

EL PARTO RAPIDO Y EL ALUMBRAMIENTO PROVOCADO. NUEVAS CONSIDERACIONES *

MANUEL MATEOS FOURNIER

Académico de número

En 1946 y en 1947 tuve el honor de presentar a esta H. Academia unos trabajos sobre ciertos procedimientos seguidos por mí desde hace varios años para la atención del parto, uno de los cuales se refiere al alumbramiento por el uso intravenoso previo de ergonovina seguida de expresión enérgica y violenta de la matriz para provocar la expulsión inmediata de la placenta y retracción rápida del útero (Técnica de Davis) y otro procedimiento personal para la atención del parto fetal, con una serie de maniobras conocidas, que empleadas en conjunto y forma especial, hacen una técnica original.

Al primero le llamo desde entonces "alumbramiento provocado" y al segundo "parto rápido".

He considerado en distintas ocasiones y con toda amplitud, que la conducta activa del médico ante la parturienta le da dignidad a su misión, por todo cuanto significa una ayuda real a la mujer que sufre al dar a luz, y por todo cuanto sea disminuir el riesgo del mismo proceso del parto y del alumbramiento.

Me parece penosa y frecuentemente, ridícula la actitud expectante del médico que se concreta sólo a recomendar paciencia y ordenar esfuerzos de pujo en los últimos momentos del parto, recomendaciones por demás inútiles, pues esos esfuerzos se habrán de suceder de todos modos, aunque no haya quien se lo exija a la mujer porque en determinados momentos el deseo de pujar es imperioso e incontrolable.

Me parece bochornosa y fraudulenta la actitud del médico que se presenta al parto, después de largas horas de espantoso sufrimiento de la mujer, cuando el producto ya está en la vulva que se abomba y se dilata, con el niño listo para nacer espontáneamente, pero a veces detenido en su

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 18 de febrero de 1953.

expulsión por la enfermera o comadrona que vigila el caso, y quien presiona los órganos genitales externos y trata de controlar el pujo de la enferma por enérgicas e inexplicables órdenes, para que el doctor llegue a tiempo, humillantemente, sólo a recibirlo o a "cacharlo", como se quiera decir.

Ante la forma paciente y clásica de atender a las enfermas sin ayuda especial y sin narcosis, o sólo bajo la acción de analgésicos de resultados ínfimos, o con anestias superficiales en los momentos últimos, inspiradas esas conductas en hipotéticos riesgos de infección o peligros del anestésico para la madre y el niño, están estos procedimientos que tratamos, muy discutidos y no aceptados en general, pero cuyos beneficios en sus múltiples aspectos, hemos confirmado a través de larga ejecutoria profesional y con excelentes resultados.

La repulsa que sufrieron estas técnicas en nuestro medio, fué casi absoluta en un principio y algunos clásicos obstetras nacionales y extranjeros opinaron con severidad sobre el procedimiento, unas veces negándole todo beneficio y otras calificándolo muy mal por la supuesta peligrosidad de las maniobras. Con el transcurso del tiempo, los conceptos han variado y lo que hace 6 u 8 años era un absurdo y grave falta a los principios, ahora se comienza a practicar, como es el uso intravenoso de la ergonovina (ergotrate de Lilly) o productos sintéticos similares como la metil-ergometrina (Methergin de Sandoz), al estarse desprendiendo la cabeza o el hombro del producto y por consecuencia, antes de iniciado el proceso normal del alumbramiento, o sea el desprendimiento y expulsión de la placenta y anexos. Y no se diga en el extranjero, pues en los Estados Unidos casi es ya de uso general; sino en nuestro medio, algunos de los tocólogos nuestros más conservadores, han aceptado y usan ya el procedimiento.

Muy distinto en cuanto a las maniobras es el parto rápido, que aun tiene gran número de detractores, pero respecto del cual ya se advierte una corriente favorable, pues muchos jóvenes, con más oportunidad para aceptar innovaciones, hablan ya de casuísticas y alaban sus resultados. Y muchos de los especialistas famosos con gran volumen de trabajo, si bien no confiesan en las Academias y Sociedades su real forma de actuar, quizá por temor a las críticas y censuras, hacen dilataciones manuales, rupturas prematuras de bolsas amnióticas y utilizan en casi todos sus casos expresión de Kristeller y todo esto bajo narcosis general. Eso lo he visto y por lo mismo me consta.

Convencido del procedimiento a través de varios años más de trabajo, con una observación más prolongada y estadísticas nuevas, vuelvo a insistir sobre el asunto para añadirle algunas modificaciones, siempre sustituyendo la pasividad por acción e intervencionismo útil, rápido, seguro e inocuo.

En la capital, en las ciudades y poblaciones de primera categoría con hospitales modernos atendidos por jóvenes cirujanos dedicados a la obstetricia, casi siempre se utiliza la narcosis en mayor o menor grado y no podemos dejar de hacer notar que los partos sin anestesia son abominables y fuera de época, y la analgesia, como primer tiempo, debe colaborar en cualquiera de sus grados útiles para hacer de este penoso e indefectible trance, un acto tolerable y humano. Negar este recurso en la asistencia de los partos, es como olvidarse de otras adquisiciones de la cirugía, como es la asepsia y la antisepsia, como desechar las técnicas quirúrgicas modernas, u omitir el uso de bacteriostáticos y antibióticos. Como también considerar normales e indefectibles todas las molestias y trastornos del embarazo sin hacer nada en favor de la mujer que sufre.

Por muchos siglos se han visto los actos más admirables y sublimes de la mujer como son los fenómenos de la reproducción, injustamente unidos a los más crueles dolores y aparentemente sin esperanza alguna; pues el anatema original parecía condenar definitivamente a la mujer. Sobre todo en el siglo pasado, los escrúpulos religiosos, el temor de caer en pecado por contravenir las disposiciones divinas y los castigos severos y ejemplares que llegaron hasta la muerte, a cuantos trataron de investigar o descubrir sedantes al dolor del parto, hicieron que la especialidad permaneciera estancada en manos de personas imprevistas con escasísimos recursos, que por tanto tiempo dejaron a la mujer atada a un destino que parecía irremediable. A raíz de las experiencias iniciales de Simpson para el uso del cloroformo en el parto, las mujeres fueron advertidas y amenazadas, y los médicos, en general, no se atrevían a usar procedimientos condenados por el clero, que podían significar, además, motivo de acusaciones peligrosas.

Sin negar que en algunas y contadas circunstancias el dolor tiene una finalidad biológica y constituye un aviso y obliga a la defensa contra el mal, en la mayor parte de los casos el dolor es el enemigo al que hay que combatir y la ciencia cada vez camina más segura para la supresión del anatema que por tantos siglos ha atormentado a la humanidad.

El descubrimiento de la analgesia y la anestesia han permitido un avance extraordinario en la medicina y en la cirugía, y es posible en los actuales tiempos ejecutar actos de una audacia jamás soñada, que han salvado a enfermos en otro tiempo incurables y sin sufrir los tormentos del dolor. Y quizá el progreso incontenible de la ciencia llegue algún día a desunir definitivamente la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

Pero lo que no es posible aceptar es que al dolor del parto se le pueda atribuir alguna finalidad biológica. Inconcebible es entonces que el hombre

mismo haya luchado contra los elementos para abolirlo. Injustas y crueles parecen las leyendas y preceptos que condenaron sin esperanza y por tanto tiempo a la mujer en el grandioso acto de la reproducción.

Felizmente los tiempos han cambiado y en los actuales momentos no existe ya prohibición de ninguna especie para la utilización de anestésicos y analgésicos en el parto, y solamente lamentamos la demora inútil que sufrió su utilización. Pero estamos viviendo un momento en el cual el alcance de la inteligencia del hombre no ha llegado aun a suprimirlo totalmente y sin riesgo para la madre y el producto; lo que significa la necesidad de un procedimiento que abrevie el proceso y por lo tanto el sufrimiento. Si consideramos, además, que la rapidez da beneficios reales desde otro punto de vista para la madre y el niño, como son la menor duración de la anestesia misma y por consecuencia la limitación de sus peligros, como el mejor control de la pérdida de sangre con el alumbramiento provocado y menor número de distocias y accidentes al niño por traumatismo, en su lenta y prolongada permanencia en el canal genital, y menor daño a los tejidos maternos, le consideramos mayor justificación a la aplicación de nuestro procedimiento.

Si llega el día, que seguramente llegará, en el que el control del dolor del parto sea una completa realidad desde el principio hasta el fin, entonces no estará justificada maniobra alguna, como pasó en la época en que era necesario amputar un miembro en un minuto, porque no había como hoy, anestésicos de casi absoluta inocuidad.

Es necesario hacer notar que en el mundo existe una inquietud extraordinaria por llegar a la meta y es así como en el último lustro se han acumulado ideas, procedimientos y drogas distintas: los barbitúricos, el sueño crepuscular con escopolamina, la raquia fraccionada, la epidural, la raquia en silla de montar y hasta la resurrección del más empírico e irreal de los procedimientos, publicado profusamente hace 1 ó 2 años en las revistas americanas, como es el de hacer dar a luz a la mujer bajo la sugestión de que el dolor no existe y sólo es producto de la imaginación. Sugestionarse, hacer respiraciones profundas, relajar los músculos, harán del parto un acto eufórico. Es la misma base terapéutica de la "Christian Science" que considera la medicina como un engaño y *modus vivendi* de ciertos individuos llamados médicos. Es la resurrección del "mesmerismo" aplicado a los partos, tan usado hace más de un siglo por esa pléyade de brujas, magos, curanderos y charlatanes, de los que todavía en nuestra época existen algunos ejemplares.

Claro está que no queremos decir que el estado psíquico de una parturienta, no tenga influencia sobre la estimación del dolor y sus manifesta-

ciones externas, como los gritos, estado desesperante, incorrecciones al médico, al marido o al personal técnico a su servicio, y que una preparación psicológica durante el embarazo no sea útil, lo que permitirá un mejor control de la enferma durante el parto, en donde no sólo es necesaria la confianza en el médico, sino la aceptación indiscutible de su autoridad que en algunas circunstancias es necesario imponer para mitigar el ambiente y transformar las escenas de locura, primero individuales y más tarde colectivas, en situaciones razonables.

Pero realmente no se debe llegar a ese grado y para eso son los medicamentos que mitigan o inhiben el dolor, y sólo mientras el médico puede ordenar anestesia general que suprima completamente el sufrimiento. La primeriza, de todos modos, llegará con miedo al parto, el miedo a lo desconocido, el miedo por casos sabidos no sólo de dolor interminable y sin control, sino también de riesgos y accidentes en el parto; miedo por la vida de su niño, por su integridad y su aun desconocida conformación, y sólo hasta que ya la enferma experimentó la acción bienhechora de la mano del médico, sólo cuando ha sido liberada de sus sufrimientos en un parto anterior con analgesia y anestesia, es cuando la enferma adquiere confianza y llega al siguiente trance con la seguridad de que será auxiliada en verdad, no con consejos y razones que en ese momento no entiende, sino con anestesia durante la cual todas las maniobras, todo el traumatismo del acto, todos los riesgos vividos en otras circunstancias, habrán de pasarle inadvertidos.

BASES DEL PROCEDIMIENTO

1. Juicio sobre la posibilidad de aplicar el procedimiento al caso calculando contraindicaciones. Estas son, en términos generales, muy limitadas y serán señaladas más adelante.
2. Trabajo de parto iniciado.
3. Cuello borrado, delgado, dilatable.
4. Dilatación de 3 a 4 cm.
5. Premedicación sedante y antiespasmódica.
6. Medio hospitalario.
7. *Anestesia general.*
8. Ruptura artificial y prematura de la bolsa amniótica cuando se conserva íntegra.
9. Ocitócicos de acción rápida y enérgica.
10. Maniobra de Kristeller.

11. Alumbramiento provocado.
12. Revisión, sutura y desinfección.

INDICACIONES

Toda mujer normal en trabajo de parto inicial normal, con cuello borrado, dilatado, con una dilatación de 3 a 4 cm., con producto proporcionado, en situación longitudinal, en presentación cefálica, o de pelvis completa o incompleta, en donde se asocian las maniobras especiales, concernientes a la extracción podálica.

En las primerizas, el beneficio es menor que en las multíparas, pues sólo se puede actuar más avanzado el parto, hasta que el cuello tiene las condiciones especiales requeridas; para esto es necesario dejar el proceso en su curso normal, algún tiempo más, pero siempre acelerado y mitigado en sus manifestaciones dolorosas por analgésicos y antiespasmódicos en la proporción necesaria (sedol, demerol, demerol-escopolamina). La rigidez y estrechez de partes blandas por primiparidad hacen frecuente indicación del uso de fórceps en el plano medio, con manifiesta inocuidad.

En las multíparas, en términos generales, la facilidad es extraordinaria y antes de diez minutos' el parto puede efectuarse totalmente, y es muy frecuente que se pueda comenzar antes de que las contracciones sean formales e intensas. Muchas de las enfermas entran por su pie a la sala de operaciones, y aún sin manifestaciones externas de sufrimiento. La absoluta inocuidad, la confirman las estadísticas apuntadas adelante.

Hemos podido en ciertos casos de elección, provocar el trabajo de parto, con pitocín diluido en suero glucosado al 5 por ciento, aplicado por venoclisis y con el auxilio del escopolamina-demerol. Las multíparas de cérvix blando y maduro, responden maravillosamente al procedimiento y cuando se llega al momento de cuello blando, borrado, con 4 cm. de dilatación, metemos a la enferma a la sala de operaciones, la anestesiarnos y le hacemos las maniobras de parto rápido, consiguiendo liberar a la enferma con rapidez y seguridad. En la primera fase del procedimiento de inducción, a pesar de que la mujer tiene contracciones vigorosas, no significan éstas gran sufrimiento para ella, por estar bajo la acción de hipnóticos y sedantes. Las vemos más o menos somnolientas soportar el trabajo y cuando en verdad les comienza a doler, es cuando las llevamos a la sala de operaciones y las sujetamos a narcosis. No es del caso describir en detalle el procedimiento de inducción que concierne a otro aspecto de la técnica obstétrica, sino

sólo mencionar que hemos combinado con éxito las maniobras de parto rápido con las de inducción.

Aquí es donde especialmente hay que determinar con exactitud el momento de elección, pues actuar prematuramente cuando el cuello aun no es dilatado, puede conducir a un fracaso en el resultado inmediato de las maniobras.

CONTRAINDICACIONES

1. Falta de medio hospitalario.
2. Condiciones patológicas de la enferma que impidan absolutamente el uso de cualquiera de los anestésicos conocidos.
3. Cuello rígido. Dentro de este terreno patológico la cesárea abdominal tiene una justa indicación. Si la rigidez es relativa, estará indicada desde la dilatación manual complementada con una histerotomía simple, hasta la cesárea vaginal de Dürhsen.
4. Desproporción céfalo-pélvica. El procedimiento no resuelve las distocias, las que se tratarán como tales, por cesárea abdominal, fórceps, fetotomías, etc., dentro de sus indicaciones.
5. Tumores previos y monstruosidades fetales. Estos casos tienen su tratamiento de elección.
6. Placenta previa sobre todo la central total y la parcial. La marginal da una contraindicación relativa.
7. Malformaciones congénitas de la vulva, vagina y cuello. Padecimientos infecciosos de estos órganos, con induraciones o infiltraciones que hacen el tejido poco elástico.
8. Enferma cesareada con anterioridad sobre todo si se empleó la técnica clásica. Con el antecedente de segmentarias, con ciertos cuidados especiales en el uso de ocitócicos y limitaciones del Kristeller, el procedimiento es parcialmente aplicable.

TECNICA

1. Recomendamos que se presente la enferma al hospital, en cuanto se inicie su trabajo de parto. Instruimos a parteras, practicantes o médicos internos encargados de recibir a las enfermas, sobre los cuidados previos y condiciones requeridas para actuar. La llegada tardía de las parturientas o el aviso inoportuno, nos han impedido a veces actuar a la medida de nuestros deseos.

2. Preparación conveniente de la enferma: enema evacuante, rasurado de la vulva, desinfección de la misma. Exploración interna con guan-

tes esterilizados previa instalación vaginal de mercurocromo al 10 por ciento. Inyección de demerol o demerol-escopolamina, si el trabajo de parto está iniciado.

3. Con 3 a 4 cm. de dilatación y con cuello borrado y dilatado, sometemos a la enferma a narcosis general. Actualmente usamos protóxido éter, éter solo o balsoformo. En otra época también usamos cloroformo gota a gota en mascarilla abierta. Apuntamos después algunos datos estadísticos. El ciclopropano lo desechamos por considerarlo poco manejable, por dormir demasiado al niño, predisponer a hemorragias del alumbramiento por atonía y además contraindicado en absoluto en nuestro procedimiento, por usar sistemáticamente extractos de lóbulo posterior de hipófisis, incompatibles con el ciclopropano, como lo es también la efedrina por la posibilidad de accidentes cardíacos graves, como la fibrilación. Sobre esto tenemos experiencia, por algunos casos vividos y sufridos en nuestra práctica, que por fortuna ninguno llegó a ser mortal.

4. Inyección de 10 unidades de Pitocín, Pituitrina o mejor Timofisina. Sólo disminuimos la dosis si a pesar de la anestesia general la enferma continúa con contracciones intensas. En algunos casos de múltiparas con matriz atónica y que no respondió a las primeras 10 unidades, le aplicamos una segunda dosis.

Consideramos las contraindicaciones de esta droga y no la usamos con presentaciones no encajadas o cuando sospechamos desproporción pélvica o pensamos en la posibilidad de hacer versión por maniobras internas. Jamás en situaciones transversales y pocas veces en las presentaciones de frente o cara, en donde frecuentemente preferimos el fórceps o versión por maniobras internas. Nunca hemos tenido ruptura uterina que lamentar.

5. Enferma colocada en mesa obstétrica y en posición ginecológica; desinfección vulvar e instalación de mercurocromo al 10 por ciento en la vagina. Sondeo vesical.

Con guantes esterilizados lubricados con vaselina líquida o jalea estériles, se hace dilatación de la vulva y vagina, introduciendo primero la mano en forma de embudo y ejecutando movimiento rotatorios de la misma para empuñarla después, cuando se ha conseguido la ampliación inicial.

6. Ruptura artificial de la bolsa si se conserva íntegra y dilatación manual del cuello por tracción circular y excéntrica, con los dedos medio e índice de las manos, adosados por el dorso (maniobra de Harris). Habitualmente, en 3 ó 4 minutos conseguimos una dilatación casi total, la que completamos ejecutando una maniobra semejante a la unimanual de Rizzoli en uno de sus tiempos y que consiste en introducir la mano dentro del

útero, abarcando la cabeza fetal y sacándola durante la contracción. Esta maniobra continúa la dilatación del cuello y sirve además de guía de la cabeza en su descenso y a veces con la ayuda de la otra mano sobre el abdomen de la enferma, conseguimos transformar las presentaciones posteriores en anteriores, sobre lo que no insistimos mucho por no considerarlo del todo necesario, ya que las rotaciones internas se efectúan sin dificultad y espontáneamente al descender la presentación.

7. Para este tiempo, el oocitócito inyectado inicia su acción, procurando además, para conseguir contracciones enérgicas, disminuir la profundidad de la narcosis pero sin que la enferma recobre la conciencia.

Durante la contracción se hace cuidadosa expresión de Kristeller por un ayudante adiestrado convenientemente, mientras nosotros tratamos de arremangar el borde del cuello sobre la presentación, con los cuatro dedos extendido de una y otra mano actuando alternativamente dentro de la vagina.

8. Una vez que ha pasado la cabeza por el anillo cervical y que está bien lubricado el canal observamos, como lo dijimos antes, la rotación interna y el descenso, que facilitamos durante la contracción por nuevo Kristeller y por tracción excéntrica aplicada sobre los elevadores del ano con el índice y medio de ambas manos introducidos en la vagina, lo que, ejecutado bajo narcosis superficial, despierta frecuentemente esfuerzo natural de pujo que colabora grandemente con las maniobras.

9. Así llega la cabeza al estrecho inferior, y se abomba notablemente el periné, con una dilatación marcada del ano y prolapso de su pared anterior.

Se profundiza un poco más la anestesia en este momento y se extrae la cabeza traccionándola de los rebordes orbitarios, con la mano derecha aplicada en el periné posterior a través de una compresa de manta y haciendo tracción hacia arriba en el eje del estrecho inferior. El talón de la mano limita la velocidad del desprendimiento y flexiona más la cabeza apoyada en este momento en el subpubis. Si hay dificultad o resistencia perineal, la mano izquierda aplicada sobre el fondo uterino y aprovechando la contracción, empuja al producto desde el abdomen, colaborando con la maniobra perineal. Hacemos además episiotomía central si hay resistencia marcada; lo mismo cuando amenaza ruptura el periné o cuando la elasticidad del tejido llegó a su límite.

10. Ayudamos al desprendimiento de los hombros como es habitual, haciendo la rotación externa de la cabeza, hacia el mismo lado que corresponde a la posición y abatiéndola hasta ver que el hombro anterior apa-

rezca, el que, después, se apoyará en el subpubis, por un movimiento hacia arriba del producto que libra el hombro posterior y el resto del cuerpo fetal.

11. Al estarse desprendiendo la cabeza en unos casos, o el hombro anterior en otros, se inyecta por vía intravenosa una ampollita de ergotrate de Lilly. (Procedimiento de Davis). Actualmente estamos usando además una intramuscular. Seccionado el cordón y entregado el producto, con una mano apoyada sobre el útero esperamos la primera contracción uterina enérgica que esta droga origina, lo que se sucede habitualmente dentro del primer o segundo minuto y hacemos expresión de la matriz, con lo que se obtiene placenta y membranas con una mínima pérdida de sangre.

12. Revisión, desinfección y suturas cuando éstas sean necesarias.

La duración de todas estas maniobras no excede de 10 a 15 minutos y no dan la impresión de brusquedad, traumatismo ni son riesgosas si son hechas como se aconseja hacerlas.

La madre sufre un gran alivio por el ahorro de largas horas de sufrimiento. Pasa el trance bajo narcosis general y despierta frecuentemente en su cama ya libre de los temidos sufrimientos y riesgos del parto.

El producto sufre menor traumatismo que en el parto espontáneo, al que se le sustrae de una larga permanencia en el canal genital y por consecuencia a la compresión con todos sus riesgos, incluyendo la anoxia. Por el contrario, no hemos visto un sólo caso de perjuicio en el niño que se pueda atribuir al procedimiento. No es difícil ni requiere facultades especiales como tanto se ha dicho. Solamente ser especialista de verdad para calcular la oportunidad de acción y poder juzgar las contraindicaciones.

No voy a referirme a las objeciones que se pueden hacer al procedimiento y cuya discusión es amplia, en primer lugar, por razones de tiempo, y en segundo lugar, por haberlas hecho ya en forma detallada en las comunicaciones de 1946 y 1947. Sólo me concretaré a dar algunos datos estadísticos, plantear algunas conclusiones y exhibir la película a colores que ilustra claramente el método descrito.

No es posible aplicar el procedimiento a la medida del deseo en todos los casos, por la forma nuestra de trabajar en dos diferentes sanatorios, pues unas veces el llamado inoportuno, otras veces la presencia tardía de la enferma al hospital, o bien, en otros contados casos, la imposibilidad de acudir de inmediato, nos ha impedido estar con la oportunidad ideal. Pero en cualquier circunstancia, nuestra conducta ha sido activa y en la medida de las posibilidades, hemos abreviado tiempo al parto y sufrimiento a las enfermas.

	Número	Porcentaje
Número de partos atendidos en los últimos 10 años en la clientela privada y de las que se conserva historia clínica completa	2515	
Número de estos casos en los cuales se pudo aplicar el procedimiento en mayor o menor grado	1785	71 %
Resultados excelentes	1106	62 %
Resultados medianos	481	27 %
Sin resultado y donde fué necesario fórceps u otra intervención	196	11 %
Número de casos de muerte materna atribuibles al procedimiento incluyendo anestesia	0	0 %
Número de casos de muerte o daño fetal atribuibles al procedimiento	0	0 %
Número de infecciones graves	0	0 %
Número de infecciones benignas (localización indeterminada)	42	2.4 %
Ruptura de cuerpo uterino	0	0 %
Rupturas graves de cuello	0	0 %
Rupturas pequeñas de cuello en comisuras u otros sitios y que necesitan sutura	107	6 %
Número de placentas retenidas que necesitan extracción manual	92	5.2 %

Por último, deseo hacer notar, sin entrar en detalles de técnica, que desde hace 3 años y cada vez más, utilizamos la versión por maniobras internas, en multitud de casos sobre todo de multíparas que, con cuello blando y dilatado, delgado y con 4 cm. de diámetro y bolsa íntegra, la cabeza está alta (móvil o abocada) y resolvemos nuestros problemas con igual facilidad, rapidez e inocuidad que con las maniobras anteriores y muchas veces mucho mejor. La altura del producto es lo que determina la indicación y jamás la intentamos en los casos de contracciones intensas, úteros sin agua o retraídos. La anestesia con éter nos proporciona una relajación suficiente y hasta la fecha no hemos tenido que lamentar perjuicio para la madre o para el producto en ninguno de los casos; se calculan en más de cien los casos así tratados. Hacemos nuestras maniobras introduciendo como mano de elección la ventral, tomando el pie anterior y prefiriendo casi siempre, la toma monópoda. Nos auxiliamos de la mano externa que ejecuta las maniobras complementarias que facilitan la toma del pie, la evolución del producto dentro del útero y el ascenso de la cabeza. Hacemos la maniobra de Rojas para desprendimiento de hombros, la de Mauriceau modificado para la extracción de la cabeza, ayudado por la maniobra de Champetier.

En un sólo caso tuve dificultades que no llegaron a tener consecuencia alguna y que dependieron de una circunstancia ocasional. En mujer mul-

típica con producto grande libre con bastante agua y buenas condiciones de relajación del útero, hice fácil versión en su tiempo inicial tomando los dos pies y volteándolo sin mayor dificultad. El descenso presentó dificultades cuando apenas habían salido de la vulva los pies, ya que se sintió resistencia inexplicable que fué aclarada al descubrir el cordón fuertemente estirado en la entrepierna fetal y que se continuaba con dos circulares al cuello. Tuve necesidad de seccionarlo en ese momento para descender al producto y aunque la extracción fué rápida, hizo aspiraciones que nos hicieron difícil la resucitación, la que afortunadamente se logró sin consecuencias ni secuelas.

RESUMEN

El autor se declara partidario del parto rápido y del alumbramiento provocado, cuya técnica, ventajas, indicaciones y contraindicaciones describe minuciosamente.

SUMMARY

The author advocates both induced and rapid labor, whose technic, advantages, indications and drawbacks he carefully describes.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. MANUEL MATEOS FOURNIER

BERNARDO J. GASTÉLUM

Académico de número

Me siento profundamente agradecido por la honrosa distinción que a través de la Presidencia de nuestra Academia me ha hecho el doctor Manuel Mateos Fournier para que comente su interesante trabajo sobre Parto Rápido.

Comentario viene del latín *commentarium*; en la acepción que en el presente caso le corresponde quiere decir un escrito que sirva de explicación y comentario de una obra para que ésta se entienda más fácilmente. Y no estoy en circunstancias favorables para cumplir estas condiciones, como yo lo deseara por el hondo afecto que tengo para el sustentante y como lo merece la trascendental importancia de su estudio, que el día de antier por la tarde me fué entregado en su primera parte por el propio doctor Mateos Fournier, junto con el que presentó hace seis años sobre el mismo asunto a la Academia, y ayer a las siete de la noche apenas, su complemento. Este trabajo exige una mayor meditación. A lo anterior y para mi comprensión, habrá que agregar la brillante exposición que acabamos de oír y su magnífica película a colores sobre el mismo tema.

Al hablar sobre el parto, su ironía me recuerda las sátiras de Molière sobre los médicos. El dolor, dice el doctor Mateos Fournier, debe suprimirse del parto; en este concepto existe un grave error de expresión que considero necesario aclarar. El parto es el único proceso fisiológico que se verifica con dolor y el dolor mismo es el motor esencial del trabajo. Sin dolor no hay trabajo y, por lo tanto, parto. Lo que la medicina ha pretendido desde hace muchos años suprimir en la conciencia de la parturienta, es el drama del sufrimiento que ocasiona el dolor, pero conservándolo; así se ha hecho, como nos lo manifiesta el doctor Mateos Fournier y como también lo comprenden la mayoría de los obstetras. El problema del dolor tiene

un aspecto totalmente diverso a todos los dolores que sufre el hombre: en el parto es un proceso indispensable. Cuando la anestesia fué descubierta se recurrió a ella. Conocemos bien esta historia. Si la anestesia es completa, el trabajo se perturba o se interrumpe y en tal caso habrá que recurrir a los ocitócicos para mantener, precisamente, el dolor, actitud paradójica. Antes, se habían ensayado los analgésicos. En el siglo XV se usaba el beleño, droga de la escopolamina; también conocemos todas las experiencias con estos productos hasta llegar al demerol, en combinación con el éter, en los instantes trágicos de la dilatación del cuello y de la expulsión, llamados períodos de desesperación. Acostumbro el demerol y otro producto que me ha dado mejores resultados y al que en otra ocasión me he de referir; como ocitócico, el sulfato de esparteína, superior al Pitocín y sin los inconvenientes de los productos de la hipófisis solos o asociados al timo.

De lo que dice el doctor Mateos Fournier sobre el dolor, me parece esencial reproducir, por su proyección sobre el parto rápido, sus siguientes conceptos: "no han llegado aún a suprimirlo — está hablando del dolor — totalmente y sin riesgo para la madre y el producto; lo que significa la necesidad de un procedimiento que abrevie el proceso — se refiere al parto — y por lo tanto el sufrimiento". Más adelante, continúa. "si llega el día, que seguramente llegará, en que el control del dolor del parto sea una completa realidad desde el principio hasta el fin, sin riesgo, entonces no estará justificada maniobra alguna — se refiere al parto rápido — como pasó en la época en que era necesario amputar un miembro en un minuto, porque no había, como hoy, anestésicos de casi absoluta inocuidad". Las ideas anteriores, dan la impresión de que la invención de su técnica sobre el parto rápido es algo supletorio, tiene una utilidad transitoria en tanto no se invente un anestésico o un analgésico, diría yo, que quite la tragedia del sufrimiento en la conciencia de la parturienta y que, una vez que se invente tal droga, el tiempo no importará, como ha pasado en la cirugía, en que hay que operar bien sin temor al tiempo; esto, naturalmente, dentro de una duración conveniente, dejando en nuestro caso, que el parto se desarrolle dentro de su dinámica fisiológica, asistida por la dirección inteligente y diestra del obstetra.

Ahora, vayamos al parto rápido.

La lógica, no es la verdad como lo suponen las personas que no la conocen, sino un recurso para alcanzarla. La vida sí es la verdad y la vida no siempre es la lógica. La excesiva lógica conduce a lo ilógico. El doctor Mateos Fournier nos ha hablado en nombre de la lógica; lo que él efectúa en el parto normal para hacerlo rápido, cómo lo logra, la exposición de su

método, su impresionante estadística, su película, todo ello, manifestaciones de su indiscutible habilidad. La Academia, estudiando acuciosamente su procedimiento y cerciorada que no se requiere la magia para llevarlo a cabo, sino que, como técnica científica está al alcance del obstetra estudioso, apto e inteligente, deberá sancionarlo en su oportunidad.

Les ruego que no se alarmen; no voy a repetir todas las maniobras de que se compone el método del parto rápido y que el autor nos ha expuesto en forma tan brillante y sugestiva, sino simplemente a subrayar las que considero esenciales para ser meditadas y a mi vez, poder hablar, en nombre de la vida.

La anestesia general de manera completa es esencial al procedimiento, sobre ella gira, como acontece en la resección de las amígdalas; pero como la anestesia a ese grado interfiere con el dolor que es esencial para el trabajo, se recurre al oclítico para que aquél continúe. Se rompe en seguida, si no está ya rota, la bolsa de las aguas, no con el pensamiento de Kreis, ni tampoco con el de Voron y Pigaud, sino con la mira de dilatar artificialmente el cuello; pero antes debe hacerse lo propio con la vagina y la vulva, así, con la mano en forma de embudo y verificando movimientos alternativos de rotación hacia adentro y hacia afuera, una vez que penetra, se empuña y empuñada se introduce y se saca varias veces hasta que la dilatación de la vagina sea suficiente. Entonces nos dirigimos al cuello que se dilata con los dedos en la forma acostumbrada y cuya dilatación se completa al modo de Rizzoli, introduciendo la mano dentro del útero y sacándola cuando viene la contracción, la dilatación del cuello para manos muy expertas exige de tres a cinco minutos; en estos momentos se le indica al anestesista que disminuya la narcosis para que se hagan manifiestas las contracciones uterinas, pero sin que se recobre la conciencia. El ayudante interviene con la expresión de Kristeller y el tocólogo, introduciendo cuatro dedos de cada mano en la vagina, va al cuello y trae su borde sobre la cabeza del feto con el propósito de completar la dilatación y conseguir el paso de la presentación a través del anillo cervical. Con nueva expresión de Kristeller y nueva contracción uterina, se hace tracción lateral y excéntrica apoyando el índice y medio de cada mano introducidos en la vagina sobre los elevadores del ano, para que el feto descienda. Se procura en este momento tener una narcosis superficial para que la mujer colabore con la maniobra mediante su esfuerzo. Viene en seguida el descenso y la rotación de la cabeza que franquea el estrecho inferior colocándose el suboccipucio en el subpubis y aquí hay que volver a profundizar la anestesia y con la mano atrás del ano y adelante del coxis, sitio fetal en el que se perciben los rebor-

des arbitrarios, apoyando los dedos en ese lugar, se tira de la cabeza. La compresión sobre el fondo del útero parece ser indispensable o bien puede darse el caso en que haya que regular un desprendimiento rápido con el talón de la mano. La episiotomía, si es necesaria, ampliará la vulva. El resto de las maniobras son las acostumbradas para esta clase de presentación. La versión por maniobras internas como complemento del método, sustentada su indicación en la altura del producto y evitándola cuando existen contracciones intensas, útero sin líquido amniótico o bien retraído, es otro aspecto interesante de la técnica que se incluye en el trabajo, pero sin aquellos detalles, cuyos perfiles son indispensables para el comentario. Seguramente el autor espera acumular un mayor caudal de experiencia para hacérsela conocer. El trabajo del parto requiere una laboriosa preparación; para que ésta se realice, ya que no puede ser substituida de una manera artificiosa, el tocólogo debe suplir hasta donde sus medios le alcanzan, las deficiencias accidentales del trabajo, pero no cuenta con medios inocuos para abreviarlo, con excepción de la ruptura de la bolsa de las aguas (Ribierre, Chartruss, Paul).

Uno de los hechos que hacen posible que el conducto útero-cérvico-vagino-perineal adquiera las dimensiones necesarias para que pueda ser expulsado el feto, es el reblandecimiento de los tejidos y con él, la ruptura de la bolsa de las aguas. La presentación es un agente efectivo de dilatación del cuello, de la vagina y del periné. Yo uso al feto como agente de dilatación del cuello en las presentaciones de pelvis. Impido su salida durante algunos minutos hasta considerar que el cuello deja de ser obstáculo para retener la cabeza del feto y provocarle graves accidentes. Se le da gran importancia a las fibras musculares longitudinales del cuello en la dilatación de este conducto. En el cuello y durante el desarrollo del embarazo, van quedando las fibras musculares longitudinales que lo halan hacia arriba y lo dilatan; tal dilatación ocupa la mayor parte de la duración del trabajo, porque se trata de distender un orificio que ha permanecido cerrado hasta entonces. El conducto debe haber desaparecido por completo o poco menos, para que al dilatarlo no corra el riesgo de una ruptura. En el embarazo avanzado el cuello está reblandecido y por lo mismo distensible; dilatarlo con los dedos, como lo practica el doctor Mateos Fournier, práctica antiquísima que se remonta a Celso, exige, para librarse de desgarraduras, que el trabajo del parto haya principiado y con él la preparación específica que sufren los tejidos para ser dilatables. Toda dilatación del cuello o del conducto cervical que no atienda a esta condición, lleva el riesgo de una ruptura, tanto más probable, cuanto mayor violencia comprenda el mediat

que se utilice. De la misma manera obra el feto, cuando se le emplea como medio de dilatación sin estar el cuello preparado para ello. Sólo en un orificio cervical reblandecido y delgado en donde ha comenzado la dilatación, se pueden emplear los dedos; repetimos, el conducto debe haber desaparecido por completo, el orificio interno alcanzado cierta amplitud y distensibilidad, para que pueda, sin peligro de desgarrarse, dilatarse artificialmente. Aun así, el orificio tendrá tendencia a retraerse, por lo que las maniobras de evacuación del útero, deben ejecutarse desde luego. Seguramente por falta de habilidad, nunca he podido reducir las maniobras de dilatación del cuello a menos de diez o quince minutos. En un parto que ha principiado, la vagina como los tejidos que forman el periné, sufren, como el cuello uterino, una preparación especial que los hace distensibles y el mejor agente para activar esta dilatación sigue siendo la presentación fetal. Este medio natural ha sido substituído en el procedimiento por la mano que tropieza, por la falta de preparación, con la resistencia natural de las paredes vaginales y el elevador del ano. Las paredes laterales vaginales hacia arriba, están en relación con la aponeurosis perineal superior que es resistente y con el elevador del ano en su porción interna; los haces del elevador no toman ninguna inserción con las paredes de la vagina, sino que se adhieren firmemente al tejido celular perivaginal y comprimen este conducto cuando el elevador se contrae. No es sencillo el pretender, con los dedos dirigidos de abajo arriba, dilatar el elevador para que pase la presentación fetal; para eso se requiere una potencia superior a la que hace la presentación de arriba abajo; hay que recordar que este músculo es el obstáculo más decisivo de la versión externa en la presentación de pelvis. La vagina, por otra parte, en su porción inferior se fusiona con el periné; está incluida en la aponeurosis perineal media y adherida a las fibras que la constituyen. El segmento perineal de la vagina, dispuesto en medio de fibras musculares inextensibles, es la parte más estrecha del conducto, la menos dilatable. A través de esta porción hay que arrastrar la cabeza fetal, con el esfuerzo del índice y del medio de cada mano accionando en el borde orbitario. El empeño no debe de ser pequeño, pero entonces llega la presión sobre el fondo uterino ejercida por el ayudante. La vulva experimenta, por la presentación fetal y el reblandecimiento de los tejidos una distensión amplia y relativamente rápida cuando su centro coincide con el eje pelviano y los tejidos conservan su elasticidad normal. No se desgarran si el obstetra sabe favorecer el desprendimiento; en caso de vulva chica o no distensible, tenemos la utilidad de episiotomía.

La dilatación de las partes blandas del conducto pelvi-genital encuen-

tra su mayor obstáculo en dos sitios, como lo señalamos oportunamente: en el cuello y en la parte inferior de la vagina; a esas dos contingencias atiende la narcosis en el método del doctor Mateos Fournier.

Si el parto rápido tiene su indicación para abreviar el tiempo de sufrimiento, no se justifica desde el momento en que, en la actualidad, el sufrimiento ha pasado a segundo plano y menos aún si, como escribe el doctor Mateos Fournier, "no es posible en la práctica sujetarse o reglas esquemáticas, porque la medicina es muy compleja y en la obstetricia observamos múltiples modalidades de los fenómenos naturales y gran variedad de circunstancias particulares, en donde nuestra conducta puede cambiar de un instante a otro". Tales conceptos parecen circunscribir el procedimiento de parto rápido a mano que sean tan hábiles como las del autor y, desde el punto de vista científico, entraña un grave defecto porque entra a la categoría de lo excepcional. La idea de parto rápido implica el concepto de prontitud y el parto normal no es pronto; se trata, por lo mismo, de un método que tiende a hacer rápido lo que no es, anormalidad que corrige lo normal. Lo anormal, como ya lo enunciamos, no es lo patológico, pero por allí caminarán quienes practiquen el procedimiento y no cuenten con la habilidad de su autor. Naturalmente, no porque carezcan de esta habilidad el método es censurable, sino que puede serlo por las nebulosidades que no dejan ver claro sus indicaciones. Es sobre este perfil, sobre el que el autor debe insistir para elevar su procedimiento de rango. Y aquí viene el antiguo concepto de Voron y Pigeaud de parto dirigido, porque todo parto normal, anormal o patológico, debe ser un parto dirigido. El obstetra asume con esa designación un papel siempre activo, libertándose de esa situación penosa, expectante y ridícula de que nos habla el doctor Mateos Fournier, porque, conociendo todos los detalles del desarrollo del embarazo de su paciente, estará preparado para hacer lo que proceda en el momento oportuno.

Por lo que se refiere al alumbramiento provocado, el uso del Ergotrato o del Meterghin, mejor éste que aquél, han entrado en la práctica corriente con las limitaciones impuestas por la experiencia de cada obstetra.

Unas palabras para terminar. No tengo el menor propósito de derrumbar conceptos tan importantes y fincados en una experiencia tan fecunda como los que nos ha expuesto el doctor Mateos Fournier, sino muy por lo contrario, afinarlos, para que él los haga llegar al dominio de todos los obstetras. Su labor es eminentemente valiosa y debe proseguirla. Por mi parte, soy un espíritu con ventanas abiertas a todos los vientos, nada me es indiferente, nada me sorprende, ni nada me extraña.