

Alumbramiento provocado (*)

Por el Dr. MANUEL MATEOS FOURNIER,
académico de número.

Haciendo algunas consideraciones previas, voy a referirme al período del parto que concierne a la expulsión de los anexos del feto, o sea al período que comienza desde que termina el parto fetal hasta el vaciamiento completo del contenido uterino. Y hago esta aclaración, porque frecuentemente se entiende por alumbramiento, al parto fetal mismo, aun teniendo en cuenta la razón etimológica del término.

Desde hace largos años, aprendí que los accidentes del alumbramiento estaban relacionados con la falta de respeto a los fenómenos fisiológicos del mismo y siempre estuvo viva en mi mente la idea de que la inexperiencia del médico, la ignorancia y desconocimiento del proceso normal del despegamiento y expulsión de la placenta y membranas, lo orillaban a practicar maniobras intempestivas, causantes de una perturbación inmediata del mismo, con sus más graves consecuencias: la hemorragia y otras complicaciones del puerperio.

Lo mismo también aprendí del primer período, o sea del parto fetal, y siempre se consideró un error el intervencionismo de cualquier tipo, unas veces aduciendo razones inconsistentes, como es la supuesta acción nociva de las maniobras de ayuda al mecanismo normal del parto, y otras el riesgo de la infección puerperal tan temida antes y ya en proporciones mucho menores hoy.

Pero hay algo que siempre fué preocupación constante para mí, como puede haber sido para todos aquellos que cuidan de las mujeres en el parto: la lentitud de ese proceso, en la generalidad de los casos intensamente doloroso, que vivíamos tan cerca con nuestras enfermas, en una actitud de pasividad y de espera enloquecedora para quien sufre y quienes la rodean, revelación de la profunda oscuridad de nuestra ciencia y más aún de esta especialidad, en donde el médico permanece atado, por una compleja amalgama de preceptos y prejuicios clásicos que inmovilizan su

(*) Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 20 de octubre de 1946.

mano y detiene su acción. Y es esa la misma razón por la cual en otra época el tocólogo ha sido visto con cierta altivez por parte de los cirujanos y demás especialistas, porque su papel se ha limitado por muchos años, a dejar los procesos su curso prolongado, no importando el dolor, al cabo es ese el destino de la mujer, grabado por la maldición bíblica, y que no hay que cesar remediar bajo pena de sufrir las consecuencias.

Vistos con menosprecio, por encontrar este arte primitivamente encomendado a las mujeres mismas sin conocimientos y que sólo tenían en su haber la experiencia personal de uno o varios partos. Encomendado también a brujas y hechiceras que daban bebedizos, recomendaban posiciones y masajes. En algunas partes del mundo, los sacerdotes de diferentes religiones actuaron; pero casi siempre auxiliando sólo la parte espiritual, hasta que aparecieron las comadronas o parteras de oficio que a través de los años se han venido modificando, desde aquella que le caracteriza el empirismo más absoluto hasta la partera técnica de la actualidad, que aun así, no sirve en lo general, sino para menesteres intrascendentes durante y después del proceso del parto.

Sin embargo, hace unos cuantos siglos, el cirujano ha intervenido para aliviar los casos difíciles y la historia de la obstetricia enseña instrumentos de embriotomía y da reglas para su práctica. Habla de cesáreas practicadas en la antigüedad y poco a poco la obstetricia ha venido ganando terreno y haciéndose más científica a paso muy lento, pero seguro, hasta el momento actual, en el que el tocólogo es un cirujano especializado en toda la amplitud del término, que hace cirugía ginecológica y que ya no se auxilia en sus problemas como hace pocos años, de cirujanos generales, que en realidad saben menos de los problemas de la especialidad.

La obstetricia, pues, así como puede considerarse rama de la medicina, lo es también de la cirugía; en el parto propiamente se actúa como en todo caso quirúrgico, con las reglas que este arte impone, y en los actuales momentos los problemas se resuelven con operaciones que cada vez más se practican en relación con otras épocas, aun cuando no exista más indicación que el sufrimiento materno intenso, a pesar de que se esté sucediendo un mecanismo de parto calificado de fisiológico.

Razones incuestionables, dentro de esta lenta evolución de la especialidad, hicieron nacer la escuela abstencionista que en determinados sectores priva en la actualidad, caracterizando a los médicos parteros como "recibidores de niños y placentas", expertos en chascarrillos y tomadores de café y coñac, lenitivo en sus largas vigiliias y esperas y disfraz casi siempre, de resonante ineptitud. Me lo explico, por la forma de atender a las parturientas en los domicilios, con escasos recursos y ninguna colaboración técnica y con marcada deficiencia en los elementos y la asepsia. Pero el parto en los actuales momentos, en los medios civilizados es otra cosa; es el ambiente hospitalario, es la sala de operaciones, la mesa especial, los campos con ropa estéril, los guantes de hule y el instrumental aséptico, la asepsia y la antisepsia externa e interna, la anestesia y la colaboración de un personal adiestrado.

Por eso es que los preceptos de Semmelweis basados en los geniales trabajos de Pasteur, han venido sufriendo modificaciones en su aplicación, habiéndose conquistado una enorme mejoría en la morbilidad y mortalidad de los procesos, a pesar de que antes las operaciones eran prácticamente raras.

Sin embargo, actualmente, ameritados maestros y distinguidos especialistas proscriben maniobras internas y tactos y, en ciertas instituciones, es delito la exploración vaginal y se sanciona. Así lo he visto también en el extranjero en determinados sitios y así se lee en los tratados ejemplares y clásicos.

A pesar de esto, hace muchos años que me he salido de estas normas en el ejercicio de la especialidad y poco a poco y cada vez más convencido, he venido rompiendo el clasicismo, buscando dentro de nuestros recursos, el fin supremo: abreviar el sufrimiento y actuar con seguridad. Y llevadas a cabo las prácticas necesarias para esto, como es la exploración vaginal, la ayuda manual de los procesos normales y las intervenciones obstétricas sin limitaciones absurdas y dentro de sus prontas y precisas indicaciones, con los cuidados de asepsia y antisepsia necesarios, aseguro con toda verdad, a través de una muy vasta experiencia, la falta de morbilidad especial y mucho menos de mortalidad.

Además de estas razones, hay algo que es necesario intentar si no aclarar, cuando menos mencionar y que se discute desde

hace más de 100 años: si el embarazo y el parto son procesos normales o son estados patológicos, porque si son normales no hay que hacer nada y si son patológicos, hay que hacer algo, y eso es aplicar la terapéutica médica o quirúrgica según la indicación.

¿El embarazo es un estado fisiológico? Pudiera ser que sí; pero no lo creo, a pesar de que millones de seres han pasado por ese estado indefectible como una casi necesaria consecuencia del acto sexual. Es un hecho real que las mujeres sufren desde muy pronto y se sienten muy enfermas y padecen físicamente mucho y su organismo se desequilibra constantemente en sus funciones en más o menos, pero siempre; cuando muy poco les pasa, no dejan de tener los trastornos mecánicos de la preñez, que implica un cuerpo extraño y voluminoso en el abdomen, que comprime las demás vísceras, que pone obstáculo a la circulación fácil, que da dolores múltiples, que desvía los órganos, que altera el metabolismo, el sistema nervioso, la digestión, la respiración, la marcha, etc. Un cuerpo extraño, que es el feto, que produce toxinas en su proceso de desasimilación y que altera la célula hepática y que perturba frecuentemente el riñón, expoliando las funciones cuya potencialidad no siempre responde a las necesidades, quebrantándose el equilibrio con sus consecuencias.

Y a todo esto le llamamos fisiológico; y a la pobre mujer que vomita, a la que se desmaya, a la que le quema la feroz hiperclorhidria, a la que le duele el pubis y cintura porque se están ablandando las articulaciones como fenómeno de preparación para su parto, a la que se le están cariando las muelas, a la que tiene hemorroides, a la que los senos y vientre se le relajan, rompiéndose la dermis y gravándose perpetuamente de cicatrices, deformidades y eventraciones, a las que les aparecen cloasmas y edemas que tanto las hacen sufrir porque se sienten feas, etc., etc., hay que decirles que **todo es natural**, y que ellas mismas se lo buscaron.

Y luego el parto con sus largas horas de dolor, muchas veces intenso hasta la locura, con las compresiones y distensiones brutales que presupone el acto, con sus desgarrros de tejidos, con sangre en abundancia, con una mortalidad variable en su porcen-

taje según la época y el medio, pero cuya amenaza se cierne siempre sobre la vida de la mujer; y también hay que decirle que toda esta desventura es natural, que todo el riesgo y sufrimiento es fisiológico.

Dice el profesor Joseph de Lee que las consecuencias de los partos son incalculables y que los hospitales se llenan de miles de mujeres que se atienden de sus efectos, y que en Norte-América se calcula por año una mortalidad de 25,000 mujeres por el parto y sus consecuencias. En nuestro medio no tenemos cifras precisas; pero es lógico suponer que la proporción es peor.

Así, pues, la consideración de que el parto es un acto fisiológico, es otra de las razones por las cuales se ha caminado tan despacio en la obstetricia. Y no hay que meter la mano, porque se perturba la fisiología del acto; y no hay que hacer una dilatación, porque se está haciendo fisiológicamente; y no hay que dar anestesia porque se perturba la fisiología del músculo uterino; y no hay que hacer nada por la placenta, porque se altera la fisiología del despegamiento; no hay que meter antisépticos a la vagina, porque se modifican las defensas naturales, etc., etc.; y mientras tanto, la mujer aguantando el sufrimiento que le impone el término de "fisiológico", creación misma del hombre para su propia desventura.

Repito que, dentro de los recursos del momento y en desacuerdo completo con esas ideas abstencionistas, he ido olvidando los preceptos clásicos para considerar a las embarazadas, parturientas y puérperas, como mujeres enfermas, y he recurrido y he intentado a la medida de mis fuerzas aliviar sus males, desentendiéndome además de consideraciones místicas que las tienen sentenciadas a un destino irremediable. Y es así como hemos experimentado anestésias de todos los tipos, aunque sin haber encontrado aún aquella que pueda considerarse ideal; pero con la esperanza de que alguna vez llegue la definitiva. Y por lo pronto, si no ha sido posible sin inconvenientes serios suprimirle el dolor desde que se anuncia, sí hemos podido mitigarlo, ya usando analgésicos, antiespasmódicos e hipnóticos de distinto tipo, ya usando el "sedator", de óxido nitroso y de cuyo empleo y enormes ventajas hicimos comunicación especial en la tercera Asamblea Nacional de Cirujanos

y que dejamos de usar después, por falta de gas; ya utilizando anestesia por inhalación de diversas clases, y no tan engañadoramente como se acostumbra, sino en forma completa aunque no profunda, compensando la debilidad de contracciones que su uso origina, con el empleo sistemático, menos en sus contraindicaciones, de productos ocitócicos de poder, como la pitruitina, cuya dosis media usual ha sido de 10 unidades.

A esto hemos agregado poco a poco, una serie de maniobras conocidas de tiempo atrás con el nombre de "parto médico" o de "parto dirigido", que consiste además del uso de analgésicos y antiespasmódicos, en la rotura artificial e intempestiva de la bolsa amniótica, anestesia y extractos pituitarios; vamos más allá de estos métodos y hacemos dilatación manual de vulva, vagina y cuello, previas instilaciones de solución de mercurocromo al 10% complementadas con el uso sistemático de la expresión de Kristeller, practicada con los cuidados necesarios. Frecuentemente calculamos varias horas de sufrimiento suprimidas a la mujer por estas maniobras; y en múltiparas de cuello uterino blando, los partos así artificialmente acelerados parecen de magia, ya que las mujeres entran por su pie a la sala de operaciones con molestias perfectamente tolerables y en pocos minutos, sin instrumentos y con un traumatismo mínimo, despiertan de la narcosis totalmente libres de su embarazo. Justo es decir que no se aplica el procedimiento en igual forma a todas las mujeres, pues hay múltiples factores que hacen variable su aplicación, como es el volumen del feto, la posición, el grado de dilatabilidad del cuello, etc., etc.; pero cualesquiera que sean las circunstancias, la ayuda es factible, eficaz e inocua. Desgraciadamente, no es posible hacerla tan temprana como fuera deseable, pues la iniciamos habitualmente cuando el cuello tiene 4 ó 5 cms. de dilatación y tiene condiciones especiales de dilatabilidad, que cuando se halla en su grado apetecible, permite terminar el acto del parto en un término no mayor de 10 minutos. En la presentación de nalgas, lo hacemos igualmente rápido por extracción manual del producto.

No habré de insistir en detalle del procedimiento, por no ser el punto principal por desarrollar. En alguna comunicación pos-

terior podremos hablar con toda amplitud del asunto, analizando cada una de las maniobras con sus peligros e inconvenientes y de acuerdo con nuestra experiencia y estadísticas personales. Lo menciono porque el **"alumbramiento provocado"** forma parte de este sistema que hemos adoptado y que dentro de nuestros recursos actuales, nos parece el mejor procedimiento, ya que terminado el parto fetal, dentro de los dos siguientes minutos tenemos la placenta y sus membranas fuera, en una forma positivamente exangüe. A principios del año de 1942, visitando algunas clínicas en Estados Unidos y estudiando su forma de trabajo, vi en Filadelfia en uno de los hospitales más importantes, que cuando el producto al nacer desprendía el hombro anterior, una enfermera, al mismo tiempo, inyectaba ergotrate por vía intravenosa, poniendo inmediatamente después una mano sobre el vientre de la enferma y bajo las compresas, para advertir la primera contracción uterina, la cual habitualmente se presenta dentro del primer minuto que sigue a la inyección, momento en el que era avisado el médico, quien practicaba expresión inmediata y conseguía la expulsión de la placenta y membranas, que vi salir con gran facilidad y con una mínima, casi insignificante pérdida de sangre.

Recordábamos la proscripción de los derivados del cornezuelo de centeno antes de la expulsión placentaria, y más de una vez reprendimos a enfermeras y practicantes que por descuido usaron ergotina intramuscular con la placenta adherida o retenida en el útero. Por varios años también enseñamos a los alumnos a respetar el procedimiento fisiológico de despegamiento y siempre temimos el encarcelamiento de este órgano, por el uso que considerábamos inadecuado de estas drogas.

Así lo hice saber al Dr. Cosgrove, jefe del Servicio, indicándole que el procedimiento era una violación a las leyes clásicas y fisiológicas del alumbramiento: "Todas sus razones son exactas me dijo; pero hay 5,000 casos registrados en este Hospital, atendidos por este procedimiento, y no tenemos queja. Mientras la "estadística no nos demuestre lo contrario, seguiremos usándolo "a pesar de todas las argumentaciones por lógicas que puedan "parecer."

Vivamente impresionado por esta novedad, comencé a practicarlo en nuestro medio, al principio con gran temor en verdad, pero cada vez con más frecuencia y seguridad hasta los actuales momentos, en que a través de muchos casos, cuyos datos estadísticos personales menciono más adelante, he llegado a la conclusión de que, además de ser este procedimiento la continuación del mismo lineamiento en la atención del parto fetal que enuncié antes, es un procedimiento estupendo.

El antiguo y tan discutido procedimiento de Credé, no es verdad lo mismo. Se concreta éste, a la expresión practicada media hora después del parto fetal, actuando por lo tanto sobre la placenta desprendida; y aunque algunos autores han querido calificar de Credé a toda expresión uterina en el alumbramiento, éste según su autor, se constriñe a una maniobra especial de expresión, que se hace en un tiempo determinado. Aquí se trata en verdad, de una provocación del proceso, en forma intempestiva; de un despegamiento violento y artificial de la placenta por una intensa contracción que le origina la inyección intravenosa de una sustancia; y el aprovechamiento de ese instante, para la expulsión inmediata de este órgano; una maniobra auxiliar, no de expresión sino de presión sobre el fondo uterino. Por eso le llamamos "provocado", sin que éste sea el calificativo adoptado por los médicos norteamericanos que lo idearon.

Según los conceptos clásicos, dos son los mecanismos de despegamiento de la placenta: el de Schultze, también llamado Beau-delocque, y el de Duncan. En el primero, el despegamiento se inicia en la parte media de la placenta en donde se hace un derrame sanguíneo, que creciendo en dimensiones va haciendo la separación mayor y mayor, coadyuvando el peso del órgano que se invierte, arrastrando a las membranas y deslizándose hacia el segmento inferior, hasta que es expulsado por la acción de la prensa abdominal puesta en juego, al llegar la placenta a la vagina, cuya presencia origina presión local y tenesmo.

En el mecanismo de Duncan, el despegamiento se inicia por el borde, apareciendo en la vulva la cara materna de la placenta. A veces, existe un mecanismo mixto en donde el despegamiento que se inicia por el centro como el Schultze termina por el borde, expulsándose la placenta por el mecanismo de Duncan.

¿Qué es lo que vemos en la clínica? Una fase llamada de reposo fisiológico, que dura de 5 a 20 minutos y que es el período que transcurre entre la expulsión del feto y la primera contracción uterina que inicia el despegamiento. El útero está entonces al nivel del ombligo y de forma globulosa; pero a partir del momento en que se inician las contracciones, se hace alargado, disminuye su diámetro transversal y asciende hasta el borde costal, frecuentemente el derecho, cuando se desprendió la placenta por el primer mecanismo o de Schultze. Esto es debido a que la placenta desciende al segmento inferior, el cual se aprecia al exterior como un abombamiento suprapúblico; pero además por la acumulación de sangre que se hace arriba de la placenta y cuya proporción es variable, pero casi siempre de cierta consideración, fluctuando su cantidad en 300 a 400 c.c. como término medio y que muy frecuentemente llega a 500 ó 600 c.c.

Al expulsarse la placenta por ese mecanismo sale al exterior por su cara fetal, es decir invertida, y colectando esa sangre, líquida en parte y coagulada en el resto, dentro de la bolsa que forma las membranas. Sigue a la expulsión de estos órganos, alguna pérdida mayor de sangre, que aparece cuando se relaja el músculo uterino y que cesa cuando se contrae. El útero fatigado por proceso de parto prolongado, por lesiones inflamatorias antiguas, por multiparidad o vejez, hace la contracción del post-alumbramiento, débil o poco persistente, continuándose entonces una hemorragia más importante.

Cuando el despegamiento se hace por el segundo mecanismo o sea el de Duncan, además de las manifestaciones clínicas apreciadas por el abdomen, se observa que a cada contracción uterino sale una buena cantidad de sangre, variable en su cantidad, pero que frecuentemente alarma. La repetición de este fenómeno, que lleva como objetivo el despegamiento placentario, deja a veces a las enfermas en estado inquietante de anemia aguda, que se manifiesta por frecuencia y debilidad del pulsó, palidez, sudor frío, inquietud general, etc.

En resumidas cuentas, es necesario fisiológicamente un lapso que promedia en 30 minutos para que el alumbramiento se efectúe fisiológicamente, tiempo durante el cual la mujer tiene

contracciones que para ella significan más dolores (casi siempre tolerables), pero que se traducen en una pérdida de sangre, frecuentemente considerable. El antecedente de juventud y vigor especiales, les permite tolerar esas pérdidas con leve riesgo y sin consecuencias futuras. Pero en las mujeres débiles y anémicas o de resistencia física precaria, es de especial importancia la pérdida, desde el punto de vista peligro inmediato y desde el punto de vista porvenir de la enferma. Es el tipo de enfermas que nos asusta por sus prontas y alarmantes manifestaciones de anemia aguda, a pesar de una hemorragia que se considera normal. Es el tipo habitual de púerperas, que se levantan con cara intensamente pálida, ojeras profundas, labios exangües y que arrastran los pies en una actitud de debilidad extrema, como si convalecieran de larga y penosa enfermedad.

En el procedimiento que tratamos, no hay espera, pues la inyección se hace al estarse haciendo la expulsión del producto. La contracción primera y útil se presenta dentro del primer minuto que sigue a la inyección, y por lo tanto se utiliza la misma anestesia sin interrupciones, para hacer la presión sobre el útero sin ocasionar dolor. No hay formación de hematoma retroplacentario y el procedimiento no permite colección de sangre en el útero, pues el despegamiento se hace en una sola y vigorosa contracción, la que persistiendo enérgica garantiza la hemostasis inmediata y conjura las hemorragias del post-partum. La expulsión se hace prácticamente sin sangre.

Desde los tiempos más remotos el alumbramiento ha sido una preocupación constante de los médicos, por cuanto significa el peligro de hemorragia. Y nosotros lo sentimos a pesar de muchos años de ejercicio profesional y vasta experiencia, y esperamos con inquietud e incertidumbre este trance, tan a menudo dramático. Los adelantos modernos, medio hospitalario, sueros, transfusiones, taponamientos, etc., etc., han disminuído la mortalidad; pero sigue amenazadora y grave aún. Según estadísticas presentadas por De Lee, 1,500 mujeres mueren anualmente en la Unión Americana a consecuencias de hemorragia en el parto, y conste que hablamos de un país donde la cultura médica de la gente es de las mayores y donde pobres y ricos cuentan con el mayor número de elementos y cuidados.

Credé hizo una gran escuela mundial de su procedimiento y, primeramente aceptado, fué poco a poco olvidándose considerándosele un intervencionismo exagerado, peligroso e innecesario. Solamente que hay que tener en cuenta que en aquella época no habían ergotrate, y el método era por demás aunque parecido, distinto.

Multitud de ideas han sido dadas. El abstencionismo absoluto (Ahfeld), la posición en cuclillas (Lichtenstein), la inyección de líquidos por el cordón (Gabastou), tracciones sobre el cordón (Mariceau), etc., etc., y todas han tenido épocas, defensores y detractores, ventajas e inconvenientes. En los actuales momentos, excepción del procedimiento que trato, priva el criterio abstencionista. Pero, ¿cuánto tiempo es necesario esperar?

Hay una serie de signos para determinar que la placenta se ha desprendido, aunque esto no sucede a veces espontáneamente o en forma muy tardía. El descenso progresivo del cordón (Ahfeld); la transmisión de pequeñas tracciones sobre el cordón a la mano colocada en el fondo uterino (Fabre); la presión sobre el útero que transmite un descenso del cordón y el cual no reacciona al soltar, cuando se ha hecho ya el despegamiento (Klein); como la presión por encima del pubis con el borde cubital de la mano, lo que provoca ascenso del cordón, en la vagina, cuando la placenta está aún adherida (Kutsner); y otros signos más de menor importancia como el signe de Strassmann y Hochenbichler, junto con los cambios de volumen y forma de útero. Todo este complejo, automáticamente deja de ser útil, al adoptar la práctica del **"alumbramiento provocado"**, como cualquier cálculo de tiempo o de espera también resultan absolutamente innecesarios.

El ergotrate y la técnica de su aplicación

Es un medicamento que elabora la casa Eli Lilly de E.U.A., derivado del cornezuelo de centeno. Desde principios del siglo pasado, se iniciaron los estudios sobre este micelium del hongo denominado "claviceps purpurea", habiéndose descubierto una regular cantidad de principios activos de cuyos detalles farmacológicos y farmacodinámicos no voy a hacer mención. El punto de

vista central ha sido el encontrar un producto libre de muchos otros alcaloides, de efecto ocitóico, energético y constante.

A la base libre de estos extractos acuosos se le denominó "ergonovina", presentándolo la casa Lilly como una sal, el maleato de ergonovina, conocida en el comercio con el nombre de ergotrate.

Tiene de importancia digna de mención, no modificar la tensión arterial, como otros preparados de cornezuelo, no alterar la excreción urinaria y ser 3 ó 4 veces menos tóxico que la ergotamina y la ergotoxina según experiencias sobre animales de laboratorios, y, además, una manifiesta superioridad de acción sobre otros productos conocidos.

Las ampollitas son de 1 c.c. conteniendo 0.2 miligramos de maleato de ergonovina. En general, se usa a la dosis de una ampollita intramuscular o endovenosa; pero nosotros en ciertas ocasiones hemos usado dos, sucesivamente una de la otra, cuando como algunas veces sucede, a pesar de la primera inyección, han seguido sangrando las enfermas. La casa Lilly recomienda no usar nunca más de dos ampollitas. Para el "alumbramiento provocado" sólo utilizamos la vía intravenosa.

Las tabletas contienen la misma dosis y se utilizan con iguales fines durante el puerperio. Esta fase de aplicación del medicamento no es del caso presente en estudio, por lo que no hacemos sino mencionarlo.

Sería prolijo enumerar la gran cantidad de estadísticas consignadas en diferentes publicaciones de los diversos médicos que han utilizado esta droga inyectada antes del alumbramiento, con el fin de acortar el tiempo de su proceso espontáneo, evitando pérdidas innecesarias de sangre, así como hemostasis permanente post-partum. Se cuentan entre los principales defensores del procedimiento a Edward Davis, Boynton, Diddle, Harry Pearse, James Manley, Arnell, Cosgrove, etc., etc., de diferentes partes y distintos hospitales de la Unión Americana. La experiencia global, que asciende a varios miles de casos, es que su aplicación es ventajosa y de resultados muy satisfactorios. Cada quien hace consideraciones especiales de ventajas e inconvenientes y a través de amplia casuística la aceptan como el mejor procedimiento.

La experiencia personal del que esto escribe es como sigue:

Casos de alumbramiento provocado sobre los que se conserva historia clínica completa de la clientela privada. 1,018

(No se cuentan los casos atendidos en el Sanatorio de Hacienda en donde tanto el que esto escribe como algunos médicos internos siguieron esta práctica. Tampoco algunos casos del Hospital Juárez y de la clase de Clínica de Obstetricia por no conservarse documentación).

Número de estos casos en que se retuvo la placenta totalmente. , , ,	42 ó sea 4.1%
Número de casos en que se retuvieron restos placentarios o de membranas.	36 ó sea 3.5%
Número de casos de infección grave a consecuencias de maniobras internas.	0
Número de casos en que fué imposible la extracción manual de la placenta retenida, o de restos de la misma o membranas.	0
Número de muertes por infección.	0
Número de enfermas con infecciones genitales benignas que se pudieran atribuir a las maniobras internas.	11 ó sea 0.9%
Número de casos de hemorragia grave en el alumbramiento y en el post-partum a pesar del empleo del ergotrate.	8 ó sea 0.7%
Número de casos de muerte por hemorragia en el alumbramiento o post-partum.	1

Si se compara estos datos estadísticos con otros, se verá que realmente es extraordinariamente mejor, sobre todo lo que concierne al número de casos con hemorragias de importancia.

En lo que concierne a la muerte asignada, no es atribuible al procedimiento, pues se trataba de una gran múltipara, ya de cierta edad, con antecedentes de hemorragias graves en partos y abortos. Ocho días antes del parto estuvo ya internada en el sanatorio, sumamente enferma de dolores irregulares y molestia que estuvimos sedando en forma conveniente por no tratarse de contracciones francas de trabajo de parto. La bolsa amniótica sufrió ruptura precoz, presentándose cuadro febril pre-partum que en el momento mismo subió a más de 38 grados; el pulso antes del parto en una frecuencia de 120 por minuto, era débil e hipotenso, quizá por la fatiga de tantos días y noches de vigilia y sufrimiento. Al presentarse el parto, fué tan violento, que sólo alcancé el producto ya casi en la vulva, habiéndoselo aplicado el

ergotrato inmediatamente después del nacimiento; la placenta salió sin dificultad, pero a las primeras contracciones siguió un estado de atonía que permitió la salida rápida de gran cantidad de sangre, que obligó a repetir en seguida otra inyección intravenosa de ergotrato y dos de 10 unidades de pituitrina. Introducción violenta de la mano al útero para rectificar posible existencia de restos, coágulos o rotura espontánea del útero, no habiéndose identificado ninguna de estas causas. Se dejó la mano en el útero unos minutos, con el puño cerrado y actuando desde afuera y sobre la pared abdominal para compresión y excitación, mientras se nos proporcionó gasa yodoformada e instrumentos para taponamiento, el cual se hizo fuerte y suficiente. Se dió posición de Trendelenburg a la enferma, se le vendaron las extremidades, se le hizo compresión aórtica con faja apretada en el abdomen sobre un gran "muñeco de algodón", se le administraron rápidamente múltiples tónicos cardíacos, porque la enferma en esos momentos tenía pulso filiforme casi imperceptible; y dispuestos a inyectar suero intravenoso y practicar transfusión inmediata, la enferma expiró antes de poder usar estos medios heroicos, a los 10 ó 15 minutos de haber dado a luz, con enorme consternación y pena nuestra y del esposo médico y amigo que colaboraba en tan ardua y dramática tarea. Quizá una enferma en otras condiciones, quizá un corazón más joven y vigoroso, quizá sangre introducida al organismo de la enferma cinco minutos antes, la hubiera podido salvar, pero no sabemos. El hecho es que hay organismos que no responden a los tratamientos y que no podemos considerar en ningún aspecto de las diferentes especialidades tratamientos infalibles, debiéndose contar siempre con una raya negra en nuestros resultados, que mientras más corta sea, más nos acercamos al objetivo ideal de nuestra profesión.

Refiriéndome al asunto de técnica, he variado en algo la idea original, pues nosotros no inyectamos el ergotrato cuando se está desprendiendo el hombro anterior, pues el efecto es tan rápido, que frecuentemente, mientras que damos los auxilios inmediatos y necesarios al recién nacido, es como pinzar provisionalmen-

te el cordón y seleccionarlo, esperar a que respire unas cuantas veces bien, extraerle las mucosidades faríngeas, limpiar los ojos de secreciones y sangre y entregarlo para su abrigo conveniente, la matriz se contrae enérgicamente, necesitándose de la utilización de esta primera contracción para hacer en ese momento presión sobre el útero y conseguir la expulsión de la placenta. Muchas de las veces en que este órgano sufrió retención por encarcamiento, se debió a este factor tiempo. En E.U.A., donde observé por primera vez la práctica de este procedimiento, se trabaja en forma distinta que en nuestro medio donde actuamos solos. Allá están dos médicos al servicio del caso y mientras uno se ocupa del niño, otro de la placenta, y es así como se pueden hacer las dos cosas al mismo tiempo.

De tal manera que nosotros esperamos dos o tres minutos después del nacimiento, que son los necesarios para estos primeros auxilios del recién nacido, e inmediatamente se inyecta a la enferma y ya con la mano sobre el útero sobre las compresas de la pared abdominal, para no dejar pasar la primera contracción.

La acción del ergotrate se encuentra indudablemente reforzada por la pituitrina, que como ya dijimos, la aplicamos sistemáticamente a nuestras enfermas, menos en sus contraindicaciones, para efectuar el parto dirigido manual ya descrito, bajo narcosis completa.

En algunos casos de retención placentaria, he podido darme cuenta de la razón, y es que a veces la matriz se encuentra en anteversión, y la fuerza aplicada sobre el abdomen no es útil para la expulsión placentaria, pues esta presión se ejerce de hecho sobre la pared posterior del útero, aumentándose el ángulo al nivel del istmo. Entonces, para salvar este inconveniente, deslizamos los dedos de arriba hacia abajo hasta poco por encima del pubis, en donde hundimos éstos, volviéndolos a deslizar hacia arriba, enderezándose en este último tiempo el útero, sobre cuyo fondo entonces sí podemos hacer una presión eficaz.

Otras veces, cuando el despegamiento no es fácil y rápido, hacemos múltiples presiones pequeñas sobre la cara anterior y el fondo, seguidas de una enérgica acción de empujamiento de arriba hacia abajo. El fracaso de estas maniobras, en el corto número

de veces apuntado antes de los datos estadísticos, nos ha llevado a practicar de inmediato la extracción manual de la placenta, habiendo comprobado que la frecuencia de retenciones es mayor en las inserciones sobre la cara anterior y ángulos de la matriz, quizás por hacerse una presión mucho menor en estos sitios, en la maniobra que describimos.

Cuando así ha sido necesario, nos cambiamos de guantes, hacemos rápida toilette vulvar, instilamos mercurocromo nuevamente en la vagina, y como la enferma está anestesiada, introducimos la mano, lubricada con vaselina líquida estéril o jalea de lubritina de Abbot, no habiendo nunca encontrado resistencia infranqueable que impida extraer la placenta, pues la contractura del orificio interno cede fácilmente a maniobras suaves y sistematizadas. Después de extraída, rectificamos que no queden restos de ninguna especie; luego, cogemos el labio anterior del cuello uterino con pinza de Musseux, e introducimos a la cavidad una o dos veces, gasa bien empapada en solución de mercurocromo al diez por ciento. El tratamiento de los casos con toda esta serie de cuidados de asepsia y antisepsia, no da morbilidad alguna digna de tomarse en cuenta; por eso es que dijimos al principio, que estas maniobras, necesarias a veces, las efectuamos con seguridad y sin temor de consecuencias. Más aún, frecuentemente y según el caso, administramos en forma profiláctica tratamiento con sulfas, durante los tres siguientes días del parto, como una mayor garantía de éxito.

Conclusiones:

1a.—La inyección de ergotrate abrevia considerablemente la duración del alumbramiento.

2a.—No es tóxico ni entraña peligro alguno, aun en los casos de toxicosis gravídica, a la dosis de una o dos ampolletas por vía endovenosa.

3a.—Complementa el procedimiento del parto dirigido utilizándose la misma anestesia, lo que significa para la enferma despertar libre de molestias y peligros.

4a.—Disminuye considerablemente la pérdida de sangre.

5a.—Evita las hemorragias post-partum y mejora la involución uterina puerperal.

6a.—El procedimiento provocado de despegamiento y expulsión rápida de la placenta excreta no entraña peligros para la madre.

7.—Excepcionalmente se retiene la placenta o fragmentos de la misma o membranas y cuando esto sucede no existe dificultad de ninguna especie para la extracción.

8a.—La introducción de la mano en esos casos tiene riesgos, pero relativos si se utilizan los medios conocidos de asepsia y antisepsia y aun los profilácticos en el post-partum.

9a.—Hay que tener presentes las posibilidades de embarazo gemelar, pues la aplicación inmediata del ergotrate desconociendo la presencia de otro producto más y su placenta, puede significar serios inconvenientes este uso inadecuado.

10a.—En presencia de anormalidades placentarias o en caso de placenta adherida y más aún acreta el procedimiento fracasará, requiriendo entonces la extracción manual o el tratamiento usual para este tipo de anomalías.