

Dirémos ahora algo sobre las posturas aceptadas en México para el parto.

Hubo, hace mucho tiempo, en el país, una costumbre aceptada por el pueblo y aun por algunos facultativos, que consistía en hacer que las mujeres parieran, además de las posturas en que todavía hoy se acostumbra, sentadas en unas sillas especiales que llamaban sillas de partear. En el año de 1838 un partero, el Sr. Villette, empezó á sublevarse contra esa práctica porque, según él, traía, como consecuencias, pérdidas uterinas, prolapsus del útero y rupturas del perineo, y en el año de 1858 otro partero, el Sr. Torres, intentó rehabilitarla, señalando, en un *Manual de partos* que por esos días publicó, que estaba indicado aceptar esa postura cuando las parturientas fueran asmáticas ó nerviosas, cuando tuvieran los diámetros estrechos, y cuando los dolores del parto se alejaran, porque entonces, en esa posición, el peso del producto aumentaría la introducción de la cabeza en el segmento inferior del útero y reanimaría, por lo mismo, las contracciones. Actualmente, están proscritas abiertamente de la práctica tocológica mexicana todas las posturas en que las parturientas tengan que estar en una situación vertical, ya sea suspendidas, ya paradas, ya arrodilladas ó ya sentadas, y se aceptan más generalmente la posición en decúbito supino ó la francesa, que agrada más á los parteros mexicanos que la postura inglesa que, sin embargo, aceptan algunas veces, y la posición tocológica la dejan sólo para cuando es necesario practicar alguna operación obstétrica, ménos para la cesárea que se hace en las posturas aceptadas en Cirugía.

Durante el curso del trabajo, aquí siempre se tiene mucho cuidado de que estén vacíos el recto y la vejiga, y de conservar, á todo trance, la integridad del perineo que por su corto tamaño en las mexicanas está muy expuesto á romperse. Esto último se ha procurado desde tiempos muy atrás, y para lograrlo, en 1865 recomendaba el Sr. Jiménez (M.) que se introdujeran los dedos índice y medio de la mano derecha en la vagina, siguiendo su pared posterior y con la cara palmar vuelta hácia la anterior, hasta acercarse á la parte presentada; que se deprimiera, en seguida, la horquilla, de manera de que se bajara el plano que forma la pared posterior de la vagina, y que se fueran sacando entonces los dedos, siempre comprimiendo la horquilla, de modo que tras de ellos se viniera la parte presentada que recorrería así una es-

pecie de plano inclinado ménos alto que el natural, lo que facilitaría sobre manera la expulsión del producto, procedimiento que no sabemos si llegó á ensayarse, ni con qué éxito, y que, en nuestro concepto, además de que debe ser molesto para las enfermas, en la práctica, ni debe facilitar tanto la expulsión del niño, como entonces se dijo, ni debe conjurar del todo el peligro. No ha mucho el Dr. Espejo ensayaba un método aconsejado por Playfair, que consiste en introducir varios de los dedos de la mano en el recto de la parturienta, para impulsar hácia adelante el producto, método repugnado por las enfermas. Actualmente las maneras de contenerlo son la francesa ó la inglesa, según la posición de la mujer, y se las tiene por tan seguras, que algunos atribuyen las rupturas que luego suceden, única y exclusivamente á falta de habilidad del partero, lo que es una exageración, pues que en esas mismas hábiles manos se han roto algunos. En los casos en que una desgarradura es inminente, se hacen en cada uno de los pequeños labios incisiones laterales de cinco milímetros de extensión, y en el caso desgraciado de no haberlas podido evitar, hoy se las cura por el método antiséptico de Lister. De las rupturas del perineo, á las centrales y á las incompletas no se les da mucha importancia entre nosotros.

El mecanismo del trabajo del parto, que probablemente fué poco conocido de nuestros antiguos parteros, hoy es considerado en su parte fundamental, como en Europa, aunque se admite en México algo especial, digno de mencionarse. Se comenzó por observar que al salir la parte presentada del feto, siempre lo hacia en posición directamente ántero-posterior é inclinada hácia afuera y adelante, y al buscarse la causa se encontró que siendo cualquiera de sus diámetros mayor que el ántero-posterior del estrecho inferior, para salir necesitaba hacerlo á lo largo y en posición directamente ántero-posterior, porque sólo de esa manera queda uno de los extremos del diámetro largo afuera y adelante de la cavidad, y el otro puede deslizarse por atrás, y estas leyes las formuló el profesor de Clínica de la siguiente manera: "Es necesario que, para que se verifique el parto, en un momento dado, cualquiera de las regiones del cuello del feto se coloque detrás del púbis y mida su altura: la posterior en las de vértice y nalgas, la anterior en las de cara y cualquiera de las laterales en las de tronco, en los rarísimos casos en que se verifica la evolución espontánea;" y "los diámetros largos del feto, occípito-frontal en las de vértice, occípito-mentoniano en las de

cara y bis-acromial y bis-iliaco en todas, deben salir de punta para que el extremo posterior pueda rodar, siguiendo un arco, por la pared posterior y el perineo."

Hé aquí algo especial al trabajo de cada una de esas presentaciones.

En las presentaciones de vértice, las posiciones posteriores tienden siempre á hacerse anteriores, y como en seguida el mecanismo de su trabajo es el mismo que para las anteriores, de ahí que siendo más laboriosas y más largo su trabajo, se las considere entre nosotros como ménos favorables.

El parto en las presentaciones de pélvis posteriores, también como en las de vértice, tiende á hacerlas anteriores, y de ahí que también en éstas el trabajo sea mayor y que se consideren mejores las anteriores.

Por el contrario, en las presentaciones de cara, las posiciones anteriores tienden á hacerse posteriores, porque en éstas el trabajo es ménos largo, y son más favorables porque, salida la barba debajo del púbis, se acortan mucho los diámetros largos.

En todas las anteriores presentaciones, los movimientos que se verifican para el parto son, con poca diferencia, los que señalan los autores de ultramar, con la sola diferencia de que, en las rotaciones, el occipital ó uno de los hombros ó una de las caderas, en lugar de colocarse en una situación oblicua, queda en una directamente ántero-posterior.

En las presentaciones de tronco poco se tiene que estudiar del mecanismo de su parto que casi siempre es imposible, por lo que siempre también es necesaria la version. Sin embargo, bueno es consignar aquí que se han visto casos de evolucion espontánea.

Con respecto á la oportunidad de la ligadura del cordón umbilical, algunos de nuestros parteros quieren que se la haga desde luego, otros la prefieren tardía, alegando en su favor lo comun que es la anemia en México y cuya aparicion se favorece en los niños privándolos con la pronta ligadura, de los últimos restos de sangre materna que pueden recibir, y algunos aun han propuesto que se la haga hasta despues de la expulsion de la placenta. La práctica más generalmente seguida es la primera.

¿Qué ideas se han profesado y se profesan en México con respecto al tiempo oportuno de extraer una placenta cuando su expulsion se dilata? En 1838 el Dr. Uslar se declaraba contra su extraccion artificial cuando aun no se habia desprendido, pues que referia casos en que ha-

bia durado adherida hasta cuatro ó cinco dias sin consecuencias ningunas para la madre, lo que él atribuía á que no se descomponia mientras estaba pegada al útero, porque recibiendo circulacion tenia vida; por la misma época, por el contrario, el Dr. Andrade (M.) aconsejaba que no se aguardara arriba de una hora, porque la descomposicion de la placenta era evidente, creyendo inútil que se esperara á la cabecera de la enferma, doce, veinticuatro ó cuarenta y ocho horas á que se presentaran los cólicos uterinos para que la expulsaran; y actualmente nuestros parteros, colocándose en un justo medio, sólo intervienen, ni pronta ni tardamente, cuando, no siendo expulsada por la naturaleza á pesar de estar desprendida—lo que se conoce por la hemorragia venosa que se presenta, por la dureza y disminucion de volúmen de la matriz y por la vuelta de nuevos dolores de parto—creen indicado extraerla.

Casos se refieren en que la placenta no llegó á ser expulsada, lo que no tuvo, sin embargo, consecuencias para la madre. En el año de 1850 asistieron los Sres. Vértiz y Torres á una señora que despues del parto no habia arrojado la placenta. La reconocieron con cuidado sumo; apenas sintieron el reborde que correspondía sin duda á su insercion, pero fué inútil toda tentativa de arrancarla, por lo que se limitaron á seguirla observando atentamente, repitiendo los reconocimientos, habiendo visto con gran admiracion que el útero sufrió de una manera regular su involucion y que la placenta habia desaparecido. Admitieron entónces los profesores que la placenta se habia absorbido por el útero, y como ejemplo de tal fenómeno citaba siempre el hecho el Dr. Torres, en su cátedra, hecho que también admite el actual profesor de Clínica, aunque no aceptando que la placenta haya sido absorbida porque sus elementos no lo son, sino que sufrió su natural regresion y que fué expulsada en ese estado paulatinamente por los loquios.

Por fin, el Dr. Boves referia en el año de 1866 el caso curioso de una placenta que insertada centro por centro en una embarazada, habiéndosele muerto á ésta el producto, aquella sólo se perforó sin necesidad de ninguna intervencion, y dió paso libre al feto, hecho que explicaba el observador suponiendo que la placenta se habia macerado.

Pero ya este capítulo se ha extendido bastante y, por lo mismo, no terminaremos la historia del arte sino hasta el siguiente.