

EL PARTO RAPIDO *

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

Un año antes de terminar mi carrera de médico, llegaban a nosotros las primeras noticias de un procedimiento nuevo que el profesor Paul Delmas ejecutaba en Francia y que se prestó a multitud de polémicas y discusiones en las sociedades de Obstetricia y Ginecología de Montpellier y que pronto se hizo el tema preferido en todo el mundo, pues bajo el enunciado de "Evacuación extemporánea del útero al fin del embarazo", el mencionado médico hizo diversas comunicaciones leídas en las reuniones científicas de esa sociedad, que luego fueron publicadas por la Revista, Organó Oficial de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París, de enorme tiraje, adquiriendo bastante popularidad y causando enorme expectación.

El profesor Delmas consideró que había multitud de casos en los cuales era necesario o cuando menos deseable, fuera del trabajo del parto, extraer el producto por diferentes razones técnicas. Entonces experimentó la raquianestesia que le dió resultados admirables desde el punto de vista del ablandamiento del cuello uterino, lo que le permitió hacer dilataciones manuales rapidísimas del cérvix (de uno a seis minutos) y extracciones inmediatas del producto, casi siempre por maniobras de versión interna, utilizando excepcionalmente el forceps, el que destinó para aquellos casos de cabeza ya profundamente encajada. A estas ventajas, se añadió el hecho importante de que la enferma tenía un parto indoloro, y que comúnmente la intervención se ejecutaba en el momento y día fijado por elección previa.

*. Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 10 de diciembre de 1947.

Transcurrieron unos cuantos años de polémicas y experimentaciones y, como sucede en todo, las pasiones, leales a veces, innobles en otras ocasiones, se desbordan a raudales considerándose en general, un procedimiento absurdo, peligroso e innecesario, deformándose la idea y título original del creador del procedimiento, bautizándosele con el nombre de "Parto a hora fija." Se dijo que el profesor Delmas lo utilizaba siempre, y por lo tanto, fueron enumerados uno a uno, los casos concretos y enormes inconvenientes de multitud de circunstancias mediante.

Médicos poco comprensivos de todas partes, buscaron en su idea, una aplicación sistemática que debía transformar el procedimiento en una panacea, y así se caminó de fracaso en fracaso hasta que a través de algunos años, se dejó de hablar de él y mucho menos de utilizarlo.

Otros médicos lo aplicaron bajo las indicaciones y contraindicaciones originales y se sintieron felices de haberlo puesto en práctica por los brillantes éxitos en su realización y resultados.

Es necesario decir que en la comunicación del doctor Delmas, del 22 de febrero de 1929, para objetar la idea de que hacía y aconsejaba su empleo sistemático, presentó su estadística de un año en donde sobre 700 partos, sólo ejecutó 40 evacuaciones extemporáneas del útero, lo que es más o menos un 5%, que fueron casos en donde le pareció que la abstención podía significar un mayor peligro para la enferma o el niño.

Quedaron distribuidas las indicaciones en la forma siguiente:

15 casos efectuando el vaciamiento prematuro, por viciaciones pélvicas.

8 por infección amniótica.

6 por placenta previa, 2 por prociencia del cordón, 2 por exceso de volumen y 2 por toxemia gravídica.

La extracción del producto fué efectuada en 30 casos por versión interna y en 10 casos por forceps.

15 casos fueron de primíparas y 25 de múltiparas.

32 productos vivos y 8 muertos por diferentes causas y uno de ellos imputable al procedimiento.

9 desgarros de cuello, que sólo en tres casos fué necesario suturar.

21 casos de integridad absoluta de partes blandas, siendo el resto con desgarros de vagina y perineo.

Una mujer muerta de septicemia al 6º día y que no contó sobre el procedimiento, tomando en cuenta el porcentaje habitual de infecciones puerperales en aquellas épocas.

Yo tuve la oportunidad de observar en aquellos años la aplicación del procedimiento, ejecutada por primera vez en México por nuestro maestro de entonces, el doctor don Adrián Quiroz Rodiles, de quien era yo su practicante, y las experiencias iniciales fueron sorprendentes, pues fueron escogidos ejemplares magníficos de mujeres multíparas con todas las condiciones ideales, aunadas a su sólida experiencia y extraordinaria habilidad. Así lo vimos todavía en 1938, en una de las sesiones quirúrgicas de la 3ª Asamblea Nacional de Cirujanos, efectuada en el Hospital Juárez, hacer el vaciamiento extemporáneo del útero en una mujer multípara que no estaba en trabajo de parto, en un plazo no mayor de 5 minutos.

Sin embargo, fuera de la impresión inicial, que me significó un espectáculo maravilloso, en aquella época en la que apenas si se usaba la anestesia en nuestro medio y la cesárea se hacía remotamente, el juicio sereno y la observación y referencia de otros casos más, me hizo considerarlo un procedimiento peligroso, en donde se reúnen los inconvenientes de la raquia, dilatación extemporánea y versión por maniobras internas. Así pues, jamás lo utilicé en mi práctica, tanto más cuanto que en las revistas médicas de entonces se hablaba en forma constante de sus riesgos, y el mismo doctor Quiroz Rodiles, aplicándolo a veces, dudaba de su inocuidad. Más tarde, dejó de considerarlo como buen procedimiento y en su libro "Obstetricia práctica", editado en 1945, no recomienda su aplicación, después de más de 40 veces practicado con productos vivos, dando como razones la inconstancia de acción de la novocaína sobre el cuello y el cuerpo del útero, lo que da, a veces, dificultades invencibles en las maniobras; pero refiriéndose después a los inconvenientes especiales que significa la dilatación extemporánea del útero fuera del trabajo de parto, así como los peligros que entraña bajo estas condiciones, la extracción inmediata del producto.

En febrero de 1933, el doctor Ernesto Rojas presentó un trabajo a la Asociación Médica Franco-Mexicana bajo el título de "Parto antiguo y parto moderno", en el cual indicaba la técnica adoptada por él, que consistía en hacer dilatación manual del cuello uterino, apenas iniciado el trabajo de parto, haciendo la extracción inmediata del producto por el forceps de Pajot. En el período anterior, no usaba medicamento alguno ni anestesia, utilizando cloroformo en la operación. El objeto era suprimir el sufrimiento de la enferma.

Tuve oportunidad de observar muy de cerca la estadística del autor del procedimiento de un año de trabajo en un sanatorio privado de esta

capital, habiendo recogido datos de lo más desconsoladores posibles, en lo que concierne sobre todo a la mortalidad infantil que fué en verdad elevadísima. Igualmente pude, a través del tiempo, observar en mi consultorio algunas enfermas, tratadas por este procedimiento, habiendo encontrado muy importantes lesiones cicatriciales de cuello, vagina y vulva y muy importantes y muy frecuentes desgarros de cuello, que o no fueron suturados o pasaron inadvertidos, pero que, por su importancia, seguramente originaron en el parto angustiosos momentos por las hemorragias graves que todos sabemos originan las grandes roturas que llamamos altas, por su propagación al segmento.

El doctor Rojas en esa ocasión no especificó en su trabajo, los detalles de técnica; pero más tarde, en una memoria presentada por el mismo autor en la Sección de Ginecología y Obstetricia de la 2ª Asamblea Nacional de Cirujanos efectuada en el Hospital Juárez en 1936, insistió sobre el mismo tema, habiendo sido duramente criticado por los asistentes entre los que me encontraba yo, por resolverse sistemáticamente por aplicaciones altas de forceps, siempre muy traumáticas para la madre y el niño, con cuellos no siempre bien dilatados, porque esto no es posible conseguirlo en todos los casos, y usando instrumentos como los forceps grandes de Pajot y Leuret, que por demás están desprovistos de accesorios para hacer tracción axial, más necesaria mientras más alta es la aplicación.

Ahora bien, en el comentario que hizo el doctor Rojas a la ponencia que el doctor Zuckerman presentó en la 1ª Asamblea Nacional de Cirujanos, sobre la cesárea vaginal de Dührssen, no se mostró partidario de tal operación, a la que calificó de una dilatación sangrante y peligrosa que puede ser sustituida por otros procedimientos que no es del caso mencionar, pero dentro de todos ellos, consideró el *mejor procedimiento* el manual, diciendo al describir su técnica, que introduciendo la mano en la vagina, insinúa el índice dentro del orificio del cuello, después dos dedos, tres, etc., hasta que entra toda la mano; que después, separando los dedos por movimientos repetidos y similares, lograba abrir el útero totalmente.

Esta facilidad en la descripción me ha parecido siempre irreal, pues quien haya dilatado cuellos sabe que esto no es tan fácil y lo que realmente sucede es que no se llega a una dilatación completa y suficiente para una aplicación alta de forceps, lo que explica las importantes dilaceraciones que fueron para nosotros posible observar. En el párrafo siguiente dice había tratado así desde seis años atrás todos los partos a su cuidado

y entonces suponemos que el hecho según descripción anterior, de comenzar por la introducción de un dedo, indica que en verdad utilizaba el procedimiento de Delmas, o sea el vaciamiento extemporáneo del útero, solamente que la extracción del producto, la sistematizó con el forceps de Pajot y Lebret, seguramente, muchas veces con cabezas libres sobre el estrecho superior.

En lo que a mí concierne, cuando he necesitado vaciar el útero en forma rápida y extemporánea, si no es demasiada la premura, he inducido el parto por procedimientos mixtos médicos y quirúrgicos. He utilizado la cesárea abdominal para los casos urgentes, con productos vivos y viables, y que desde hace algunos años hacemos con enorme margen de seguridad desde que adoptamos las técnicas segmentarias. O bien, cuando se trata de productos muertos, dilatación inicial instrumental del cuello (Bugías de Hegar), completada por cesárea vaginal de Dührssen, seguidas o no de fetotomía según el caso, teniendo en cuenta el volumen del producto y cuidando de no prolongar las incisiones con desgarros.

Abrir el útero por corte, por vía vaginal, me ha parecido siempre un buen procedimiento y por eso lo he adoptado desde hace mucho tiempo, dentro de sus indicaciones. Es francamente quirúrgico y la hemorragia de los bordes no siempre es importante y cuando se presenta, es fácilmente controlable por suturas inmediatas, fáciles de hacer, ya que traccionando el cuello con pinzas de Musseux y ayudándose con separadores de tipo Gelpi o de O'Sullivan, es factible hacerlas rápidamente y muy a menudo sin ayudantes. Por otra parte, todo está arreglado de antemano para estas suturas que forman parte del procedimiento, y no estamos desprevenidos como cuando los desgarros suceden, casi siempre en forma atípica, en sitios difíciles o demasiado peligrosos, como son los de las comisuras que prolongándose hacia arriba tocan los grandes vasos vaginales que nacen en el cayado uterino y que muchas veces ni las suturas practicadas con fines hemostáticos llegan a conjurar el riesgo de estas porciones desgarradas y sangrantes, que por ningún concepto hubiéramos deseado abrir.

Volviendo un poco hacia atrás en nuestra disertación y haciendo un poco de historia de los procedimientos, recordamos la era que siguió en Francia y otras partes del mundo, al procedimiento del profesor Delmas, en donde se pudo observar una idea un poco más conservadora, y en la que ya no se pensó en desembarazar a la mujer fuera del trabajo del parto, como abusivamente desearon muchos, más allá de las formales indicaciones planteadas por su creador, sino en acelerar el parto, dismi-

nuyendo así el sufrimiento materno y los riesgos al producto, por trabajos prolongados que por su duración en sí, se convierten en francamente distócicos.

Bajo los conocimientos ya adquiridos por los trabajos de Schickelé y de otros, de 1923 a 1928, sobre la influencia de la ruptura precoz y artificial de la bolsa de las aguas sobre el mecanismo de la dilatación y encajamiento del polo fetal y el estudio de la importancia de los espasmos uterinos en el trabajo de parto, el profesor J. Kreis presentó comunicación a la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de París en 1931 sobre un procedimiento y sus resultados, que olvidando ciertos moldes clásicos, como era la conservación de la bolsa amniótica en su integridad, que estaba conceptuada como un importante factor en la dilatación del cuello uterino, proponía su ruptura precoz en todas las presentaciones longitudinales, que auxiliada por el uso de antiespasmódicos (Spasmalgina) significaba gran alivio a la parturienta y una notable aceleración del proceso. A esto le llamó el "parto médico".

Su aplicación la hizo sistemática en 1930, habiendo iniciado sus trabajos cinco años antes. Mediante un estudio estadístico comparativo de la duración del parto y del número de los casos distócicos, comprobó con toda precisión, una notable disminución en el número de horas de trabajo y una reducción en 50% de distocias, disminuyéndose por razón natural a un grado bastante importante las intervenciones instrumentales.

Kreis consideró que, si a veces se observa retardo en los partos cuando la bolsa amniótica se rompe precoz y espontáneamente, esto es debido a los falsos dolores de parto, causa común de la ruptura misma, y frecuentemente preceden al acto y debidos estos a un defecto funcional dependiente de la inervación del órgano que hace de las contracciones un fenómeno anormal, pues se presentan extemporáneos y atípicas, sucediéndose después en el parto mismo con iguales caracteres patológicos. Si los procedimientos médicos no alivian estas anomalías de la contracción, el proceso será de todos modos distócico, aun cuando la bolsa amniótica no se hubiere roto.

Kreis describió su técnica, considerándola aplicable tanto a primíparas como a multíparas, consistiendo en lo siguiente:

1º Ruptura artificial de la bolsa de las aguas, prematuramente, cuando la dilatación ha alcanzado un diámetro de 3 a 4 centímetros.

2º Combatir la contracción espasmódica de cuello y cuerpo uterino con antiespasmódicos. Usaba espasmalgina Roche (mezcla de pantopon 0.01 ctg. atrinal 0.001 - papaverina 0.02). Este medicamento se repetía con intervalos de 20 ó 30 minutos o más según las necesidades del caso, en una proporción variable de 2 a 6 a 8 inyecciones. Citaba casos de mayor número.

Concluía basándose en estadísticas lo siguiente:

1º Disminución notable de la duración del parto.

2º Por consecuencia, disminución evidente del sufrimiento materno.

3º Disminución de la distocia y, por lo tanto, de las intervenciones obstétricas y toco-quirúrgicas.

4º Disminución indudable de la mortalidad fetal, por acortamiento de la duración del parto y disminución del número de casos distócicos.

La técnica de Kreis o "parto médico", iniciado como dijimos antes por los trabajos sobre el papel que juega la bolsa amniótica en la dilatación del cuello y la fisiopatología de la contracción uterina en el parto, fué en términos generales aceptada y así fué como J. Voron y H. Pigeaud, en agosto de 1934, presentaron a la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de París, su primera comunicación con el nombre de "Parto Dirigido", haciendo referencia al método original de Kreis que habían practicado con empeño durante cuatro años, lo que los colocó en condiciones de justipreciar el procedimiento, el cual ampliaron en sus indicaciones.

Desde luego, consideraron que la dosis de espasmalgina, menos tóxica para el producto que la morfina, debería limitarse de todos modos a una proporción moderada. Que es indudable que la bolsa amniótica no juega papel real en la dilatación del cuello y que su ruptura precoz acelera el parto.

Que es indudable que, muy frecuentemente, la duración exagerada del proceso tiene que ver con un estado espasmódico del segmento inferior y cuello que hace, además, el parto mucho más doloroso.

Que la duración del trabajo, cuando éste es prolongado y con bolsa íntegra, tiene que ver con una adherencia patológica de las membranas al segmento inferior.

Todas estas conclusiones, como se comprende desde luego, no fueron enunciados teóricos, sino que estuvieron basadas en numerosas experien-

cias, expuestas en brillantes y documentadas memorias. El control del procedimiento fué cuidadosamente vigilado por la observación clínica de las enfermas, y por el procedimiento gráfico de trazos tomados con el histérografo de Fabre.

Considerando, además, justificado el uso de la "espasmalgina" se observaron con frecuencia inercias relativas en el período de expulsión, momento en el cual recomendaron el uso de los extractos de lóbulo posterior de hipófisis a la dosis de 2 U.I, calificado por ellos como absolutamente inocuo en esta proporción, en todos los casos, aun cuando la dilatación no hubiera llegado a su término.

Esa fué la razón por la cual, Voron y Pigeaud consideraron justo cambiar el término de "Parto médico" (denominación de Kreis) por el de "Parto dirigido", pues ellos actuaron además de las maniobras obstétricas que comportan la ruptura precoz de la bolsa amniótica, el uso sistemático de espasmalgina, o extractos pituitarios según el caso; su uso alternativo o sucesivo. En otros términos, la dirección del parto controlado, según fuere necesario por medicación para reforzar la contracción uterina o atenuarla en su carácter espasmódico, con manifiesta sedación del sufrimiento materno.

Con los mismos propósitos aconsejaron el uso del sulfato de quinina (1 a 3 cápsulas de 0.50 ctgs.) y el jarabe de cloral (2 a 3 cucharadas soperas), considerando ambos medicamentos como preciosos adyuvantes.

Nadie ignora, en nuestra especialidad, que la preocupación constante de quien trabaja en partos, ha sido siempre la impotencia ante esa serie de fenómenos dolorosos llamados fisiológicos, cuya lenta consecución hay que respetar, en una actitud desesperante de pasividad, sordos al clamor terrorífico de la que sufre, que pide se haga algo por ella, algo más que recomendar paciencia y resignación. Sordos también al sufrimiento de quienes rodean a la enferma que ven en esa actitud pasiva del partero, una manifestación inconfundible de ineptitud y atraso.

Absolutamente verídico es que en todas las obras clásicas se aconseja seguir una prudente observación de los maravillosos fenómenos naturales, considerando que el intervencionismo de cualquier género en el proceso fisiológico, es siempre absurdo y peligroso, y entonces bajo estas bases, la verdadera actuación del partero se inicia hasta cuando precisa la defensa perineal. Esto es verdaderamente triste para el médico y más triste aún para las enfermas que sufren, tanto más, mientras más clásico y más respetuoso de estas normas es quien la atiende.

Si el uso de anestésicos y analgésicos hubiere llegado a un punto ideal, no tendríamos que andar pensando en maniobras para abreviar el proceso, pues bien sabido es que de los anestésicos por inhalación, todos ellos alteran profundamente la calidad de las fuerzas naturales, lo que hace más prolongado el parto, con grave perjuicio para la salud y la vida del producto y de la madre, añadiendo al factor tiempo, la toxicidad que implica para ambos la narcosis prolongada.

Otros medicamentos usados con el mismo fin son peligrosos por distintas causas, y no nos es posible utilizarlos desde el principio hasta el fin del parto con su duración natural, aunque fuera dable contrarrestar su acción paralizante sobre la contracción uterina.

Conformes con que es benéfica para la enferma la administración de antiespasmódicos, así como la ruptura prematura de la bolsa de las aguas, y el uso alternativo de ocitócicos dentro de sus indicaciones, y que todo esto llamado parto médico de Kreis y parto dirigido de Voron y Pigaud, que ya reduce en buenas proporciones la duración del parto, no comprende el uso de anestesia general, punto fundamentalmente importante para nosotros, como tampoco ninguna otra maniobra más.

Conformes también con que la dilatación extemporánea fuera del trabajo de parto es peligrosa (procedimiento de Delmas y similares), hemos venido, a través del tiempo, utilizando ciertas maniobras que aceleran el proceso natural tan lento y doloroso, bajo una verdadera anestesia general, dejando correr la primera fase del parto y actuando tan pronto como sea posible cuando las condiciones del caso lo permitan.

Nuestro procedimiento consiste en lo siguiente:

1º Actuamos exclusivamente en medio hospitalario, recomendando a las enfermas se presenten a éste, en cuanto se inicie su trabajo de parto.

2º Recomendamos se le aplique un enema evacuante al llegar, se le rasure y se le haga después aseo y desinfección vulvar.

3º Si el trabajo de parto se instala con rapidez, aplicamos una primera inyección de sedol, que repetimos si es necesario (ablanda el cuello, facilita la dilatación y disminuye el sufrimiento). De dos años a esta parte, hemos utilizado Demerol que es menos tóxico y que, por lo tanto, se puede repetir con más frecuencia.

4º Recomendamos la exploración vaginal, previos cuidados de asepsia y antisepsia, haciendo instilación interna de solución de mercurocromo

al 10% y, en cuanto el cuello está borrado, delgado, y la dilatación tiene 4 centímetros, llevamos a la enferma a la sala de operaciones.

5º Con la enferma instalada en la mesa, repetimos aseo y desinfección vulvar y vaginal. Hacemos nuestros campos como en todo acto quirúrgico, con ropa esterilizada.

6º Sujetamos a narcosis general a la enferma, administrándole el anestésico lentamente, pero en forma completa.

7º Juzgada ya en ese momento toda posibilidad de contraindicación, inyectamos 10 U. I. de extracto de lóbulo posterior de hipofisis. (Preferimos pituitrina de Parke & Davis o timofisina 1 c.c.)

8º Rompemos la bolsa amniótica si aún se conserva íntegra, con una rama desmontada de una pinza de Hegar.

9º Procedemos a dilatar la vulva y vagina, introduciendo la mano, en forma de embudo, previamente lubricada con vaselina estéril y haciendo movimientos de rotación alternativamente hacia adentro y hacia afuera. Una vez que hemos podido penetrar con la mano en la vagina, la empujamos, sacándola y metiéndola 2 ó 3 veces sucesivas, lo que nos indica una suficiente dilatación de estas porciones.

10. Enganchamos el cuello con los dedos índice y medio de cada mano, adosadas éstas por el dorso, haciendo tracción circular y excéntrica, hasta conseguir un máximo de dilatación. Habitualmente se llega a esto en 3 o 5 minutos, cuando los cuellos son normales.

11. En estas condiciones el ocitócico inyectado inicia su acción, recomendando al anestésista disminuya la profundidad de la narcosis, sin que la enferma recobre la conciencia, y esperamos la contracción uterina.

12. En este momento un ayudante hace expresión de Kristeller, y nosotros, introduciendo cuatro dedos de una y otra mano alternativamente, rechazamos el borde del cuello sobre la cabeza del producto, a fin de completar la dilatación y conseguir el paso de la presentación a través del anillo cervical.

13. Conseguida ésta y en nueva contracción y nueva expresión de Kristeller, hacemos tracción lateral y excéntrica, apoyando los índices y medio de cada mano, introducidos en la vagina, sobre los elevadores del ano, para permitir el descenso. La maniobra, bajo narcosis superficial,

comúnmente despierta esfuerzo natural de pujo que colabora con las maniobras.

14. Se observa no sólo el descenso sino la rotación interna del producto bajo estas maniobras. La cabeza franquea el estrecho inferior, apoyándose el suboccipucio en el subpubis fuertemente, abombándose en este momento el perineo con importante dilatación del ano y prolapso de su pared anterior.

15. Profundizamos la anestesia general casi al mismo tiempo que suceden estos últimos fenómenos y entonces, a través de una compresa para prevenirmos de contaminaciones, apoyamos la mano atrás del ano distendido y por adelante del coxis, sitio en el cual es posible claramente percibir los bordes orbitarios del producto y fácilmente apoyar los dedos en este sitio como punto de tracción.

16. Apoyados los dedos en esta forma, traccionamos la cabeza del producto hacia arriba y adelante en el eje del estrecho inferior, limitando con el talón de la mano la velocidad del desprendimiento si tiende éste a hacerse demasiado rápido; o bien, nos ayudamos con presiones sobre el fondo del útero, que ejecutamos con la mano izquierda y a través de la compresa que cubre el abdomen, si por el contrario ofrece resistencia el perineo.

17. Hacemos episiotomía central si la elasticidad perineal llegó a su límite y amenaza desgarrar o no permite el desprendimiento de la cabeza.

18. Ayudamos el desprendimiento de los hombros haciendo la rotación externa de la cabeza y abatiéndola una vez apoyado el hombro anterior en el subpubis, extrayendo el producto con un movimiento hacia arriba que libera el hombro posterior y el resto del cuerpo fetal.

19. Mientras mantenemos el producto colgado de los pies unos segundos, extraemos flemas, colocamos dos pinzas al cordón y lo seccionamos, se inyecta a la enferma en forma inmediata, una ampolleta de ergotrate, por vía intravenosa.

20. Esperamos la primera contracción intensa que esta droga origina y hacemos expresión, obteniéndose la placenta en la generalidad de los casos, con sus membranas, casi al minuto o dos minutos de inyectado el ergotrate, con una mínima pérdida de sangre.

21. Hacemos nuevamente desinfección externa, instilamos otra vez mercurocromo al 10% en la vagina, suturando si hay lugar a esto.

22. Calculamos que la duración de todas estas maniobras no ha sido más de 10 a 15 minutos en total, abreviándose enormemente la duración del parto y, por consecuencia, el sufrimiento. La mujer frecuentemente despierta en su cama, inyectada ya con cibalgina o demerol que mitigan sus molestias inmediatas, sorprendida de estar liberada de las temidas y prolongadas torturas del parto, con un profundo sentimiento de gratitud hacia el médico, lo que hace aún más bello este emotivo momento.

La primera objeción que se ocurre, es la supuesta peligrosidad de las maniobras internas como responsables de la infección puerperal. En efecto, es clásica su proscripción y se tolera sólo en caso de necesidad. No hay autor que las autorice y casi todos hacen extensivo su rigor hasta el tacto vaginal.

Nos explicamos ese lamentable abstencionismo, que por muchos años ha hecho sufrir tanto a la mujer, por la forma de atenderse los partos en otros años, en los domicilios, sin ayudantes y con escasos medios de asepsia. Pero hace mucho tiempo que el parto se considera un acto quirúrgico y que presupone hospital, anestesia, asepsia y antisepsia y, al frente de la enferma, no el antiguo comadrón que nada hace más que estar presente y recibir al niño, lanzado tardíamente por las fuerzas naturales en medio de dramáticas y absurdas escenas de dolor; sino al cirujano especializado que puede y debe actuar dentro de los recursos que la ciencia le brinda.

La vagina es séptica es verdad, pero la antisepsia es nuestra arma. No estamos impedidos de entrar a la cavidad peritoneal en la cirugía ginecológica vaginal, tomando precauciones que el arte impone. El cuero cabelludo es séptico y los especialistas en cirugía cerebral se meten hasta los ventrículos. La boca es profundamente séptica y los cirujanos operan faringe y laringe y los dentistas también hacen la cirugía de su especialidad. Los proctólogos trabajan en el peor de los terrenos y ninguno deja de hacer lo que debe y los resultados son buenos cuando se toman las medidas preventivas necesarias, utilizando los preceptos generales de la cirugía.

Se podrá decir que no son comparables las regiones ni las condiciones y nosotros decimos y aseguramos a través de la experiencia y bajo palabra de decir verdad, que sí lo son, y están para caso de dudas 300 a

400 casos anuales registrados en los hospitales privados y a las órdenes para toda aclaración, tratados por el procedimiento descrito, que no dieron morbilidad y, por consecuencia, mortalidad alguna. Lo que quiere decir que el procedimiento no es malo, sino la forma de utilizarlo.

La segunda objeción es, que no todos los cuellos tienen iguales condiciones de facilidad, en lo que estamos de acuerdo por ser esta una gran verdad. Pero el procedimiento no nos va a resolver todos los casos patológicos. El cuello rígido tiene su tratamiento, hasta la cesárea abdominal, y no queremos decir que todos los casos se resuelvan en la misma forma. Como tampoco pretendemos hacerlo en 10 minutos con un producto no digamos gigante, sino desproporcionadamente grande. Como tampoco aplicarlo en las posiciones distólicas o viciaciones de la pelvis, pero sí en las presentaciones de pelvis completa o incompleta, en donde agregamos a las maniobras descritas, las concernientes a la extracción manual del producto por los procedimientos clásicos, pero en donde también tenemos algunas ideas personales de técnica que por el momento no es del caso describir.

Las primíparas no reciben el mismo beneficio que las múltiparas, a las que muy frecuentemente metemos a la sala de operaciones por su pie, con dolores perfectamente tolerables, y regresamos a su cama 15 o 20 minutos después, libres de su producto y de todo riesgo. Pero de todos modos, a las primerizas las ayudamos también y conseguimos una duración media de tres horas de trabajo en total, mitigado por demerol, considerando suprimirles unas cuatro a seis horas más de dolores, cuando menos, si no es que el sufrimiento fetal u otras circunstancias obliguen a terminar el parto antes, con forceps o como esté indicado.

La anestesia general no tiene riesgos ni para la madre ni para el producto, que no sean los habituales, y no contamos en nuestra larga práctica un solo caso de muerte por anestesia, a pesar de que muy frecuentemente está en manos de personal no especializado. La vigilamos y la dirigimos y por ser poco prolongada no es de consecuencias posteriores.

Su acción depresora sobre la función del útero, la compensan la medicación ocitócica y las maniobras manuales.

La expresión de Kristeller ha sido duramente combatida y la mayor parte de los autores la proscriben. De Lee, por ejemplo, la juzga inútil y peligrosa, diciendo que expone a la ruptura del útero, a desprendimientos prematuros de la placenta y a lesiones de otras vísceras abdominales; la juzga antifisiológica y brutal. Sin embargo, Doderlein la considera un

buen recurso, por supuesto sólo en las presentaciones longitudinales y sin aceptar como Kristeller que sea un procedimiento siempre eficaz. Pero hay que tener presente que Doderlein, al considerar sus desventajas, la califica como dolorosa, lo cual en nuestro procedimiento, no cuenta, haciendo además hincapié en que su eficacia sólo puede ser manifiesta cuando las resistencias no son grandes o cuando la cabeza está ya descendida. Haciendo a un lado los casos de desproporción, en donde ya dijimos, no aconsejamos nuestro procedimiento, hacemos hincapié en el hecho de que la dilatación manual de cuello, vagina y vulva suprime gran parte de las resistencias, habiendo observado por esta razón eficacia en los resultados de la expresión, aun también para desprender los hombros sin lastimar el cuello y clavículas del producto con tracciones excesivas, como también la consideramos un buen auxiliar en las aplicaciones de forceps, para disminuir el esfuerzo de tracción, considerando la expresión indispensable en casi todos los partos de pelvis en el último tiempo de las maniobras.

En cuanto al peligro de ruptura uterina y desprendimiento de placenta, no hemos observado estas complicaciones, aunque se consideran lógicas y posibles. La razón estriba en que no la hacemos brutal, en que la utilizamos tempranamente, es decir, con segmentos inferiores no adelgazados, y la proscribimos en caso de tumores uterinos y antecedentes de cesáreas de cualquier tipo.

El uso de la pituitrina en obstetricia es bastante antiguo, pues de 1910 a la fecha, su aplicación es un recurso inapreciable y, aunque ha pasado por fases distintas en su historia, sobre las que no voy a insistir, de enemigos y detractores o fervientes defensores, se ha mantenido como una conquista real que marca una era en la especialidad. Sus aplicaciones múltiples, ya como adyuvante en la inducción del parto prematuro terapéutico, ya en el proceso mismo del parto, alumbramiento y puerperio. Pero si bien resuelve infinidad de casos por su indudable y poderosa acción ocitócica, agrava el sufrimiento de la enferma, ya que el término contracción en estas circunstancias es sinónimo de dolor. Y por eso es que muchos se abstienen de usarla y otras buscan mitigar su acción con la anestesia (cloroforno a la reina).

Nosotros, al revés, usamos la anestesia general como punto central del procedimiento y buscamos en los extractos del lóbulo posterior un eficaz medio de neutralizar la acción depresora que la narcosis significa sobre la contracción uterina.

Y es tanto más eficaz, cuanto que los utilizamos precozmente cuando la actividad motriz del útero se encuentra en su punto, muy antes de cualquier posibilidad de inercia secundaria que presupone la fatiga del órgano en los trabajos prolongados de parto, cuando la pituitrina puede ser ya poco o nada eficaz.

La llamamos pituitrina por ser el término usual, ya que el primer producto lanzado al mercado por la casa Parke & Davis así lo llamó; y a partir de esa fecha se aplica esta denominación a todos los extractos de lóbulo posterior de la hipófisis. Nosotros consideramos que la pituitrina de Parke & Davis es bastante activa y constante en su acción y la preferimos sobre otros productos similares, usándola a la dosis de 10 unidades, o sea 1 c. c. En raras ocasiones utilizamos la mitad, cuando observamos estado espasmódico del útero que no cedió en forma suficiente al sédol o demerol. También en casos excepcionales hemos repetido la dosis, cuando no hemos observado respuesta suficiente con la primera inyección, en esas matrices cansadas, de múltiparas viejas, en donde seguramente el elemento noble del útero, o sea el muscular, se ha transformado en gran parte por el tiempo y la gestación repetida, en tejido fibroso.

Bajo estas bases, no hemos tenido ruptura uterina que lamentar, ya que como dijimos, buscamos la acción compensadora que la anestesia general origina sobre la motilidad del útero. Quizá el uso de este medicamento en esta dosis, en enfermas no anestesiadas, fuera peligroso, aun también para el producto, por la posible tetanización de la matriz.

En 1925 Témessvary hizo un relato preliminar a la Sociedad Ginecológica Alemana sobre sus experimentos durante el parto, con la combinación de extractos de timo y de hipófisis posterior, habiendo encontrado notable mejoría de acción, más que con los extractos pituitarios solos, pues la mezcla le permitió apreciar más prolongadas contracciones, más enérgicas y francamente cíclicas, no observando nunca perjuicio para la madre y el producto. A sus investigaciones siguieron las de Graff, de Viena, y de otros muchos tocólogos europeos, quienes coincidieron en sus resultados.

En 1935, en América, se iniciaron los trabajos por Julius Jarcho, de New York, quien la experimentó en forma suficiente y la preconizó para el primero y segundo periodos del parto, para combatir la inercia primaria, considerándola ineficaz cuando el útero está exhausto por un parto prolongado.

Nosotros la hemos usado siempre, cuando ha sido posible disponer de ella, preferentemente a la pituitrina y por nuestra experiencia personal la consideramos un producto de alto valor; solamente que la indicación ya para pituitrina o timofisina, es en nosotros, no para el primer tiempo del parto, sino cuando iniciamos las maniobras de ayuda descritas, con la enferma anestesiada y cuando hemos ya valorado que no existe contraindicación.

En efecto, no desdeñamos precauciones y jamás se nos ha ocurrido utilizarlas con presentaciones no encajadas y en todas aquellas veces que comprobamos o sospechamos desproporción feto-pélvica. Nunca en situaciones transversales y pocas veces en presentaciones de cara o frente y sólo cuando, ya avanzadas en el descenso, no pensamos en una posible indicación de versión por maniobras internas. No la usamos en las placentas previas (posibilidad de versión de Braxton Hicks), en mujeres cesareadas antes o con tumores previos, circunstancias ambas en las cuales, tempranamente, utilizamos la vía abdominal por segura e indudablemente más fácil y benigna. Asimismo hablamos del forceps y fetotomía que aplicamos dentro de sus indicaciones: productos grandes, hidrocefalos, etc., sin recurrir a estas drogas, si no es para reforzar la contracción uterina; ya extraídos el feto y la placenta, en las inercias secundarias del postpartum en donde hay hemorragia y el ergotrate excepcionalmente no ha respondido como siempre.

El año pasado tuve el honor de presentar a esta H. Academia un trabajo sobre el alumbramiento provocado, mediante el uso inmediato al parto fetal, de una inyección de ergotrate por vía intravenosa, que origina una potente contracción uterina dentro del primero o segundo minuto de su aplicación, la que es aprovechada para hacer expresión y conseguir la expulsión artificial completa y casi exangüe, de la placenta y anexos. Las extensas consideraciones hechas en esa ocasión y la estadística personal, no habremos de repetir las; pero sí tocamos el asunto por formar parte de este procedimiento, como punto final de todas las maniobras de ayuda para el parto fetal y que, por consecuencia, se suceden dentro de la misma fase de narcosis general a la que está sujeta la enferma.

Solamente y en forma sucinta, recordaremos que se concluyó en la inocuidad de su aplicación aun para casos de toxicosis gravídica. Que se hace el alumbramiento inmediato dentro de los dos o tres primeros minutos que siguen al parto fetal, con una mínima pérdida de sangre. Que no se refiere la placenta encarcelándose, si se aprovecha la primera contracción,

y que cuando esto sucede por adherencia patológica de la placenta o en determinados tipos de inserción, la extracción manual es factible; no ofrece dificultades especiales y habitualmente se hace en menor número de veces que por el procedimiento retardado de atención del alumbramiento. Consideramos también los requisitos de la extracción manual, cuando ésta llega a ser necesaria, la antisepsia interna inmediata, la mortalidad nula por hemorragia, infección, y la morbilidad tan insignificante poco digna de tomarse en cuenta y no mayor que por otros procedimientos.

De todos modos, antes de dar nuestras conclusiones, considerando el procedimiento general que utilizamos para hacer el parto rápido, señalamos que estrictamente, no es posible en la práctica sujetarse a elementales reglas esquemáticas, porque la medicina es muy compleja, y en obstetricia observamos múltiples modalidades de los fenómenos naturales y gran variedad en las circunstancias particulares, en donde nuestra conducta puede cambiar de un instante a otro. Por eso es que, dentro de la idea primordial nuestra, que repulsa la pasividad exagerada del tocólogo, está el considerar el saber, la experiencia y la habilidad del especialista auténtico, ya para aplicar el procedimiento, ya para cambiar su conducta terapéutica, resolviendo operatoriamente el caso, si para esto dan lugar las circunstancias.

CONCLUSIONES

1ª Es factible el parto rápido por maniobras manuales, en determinadas circunstancias.

2ª No ha sido nuestra idea resucitar el olvidado procedimiento de Delmas ni sus imitaciones.

3ª El parto médico de Kreis y el parto dirigido de Von y Pigeau son la parte inicial del procedimiento (ruptura precoz de la bolsa, uso sucesivo de antiespasmódicos, analgésicos y ocitócicos), aunque los aplicamos y usamos en forma distinta.

4ª Fundamentalmente estriba en anestesia general, inyecciones de sedol y demerol, dilatación manual de vulva, vagina y cuello uterino; cuando éste ha llegado a 4 cms., y está borrado y delgado, inyección de pituitrina o timofisina; expresión de Kristeller; maniobras especiales de protección perineal y extracción manual del producto, por presa y apoyo

sobre los bordes orbitarios a través del perineo posterior, que no es la maniobra de Oldshausen que preconizó lo mismo introduciendo los dedos en el recto, sino más bien la maniobra de Ritgen. Todo esto seguido del alumbramiento provocado por inyección inmediata de ergotrate intravenoso y de expresión.

5ª Se suprimen a la enferma varias horas de sufrimiento, evitándosele la mayor parte del segundo período, el tercero en total y las molestias del alumbramiento espontáneo, con notable disminución de riesgos.

6ª Es inocuo para la madre y el producto.

7ª Muy aplicable en casi todas las múltiparas, las que frecuentemente y de hecho tienen un parto prácticamente indoloro. De menores resultados en las primíparas, las que sin embargo reciben enorme beneficio, con notable reducción en sus horas de sufrimiento.