE.—Paris. 1922.
- 8.—Traité du Palper Abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manuebres externes.—A. PINARD. Paris. 1889.
- 9.—Traité d'Obstétrique. A. RIBEMONT DESSAIGNES. G. LEPAGE. Neuvième édition. Paris. 1923.
- 10.—Manuel de l'Accoucheur.—L. A. DEMELIN. L. DEVRAIGNE.—Paris. 1924.
- 11.—La Pratique de l'Art des Accouchements.—Publiée sous la direction de A. BRINDEAU.—Paris. 1927.
- 12.—Tratado de Obstetricia.—Dr. D. SEBASTIAN RECASENS GIROL.—Barcelona. 1916.
- 13.—A Text-book of Obstetrics.—BARTON COOKE HISSIT. Philadelphia and London. 1918.
- 14.—The Practice of Obstetrics.—J. CLIFTON EDGAR.—Philadelphia.—Fifth Edition.
- 15.—The Principles and Practice of Obstetrics.—JOSEPH B. DELEE.—Philadelphia A. London. 1918.
- 16.—Obstetrics.—J. WHITRIDGE WILLIAMS. New York and London. 1921.
- 17.—Tratado de Obstetricia.—Publicado bajo la dirección del Prof. Dr. W. STOECKEL.—Barcelona. 1924.
- 19.—Precis de Gynecologie.—ANDRÉ BOUSIER. 1908.
- 20.—Traité de Gynecologie. Médico Chirurgicale.—J. L. FAURE. ARMANDO SIDEREY. Paris.
- 21.—Fetal Cephalometry.—HERBERT THOMS.—The Journal of the American Medical Association. Volume 95, No. 1, July 5. 1930.
- 22.—L'épreuve du Travail dans le Traitement des Bassins Limites.—M. BROUHA. Acta Médica Latina.—Paris. 3me. Anée. Fasc. 15. Mai-Juin. 1930.