

mente en irregularidades del bulbo, sin presencia de nicho; y no se piense que la falta en explorar el colon y la fosa iliaca izquierda fué consecuencia de que el paciente no llamara la atención acerca de su dolor; no; el enfermo fué de lo que más se quejó y el dolor cada vez se hacía más insistente y de mayor fuerza; pero el diagnóstico de úlcera no permitió darle la importancia que requería.

Me he permitido llamar la atención acerca de estos casos de errores perfectamente evitables, porque juzgo que son frecuentes, aunque por fortuna no siempre de tan funestas consecuencias. Deseo insistir, desde la tribuna de la Academia, acerca de estas faltas que cometemos seguido los médicos, de no explorar completa y correctamente a nuestros enfermos, unas veces por apatía o pereza, otras por falta de conocimientos, y otras más, por el hábito de seguir el camino más fácil, por no reflexionar y salir del paso con cualquier receta, sin comprender que muy honda es nuestra responsabilidad cuando alguien decide poner en nuestras manos su salud o su vida, acto al cual es de conciencia corresponder con la mayor atingencia posible, para poder estar tranquilos de un error, que seguramente podemos cometer, pero que sea inevitable, porque supere nuestros esfuerzos, y no por desidia o descuido, que son inexcusables en el médico que conozca el juramento de Hipócrates.

Acerca del parto agripino *

Por el Dr. EVERARDO LANDA.

Consideraciones sugeridas por el trabajo que sobre este asunto presentó en la Academia Nacional de Medicina de México, en enero de 1940, el señor Dr. Atanasio Garza Ríos.

El tema importantísimo sobre el **parto agripino**, que para lectura de turno escogió el señor catedrático de Clínica Obstétrica, Dr. Atanasio Garza Ríos, es de aquellos avocados a merecida atención de tocólogos, por ofrecer extenso campo de inagotable observación. Se justifica, pues, que Demelin, al ocuparse en el estudio del parto pelviano, lo califique de "constante preocupación del prác-

* Leído en la sesión del 13 de marzo de 1940.

tico, el que, en lucha ante las necesidades de la clínica, quisiera encontrar algún recurso técnico capaz de prestar la seguridad deseable, en vez de tener que quedarse al azar”, en condiciones dificultosas y más o menos comprometidas. Y en cuanto a Depaul, autor de interesante libro de clínica de obstetricia, lo que afirmaba: que “algunos partos por la extremidad pelviana se efectúan pronto y muy fácilmente; pero entonces, o se trata de una multipara, o de contracciones uterinas poderosas”. Sin embargo, “cuando tengáis muchos años de práctica y hayáis visto muchos partos pelvianos —decía—, recordaréis lo justificado de mi observación y veréis que el tiempo necesario para la expulsión del niño es habitualmente más largo que en presentaciones de vértice”.

El Dr. Garza Ríos puso atención en dos puntos fundamentales: 1o. El concerniente a la inversión por maniobras externas; y 2o., el que se refiere a la antigua **maniobra de Mauriceau**. Puede concretarse el tema, a lo que parece, en dos preguntas: 1a. ¿La inversión por maniobras externas, en caso de no existir contraindicación para ejecutarla, es indispensable en toda presentación de pelvis, o es preferible abstenerse de ella y esperar confiadamente la expulsión espontánea, tan sólo bajo los esfuerzos de la parturiente? Y 2a. ¿Qué valor práctico debe concederse a la maniobra de Mauriceau, y si es posible, debido o conveniente prescindir de ella en el parto pelviano eutóxico?

La tesis del mencionado catedrático es la siguiente: el parto en presentación de pelvis es, en general, parto eutóxico, y por tanto no debemos preocuparnos ante él; así, no es necesario practicar la maniobra de Mauriceau, sino sencillamente ayudar la flexión por movimientos fáciles del tronco fetal, al mismo tiempo que se impele la cabeza por moderada presión en el hipogastrio. Tampoco debemos conseguir a ultranza el cambio de presentación por maniobras externas; y aun afirma: que cuando se tiene oportunidad de vigilar con tiempo a la embarazada, dirigir el parto desde que empieza, ver la ruptura espontánea y tempestiva de la bolsa de las aguas, **el parto siempre será feliz.**

Aquella noche en que el Dr. Garza Ríos leyó el trabajo, nuestro colega el Sr. Dr. Emilio Varela, que es uno de los tres miembros que integramos en esta H. Academia la Sección de Obstetricia, manifestó con frase terminante: la maniobra de Mauriceau

no ofrece las ventajas que de ella se han esperado; no habiendo, sin embargo, expresado las razones que apoyen su sentir de clínico.

Ante los progresos de la obstetricia; movidos los tocólogos a estudio y reflexión; aleccionados por triunfos y fracasos, esto es, por experiencia bien sentada; estamos obligados a atender no sólo a personal observación de los hechos, sino, más todavía, a dirigir los ojos hacia todo aquello que constituye el acervo científico de los tiempos. ¡No sin razón afirma De Lee en su conocido libro, al referirse al parto agripino: "cada acto es resultado de siglos de estudio y práctica de los mejores parteros del mundo"! Y Pinard, el exquisito partero y puericultor, advierte: "¿Hay tocólogo, sean cualesquiera su habilidad y experiencia, que puede, ante una presentación de pelvis en mujer en trabajo, asegurar que el niño nacerá vivo?"

Muéveme hacia este sitio algo de la experiencia que dan los años; me impulsan aquellos hechos harto dolorosos en que por desgracia hemos intervenido los tocólogos; hechos fatales de tanta amargura, que no vacilaré en considerarlos como tragedias. Por eso la necesidad o cuando menos la conveniencia de que los parteros mexicanos se pongan de acuerdo en pensamientos y ejecución, pues sólo bajo tal proceder lograrían constituir la verdadera escuela mexicana de obstetricia.

Si conforme ideas de Garza Ríos el parto agripino es parto que se resuelve, en general, por sí solo, en planos deseables de la eutocia, no se olvide, a pesar de esta circunstancia indiscutible, la pregunta de Pinard: ¿tendré en mis manos un niño vivo? Efectivamente, en 25 alumbramientos de este género que han ocurrido desde junio de 1938 hasta febrero del presente año, en la maternidad sostenida por la Fundación "Tagle", las defunciones llegan a nueve; por lo cual, si no fuera ilógico buscar tan sólo con estas cifras el tanto por ciento, se tendría la enorme mortalidad de 36. Diré, como aclaración, que estos partos fueron atendidos por parteras —hábiles hasta donde es posible exigirlo—. Y en lo que se refiere a mi práctica personal, ya en partos pelvianos, ya en extracciones de cabeza última en casos de inversión podálica, he tropezado con distocias graves, que han tenido por consecuencia la muerte del niño. De aquí un principio que me guía:

el parto agripino puede ser bueno, pero el de vértice es mejor. Y, temeroso de resultados que no siempre es dado entrever, intento en todo caso la intervención por maniobras externas, si no hay contraindicación, y nunca me empeño en lograr el cambio, si las resistencias me parecen invencibles bajo suave mano operadora.

El parto pelviano rara vez es designado en nuestros días con el nombre histórico de "parto agripino". Fiel a una tradición, lo sigo empleando, y así hago plausible recuerdo de mi venerable maestro, presidente de esta Academia, don Manuel Gutiérrez Zavala. Demelin señala la designación de **aegre partus**, parto con dificultad; y el Diccionario Latino de Valbuena dice que son **agripas** los que nacen de pies. El nombre de agripino proviene, para algunos historiadores, de que en presentación de nalgas nació Nerón; mientras otros aseguran que no fué por Nerón, sino por Agripa, por quien se adoptó el curioso término. A mayor abundamiento agregaré: que si empleo la palabra **inversión** en lugar de la más común, "versión", es por haber atendido a las singularizaciones, a las veces muy claras, de don Juan María Rodríguez. Así, dice el maestro afamado: **inversión**, cambio de la pelvis en cabeza, o de la cabeza en pelvis; **conversión**, trueque del hombro en vértice o en pelvis; y **regularización**, transformación de la cara en vértice. El término genérico es el de **versión**. Por último: prefiero, sobre lo pertinente a actitudes en caso de presentación del polo pelviano, en vez del tecnicismo francés de "modo de nalgas" y "pelvis completa", el adoptado por los norteamericanos: **pelvis simple, pelvis mixta**; siendo el primer caso de pelvis sin procidencia de pies, y el segundo, que comprende los conocidos por "modo de rodillas" y "modo de pies", con la dicha procidencia.

"Desde que se compruebe cabeza arriba durante el embarazo, —nos dice Metzger en su ameno libro— debe intentarse la **versión por maniobras externas**, y practicarla pronto". Pero debe auscultarse cuidadosamente durante la operación, porque si los ruidos del corazón fetal se modificaren, o apareciese soplo funicular, no habrá que insistir. "Si se practica la versión por temor de obtener un niño muerto que nacerá de pies, no se corra el riesgo de matarlo en el seno maternal antes de que nazca". Esto es lo que

induce a Metzger a sentar un principio confirmado desde siglos atrás: "el asiento no es mala presentación, pero es menos bueno que el vértice".

Pinard, ante peligros que corre el niño durante el parto agripino o en el de presentación del hombro, no hay partero —dice— "que no tema luchar en estos casos". Y Le Lorier, que visitó esta Academia y vino a México con el objeto de asistir en un parto a la esposa de su hijo, opina que no hay razón alguna para no intentar la inversión en todos los casos de presentación pelviana; en la inteligencia de que "si puede resultar dificultosa o con ella no se alcance el fin que se persigue, en ningún caso los intentos serán perjudiciales, siempre que se proceda con cautela". Por su parte, Brindeau y Lantuéjoul aseguran que la operación es imposible o inútil con frecuencia; aunque puede ser intentada con la condición de no producir modificación en los ruidos cardíacos del feto; de modo que si esto ocurriere, no debe vacilarse en reponer al feto en su situación original; si bien, como se infiere, la nueva inversión, diremos a guisa de comentario, puede traer los mismos o peores peligros que la primera, especialmente si hubiere brevedad del cordón umbilical. En cuanto a Williams, en su magnífico libro traducido al español por los doctores José Rábago e Isidro Espinosa y de los Reyes, en colaboración con médicos cubanos, opina: que "este procedimiento carece de peligros, y ha dado en nuestras manos tan buenos resultados, que no podemos entender la razón por qué algunos parteros se oponen a él".

Zengeimaster, en el tratado dirigido por Doderlein, manifiesta que la inversión se emplea solamente para corregir presentaciones transversas; por lo que ahora se considera superfluo el procedimiento, ya que puede realizarse el parto en presentación de pelvis, con buen resultado, máxime cuando la inversión por maniobras externas "no es procedimiento sencillo en todo caso, ni de suficiente seguridad". Pero en seguida añade que en la actualidad se recomienda de nuevo; y si es cierto que la operación se abandona algo en varias clínicas, a su juicio sin razón. Es operación ideal, supuesto que permite crear situación favorable para la madre y el hijo. A pesar de ello, la considera de empleo limitado y estudia las contraindicaciones.

Podría acrecentar mis citas bibliográficas ya en favor, ya en contra, y tal proceder nos llevaría a saber opiniones exactamente iguales a las expresadas; pero no siendo fácil tan largo camino, recordaremos, por último, hechos de importancia histórica, que nos incumben. Deseo referirme al papel distinguido que en este asunto desempeñó don Juan María Rodríguez. Médicos y estudiantes constituyeron un grupo solidario de las ideas del gran maestro, a quien por desgracia no alcanzamos; y aun débese recordar que entre tocológos de esa época se insistía en la existencia de una **escuela mexicana de obstetricia**. Creo que por haber sido predominante el criterio del afamado partero, fué por lo que así se decía; mas no sin justificación, dado que en sus numerosos escritos lucen conjuntamente definida experiencia, lógica sutil y galanura esplendorosa en la palabra. Discípulos entusiastas tuvo Rodríguez, entre otros Manuel Ramos, de quien puede verse precioso trabajo acerca del parto agripino, publicado en el primer volumen de "La Escuela de Medicina". El autor, inteligente y culto hermano del estimado maestro don José Ramos, murió tempranamente de tifo exantemático; y en el trabajo a que aludo hace mención de las divinidades romanas **Prosa, Pórrima y Anteverta**, que debían ser invocadas para que el parto se efectuase de vértice, y **Postverta**, la interventora para que un parto agripino se lograra con felicidad. De merecida justicia en favor de Rodríguez usa Manuel Ramos al declarar que, cuando Pinard publicó en 1878 el libro mediante el cual vulgarizó la inversión por maniobras externas, ideada por Weigand, ya nuestro maestro, en el año de 1869, la enseñaba y recomendaba en su cátedra, a pesar de que aún no la había practicado.

Asegurábase entonces, como dije, la posesión de ideas originales en síntesis de escuela nuestra. Era que don Juan María Rodríguez había logrado preponderar en virtud de su fuerte personalidad en la ciencia y en el arte de los partos; y no se puede menos que reconocer en él al positivo reformador y aun creador en tiempos bajo los cuales la Obstetricia venía dentro la rutina que heredó de la vieja Universidad. Las opiniones de Rodríguez eran indiscutibles y hasta dogmáticas, como ciertos hechos hacen suponerlo; y así, cuando externé ideas contrarias a las suyas acerca de las

posiciones de vértice, anteriores y posteriores derechas, aun colegas internistas que tal vez no habían practicado el Arte sino por azar, se levantaron airados en defensa del sabio. El trabajo a que aludo tuvo a fortuna ser reproducido, íntegro, en una prestigiada revista de Ginecología y Obstetricia de España. Resumen interesante sobre ideas del gran partero se verán, por ejemplo, en la tesis de Genaro Alcorta, publicada en 1882: "El desiderátum de la moderna escuela tocológica mexicana"; tesis en la que encuentro una generalización, que tomo a guisa de aforismo de oportunidad: "El parto en presentación pelviana suele ser eutócico en las múltiparas; pero generalmente es peligroso y difícil en nulíparas y múltiparas". Me parece que el verbo *soler* ("suelen ser", dice el autor) no está bien empleado, ya que la segunda parte de la proposición, con "generalmente", resulta de igual sentido, por la razón de que *soler* indica lo que por costumbre acaece; y es indudable que Rodríguez quiso decir, de vez en cuando, algunas veces, puede ser.

Informa don Juan María, que fué a su maestro el Sr. Martínez del Río a quien oyó referir las ventajas de la inversión; que algún tiempo después supo que una hábil partera, doña Dolores Román, de quien se ocupa don Nicolás León en su interesante libro acerca de "La Obstetricia en México", del que sólo publicó la primera y la segunda partes, habiendo quedado así incompleta la obra, la había ejecutado con felicidad; y la circunstancia posterior de que a un distinguido alumno de la Escuela de Medicina, el señor Mendizábal, se le presentase la doble ocasión de practicarla a la vista del Dr. Licéaga, y otros casos a que hace referencia, le decidieron por fin a recomendarla y proponerla en esta Academia, según se apreciará en uno de los primeros volúmenes de la "Gaceta Médica de México". Al fin, en 1871, logró el maestro ponerla en práctica en una múltipara que vivía, dice, en la tocinería de Regina.

Asegura Manuel Ramos que la figura de Rodríguez sobresale, porque el maestro comprobó diferencias respecto a las ideas que profesamos aquí, en comparación con las que generalmente sustentan las escuelas de más importancia en Europa. Singular descripción, en efecto, la que presenta sobre el parto agripino. Hace

hincapié acerca del papel de la retracción del útero; la desfavorable consecuencia motivada por la pérdida del líquido amniótico, supuesto que la ruptura de las membranas se anticipa con frecuencia en este alumbramiento; y fenómeno de trascendencia, la expulsión del meconio; porque si es innegable que, cual se piensa, la salida del producto intestinal es hecho sin importancia pronóstica, para la escuela mexicana es lo contrario, pues la aparición del meconio es señal de perturbación circulatoria; asfixia del niño **in útero**.

En ningún libro he visto descripción más seductora que la expuesta por don Juan María y su discípulo Ramos, en lo atañente al parto en que nos ocupamos. Con qué sugerencia y claridad demuestran el peligro de retracción como serio obstáculo para la circulación sanguínea del feto. A medida que éste desciende, el músculo se viene retrayendo, digámoslo así, por ondas de acción permanente, que estrechan al niño y comprimen la placenta y hasta pueden despegarla. Por eso, la expulsión de meconio no debe verse como simple efecto de compresión abdominal, sino más bien como consecuencia de la relajación del esfínter del ano en feto que se asfixia más y más, sobre todo si, cual a menudo se comprueba, las membranas se rompieron anticipadamente y dieron salida a todo el líquido protector. En cambio, en aquellas circunstancias donde la bolsa de las aguas se conserva íntegra hasta el final de la dilatación, según ocurrió en venturosos casos de que habla el Dr. Garza Ríos, el parto deja de ser fantasma que pone a prueba, en el tocólogo, paciencia, serenidad y confianza en sí mismo.

Puede, en resumen, llegarse a la conclusión de que la inversión por maniobras externas es operación, si no de imprescindible necesidad, sí de conveniente ejecución. El Dr. Raúl Briquet dice en su espléndido libro sobre cirugía obstétrica: "la versión por maniobras externas es más bien objeto de asistencia prenatal".

El criterio que me guía es en favor de la inversión de Wiegand, con la triple condición de la oportunidad, la indicación clínica y la facilidad técnica. Cuando no me ha sido posible realizarla, he comprobado estos hechos: resistencia úteroabdominal en primigrávidas; oligoamnios; brevedad del cordón umbilical; y con

particularidad, **presentación de pelvis simple**. Y a pesar de que algunos prácticos aceptan la operación hasta durante el parto incipiente, por mi lado sigo observando el consejo de don Manuel Gutiérrez Zavala: las contracciones del alumbramiento son formal contraindicación; y en efecto, la práctica me ha demostrado que en presentación pelviana, por incompleto que sea el encajamiento, el S. I. se distiende y el anillo de Bandl opone tenaz resistencia a la evolución de las manichas exteriores; de modo que en estos casos es imposible y aun peligrosa la inversión, por exponer al traumatismo del útero.

Si después de algunos intentos, durante el embarazo, no se logra el objeto, debe prescindirse o esperar otra oportunidad. Además de que las mujeres salen lastimadas y adoloridas, llorosas y desconfiadas, no vuelven donde el médico. Y es preferible, ante condiciones clínicas propicias, emprender la operación sin previa advertencia, para no atemorizar a la embarazada. Creo que, de ser posible, es mejor no dar diagnóstico de presentación, porque si fracasa la intervención y más tarde el feto se invierte espontáneamente, los comentarios en contra del partero son inevitables.

La evolución del parto agripino, dice Ricardo Vértiz en su tesis de examen profesional, es más lenta; pero cuando la extremidad pelviana se aboca con el estrecho superior en ese estado de "agrupamiento" (a la actitud se refiere, diremos, de pelvis mixta) bajo la cual de ordinario se le encuentra, "es indudable que en multitud de casos el parto se efectúa natural y felizmente, por lo que muy bien puede llamársele eutócito". Por tanto, quedamos al margen de temores, las más de las veces infundados; sin embargo de que Demelin y Devraigne clasifican este parto, con el de primíparas viejas, el de larga duración, el de las occipitoposteriores directas, el de niño gigante, el de feto pequeño pero viable, el gemelar, en **los lindes de la distocia**.

Las parteras asisten partos agripinos no sin habilidad; y es por eso por lo que Deventer, el famoso partero holandés, instituyó dos valiosos consejos, expresados en latín: **obstetrix operam non consumat in ejusmodi infantibus complicatis vertendis, sed eosdem libere patiatur prodire**. ("No se ufane la partera por cambiar la situación complicada que presentan estos infantes; pues

debe dejar que salgan libremente"). Y el otro: **pedibus previis liberrimus exitus concedendus est.** ("Si los pies vienen por delante, hay que dejarles la más franca salida"). (1)

Ahora bien: un sabio como Deventer, cuyas obras con las del esclarecido varón Mauriceau y los escritos de profunda clínica de la señora La Chapelle, es digno de la atención más justificada, fué también de los que facilitaron el progreso de la obstetricia científica.

Hechos de observación tenemos, por consecuencia, que fundan la experiencia de siglos. ¿A qué atenerse? A lo único a que el partero está sujeto en clínica: la perspicacia, el buen juicio, la prudencia, la serenidad y el diagnóstico, el pronóstico y la técnica. Quizás un poco más: aquellas dificultades y desgraciados eventos, que también son escuela de experiencia.

Y aunque parezca ingenuo asentar lo anterior: porque en el ejercicio de la clínica, se ha repetido con frecuencia, están primero los hechos que las generalizaciones.

Francisco Mauriceau, tocólogo eminente del siglo XVII, era conocido por Naegele como "el oráculo de los parteros de su época". Autor de un libro que alcanzó traducciones en varios idiomas: **De mulierum praegnantium, parturientum & puerperium morbis tractatus**, se distinguió por haber introducido en el conocimiento ideas y técnicas nuevas, como la de su conocida **maniobra** para extraer la cabeza última. Se declaró positivamente en contra, dice Siebold en su libro sobre historia de la Obstetricia, de toda maniobra que tenga por objeto llevar la cabeza hacia el orificio, pues las presentaciones de nalgas pueden ser abandonadas a la naturaleza; siempre, no obstante, que el niño sea pequeño y las vías genitales suficientemente amplias, porque en caso contrario, para que se realice el desprendimiento de los pies, se debe operar antes de que el asiento se encaje demasiado en la excavación.

Mauriceau escribió interesantes aforismos que se reprodujeron, como palabras evangélicas, en muchos tratados de la época, y uno de dichos aforismos es aplicable a nuestros fines: "Se ob-

(1) La correcta y feliz traducción de estos pensamientos la debo a mi respetable amigo el Ing. don Agustín Aragón.

servará el no sacar la criatura a tirones, sino solamente con movimientos suaves, repetidos sucesivamente y en diferentes sentidos, o en forma de rotación, y evitar los movimientos del eje sobre él mismo, porque éste está expuesto a torcer el cuello de la criatura”.

Reproduzco en adelante la descripción que de su maniobra hizo el propio Mauriceau, lo cual me parece útil, en virtud de que, sin duda, los interesados la hemos sabido al través de obras de muy diversos autores. Y prefiero, en vez de traducir del francés, dejar aquí la traducción española, por don Félix Galisteo y Xiorro, tomándola de la edición castellana del Levret, que se publicó en Madrid en 1778. La traducción es fiel e interesante:

“Sin embargo, hay criaturas que tienen la cabeza tan crecida (prosigue Mauriceau), que ella se queda detenida en el paso, después que el cuerpo está enteramente fuera, no obstante todas las precauciones que se puedan tomar para evitarlo; en este caso, no debe el Facultativo contentarse con tirar solamente a la criatura por los hombros; porque algunas veces más bien sería motivo para que se separase del cuello, que para lograr la extracción de la cabeza; pero mientras que alguna otra persona tira de los dos pies de la criatura, o agarrándola por encima de las rodillas, el Cirujano desembarazará poco a poco la cabeza de dentro los huesos del paso, lo que hará introduciendo con suavidad uno ú dos dedos de la mano izquierda, en la boca de la criatura, para desembarazar primero la barba, y con la mano derecha abrazará la parte posterior del cuello por encima de los hombros, para sacar después la cabeza con el auxilio de uno de los dedos de la mano izquierda, pero teniéndole puesto en la boca de la criatura, para desembarazar la barba, como acabo de decir; porque esta parte es la que mas contribuye a detener la cabeza en el paso, del qual no se la puede sacar sin que se desembarace la barba enteramente; observando también el hacerlo con la mayor oportunidad que sea posible, para precaver que se sofoque la criatura, como sucedería inávitiblemente, si estoviese así presa y detenida; porque llegándose a enfriar el cordón umbilical, que se halla fuera, y estando fuertemente comprimido por el cuerpo, ó por la cabeza de la criatura, que está detenida mucho tiempo en el paso, la criatura no puede entonces ser vivificada con la sangre de la madre, cuyo movimiento está detenido en el cordón, tanto por haberse enfriado, lo que hace que se coagule en él, como por la compresión, que la impide el circular; en cuyo defecto debía respirar la criatura, lo que no puede hacer antes de tener la cabeza enteramente fuera del útero. Por esta razón, luego que se haya comenzado a tirar la criatura, es menester hacerla salir del todo lo más pronto posible”.

Al mismo tiempo transcribo el delicioso párrafo de un libro escrito a fines del siglo XVIII por don José Ventura Pastor, médico

del Hospital de la Pasión en Madrid; libro en verdad curioso, especialmente por los grabados que contiene, y que el autor presenta bajo estilo antiguo de preguntas y respuestas; de modo que resulta como catecismo para principiantes o aficionados. Dice el señor Ventura, regio caballero de peluca y pantalón corto con encajes muy finos:

“¿Qué es el meconio? —Es un material excrementicio de color cetrino o negro, y de consistencia de liga o miel espesa, lo cual no es otra cosa que las heces más terrestres y sulphureas de la sangre con que se alimenta la criatura en el seno maternal, y el que para su expulsión después de haber éste nacido, la producen dolores que la inquietan vivamente.

“¿Con qué método debe dirigirse el cirujano para la terminación de este parto? —Si conoce por el volumen de las nalgas que la criatura es de mucha corporatura, las nalgas muy anchas, el paso estrecho, los dolores muy lentos y de poca expulsión, y la mujer es primeriza; debe no dexarla abanzar a la pelvis en esta posición, porque si se empeña entre sus huesos, perderá la vida extrangulada por su mucha compresión; sino al contrario, luego que haya dilatado el orificio del útero, introducirá la mano en la vagina, y con las extremidades de los dedos mayores adaptadas a las nalgas, la empujará y hará retroceder hasta tener libertad de pasar la mano en el fondo del útero, corriéndola a lo largo del muslo y la pierna hasta su pie, el que conducirá a la vagina, haciendo doblar la rodilla: suministrará en él el agua del bautismo, le enlazará y volverá a buscar el otro pie, y unidos los dos, concluirá la extracción con el método que está advertido”.

Tengo la convicción, fundado en experiencia personal y en lo que he visto ejecutar a diversos tocólogos, de que la extracción de cabeza al último casi siempre requiere maniobras para lograr que el polo cefálico se doble suficientemente; y acerca de estiramientos, de que se llegan a efectuar hasta hacer de ellos factores graves de traumatismo, sobre todo cuando el operador pierde serenidad y trata de librar al feto de la asfixia inminente. Así, pues, todo se reduce, dicho con sencillez seductora, a **buscar fácil acomodamiento a la cabeza al través del canal pelvigénital**; o de otro modo, a poner en práctica la ley famosa de Pajot, para arreglar dimensiones y forma del móvil y del trayecto en completa armonía. Y de este **desideratum**, de verdadera filosofía obstétrica en la síntesis relativa al mecanismo del parto, así como de ciertas dificultades que por lo general ocurren, derivan las técnicas que se conocen por maniobras de tal o cual operador entusiasta: las unas prestigiadas, las otras desautorizadas, que desde

siglos atrás se ven en libros de Tocología. Resultan así muy elocuentes las palabras de Williams, a manera de aforismo: "Si los recursos del arte deben limitarse a secundar tan ligeramente los esfuerzos de la naturaleza, cuando la mujer no sufre accidentes o corre peligro alguno, lo mismo que su niño, es preciso obrar de manera distinta, en cualesquiera otras circunstancias, y operar el parto". Lo cual se compadece enteramente con la opinión de don Juan María Rodríguez: "Cuando el feto es pequeño naturalmente o accidentalmente (falta de desarrollo, parto prematuro), los movimientos mecánicos se hacen sin dificultad y el parto termina felizmente para madre e hijo; pero si el producto se ha desarrollado del todo, por lo común hay que auxiliar a la naturaleza durante la expulsión de la parte superior del tronco y de la cabeza, para evitar que sucumba, pues su vida está amenazada desde el momento en que se rompen las membranas y se derrama el líquido amniótico".

Necesidades clínicas apremiantes han inducido a buscar medios fáciles para la extracción de estas cabezas, origen de distocia; y Winckel, en 1888, había reunido **21 maniobras**, aunque ninguna tan útil, dice Williams, como la de Mauriceau, designada por autores alemanes con los nombres de Mauriceau-Smellie-Veit.

Procedimientos dificultosos y lacerantes para la madre y su hijo, hay muchos; y peligrosos son algunos de los que veo recomendados para librar cabezas, hombros y brazos, a causas del estiramiento del raquis: tales, por ejemplo, las maniobras de Praga, de Deventer y la muy peligrosa del bonaerense Rojas. Y se han dado a conocer consecuencias tan graves, que se explica la fuerte mortalidad debida al parto agripino en diversas épocas y en estadísticas de maternidades en todo el mundo. En primer lugar las hemorragias meníngeas por desgarros de la duramadre o de la tienda del cerebelo, desprendimiento completo de la cabeza, luxaciones vertebrales, parálisis radiculares del plexo braquial, hematoma del esternocleidomastoideo, y hasta hernias del bulbo raquídeo al través del agujero occipital.

Es satisfactorio recordar en esta ocasión, que don Juan María Rodríguez inventó igualmente su maniobra, la que, por desgracia, se ha perdido en los escasos anaqueles donde se conserva la Guía Clínica del Arte de los Partos. Héla aquí: "Tercer tiem-

po: extracción de la cabeza. A menudo el más difícil, particularmente si falta el socorro de las contracciones uterinas. "Si la cara ve directamente abajo y atrás, si la nuca está simétricamente situada tras el cuerpo del pubis, y si sobre él descansa la región occipital, con la mano derecha se toman los dos pies, se les eleva y levanta el tronco, para facilitar la entrada de la izquierda, que, engrasada por el dorso, se introduce cuidadosamente deslizándola por el plano esternal, el cuello, la cara, avanzando siempre, hasta que la extremidad de los dedos llegue a la región occipital. Una vez allí, sepárense para abarcar la cabeza, y asida ésta lo mejor que se pueda, se hace el movimiento de báscula en el sentido de la flexión, conduciendo al propio tiempo el tronco hacia el vientre de la mujer. A la sazón, un ayudante inteligente aplica las manos sobre la región hipogástrica y comprime el tumor cefálico hacia abajo y atrás, para favorecer el movimiento de flexión y báscula que ejecuta y lleva a cabo el operador". **Conditio sine qua non:** "cara dirigida atrás y abajo, nunca tras el cuerpo del pubis, y región occipital sobre él". Con una sola de estas condiciones que falte, la conjugación de los diámetros del feto con los de la pelvis, "es humanamente imposible".

El último tiempo de dicha maniobra es en verdad el que corresponde a la inventada por Winckel, y precisamente como debe ser ejecutado: compresión de la cabeza **hacia abajo y hacia atrás**, o como a su turno lo aconseja Le Lorier, en la dirección de la frente, para ver de lograr mucho mejor la flexión.

Describiré ahora el procedimiento de don Carlos Tejeda Guzmán, considerado en la tesis que el autor escribió para presentarse en la oposición de Obstetricia Teórica, en 1889. Tejeda fué uno de los primeros pediatras mexicanos, a fines del siglo XIX, y supo de obstetricia. Dice que prestaba asistencia en un parto agripino, cuando al intentar la extracción de la cabeza introdujo la mano izquierda con la palma en supinación y los dedos un poco doblados, habiendo observado entonces que la cabeza caía fácilmente en el hueco de su mano; de manera que más tarde, después de haber analizado ese hecho casual, instituyó una maniobra que describe así: introducir la mano izquierda en dirección de la **cara cóncava** del sacro con la palma hacia arriba formando hueco o **vacío** entre ella y la cara del feto (vuelta hacia atrás en posición

directa); vacío que se forma por el abatimiento retrógrado de la extremidad de la mano —cara palmar y dedos— y elevación simultánea del carpo sobre el eje transversal de la articulación radiocarpiana. Así puede caer la cabeza en el referido hueco de la mano, y acto continuo terminar fácil y rápidamente la operación. Aseguraba don Carlos Tejeda que su procedimiento le dió buenos resultados muchas veces.

Rindo merecido honor a Tejeda Guzmán y me place el recordarlo; mas considero, fundándome en dificultades donde me he visto como actor o testigo, que el procedimiento dará resultados favorables sólo en pelvis capaces, fetos pequeños, perineos reducibles; es decir, en casos de plenitud eutócica, en los cuales no tenemos otra cosa que hacer sino dirigir los buenos pasos de la naturaleza. Aquí es oportuno citar a don Fernando Zárraga, inventor de cierta valva posterior para facilitar la entrada de aire hacia la cara del feto, mientras se ejecutan las maniobras de extracción. Tal discurrió Zárraga muchos años antes de que lo dijera De Lee en su obra. La mano de Tejeda Guzmán vendría a desempeñar, entonces, el papel de valva abatidora del perineo y la pared vaginal posterior. Pero no siempre se rinde el perineo; en todo caso, tenemos el recurso magnífico de la episiotomía profiláctica de desgarros, a la vez que amplificadora del camino vaginal.

Opina Metzger que la maniobra de Mauriceau es inútil en extracciones fáciles; júzgala ineficaz contra obstáculos de verdadera distocia; pero siquiera puede servir para orientar a la cabeza en posición transversa, en oblicua, después en directa, aunque sea insuficiente, como dice, para alcanzar buena flexión. Y son áureas las palabras que agrega: "Se interviene por temor de que el parto sea difícil; y en realidad hay que persuadirse de que, por lo general, el parto se vuelve difícil porque se interviene".

Aparte lo dicho, fuera de la deseable eutocia, nos veremos a menudo precisados a intervenir con recursos de verdadera cirugía. Primero el fórceps. Demelin aconseja tener a mano el instrumento; el cual es de preferirse a las tracciones de la maniobra de Mauriceau; y recuerda a la Sra. La Chapelle, para quien el fórceps en cabeza última era operación de **ineptos**, es decir, de ignorantes del beneficio que reporta la mencionada maniobra de Mauriceau. Pero la Sra. La Chapelle era sumamente hábil en el

arte de partear. También en México dijeron que sólo los "chambones" emplean el fórceps de Tarnier. Quién sabe, en tal caso, lo que se opinara acerca de la radiotransmisión. (1)

Aplicar fórceps en cabeza última, no siempre, en realidad, es fácil tarea: cabezas enclavadas, lo cual es hecho común en esta distocia, no permiten introducir las manos con libertad; y por otra parte, cuando al instrumento se recurre, ya se ha perdido tiempo en intentos manuales; y entonces se extraerá a niños muertos o con ese pobre soplo de vida que se revela por latidos precordiales casi inapreciables, en el pequeño organismo presa de la asfixia blanca. La necropsia podrá revelar en estos casos las lesiones causantes de la muerte.

Primerizas de edad avanzada, fetos de volumen excesivo, rigideces del cuello uterino, perineos gruesos y desprovistos de elasticidad, a la par que estrechez pelviana sometida a la prueba del trabajo, son factores con que el partero debe plantear el problema de la cesárea; y también se tiene el recurso de la sinfisiotomía frenada de Zárate, si las maniobras de extracción de la cabeza fracasaren. El corte del fibrocartílago de la sínfisis pubiana es rápido (uno o dos minutos); pero con el intento de ampliación de la pelvis puede ocurrir exactamente lo mismo que con el fórceps: que resulte extemporáneo, si se han perdido minutos preciosos en la ejecución de maniobras infructuosas de encajamiento y flexión.

Alguien ha dicho que las condiciones del parto agripino son comparables a las de toda procidencia del cordón umbilical; a lo que sumaremos las otras circunstancias que lo caracterizan y que atinadamente resume don Juan María Rodríguez: duración insólita del período de dilatación a causa de la irregularidad de la región toconómica presentada; expulsión de la mayor parte o de todo el líquido amniótico después de la ruptura de la bolsa (efectuándose el resto del alumbramiento "en seco", según expresión de la Sra. La Chapelle), debido a la imperfecta obturación del ori-

(1) La Sra. La Chapelle, o María Luisa Dugés, fué tía de un célebre naturalista muy estimado en México y que residió en la ciudad de Guanajuato: don Alfredo Dugés. El Sr. Dugés cultivó la Obstetricia, y zoólogo eminente, publicó en el periódico "La Naturaleza", un artículo donde reproduce la descripción relativa al parto de una elefanta, hecha por E. G. Sussdorff en el *New York Medical Journal*. Relato muy interesante. Y por su parte el propio Dugés comunica allí mismo el resultado de un examen histológico logrado en la mucosa uterina de la elefanta "Aida", perteneciente al Circo Orrín y muerta en Guanajuato en 1886.

ficio uterino por la extremidad pelviana; retracción considerable de la matriz para llenar el vacío que deja el líquido que se escapa; disminución proporcionada del calibre de los vasos placentarios, maternos y fetales; disminución o suspensión de los cambios osmóticos entre unos y otros; asfixia del producto, congestión de los centros nerviosos, **relajación del esfínter del ano y salida del meconio.**

Para Rodríguez, como se dijo, la expulsión de meconio en esta presentación es signo pronóstico de gravedad; pero Lantuéjoul y Brindeau, en nuestros días, opinan que, aparecido durante la expulsión, puede pensarse que sale por compresión del abdomen; y cuando el feto está alto, la expulsión indica "sufrimiento", sobre todo si el excreta llega a ser de color amarillento, después de haber mostrado color habitual y ya fué seguramente expulsado por completo. De todos modos, la explicación de Rodríguez es previosa.

Estimo que la detención de la cabeza y ciertas dificultades al practicar la maniobra de Mauriceau y de otras maniobras del mismo género, provienen en algunas ocasiones de una grave complicación, como lo es en efecto, el obstáculo poderoso, espasmódico, del cuello insuficientemente dilatado o de anillos de retracción. En aplicaciones de fórceps, ya en presentación de vértice, ya en las de pelvis, he tropezado con anillos o cuellos difícilmente reductibles; y tal circunstancia me da a pensar que en casos de detención de la cabeza debemos investigar, antes que nada, si hay retracción que impida el descenso. Puede asegurarse que el fracaso de maniobras extractivas reside, a las veces, en dicho obstáculo; por lo que es preciso vigilar a la parturiente, para saber hasta qué grado influye en la distocia el elemento espasmódico. Por último, una vez aparecidos los muslos fuera de la vagina, conviene sostener la energía cardíaca del niño con cardiazol u otro producto semejante. Naturalmente, en estos casos de distocia franca, la anestesia general.

No veo que la asistencia del parto agripino deba juzgarse confiadamente en el campo de la eutocia: es preciso averiguar, saber lo que opinan, acerca del particular, nuestros colegas; y con tal fin, esto es, para dar firmeza a mis ideas, resolví consultar a tocólogos de reconocida experiencia. Veamos de qué modo se sirvie-

ron dar respuesta a las dos preguntas que formulé: 1a. “¿La inversión por maniobras externas, en caso de no existir contraindicación para ejecutarla, es indispensable en la presentación de pelvis, o es preferible abstenerse de ella y esperar confiadamente el parto agripino?”. Y 2a. “¿Qué valor práctico concede usted a la **maniobra de Mauriceau**, y si es posible, debido o conveniente prescindir de ella en el parto pelviano eutócico?”

El Dr. don Ernesto S. Rojas contestó lo que viene a continuación.

“Creo que la versión por maniobras externas, en caso de que no haya contraindicación, **siempre debe efectuarse**, pues es mucho menos peligroso para un niño nacer de cabeza que de pelvis.

“La maniobra de Mauriceau, en mi concepto, se puede dividir en dos partes: sea la primera, la tracción del maxilar inferior del feto con los dedos del partero introducidos en la boca del niño, y la segunda: la tracción de la columna vertebral, colocando los dedos de la otra mano del partero montados sobre el raquis del niño y apoyándoles sobre las regiones supraclaviculares del feto. Así dividida la maniobra de Mauriceau, considero que la primera parte es muy útil en todo parto agripino, pues, por lo menos, lo hace más rápido; en cambio, la segunda parte de la maniobra de Mauriceau debe considerarse altamente perjudicial en todos los casos, y tengo la convicción de que por ella se me morían algunos niños. Meditando acerca del asunto, he creído que la muerte del producto sea debida a lesiones bulbo-medulares, provocadas por el estiramiento exagerado de la columna vertebral. Se me dirá, y con justicia, que nunca hay que hacer tracciones exageradas; cierto; pero ¿qué difícil es regular la fuerza cuando se está muriendo el niño porque no sale pronto!

“Intenté hacer la primera parte de la maniobra de Mauriceau con una mano, y con la otra la maniobra de Martin-Winckel; pero noté que, no teniendo apoyo la mano que hace el Mauriceau, resulta ineficaz la maniobra; por todo ello, en la actualidad hago la primera parte del Mauriceau con las dos manos, sin ejercer tracción, y ruego a un ayudante que efectúe la maniobra de Martin-Winckel, la que, hecha correctamente, es muy útil; mientras si no se ejerce la presión exactamente en el eje de la pelvis, resulta contraproducente y muere el niño.

“Creo necesario hacer las anteriores aclaraciones para poder contestar la pregunta en la siguiente forma: en todo parto agripino, aun eutócico, se debe hacer la primera parte de la maniobra de Mauriceau; pero **nunca la segunda parte de ella**. La maniobra de Mauriceau debe servir tan sólo para doblar la cabeza del feto, pero nunca para extraerlo”.

Lo importante de este proceder consiste en que el Dr. Rojas procura substraer al feto de toda acción traumática. Mauriceau dice, al describir su maniobra: “no debe el Facultativo contentar-

se con tirar solamente a la criatura por los hombros..."; aunque en el aforismo que señalé, recomienda otra cosa: "Se observará ei no sacar la criatura a tirones, sino solamente con movimientos suaves...".

Ahora bien: la maniobra llamada de Martin-Winckel fué ideada para extraer cabezas que no han descendido a la vez que no han girado, o que apenas se inician en la excavación. Veamos lo que dice el tratado de Döderleir: "También se pueden ocasionar lesiones de la columna vertebral y de la musculatura del cuello, por la tracción de los dedos colocados sobre la nuca, cuando se despliega gran energía". Entonces se discurrió impeler al feto por afuera, y apareció la maniobra de Martin-Winckel: "Se practicará de modo que el dedo medio de la mano interior... se introduce en la boca y se tratará primero de situar adecuadamente la cabeza; después, sin ejercer tracción especial en la cabeza o en los hombros, se intentará **descender profundamente la cabeza por presión ejercida desde fuera**. Con la cabeza situada alta, se consigue muy bien; pero si ésta penetró en la pelvis, la sola acción de la mano exterior ya no es eficaz". Por su parte, Stoeckel insiste en el peligro de las tracciones, y considera preferible lo que llama la "técnica de Martin", que describe en esta forma: "el autor introduce el dedo medio en la boca del feto, aplica el índice y el anular por fuera a las fosas caninas y el pulgar a la mandíbula inferior. Entonces se coloca la cabeza transversalmente con el occipucio en una excavación sacroilíaca, el diámetro pequeño transverso en el conjugado verdadero, con lo que el mentón desciende, y con una ligera presión desde arriba se hace posible el encajamiento de la cabeza en la pelvis".

La maniobra de Martin-Winckel fué instituída para casos en que la de Mauriceau no puede practicarse o fracasa en pelvis de relativa estrechez. Lo cierto es que ahora los tocólogos no prescinden, en cabeza última, de la compresión hipogástrica, a la manera de Martin-Winckel. Por último, los hechos demuestran que aun logrado el descenso del polo cefálico, cuando ya no se alcanza arriba de la sínfisis pubiana la cabeza del infante, ésta parece que se obstina con ahinco desesperado.

Y el tiempo urge. La vida del niño vuela. El partero es presa de impaciencia. Allí están el fórceps, un cuchillo sinfisiotómico,

tal vez salvadores. Mas qué desgracia, a pesar de todo, siendo la operación instrumental extemporánea, el niño no respirará.

El Dr. Rojas ha adoptado, por lo dicho y con fortuna, una maniobra mixta: Mauriceau-Martin-Winckel, como podríamos llamarla.

El Sr. Dr. Adrián Quirós Rodiles, catedrático de Clínica de Partos, tiene experiencia. Lacónicamente dice:

"La versión por maniobras externas, en caso de no existir contraindicación para ejecutarla, debe siempre intentarse, "INVITANDO" para ello al producto, valiéndome de esta expresión en la cátedra, para indicar la prudencia con que debe intentarse la maniobra.

"La maniobra de Mauriceau tiene valor muy relativo; sólo debe practicarse cuando haya indicación precisa para ello, conociendo los detalles de su técnica y completada, siempre, por maniobra abdominal".

Oí decir al Dr. Quirós Rodiles en una conferencia, hace algunos años, a propósito de la inversión por maniobras externas, que, en efecto, no hay que forzar al feto hasta lograr el fin propuesto de voltearlo; pues si existe brevedad del cordón umbilical, nada raro es encontrar muerto al niño, ya pocas horas después, ya al siguiente día. Esto, sin embargo, no invalida su opinión actual, pues su término "invitando" sugiere la realidad de la técnica.

Otro catedrático de Clínica de Partos, el Sr. Dr. Efrén D. Marín, opina como se ve después:

"No es indispensable (se refiere a la inversión por maniobras externas); pero es preferible el parto con una presentación de vértice y en posición anterior, a esperar tranquilamente la verificación del parto agripino.

La maniobra de Mauriceau es de utilidad indiscutible. Gracias a ella se puede flexionar completamente la cabeza del producto, dirigir el parto y evitar, hasta donde es posible, las desgarraduras del perineo. Prescindir de ella es posible; pero indebido".

El Dr. Marín, como se ve, es decidido partidario de la maniobra que venimos comentando.

El Sr. Dr. José Rábago, igualmente catedrático de Clínica Obstétrica en la Facultad de Medicina, a la vez que experto médico de maternidades, sustenta ideas que funda en experiencia y reflexión. Dice Rábago:

"De modo sistemático intento con prudencia la versión por maniobras externas en los casos de presentación pélvica durante el embarazo, prefi-

riendo hacerlo entre los ocho y los nueve meses, dado que antes de esa época la presentación es inestable y difícil de mantener.

"No dejo de reconocer que en una buena parte de los casos la presentación pélvica se debe a factores que estorban la correcta acomodación del feto y que, por tanto, en muchas ocasiones es imposible lograr la versión, y en otras muchas, aunque por lo pronto se logre poner al feto en presentación cefálica, recupera su antigua presentación.

"Las razones que tengo para ejecutar la versión por maniobras externas son las siguientes:

"Primera: el pronóstico fetal es mucho más favorable en la presentación de vértice que en la de pelvis, dado que en esta última, las estadísticas indican una mortalidad fetal de ocho a doce por ciento.

"Segunda: es mayor el número de intervenciones operatorias en los partos pélvicos que en los de vértice y, por lo mismo, mayores las probabilidades de traumatismo y de infección para la madre.

"No practico actualmente la maniobra de Mauriceau, clásica, que consiste en que con los dedos de una mano introducidos en la boca del feto, se hacen tracciones sobre el maxilar inferior, mientras que la otra las ejecuta sobre los hombros; pues considero que esta última mano, ejerciendo su fuerza en la articulación del occipital con el atlas, anula la flexión de la cabeza que se haya logrado con las tracciones sobre el maxilar inferior. Así pues, tan sólo introduzco los dedos de una mano en la boca del feto, y haciendo presión sobre el maxilar inferior, intento la flexión y la rotación de la cabeza; dejando la progresión o descenso de ésta a la mano de un ayudante que la empuja por el hipogastrio, al través de la pared abdominal.

"En las grandes multíparas y en el parto pélvico normal, en el cual se logra la dilatación completa del cuello, el parto de la cabeza última es tan fácil, que basta en ocasiones con levantar el cuerpo del feto hacia el vientre de la madre para que la cabeza salga de las vías genitales".

Contiene lo anterior una opinión más, de acuerdo con las que se sirvieron externar los señores Rojas, Quirós Rodiles y Marín, y particularmente el primero, que aconseja casi lo mismo, con el objeto de eludir el traumatismo del niño. Pero encuentro en Rábago un pormenor digno de atención: el de que la presión contra los hombros del feto, como recomendaba Mauriceau, anula la acción flexora de los dedos introducidos en la boca. Es razonable. ¿Qué nos queda? Exclusivamente la maniobra de Martin-Winckel, como una modificación perfeccionada de la clásica de Mauriceau.

De cuánto provecho han resultado las opiniones vertidas por cuatro distinguidos tocólogos mexicanos, para definir nuestro criterio. La escuela mexicana existe, y sus mejores prácticos procuran aguzar el entendimiento y señalar, fundados en su experiencia, el mejor camino para resolver la **distocia de cabeza última**.

El parto agripino eutócico quedó comprendido en la tesis razonable del Dr. Garza Ríos; pero el parto agripino es, al mismo tiempo, de los que más predisponen a perturbaciones graves: distocia, en efecto, por presentación de pelvis simple (frecuente); distocia por levantamiento de los brazos y extracción de la circunferencia biacromial; y distocia de cabeza última, más la distocia ocasionada por el fenómeno funcional de la retracción, acerca del cual he querido insistir. ¿Qué no serían de forzadas las maniobras de extracción en siglos pasados, cuando en textos de la época, como el de Levret, se consideran con minuciosidad los casos variados de permanencia en el útero de cabezas arrancadas, y se describen complicadas técnicas para la extracción correspondiente!

Y doy término, mencionando a De Lee con su bello pensamiento: "La extracción del niño en presentación pelviana, si es ejecutada con habilidad, se puede considerar como una de las operaciones más brillantes; y si las complicaciones son sucesivamente dominadas sin lesión para la madre y el niño, alcanza lugar entre las técnicas más difíciles de toda la Cirugía". Cual si dijésemos: la elegancia, la estética de muchos operadores norteamericanos. ¿Y por qué los mexicanos, en nuestra escuela, no hemos de procurar el arte en el ejercicio de la tocurgia?

CONCLUSIONES

1a.—El trabajo del Sr. Dr. Atanasio Ríos es feliz comprobación de que el parto agripino **eutócico** queda incluído entre los hechos de la experiencia obstétrica, aunque el tocólogo debe tener presente el dubitable resultado que expresa Adolfo Pinard: ¿nacerá en mis manos un niño vivo, cuando va a nacer de pies?

2a.—Las perturbaciones distócicas del parto agripino pueden ser inesperadas, de última hora, y casi siempre de pronóstico grave y aun mortal para el niño; y en cuanto a la madre, queda expuesta a todos los riesgos del traumatismo obstétrico. Con razón los puericultores consideran desfavorable que tenga que nacer un niño en presentación pelviana. Grave perturbación distócica es el fenómeno de la **retracción uterina**, tan explicable en este parto.

3a.—**El parto agripino puede ser bueno en la práctica; pero el de vértice es mejor.** Débese, por tanto, recurrir a la inversión

por maniobras externas, siempre que no haya contraindicaciones definidas.

4a.—En la ejecución manual de la inversión por maniobras externas, se procederá con exceso de precauciones, y no tan sólo “invitando” al feto a que se invierta bajo la dirección y vigilancia nuestras, sino también con el propósito de **invitar a la matriz**. Tal invitación se logra bajo los habituales preparativos, y sobre todo con el uso de sedantes siquiera con cuarenta y ocho horas de anticipación.

5a.—La cabeza última, cuando no hay desproporción céfalo-pelviana, puede ser extraída fácilmente sin necesidad de la manobra de Mauriceau.

6a.—Está demostrado que la manobra de Mauriceau es peligrosa por el traumatismo grave que puede ocasionar. Tocólogos mexicanos usan de manobra mixta: Mauriceau-Martin-Winckel; y otros, prefieren la exclusiva de Martin-Winckel.

7a.—La fuerza ejercida en los hombros del feto, como tiempo de la manobra de Mauriceau, anula la flexión requerida para facilitar la extracción.

8a.—Olvidada por los parteros modernos de México, la manobra de nuestro compatriota y maestro don Juan María Rodríguez, se procurará ponerla en práctica: es un recurso más, perfectamente fundado.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—L'Art des Accouchemens, démontré par des principes de Physique et de Méchanique; pour servir d'introduction & de base a des Leçons particulières. Par M. ANDRE LEVRET, Accoucheur de Madame la Dauphine, etc.—Troisième édition. A Paris. MDCCLXVI.
- 2.—Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux, avec des remarques sur ce que a été proposé ou mise en usage pour les terminer; et de nouveaux moyens pour y parvenir plus aisément. Par M. A. LEVRET, du Collége et de l'Academie Royale de Chirurgie Accoucheur de Madame la Dauphine, etc.—Quatrième Edition. A Paris. MDCCLXX.
- 3.—Principes sur l'Art des accouchemens, par demandes et réponses, en faveur des élèves sages-femmes. Feu BAUDELOCQUE. A Paris. MDCCCXXI.

- 4.—Pratique des Accouchemens, ou Mémoires et observations choisies, sur les points les plus importants de l'Art; par Mme. LACHAPELLE. A Paris. 1825.
- 5.—Preceptos generales sobre las operaciones de los partos. Este tratado es una exposición completa del arte obstetrica, en el qual se explican con la mayor claridad todas las diferentes especies de partos. Está adicionado con advertencias y notas de lo mejor que han escrito los profesores modernos; ilustrado con observaciones prácticas muy instructivas, y adornado con láminas finas. Escrito particularmente para la instrucción de los cirujanos partidarios. Por don JOSEPH VENTURA PASTOR, Cirujano del Hospital General de la Pasión de esta Corte.—Madrid, M.DCC, LXXXIX.
- 6.—Clínica de Obstetricia. Parto a término natural del embarazo; presentación pelviana en segunda posición. Inversión del producto por maniobras externas y expulsión natural y feliz en primera de vértice. Extracción de la placenta. Puerperio fisiológico.—JUAN MARIA RODRIGUEZ.—México, 6 de marzo de 1872.—“Gaceta Médica de México”, Tomo VII, No. 6, pág. 103.
- 7.—Clínica de Obstetricia. De la versión. México, 2 de septiembre de 1869.—JUAN MARIA RODRIGUEZ.—“Gaceta Médica de México”, Tomo IV, 1869, No. 18, pág. 282.
- 8.—Brevísimas consideraciones sobre el parto por la extremidad pelviana.—MANUEL RAMOS.—México, 8 de marzo de 1880.—“La Escuela de Medicina”, Tomo 1, No. 17.
- 9.—Estudio acerca de las presentaciones y posiciones del feto.—RICARDO VERTIZ.—Tesis para examen profesional.—México, 1871.
- 10.—Consideraciones sobre algunos puntos de Obstetricia. Tesis para la oposición a la plaza del profesor adjunto de Obstetricia Teórica.—CARLOS TEJEDA GUZMAN.—1889. México.
- 11.—Versión por maniobras externas.—FRANCISCO G. DOMENZAIN.—Tesis para examen profesional.—México, 1874.
- 12.—Leçons de Clinique Obstétricale professées a l'Hopital des Cliniques. Par J. A. H. DEPAUL.—Paris, 1872.
- 13.—Traité Pratique d'Accouchemens par le Dr. A. AUVARD.—Paris. 1898.
- 14.—Essai d'une Histoire de l'Obstétricie. Par ED. GASP. JAC. DE SIEBOLD.—Traduit de l'Allemand par F. J. Herrgott.—Paris, 1891.
- 15.—La Obstetricia en México.—Dr. NICOLAS LEON.—Partes 1a. y 2a.—México, 1910.
- 16.—Parto pélvico, región incompleta, modo de nalgas. Artículos de Obstetricia.—FERNANDO ZARRAGA.—México, 1911.
- 17.—WILLIAMS.—Obstetricia. Libro de texto para estudiantes y médicos, por Henricus J. Stander, Dr. en Med. 7a. edición norteamericana. Versión en español por el Dr. Isidro Espinosa y de los Reyes y el Dr. José Rábago. México.

- 18.—Estadística de mortalidad fetal en los partos en presentación de nalgas, de la Clínica de Pisa, y enseñanzas terapéuticas que de ellas derivan.—Dott. V. BENI.—*Annali di Ostetricia e Ginecologia*. 1935.
- 19.—Les Opérations en Obstétrique. La présentation de siège. La version. Par A. BRINDEAU et P. LANTUEJOL.—Paris, 1937.
- 20.—Cours d'Accouchements donné a la Maternité de Liège.—Dr. N. CHARLES.—Paris - Liège. 1903.
- 21.—Manuel del'Accoucheur. Par A. DEMELIN et L. DEVRAIGNE.—Paris. 1934.
- 22.—Obstetrícia Operatória. Pelo Profesor RAUL BRIQUET, lente Catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de Sao Paulo. 1932. Sao Paulo.
- 23.—Traité du Palper Abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manoeuvres externes.—A. PINARD.—Deuxième Edition. Paris, 1886.
- 24.—La Pratique de l'Art des Accouchements. Publiée sous la direction de A. BRINDEAU. Artículo: Presentación du siège.—V. LE LORIER.—Paris, 1927.
- 25.—La Pratique de l'Accoucheur en clientèle.—L. A. DEMELIN.—Paris, 1928
- 26.—The Principles of Obstetrics.—JOSEPH B. DE LEE.—Philadelphia. 1918.
- 27.—L'Accoucheur Moderne.—ADRIEN METZGER.—Paris, 1928.
- 28.—Tratado de Partos, demostrado por principios de Física y Mecánica, por Mr. ANDRES LEVRET, del Colegio y Academia Real de Cirugía, Comadrón de Madama la Delfina, etc. Traducido al castellano por don Félix Galisteo y Xiorro, profesor de Cirugía en esta Corte. En Madrid. Año de 1778.
- 29.—Guía Clínica del Arte de los Partos, por JUAN MARIA RODRIGUEZ.—Tercera edición.—México, 1885.
- 30.—Tratado de Obstetricia bajo la dirección del Prof. Dr. W. Stoeckel, Director de la Clínica de Mujeres de la Universidad de Leipzig. Traducción en español. Valencia-Barcelona. 1924.
- 31.—El desiderátum de la moderna Escuela Tocológica Mexicana. Tesis presentada al jurado calificador en el concurso abierto para optar la plaza de adjunto a la clase de obstetricia de la Escuela Nacional de Medicina.—Por GENARO ALCORTA.—México, 1882.