

cuando en las occípito-posteriores (3ª y 4ª id.) el movimiento de rotación es tan completo que la 4ª se torna en 1ª, y la 3ª en 2ª de vértice.

2º Los partos en los abocamientos cefálicos occípito-posteriores, no son irrepudablemente fisiológicos cuando el movimiento de rotación hácia adelante no se completa, ó cuando se hace en sentido contrario, quiere decir, atrás. Tales partos en las nulíparas son difíciles y peligrosos, y difíciles en las múltiparas.

3º El parto en presentación pélvica suele ser eutócico en las múltiparas, pero generalmente es peligroso y difícil en nulíparas y múltiparas.

4º El parto en abocamiento de tronco es físicamente imposible. Aunque á última hora, y bajo ciertas condiciones, la naturaleza suele ejecutar la versión ó la evolución impropriamente llamadas "espontáneas," nadie debe contar con ellas, ni atenerse á esas eventualidades, porque es imposible preverlas y determinarlas.

5º El parto por la region facial es posible en ciertas circunstancias, particularmente si las posiciones fueren fronto-posteriores (3ª y 4ª), y cuando en las fronto-anteriores (1ª y 2ª) un amplio movimiento de rotación conduzca la barba hácia el arco pubiano.

6º El parto por la region facial en 1ª y 2ª posiciones (fronto-anteriores) es imposible si la barba no gira adelante. Cuando sucede lo contrario, ya sea que la cabeza siga bajando extendida, ya que la presentación se trueque en cervical, el fenómeno se explica, ó por la pequeñez relativa de la cabeza, ó por la muerte del producto, en cuyo último caso los tejidos oponen una resistencia superable.

7º Vistos y comprobados los peligros y dificultades de que por su naturaleza misma están erizados los partos cuando maduros los fetos no se presentan por la region cefálica, el pretender que los abocamientos pelvianos, de tronco y faciales se trasformen en abocamiento de vértice, es loable.

8º Si semejante pretension es practicable; si el procedimiento general y las maniobras particulares son de fácil ejecución; si en nada comprometen la salud y la vida de madres é hijos; en fin, si son coronados de éxito, el procedimiento y las maniobras preconizados como profilácticos, quiere decir, salvadores, deben ser librados á la circulación en la práctica obstétrica y aceptados amplísimamente.

9º El procedimiento general de ejecución es la *manipulación exterior*

bi-polar ó bi-manual. Los métodos son tres: la *conversion* en los abocamientos de tronco, la *inversion* en los pelvianos, y la *regularización* en los faciales ó cervicales inclinados.

10º Como la acomodabilidad del producto se halla matemáticamente relacionada con su movilidad, el resultado es más seguro encontrándose más tierno, y no perdiendo tiempo en perplejidades y vacilaciones: en negocios de esta trascendencia vale más proceder ántes que despues. Desde el mes 7º hasta el 9º, y durante el parto, miéntras la fuente subsista intacta, hay trecho bastante para ejecutar las correcciones que se deseen. Mas, repito, como quiera que la movilidad del engendro se halla en razon inversa de su desarrollo, lo conveniente y lo prudente es arreglar las cosas lo más distante posible del fin de la preñez. Para obviar dificultades durante la manipulación, las mujeres estarán en ayunas y con el recto y la vejiga vacios.

11º No me cansaré de repetir lo que vengo diciendo desde catorce años ha: Vistas las positivas ventajas de esta práctica, divúlguese cuanto se pueda, y amonéstese á toda embarazada, para que trascurrido el 7º mes se haga reconocer por un partero inteligente, á fin de que con la anticipación debida y en su oportunidad arregle lo que hubiere por arreglar.

12º Como la inmovilidad del feto, que dificulta y hasta puede oponerse á la ejecución del artificio, suele depender de otras causas que no sean ni el desarrollo del producto ni la relativa escasez de aguas amnióticas, v. g., preñez gemelar, cortedad natural ó accidental del cordón, adherencia entre el feto y su envoltura, despues del fracaso de prudentes tentativas, la *conversion*, *inversion* y *regularización* por maniobras externas, están formalmente contraindicadas. Esta prohibición tiene por mira impedir los funestos efectos de la violencia, que muy fácilmente podria ocasionar el despegamiento parcial ó total de la placenta, la rotura de la matriz ó del cordón umbilical, etc.

13º El adolorimiento del vientre y las contracciones uterinas dolorosas, que suelen sobrevenir por las manipulaciones, se corrigen con la quietud, con aplicaciones tópicas, narcóticas y anestésicas, lavativas laudanizadas é inyecciones hipodérmicas de una sal de morfina.

14º Para el logro del aseguramiento de las ventajas que se obtienen en virtud de las operaciones cuya generalización he solicitado el primero, se ponen cojinetes ó compresas en los flancos, y se fijan con un

vendaje circular, el cual se adapta y ajusta luego á la forma del vientre con alfileres de seguridad. Cada dos dias, ó ántes si urgiere, se ve si el feto continua ó nó en la situacion que se le puso. Si todo estuviere en órden, adelante; si hubiere algo que merezca correccion, corrijase; despues se aplica la venda. Por último, se insiste en la revision y en las correcciones hasta estar seguro de que todo queda en condiciones satisfactorias."

Por fin, mucho se ha discutido aquí y en ultramar, cuándo está perfectamente indicado hacer la version; y cuándo aplicar el forceps, hasta que entre nosotros, atendiéndose á la condicion esencial que en cada una de ellas se necesita para que sea practicable, es decir, á que haya suma movilidad para la primera, y gran firmeza para la última, y lo primero no sucediendo sino en la gran pélvis y lo segundo sólo en la pequeña; de ahí que se ha sentado este sabio precepto, que entre nosotros es una especie de cánón tocológico que guia á nuestros parteros en los casos de difícil resolucion, y que les marca su intervencion: el campo donde se puede hacer la version es la gran pélvis y el de la aplicacion del forceps la pequeña.

El forceps,—el nombre de forceps es impropio, pues que es más un instrumento de maña que de fuerza—instrumento tan deseado en Europa desde los tiempos de Hipócrates, y cuyo descubrimiento parece que data allá desde ántes de los Chamberlain, pues que ya se encuentran ejemplares de él, así como de espéculos y de otros instrumentos por el estilo, en los museos egipcios, ha tenido desde hace mucho tiempo muy buena aceptacion entre los parteros mexicanos que, ya prefieren el clásico de Levret, ya el de Pajot y ya el de Tarnier, más especialmente los dos primeros, y le aplican observando absolutamente los preceptos de la escuela francesa.

En el parto manual que se practica en México, ha introducido el Dr. Rodríguez en uno de sus tiempos, en el tercero, en aquel en que se hace la extraccion de la cabeza del feto, tiempo el más difícil, una maniobra nacional que mucho lo facilita. En efecto, los autores extranjeros recomiendan para verificarla, que se introduzca dentro del útero la mano izquierda ó la derecha, segun que la cara del feto mire hácia atras ó hácia adelante, hasta alcanzar su boca, y que se introduzcan los dedos índice y medio dentro de ella, y que se hagan entónces tracciones, ó bien, que se les lleve más hácia arriba y se les coloque á los la-

dos de la nariz ó en las órbitas, y tomando allí punto de apoyo se hagan aquellas; procedimientos de los cuales el primero siempre causa traumatismos, no siempre surte, pues que la boca del feto casi siempre se abre y no presta un seguro punto de apoyo y puede aun producir una luxacion del maxilar inferior, y el segundo es inseguro en su primer punto de apoyo porque se resbalan los dedos, y en el otro, que tampoco siempre surte, expone á traumatismos oculares y á inocular al niño, de los ojos, si hay algun padecimiento vaginal en la madre, produciéndole oftalmías; el Dr. Rodríguez ha procurado obviar á todos esos inconvenientes con la suya que consiste en "... llevar los dedos de la mano izquierda hasta el occipital, abatir con ellos esa region para doblar la cabeza, y al propio tiempo levantar al feto, tomado de los piés con la derecha, desde el principio de la maniobra, y conducirlo sobre el vientre de la mujer..."¹ maniobra que parece de utilidad y la que aunque hemos oido censurar en teoría, objetándosele que introducido el brazo tan alto, su diámetro añadido al del feto la dificultaria más, parece que surte en la práctica.

La sínfiotomía la rechazan los parteros mexicanos, y nunca se la ha practicado entre nosotros. El único caso que de ella se conoce, que refiere el Dr. Rodríguez en su tesis de concurso del año de 1869, y que pasó á los Dres. Tellechea y Ortega (F.), tuvo lugar de una manera enteramente accidental—el Sr. Rodríguez la llamó natural—en una señora á la que, al aplicarle el forceps, en un caso de enclavamiento de la cabeza de un feto algo grande en el estrecho superior de la pélvis, se le abrió la sínfisis, lo que facilitó la extraccion del producto, y se la curó despues, por segunda intencion, por medio de un aparato compresivo, quedando tan bien que despues siguió teniendo otros varios partos felices.

La operacion cesárea, esa operacion obstétrica nacida por un edicto real de Numa Pompilio, en Roma, ha sido una de aquellas que practicadas en el vivo ha inspirado en otro tiempo más horror á los parteros de todas las naciones y de todas las épocas. De ella llegó á decir nuestro Clement, que era un buen cirujano, que la vió practicar en Paris nada ménos que á Paul Dubois: "...Lo que vimos no merece el título de operacion si no es por las buenas intenciones y la calma inte-

¹ Guia Clínica del partero.—Dr. Rodríguez.—México.—1878.

ligente del maestro. El niño murió al salir del vientre de la madre y ésta no sobrevivió al hijo sino algunas horas de tortura. Se habló de hemorragia, de agotamiento nervioso, se habló también, si mal no recuerdo, de alguna asa intestinal muy mal colocada delante del útero y.... qué se yo.... En resumen, todo esto fué horrible y sin fruto....!!¹ Hoy ya se le tiene ménos horror entre nosotros.

Como se recordará, cuando se la mandó practicar aquí, primero en el cadáver, fué en la época del virey Don Antonio María Bucareli y Ursúa, pero no sabemos si á consecuencia de la disposición anterior se la llegó á practicar alguna vez en el vivo ó en el cadáver en la época de la dominación. Hecha la independencia, siguió y aun sigue esa disposición en vigor, sin embargo de lo cual no sabemos que se haya hecho ninguna operación en la mujer viva, y apenas si sabemos de algunas practicadas en el cadáver, y eso sin éxito. La primera y única operación cesárea que registra la historia de la Medicina de México, practicada en la mujer viva, fué accidental y tuvo lugar allá por el año de 1850 en que era practicante el Sr. Jiménez (M.) que fué uno de los protagonistas. Hé aquí cómo refiere el hecho el Sr. Rodríguez: "... Dicho señor (habla de Jiménez) al concluir su visita en el Hospital de San Pablo, el 27 de Junio de 1850, fué avisado de que en la plazuela inmediata habia herido una vaca á una mujer. Acudió en el acto, y en una accesoria de frente al Hospital encontró á dicha mujer—que se llamaba Jacinta Guzman—con una herida dilacerada en el flanco izquierdo, la cual se extendia cosa de ocho pulgadas en la dirección del ombligo. Esta mujer estaba embarazada de más de ocho meses, según dijo, y por la herida asomaba una porción del feto, que al Sr. Jiménez le pareció una nalga. Dilatada un poco la herida hácia abajo, pudo el Sr. Jiménez enganchar con su índice izquierdo la íngle también izquierda del feto, extraer la pierna correspondiente, luego la derecha, y al fin todo el feto, que al salir comenzó á gritar. No obstante el haberse apresurado inmediatamente á extraer las secundinas, la retracción del útero fué tan violenta y se alejó tanto este órgano de la herida del vientre, contrayéndose su herida propia, que no pudo conseguirlo. Se limitó á ligar y cortar el cordón lo más adentro que alcanzaron sus dedos, á reducirlo en el interior de la herida, á suturar ésta con unos puntos pasados, á aplicar un vendaje de vientre, á sangrar á la enferma que era jóven y vigorosa, y á recomendar la quietud y la dieta.

Seis horas después y con dolores como de parto, arrojó la placenta con su cordón ligado, por el conducto natural. Pero ya á esa hora comenzó una peritonitis violenta que la llevó al borde del sepulcro. Sin embargo, veinte días después entró en convalecencia, y tuvo varias veces el gusto de ver á madre é hijo en buena salud: sólo conservaba la primera, una hernia en el flanco izquierdo que exigía un vendaje apropiado...."¹

De las practicadas en el cadáver, de que tenemos conocimiento son: una hecha en el año de 1856 por el Sr. Martínez del Río en una mujer que tenía siete meses de embarazada, y de la que extrajo un feto muerto; otra hecha en el año de 1867 por el Dr. Quijano, entonces practicante del Hospital de San Pablo en donde la ejecutó, sin resultado también, y, por fin, otras ejecutadas posteriormente, todas ellas sin éxito.

Dirémos, sin embargo, lo que hoy se opina entre nosotros de esa operación en la mujer viva. Teniéndose en cuenta el magnífico éxito del caso accidental ántes referido, en que todas las condiciones—herida contusa, irregular y con traumatismo para la mujer, y curaciones hechas á la antigua—no podían ser peores; el buen resultado de las ovariotomías—con las cuales se la puede poner en exacto paralelo—que van tomando entre nosotros el rango de operaciones perfectamente admitidas, y los perfeccionamientos hechos en los métodos antisépticos de curación, hoy algunos parteros ya no la rechazan de una manera absoluta, y aun algunos son ardientes apologistas de ella, como el Dr. Vértiz (R.), aunque la mayor parte todavía, como dirémos más adelante, prefieren la embriotomía. Nosotros creemos que si todavía es tan temida, es porque no todos los parteros tienen la aptitud y la facilidad de los cirujanos, y esta operación es exclusivamente quirúrgica; por lo mismo, no la rechazáramos, pero sus verdaderas indicaciones las creemos muy limitadas; como por ejemplo en los estrechamientos pelvianos exagerados reconocidos tardíamente, en los que el producto ya es viable, no podría provocarse el parto prematuro con éxito y la embriotomía ya mataría á un niño perfectamente desarrollado, y creemos que sólo deben aventurarse en esta operación, en caso de urgentísima indicación, parteros—cirujanos que no deben perder de vista que se juega en ella, para que sea aceptable, la vida de la madre y del niño, y que con ella van á comprometer su nombre y el del arte.

¹ Tesis de Concurso.—Dr. Rodríguez.—México.—1869.