

La protección perineal en el parto. Relajamientos del perineo. La episiotomía. La asistencia del parto: Problema social. *

Por el Dr. EVERARDO LANDA

1. Durante la contracción uterina se recomendará a la par-
turiente que no puje, a fin de evitar lesiones en los tejidos
periféricos cuando el feto atraviese el orificio vulvar; y
cuando el dolor haya cesado, la mujer pujará, para poder
extraer al feto con las mayores precauciones posibles.

Pinaro.

2. En las ciencias médicas, calificar de quiméricos a los he-
chos no observados todavía, o a los resultados no obtenidos
aún, grande imprudencia es. Lo que un hombre jamás ha
visto, otro lo ha podido ver; lo que jamás ha logrado, otro
podrá haberlo obtenido; y tan sólo hechos contradictorios
escapan a la regla.

Pajot.

Parece que el tema está agotado, y que insistir más aún en lo que tantas veces se viene repitiendo, es tarea de ociosos que gustan de engolfarse en acervos bibliográficos. En cambio, la cotidiana observación nos lleva a la necesidad ingente de estar revisando sin tregua conocimientos adquiridos de antemano.

Tres razones moviéronme a presentar estudio tenaz acerca de la protección perineal durante el alumbramiento. (Doy a esta palabra el castizo significado de que goza: parto. *Délivrance*, correspondiente a parto secundino; no quiere decir alumbramiento, sino liberación; y *délivrance*, debe traducirse por "alumbramiento, parto feliz de una mujer". En cuanto a *délivre*, es parias, secundinas. Los médicos veterinarios dicen "descarga". Y pido se me excuse tal digresión filológica, porque no he olvidado que en nuestra primera Sociedad de Medicina Interna pugnábamos la depuración del léxico profesional). A continuación las tres razones a que aludo.

1a. El haber leído en la "Revista de Cirugía" (del Hospital Juárez) un artículo del señor Dr. David Fragoso, con extenso co-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 11 de marzo de 1942.

mentario del señor Dr. J. Jesús Marín, sobre el desgarro perineal. (Bibliog. 1);

2a. El haber meditado acerca de un libro, *Les dessanglées du périnée*, por los doctores J. D. Mouchotte y L. Chauvois, publicado en París en 1938 (2); y

3a. La práctica que he adquirido desde 1915 en la clínica de parteras que tengo a mi cargo en la Universidad Nacional, y a partir del 16 de septiembre de 1935, la que deriva de mis servicios en la maternidad de la Fundación "Tagle" (Av. República del Brasil, 74), donde han pasado bajo mi diaria observación muy cerca de siete mil mujeres.

El trabajo de Fragoso es interesante. Prescribe la episiotomía uni o bilateral en primerizas de perineo alto (de más de ocho centímetros entre la horquilla y el ano); dice que el desgarro es incompleto, preferible resulta no suturarlo, pues tiene observado que, en mayoría, estas lesiones se infectan con los loquios cuando se les aplica sutura, después de lo cual dejan pérdidas de substancia más grandes que el desgarro; que las roturas complicadas deben ser tratadas siempre quirúrgicamente, sin perder de vista que, en general, necesitarán más tarde operaciones plásticas; deja entender que los desgarros incompletos se suturan en un solo plano, y en los completos debe emprenderse la restauración de planos; y por último, que en materia de esta clase rige un principio general: que toda mujer con rotura del perineo debe ser tratada como infectada puerperal.

El Dr. J. de Jesús Marín comenta y da a conocer "una técnica original de episiotomía, que desde hace unos ocho años" viene practicando, más un procedimiento médico que emplea con el objeto de prevenir desgarros. Basado en importante discusión sostenida por parteros ingleses en un congreso efectuado en Londres hace como tres años, a todas las enfermas que ha atendido últimamente les prescribe durante el noveno mes una cápsula diaria de 0.10 cg. de clorhidrato de quinina después de cada comida. Merced al recurso, dice, le ha sorprendido "poder extraer niños de más de cuatro y medio kilos a través de vulvas muy pequeñas, en primíparas de más de 35 años, sin el menor accidente"; y esta ventaja la atribuye principalmente al uso sistemático del medicamento. Agrega que a dosis pequeñas, la quinina es de acción tónica gene-

ral, ejerce "acción tónica especial sobre el músculo uterino, es ligeramente antiséptica, se usa como preventivo de las hemorragias **post partum**, y suministrada al fin del embarazo prepara un parto más rápido, más uniforme en su período de dilatación; previene indirectamente un puerperio infeccioso, y evita en forma sorprendente los desgarros del perineo". Respecto de su corte episiotómico, se ajusta a una técnica que jamás ha visto practicar a ningún médico, y que por haber sido "casual el uso de ella en un caso distócico donde practicaba una laboriosa aplicación de fórceps", cree "tener derecho a considerarla original y propia". A favor de anestesia general con éter, local con cloretilo o sin ningún anestésico, coloca "dos largas pinzas de Kocher lateralmente" y hace "entre ellas una sección rápida con tijeras rectas"; deja las pinzas en su sitio hasta terminar el parto anexial, "que es el momento preferido para practicar la sutura de la incisión". Y termina haciendo hincapié sobre una palabra significativa de su uso, que explica lo que debe hacerse cuando pase la cabeza por el orificio vulvar; se aprovechan las pausas de los dos últimos dolores para "embarrar", por decirlo así, o deslizar el anillo de la vulva contra las gibas parietales. Palabra gráfica.

El libro de los cirujanos franceses antes mencionados es un trabajo muy interesante: libro de 198 páginas, de formato 8o., bien impreso, clarísimo, didáctico, de mucha utilidad, de clínica propiamente dicha. Aparte grabados numerosos, presenta doce planchas de anaglifos muy ilustrativas. La obra está al día, y me fué enviada de Europa poco tiempo antes de que la Francia quedara bajo esa **ocupación protectora**, de que es objeto en la tragedia más inhumana que han visto los siglos. Que me baste presentar en lo que sigue una simple enumeración de los capítulos de obra tan sugerente. **Algunas palabras de anatomía concerniente al piso músculoaponeurótico de la pelvis ósea; Algunas nociones someras de anatomía; La vagina, ruta de escape del feto; Comportamiento normal de los sostenes pelvianos durante el parto; Las diferentes variedades anatomoclínicas de las rupturas perineales; Perturbaciones perineales que presentan las relajadas del perineo; Algunas complicaciones frecuentes de los relajamientos pelvipereales; Las repercusiones familiares y sociales de los relajamientos pelvipe-**

rineales; Cómo tratar los relajamientos pelviperineales; y Conclusiones.

Estimo sinceramente que la obra es de enorme utilidad para parteros y ginecólogos; y no me ocupo en señalar consecuencias del relajamiento, porque los ginecólogos saben a conciencia lo que tales hechos significan. Pero sí debo llamar la atención del asistente de partos, como responsable que es, en la inmensa mayoría de los casos, del porvenir ginecológico de las madres, ya que un perineo mal cuidado conducirá a serios trastornos. (Demelin y Devraigne aseguran: que sin exageración puede concluirse que el factor más constante y el más responsable (del traumatismo perineal) es el operador; porque a riesgos iguales por parte de la madre y el feto, unos prácticos no verán desgarros o los dejarán ligeros, mientras otros los producirán muy graves. (28) A su turno, el tocólogo norteamericano Williams opina que “un desgarramiento completo demuestra negligencia”. (30) Y por igual razón, H. Fehling y W. Zengenmeister recomiendan que sea el médico—cuando asiste al parto— y no la comadrona, quien cuide el perineo. Cuidar el perineo “no es asunto baladí” (31).

No resisto, sin embargo, al deseo de incluir interesantes puntos de dicho libro, y escojo los siguientes: que las incisiones episiotómicas laterales, demasiado profundas, preparan desgarramientos tales, que el maestro Pinard había renunciado a ellas; de modo que los autores no aconsejan la episiotomía lateral sino en circunstancias mucho menos frecuentes que en la actualidad. Insisten, con razón, acerca de la importancia ofrecida por los desgarramientos intersticiales, que dejan intacta la mucosa vaginal y la piel, pero dan lugar a un “perineo de ilusión”, propenso a los prolapsos. Que señalan circunstancias donde la mejor profilaxis del relajamiento será no tener una ruptura perineal, y aun al contrario, dejar que ocurra ésta, siempre que se sepa limitarla y repararla. En heridas laterales o en lesiones leves de la comisura, bastan puntos de crin, cargando la aguja con buen espesor de tejidos y omitiendo grapas y baratijas semejantes. En heridas que parecen limitadas al perineo, sépase que, aun entonces, la extremidad inferior de la vagina resulta a las veces lesionada, y debe suturarse cuidadosamente, para obtener un afrontamiento grueso, que evite la peligrosa cicatrización de superficie. Y que se ponga en guardia a las paridas

desgarradas y a todas las paridas en general, contra esa **moda** que parece haber conquistado muchos adeptos: el **levantamiento precoz**. "Es preciso—en efecto—hacer notar que si la evolución ha hecho de la especie humana una especie francamente vertical, los sostenes perineales, fatigados en el parto, soportan mal en la estación de pie recuperada pronto, el peso de órganos pelvianos aun hipertrofiados, que no terminan todavía su involución, así como tampoco el empuje prematuro de la masa intestinal durante el esfuerzo". Sustento igual criterio acerca del levantamiento precoz.

La práctica, por fin, lograda en la Maternidad "Tagle", que presenta dos aspectos: 1o. La esencialmente personal en atención de partos normales, y la adquirida en distocias muy variadas; y 2o. La diaria observación de paridas que dan a luz en manos de las comadronas. Nuestras parteras, en general, saben proteger el perineo, y en cuanto a resultados en todo el conjunto de mujeres, no tengo que señalar sino un caso de desgarro complicado, subsecuente a una aplicación de fórceps, practicada hace tiempo por un médico de la institución. No se produjo, sin embargo, la cloaca propiamente dicha, sino pequeña perforación rectovaginal, de pronto inadvertida.

* * *

Quizás por el amor que se profesa a los libros, y en lo que atañe a miras personales, modestas aspiraciones por lo histórico, pláceme hurgar en anaqueles y tratar con documentos. Logro, de tal guisa, formar criterio y saber lo que otros dijeron, cuándo y por qué lo expresaron; llegar al conocimiento sobre aquello que en el transcurso de los tiempos ha venido sufriendo cambios de una copia a la otra; saber si errores actuales ya lo eran de antaño; cerciorarnos de que ideas nuestras, vistas como originales, ya otros las habían suscitado; y cómo alcanzan perfección los conocimientos, o de qué modo se pervierten, si la exégesis no es enteramente correcta. Decidí, pues, interrogar a escritores de diversas épocas, y darme así cuenta de la evolución del tema que presento en esta Academia.

Fué Soranus, de Efeso (100 d. J. C.) quién dió las primeras indicaciones para proteger el perineo; y Filiberto José Roux (1730-1854), discípulo de Bichat, el que parece haber practicado la pri.

mera sutura de perineo femenino, en 1832. (4) Por cierto que se hace responsable a Soranus, de haber incrustado en la mente de miles y miles de prácticos la idea, persistente aún, acerca del "sostén del perineo", en forma tal que no ha sido fácil dar a comprender que la región obstétrica de ese nombre no debe ser **sostenida**, sino **protegida** contra posibles y frecuentes desgarros. (29)

Interesa recordar que el ilustre y sabio don Miguel Francisco Jiménez fué de los primeros en practicar en México las incisiones episiotómicas. Aconsejaba cortes laterales, y le llamaba poderosamente la atención "no sólo la violencia con que terminó el trabajo a renglón seguido de haber hecho la incisión, sino la poca sensibilidad que mostraron las partes divididas y la fácil cicatrización de aquélla". El maestro se expresaba con sencilla brevedad y elocuencia; y logró curar una cloaca rectovaginal antigua bajo la simple ayuda del "cauterio actual" (5); mas como juzgaba muchas veces imprudentes las incisiones, recomendaba proceder de otra manera: introducir en la vagina los dedos índice y medio derechos con la cara palmar hacia arriba; deprimir la horquilla eficazmente separándolos en lo posible, en el momento del esfuerzo, y hacer deslizar la cabeza en pos de ellos, por un plano menos alto y cóncavo que el que naturalmente ofrece el perineo; y retirándolos a medida que se descubra y vaya como desnudándose la misma cabeza, al ejecutar el último movimiento de extensión. (6) En uno de los trabajos consultados se atribuye a Jiménez la introducción, a la vez de un dedo en el recto: maniobra que no era de su técnica. (7)

Circuló en 1858 un curioso "Manual de Partos, dedicado especialmente a las parteras", por D. Ignacio Torres; manual ahora desconocido y de rasgos que, por lo pintoresco y costumbristas, son delicadamente folklóricos. D. Ignacio recomienda: que si la comadrona no tiene prevenidos vinagre, aguardiente, agua caliente, manteca labada, mostasa, etc., se perderán momentos muy apreciables y que muchas veces si se piden al tiempo necesario, "o son de difícil adquisición, o se tardan mucho en conseguirse, ya por el estado de aturdimiento en que entran las familias, ya por otras causas que serían difícil señalar". (Conservo exacta redacción y ortografía del original). El señor Torres colocaba a sus enfermas en posición dorsal y fijándoles los pies, el izquierdo, en alguna persona que allí estuviere, que siempre hay personas de confianza de

la parturiente, y el derecho sobre la partera; y luego que sentía a la criatura cerca del estrecho inferior, procuraba la asistente sostener el perineo, para lo cual colocaba su mano derecha sobre esta parte, viniendo a poner la horquilla de la mujer entre los dedos índice y pulgar. Don Miguel Jiménez menciona un hecho interesante de observación: que más de una vez sintió desgarrarse aquel tabique debajo de su mano, “adelgazado a un grado que parece increíble” (6).

Cedo al cosquilleante impulso de reproducir brevísimos trozos del libro preciosamente descriptivo de don José Ventura y Pastor, médico madrileño del 1789 (9). Preséntase Ventura y nos dice: “P. Hallándose la cabeza colocada en la vagina, ¿qué se debe ejecutar? — R. Esforzará á la paciente en el siguiente dolor, dilatando blandamente los labios de la vulva, y el perineo del Raphe con los dedos lúbricos con manteca, hasta que la cabeza haya salido enteramente de la vagina... — P. Si la cabeza se halla mucho tiempo detenida en la vagina por las razones que llevo dichas, y los labios de la vulva, el perineo y el Raphe que no quieren ceder a la precisa dilatación, y toda la expansión exterior de este conducto se halla tirante y convelida por el volumen y peso que causa la cabeza; ¿qué se debe hacer? — R. Debe el asistente no obligar ni violentar la paciente al esfuerzo de los dolores con pretexto de facilitar y concluir el parto, ni menos abrir ni destruir los labios y el Raphe con violencia, de cuyo medio se sirven algunos profesores poco instruídos, sin atender á los síntomas é incomodidades á que se expone á la paciente, asi en lo presente como en lo sucesivo; sino al contrario; aplicará las extremidades de los dedos en dicha expansión exterior vaginal que se halla tumorosa y convelida por la detención de la cabeza, para sostenerla y detenerla del progreso de los dolores, hasta que los labios y el Raphe se hayan modificado y dilatado lo suficiente para dexarla pasar blandamente; para conseguir esto, se aplicará en dicha expansion tumorosa bastante porcion de manteca, ó los unguentos emolientes de Dialtheas, y Zacarias; quando ya se adviertan mas moles y obedientes, y que la cabeza se va amoldando a la estrechez de los labios, introducirá el dedo índice en el conducto intestinal que se halla en esta ocasión bastante dilatado y convelido, y apoyando su extremidad sobre la

frente de la criatura que se halla en esta parte, empujará la cabeza blandamente hácia el pubis, y conseguirá su expulsión."

No es fácil puntualizar cuanto alcancé a leer; y tan sólo diré que hubo gente que nunca se preocupó por librar de lesiones al perineo; otros que lo sostenían; muchos contemporáneos que lo siguen sosteniendo gracias a posturas variables de las manos; y otros, por fin, que han instituído la verdadera profilaxis del desgarro, merced a la juiciosa y racional práctica de la protección.

Creo que las técnicas protectoras se iniciaron en Francia con Depaul y se generalizaron bajo la enseñanza de Adolfo Pinard; y en lo atinente al hecho recordaré la discusión ocurrida en esta Academia cuando el conocido profesor de Medicina Legal, don Nicolás Ramírez de Arellano, presentó un trabajo bajo el entonces desconcertante título de "¿Durante el parto normal se debe sostener o no el perineo?" Informa el autor sobre lo que vió en la Clínica Baudelocque: que Pinard y todos los asistentes vigilan que "por ningún motivo se sostenga el perineo, y habiendo sido los resultados tan satisfactorios, en varias ocasiones el mismo Pinard, cuando se presentaba alguna múltipara sin cicatriz de desgarro, se expresaba así: "ved, señores, que esta mujer tiene la marca de la casa; es múltipara y sin embargo su perineo está intacto; debe haber sido asistida aquí en su primer parto". La técnica consistía en lo racional y efectivo: dirigir simplemente los movimientos de la cabeza en el piso perineal. Mas en la sesión del 8 de marzo de 1893, el académico don Juan María Rodríguez calificó de perniciosas las ideas del francés, y dijo que, sabiéndose sostener el perineo, esta práctica no tiene inconveniente. Mi respetable maestro don Manuel Gutiérrez Zavala, de memoria imperecedera, calificó de exactas las apreciaciones de Rodríguez, y agregó: que sólo los hechos podrán venir a contrariar o prestar apoyo a las ideas de Pinard. A su turno el magnífico don Fernando Zárraga, fundado en estadística suya de cuarenta casos de experimentación, opinaba que dicho proceder no garantiza el perineo al grado en que pretende su autor (11). Y mi inolvidable amigo Demetrio López Garduño autor de interesante tesis inaugural acerca de los desgarros, dice, (7) en recuerdo de lo aseverado por Gutiérrez Zavala, que al fin "los hechos han contrariado" las ideas de Pinard. Hoy pensamos

lo contrario, y estamos del lado de Pinard, vulgarizador de la palpación abdominal en obstetricia.

En resumen: la técnica del **sostén** consistió y consiste en comprimir el perineo, durante el dolor, contra la cabeza; en favorecer la elasticidad de los tejidos por maniobras ya desechadas por peligrosas, de dilatación manual o digital; en el uso de la palanca de Roonhuissen (18), que se colocaba contra la pared posterior de la vagina, para procurar una especie de deslizamiento de la cabeza fetal durante la contracción; en el empleo de una lámina protectora, inventada por Rindfleish, la cual provoca hiperemia y en consecuencia, mayor elasticidad del tejido, procurando además una sensación de frescura que agrada a la enferma (32); en aflojar el perineo juntando sus lados hacia la línea media; en **proteger** o sea dirigir los movimientos de salida convenientemente; y también en el uso de baños calientes, compresas húmedas y aplicación de substancias lubricantes. Vi en el campo, a principios del siglo, a diligentes comadronas de ocasión con su hoja de elote llena de manteca de cerdo; y en el Sanatorio Cowdray, de esta ciudad, usar una jalea que la partera, muchas veces sin aviso previo al médico, vierte en abundancia en la vulva y en el orificio vaginal. Según Hubert, el notable caballero Mauriceau aseguraba haber visto a cierto cirujano que gastó más de seis libras de manteca en un parto. Evitaremos incurrir en exagerados intentos; pero, agrega (Hubert), es bueno aplicar un poco de **aceite al rodaje** (13).

La episiotomía (de **epision**, pubis de la mujer) parece que fué inventada por Michaelis y Leinwecher, y se dice que ningún otro procedimiento recibió en esos días tan desfavorable acogida (17 y 19). Michaelis la practicaba en la línea media; y posteriormente, vista su ventaja indudable, vino cambiando rumbos, y así se mencionan: las incisiones de Ritgen (pequeñas, múltiples y vulvares); las de Eichelberg (dos cortes vulvares a los lados); la de Tarnier (incisión media en el rafe, con prolongación oblicua afuera del ano); y la de Chantreuil (con forma de Y invertida, a partir de la horquilla) (14).

No me mueve propósito alguno en contra del estimable colega don J. de Jesús Marín; pero su técnica episiotómica no es original en sus manos; quiere decir, no dudo que la haya discurrido como dice: los buenos cirujanos apelan a recursos varios y, a las veces,

de emergencia provechosa; y no obstante, el proceder indicado en sus comentarios al trabajo de Fragoso fué ideado, antes que él, por el médico Gaspar Cenni, según vemos en el Núm. 3, Vol. XII, Pág. 41, del 15 de octubre de 1930, de "La Lectura Médica" (15). Cenni da el nombre de vaginoperineal al corte; lo practica amplio (cutis, labio mayor y fibras del constrictor) con bisturí, entre dos pinzas de Kocher; las deja en su sitio, y después perfora con puntos de seda atrás de dichas pinzas; quita éstas y anuda.

Dice Fermín Viniegra que "parteras" de varios poblados seccionan con una de sus uñas que se dejan crecer de propósito (16).

Y autores de respetabilidad tan bien sentada, como P. Budin y L. Demelin, opinan (20) que las incisiones rara vez son útiles; que algunas son ejecutadas al principio de la carrera, y cuanto más se avanza en edad y experiencia, menos ocasiones hay de practicarlas.

* * *

Técnica de la protección perineal, y la episiotomía.—“La porción del piso pelviano, que en la mujer queda comprendida en un prisma triangular que forman la vagina y el recto al separarse en sus partes terminales, es lo que lleva el nombre de “perineo obstétrico” o simplemente “perineo”. Se dice que las mujeres mexicanas son de vulva pequeña y tienen perineo de corta longitud. Demetrio López obtuvo entre dos y tres centímetros, y promedio de 0.027 desde el ano hasta la horquilla vulvar; y en época de don Juan María Rodríguez se aceptaba la “pelvis abarrotada”, de pubis desmesurado (encontróse uno de 7 centímetros) y exagerada inclinación de abajo hacia atrás; y en estos casos, pensaban, el perineo podía desgarrarse mucho más fácilmente; pero José de Jesús Sánchez, en su notable estudio antropométrico de cincuenta pelvis de mexicanas, obtuvo promedio de 41 milímetros y 9 décimos como altura de la sínfisis pubiana; y Zárraga llegó a la conclusión de que ni altura ni inclinación influyen en el accidente de la rotura. Más aún, el tocólogo don Nicolás León, conocedor profundo de la antropometría, no aceptó la dicha pelvis de Rodríguez con la frecuencia que éste la afirmaba; y habiendo comenzado a investigar la altura pubiana, dejó incompleto el trabajo, cuyo manuscrito se conserva en mi poder. En cambio, sí dan ocasión a desgarros del pe-

rinea las pelvis infundibuliformes que describió Duque de Estrada cuando estudió con tanta precisión el diámetro bisisquiático.

Se considera el parto como acto fundamentalmente mecánico; y en actitudes, presentaciones y posiciones del feto rige la ley, formulada por Pajot, del acomodamiento. Ahora bien: bajo la acción de las contracciones uterinas y de los músculos voluntarios correspondientes, durante el alumbramiento no presenciamos más que fenómenos de acomodamiento. Si consideramos a la cabeza del feto en flexión cuando ocupa bien modelada la excavación, las modificaciones y deformaciones plásticas de reducción producen en el niño un aspecto peculiar, en virtud del cual se pone perfectamente de relieve el segmento toconómico que llamamos "vértice". La definición que suelo dar en cátedra es la siguiente: "vértice es aquella región toconómica de la cabeza fetal, separada hacia atrás y arriba por el plano suboccipitobregmático". Los moldes de yeso, hechos por don Nicolás León, ilustran mucho respecto a la morfología obstétrica de la cabeza fetal. Ocasiones hay en las cuales, en torno al bregma y el suboccipucio puede verse hasta un surco que separa al vértice del resto de la cabeza, a las veces con exageración después de partos laboriosos, particularmente si existe desproporción céfalopelviana. Decimos entonces: **fuerte amoldamiento del vértice.**

Es necesario, por lo dicho, teniendo en consideración la frecuencia de las presentaciones del vértice, que la protección perineal es acto inaplazable; sin que esto signifique el abandono de dicha región maternal en otras presentaciones, sobre todo en las francamente distócicas, y en actos de tocurgia.

En suma: en lo que atañe a cada presentación y posición debe tenerse en consideración, como principio directivo, el fenómeno del acomodamiento entre las formas anatómicas del móvil y las del trayecto por recorrer, particularmente a la salida, en su apoyo contra el perineo.

Según costumbre de cátedra, recurrimos a términos vulgares, explicativos, para decir que el ovoide cefálico debe salir de punta y nunca oblicuo o atravesado; y que para alcanzar el **desideratum** es preciso que la actitud sea de flexión suficiente y que la cabeza ofrezca la circunferencia mínima: la suboccipitobregmática.

Estoy convencido de que no es útil apretar el perineo o, como se dice, **sostenerlo.** Debe sustituirse la palabra por la de **protec-**

ción; mas, por desgracia, influye la rutina, y pocos entienden respecto a las verdaderas necesidades clínicas. Quizás un perineo que estalla debajo de la mano, resistiría a la distensión, sin traumatismo, bajo maniobras protectoras.

Hace notar Fabre (23) una noción primordial, cuando se vigila el desprendimiento de la cabeza: la necesidad de que ésta se presente en **flexión forzada**. No estoy de acuerdo: debe decirse **flexión suficiente**, o **flexión eutócica**, que es la actitud bajo la cual se cuenta con la circunferencia mínima de trabajo, ya que en actitud forzada, el diámetro es demasiado grande: el dorsofrontal.

Debe regir, como principio general en la técnica, el siguiente: no comprimir el perineo, sino detener simplemente la cabeza durante el dolor, con el objeto de que no haga estallar los tejidos blandos, si fuere súbitamente expulsada. Pero la compresión nunca llegará al grado de evitar el progreso del móvil, pues éste requiere avanzar constantemente hasta lograr su escape; sólo que el avance tiene que ocurrir de milímetro a milímetro; de modo y suerte que mantenida la progresión en el grado requerido, vigilada, dominada (como quieren decir ahora: "controlada"), la dilatación del orificio vaginal, de la vulva y el perineo, se logre que la elasticidad de los tejidos se aproveche cual conviene. Y no hay que oponerse rotundamente con la mano contenedora, por cuatro razones clínicas: 1a. Que la mujer se fatiga inútilmente y se desespera; 2a. Que la contracción uterina puede sufrir perturbaciones por exceso o por defecto; 3a. Que la circulación del feto se compromete, sobre todo si hay brevedad del cordón umbilical; y 4a. Que es factible algún traumatismo grave, encefálico, por compresión, en el niño.

Teniendo en consideración dichos principios, se procede en la forma que se puntualiza a continuación.

1o. La protección comenzará cuando la cabeza asome por la vulva, dice Le Lorier, en superficie equivalente al tamaño de un huevo de gallina: primer coronamiento (24). Exacto.

2o. La detención se ejercitará con un dedo o, a lo sumo, con dos; pero al fin será preciso aplicar la mano entera; y para evitar el escape inoportuno, la fuerza por desplegar suele ser de importancia.

3o. Se investigará si el labio anterior del cérvix, más o menos duro y engrosado por edema, se opone al descenso del feto. Si el

obstáculo existiere, empleando gasa se rechaza cuidadosamente hacia arriba, en el momento de la contracción. Pronto se logra el objeto; aunque en ocasiones, con ruptura. Cuidarse, pues.

40. Se investigará el grado de flexión; para lo cual, dice Fabre, se busca la fontanela posterior, pues tal punto de diagnóstico debe ocupar la línea media, a **siete centímetros del arquatum**, en el caso de que la flexión sea suficiente. Mas en tal investigación, la práctica me demuestra que la giba serosanguínea oculta la fontanela, y entonces será preciso orientarse de otra manera.

50. Si la fontanela lambdoide es impalpable, búsquese la prominencia occipital, y si ésta se ha librado ya abajo del arco pubiano, no se necesita seguir ejecutando la maniobra contenedora de flexión. Pero si no ha salido tal prominencia y se observa que tarda en librarse; ocurriendo en este caso ese vaivén desesperante de la cabeza, en que ésta asoma durante el dolor y a continuación se oculta, pasada la contracción; debe procederse a fijarla para después extraerla. Se logra, durante el dolor, siempre ayudándose con gasa para evitar las superficies resbaladizas de la parte fetal y del guante, hacia abajo del arco pubiano. La maniobra debe ser moderada pero firme, porque la cabeza, bajo el impulso de la mano que la hala, comprime atrás los tejidos. Una vez que la protuberancia haya aparecido, es que se ha logrado la flexión suficiente, y entonces se verá una superficie cefálica más grande, aparte de que la cabeza ya se fija en la vulva: segundo coronamiento. El asistente se prepara para el desprendimiento final. El desgarro sobreviene, a menudo, por precipitación, cuando se intenta el desdoblamiento sin que el occipucio haya salido abajo del arco pubiano, porque en estas circunstancias las circunferencias occipitofrontales son las que distienden el piso perineal.

60. Sosténgase con energía, procurando el dominio de la contracción úteroabdominal, pues no conviene que durante el dolor se libre la parturiente. Se recomienda a la mujer que no puje; ella responde que eso le es imposible; y tiene razón (acto reflejo); pero si se le obliga a abrir ampliamente la boca, logramos nuestro objeto. Y aquí viene lo cómico del caso, dado que la tragedia puede ridículamente cambiarse en sainete: sea porque la mujer es inteligente y suelta un **in promptu** risible; sea porque, si se le ordena que grite, cual recomienda Le Lorier, damos consejo inútil, su-

puesto que las mexicanas rara vez paren sin gritar; y, si como he visto a parteras, se les manda que "soplen", apuración tal las sobrecoje, que se entregan a apurona faena de soplidos, hasta que, cansadas, preguntan si ya "no soplan" más. Por fortuna, la serenidad, la seriedad, a todo alcanzan, y más que nada: allí se tiene cloroformo, cuyo uso en la forma conocida nos traerá el recuerdo de la Reina Victoria de Inglaterra.

76.—Se procederá a extraer las gibas parietales, la una tras la otra y, como dicen autores, en asinclitismo; esto es, procurando inclinación de la cabeza hacia un lado —lo cual basta— y después hacia el otro, si fuese necesario. Esta maniobra, a la par que la siguiente, será ejecutada en períodos de reposo uterino, recomendando a la enferma que **puje** mesuradamente; mas si estuviere bajo la modorra crepuscular, bastará una compresión del fondo del útero, a lo Kristeler, en conveniente dirección. La misma maniobra de compresión puede ayudar a la de esfuerzo cuando se extraen las gibas parietales.

80.—La extensión final del desprendimiento: cuando las protuberancias parietales han salido y la frente distiende exageradamente el perineo. En tal punto la escena, durante el reposo se recomienda a la paciente la ejecución de un esfuerzo mesurado, y rechazando con cierta energía a la cabeza contra el arco pubiano, vendrán apareciendo, en pos de la frente, las prominencias y depresiones de la cara hasta el brote del mentón. ¡Muchísimo cuidado con el mentón! Aquí opera la mano izquierda mientras la derecha vigila y dirige la retracción del perineo hacia el ano. El perineo se pliega, a lo que dice Rouvier, como el capuchón de un cabriolet (24).

En resumen: flexión suficiente, flexión dirigida, y —**conditio sine qua non**— **extracción o liberación durante la pausa uterina.**

Viene el parto del biacromial, y en este sentido se dividen los pareceres, supuesto que mientras unos afirman que la salida del hombro anterior, en primer lugar es lo natural, otros dicen que sale antes el posterior. He visto el escape del anterior en primer término, o del posterior, o de ambos al mismo tiempo. Cuando las contracciones son poderosas y la parturiente no se domina, el niño es proyectado con fuerza incontenible; por tanto, el asistente debe prevenirse. Cierta partero, Lionet, al decir de Clifton Edgar,

asevera que si se sostiene la cabeza, sale primero el hombro de atrás, y en caso de sostenerla, el de adelante (90 por ciento en ambas circunstancias). En nuestra práctica se procede de esta manera: esperamos a que el occipucio se vuelva hacia el correspondiente muslo de la madre (restitución de los antiguos, o rotación del biacromial, según el sentir moderno); pero cuando el movimiento no se efectúa, debe intervenir sin demora. ¿Hacia dónde voltear el occipucio? En realidad si los hombros no han mostrado tendencia a la espontánea rotación, sino que guardan postura transversal, la maniobra hacia cualquier lado parece indiferente. Sin embargo, casi siempre el biacromial se conjuga con uno de los oblicuos, y así resulta dificultoso el movimiento hacia rumbo contrario, quizá con riesgo en el cuello del infante. Si no se tiene el diagnóstico de posición, debe buscarse el sitio de la giba serosanguínea, la cual falta pocas veces; y ya sabemos: a giba derecha, posición izquierda, y a giba izquierda posición derecha. Con suavidad se encaja primero el hombro anterior hasta la inserción del deltoides, se engancha la axila y se extrae el miembro. La maniobra debe ser muy precavida por la posible fractura del húmero contra el pubis; y tampoco hay que tirar demasiado del cuello, para evitar una probable parálisis braquial.

Resulta casi innecesario recomendar cómo tiene que ser la actitud moral del tocólogo ante su parturiente. Téngase en cuenta, antes que nada, la condición psicológica de la mujer en esos momentos trágicos; y piénsese en la exigencia y aun en la **sabiduría** de personas de su familia. Hay mujeres serenas, esforzadas, que hasta por convicción religiosa saben soportar sus dolores; las he ayudado con admiración; las tenemos tan curiosas, que no pierden su autocrítica: a una asistí que logró dominar por estética el sufrimiento y que se entretuvo presenciando su alumbramiento en un espejo colocado enfrente de ella casualmente; pero también las hay, como dice el vulgo, “nerviosas”, que dejan trasparentar su mala educación; otras enteramente irreductibles y casi enloquecidas. He visto que las imprudencias y las manifestaciones de desorden son mucho más frecuentes con las parteras, pues hay comadronas que ignoran el **modus faciendi** y que suelen impacientarse, pero el tocólogo siempre logrará imponerse: unas veces con órdenes enérgicas; en otras con palabras cariñosas,

amables y de persuasión. Bueno será hablar con la paciente durante los intervalos de descanso; y cuando se tiene ya de nuestra parte y en relativa tranquilidad al espíritu conturbado, la misión del tocólogo se puede cumplir en admirable quietud.

Las maniobras antes señaladas se ejecutan con la parturiente en postura dorsal y con los miembros inferiores apoyados en las canales de las modernas mesas de trabajo. El operador, por lo mismo, queda enfrente de los órganos genitales; pero cuando llegue el momento de extraer las gibas parietales y el desdoblamiento final, colocándose de pie, apoya el brazo izquierdo sobre el muslo derecho de la madre; y en estas condiciones es fácil operar con la siniestra mano desde el monte de Venus, en tanto que con la otra se favorece el recogimiento del perineo contra la cara del niño. En este punto la expresión de Marín: "embarrar" la vulva y el perineo contra la cabeza fetal.

El venerable partero N. Charles, de la Bélgica despedazada, dice en su grandioso libro, el cual juntamente con el del tocólogo hispano don Sebastián Recaséns y Girol, forma un par de fundamental carácter clínico: muchos procedimientos se han aconsejado; lo que demuestra la imperfección de todos; agregando que los perineos femeninos son de tres clases: los que nunca se desgarran aun sin precauciones; los que siempre se rompen, a pesar de todo; y aquellos que escapan al desgarrar bajo cuidados convenientes (25). Por mi parte agregaré: los que se desgarran por exceso de técnica o por imprudencia. Lo que dice gráficamente De Lee: "el perineo tiene su dignidad o categoría fisiológica y patológica". No lo olvidemos (29), para saberlo tratar.

La maniobra de flexión de la cabeza puede igualmente ser ejecutada, al través del perineo, comprimiendo la frente a uno y otro lado de la vulva durante la contracción; también se recomienda mucho, juntar con las manos los tejidos blandos hacia la línea media; pero esto no siempre es factible, dado que se opone la excesiva distensión del perineo; y en cuanto a la detención de la cabeza, la he practicado ocasionalmente con ayuda de una compresa fuerte y doblada en forma de tira como de ocho a diez centímetros de anchura; compresa que se aplica contra la cabeza y apoyando las manos a uno y a otro lado de la vulva. Pero, sin

olvido o menosprecio de las nociones generales de protección perineal, proceda el asistente como convenga o como se pueda.

La observación guiará en el mejor conocimiento del aspecto vulvoperineal en casos de inminente desgarro. No es preciso repetir lo que se ha dicho; pero si hay temor de ruptura o ésta se inicia por las señales conocidas, o el alumbramiento se retarda por distocia vagino-vulvo-perineal, se dispone del recurso sumamente práctico de la **episiotomía**; aunque sinceramente convenimos en la aceptación forzosa de aquellos casos donde sería más provechoso dejar la perineotomía a cargo del feto. . .

Prefiero el corte diagonal a uno o dos centímetros de la línea media, en dirección del isquión y en una longitud de 3 a 6 centímetros, sin temor de herir profundamente. La herida debe afectar la piel, la mucosa vaginal, el anillo vulvovaginal y fibras del constrictor. Williams parte de la línea media siguiendo la dirección de las cifras V y VII del reloj. No me parecen quirúrgicos ni útiles los cortes de medio o de un centímetro, que recomendaban los primeros episiotomistas. En algunos de mis cortes he llegado a ver la porción inferior de la bola grasienta del labio mayor; esa bola que, como dice Gérard (26), sólo en condiciones enteramente peculiares ha visto desaparecer: durante los dos últimos años de la ocupación de Lille, cuando la guerra del 14. "¿Qué enflaquecimientos!" exclama. Nosotros agregaremos: ¿qué dejarán los actuales "racionamientos"?

Después de la expulsión se ve que el corte queda, a lo sumo, a un centímetro de la línea media, y que aparecen dos colgajos: uno inferior, poco retraído, y el superior, largo, que casi siempre se recoge hacia lo alto. El fenómeno proviene de la constitución de los labios mayores, cuya piel da inserción por la cara profunda a fibras musculares lisas, que son como elementos elásticos de suspensión. Además, existe el dartos, como órgano elástico del labio, dependiente de láminas que descienden del pubis, dice Gérard, de las ramas isquipubianas y del canal inguinal. La válvula aparece desmesuradamente abierta, con un aspecto que conmoviera al profano. Pero practicada la sutura, únicamente se ve una herida lineal e insignificante.

El corte, a ejemplo de Charles, se puede practicar con especial bisturí abotonado; mas es preferible el empleo de tijeras rectas,

filosas. La sección se ejecuta durante el dolor, y casi no se requiere anestesia; no obstante, algunas veces aplico, en dirección de la herida, una inyección previa de novocaína. Evitemos dolores.

Por último las suturas. Principio general: siempre que no haya contraindicación formal, sutúrense desgarros y episiotomías inmediatamente después del parto anexial. El Dr. Fragoso considera a las mujeres con desgarrro en condiciones de infección puerperal. Me parece exagerado. En cambio, aconseja no suturar desgarrros incompletos, porque de suturarlos, se infectan. ¿Pero no se infectan si quedan abiertos? ¿Y por qué no se infectan los completos, los cuales siempre sutura?

En desgarrros pequeños basta un punto o bastan dos, y siempre cogiendo masa profunda con catgut. Desgarrros extensos y hondos se deben suturar en planos, con catgut perdido y hebras de superficie, sin dejar espacios muertos. Mi proceder en la episiorrafia es como sigue: coaptación perfecta para reproducir la forma del labio. Si a las veces la herida episiotómica no cicatriza a pesar de la sutura, es por la retracción y la falta de correspondencia entre los bordes de la herida. Por supuesto no olvido los factores de isquemia durante la distensión y de esfacela subsecuente, ni la acción infectiva de los loquios. Suture con puntos perdidos hasta dejar una simple herida de superficie, y aplico finalmente grapas de Mitchel.

En la Maternidad que dirijo he propagado el uso de las grapas, extendiéndolo aun a los desgarrros, y debo congratularme, pues como las parteras son las que asisten a la mayoría de las mujeres, las he enseñado a aplicar grapas, y desde que las usan, y las saben usar, he visto más seguras cicatrizaciones que bajo la común sutura de catgut, tan acostumbrada en México.

Es muy raro que la parida acuse molestias con la presencia de sus grapas; y este adminículo tan útil se quita al quinto o sexto día. En la revisión de mis autores, únicamente encontré mencionado el uso de grapas para "desgarrros superficiales", en la obra de Bar, Brindeau y Chambrelent, y en un diccionario argentino de obstetricia.

El afamado partero inglés Duncan (35) insiste brillantemente sobre la diferencia anatómica y obstétrica entre el perineo y el anillo vaginal. Considera como "anillo vaginal" la inserción del himen a la entrada de la vagina; y dice que si bien es verdad que, en

excepcionales condiciones, este círculo fibroso y duro, resistente, puede ampliarse sin traumatismo al paso del feto, más bien ocurre el fenómeno contrario: que se desgarre, y que se desgarre antes que el perineo. Y en efecto, enséñanos la práctica, cuando se asiste a primerizas (y rara vez a múltiparas), que al efectuarse el primer coronamiento, aparece un hilillo de sangre a lo largo del perineo, procedente de la vagina, antes de la ruptura del piso perineal propiamente dicho; sangre que fluye de la rotura mencionada y que se produce con más frecuencia cuando las contracciones son poderosas y la expulsión es rápida o mal conducida. Algunas veces hemos dicho en cátedra: si la virginidad material desaparece en el acto de la fecundación, la pérdida definitiva de los restos himeneales ocurre durante el desembarazo.

Ahora bien: Williams aconseja una técnica de episiotomía mediante un corte de la mucosa vaginal solamente, respetando la integridad cutánea. Creo, por tanto, que la sección quirúrgica será factible, según las circunstancias lo requieran, en el citado anillo del orificio vaginal.

Incluiré, porque me parece útil, nueva técnica para episiotomía, del médico argentino Bello, descrito con el nombre de **episiotomía de puntos previos** en el Diccionario Mnemotécnico de Obstetricia por Faustino J. Trongé. Se introduce el dedo en la vagina, de modo que su cara dorsal tome apoyo sobre la cara del feto y la cara palmar con la mucosa vaginal, siguiendo la línea que une el tercio inferior con el tercio medio del anillo vulvar hacia abajo y afuera. A dos centímetros del anillo, la aguja penetra en la piel del futuro labio superior y atraviesa la mucosa saliendo de nuevo al exterior a dos centímetros de lo que será el labio inferior. Colocado el primer punto, se coloca el segundo a dos centímetros del primero en igual forma. El tercer punto no atraviesa la mucosa, y sale en un punto simétrico al de entrada. Se toman con pinzas los tres extremos de los hilos de cada lado; se emplea crin; el dedo vaginal se coloca ahora entre los dos primeros hilos y la mucosa; se practica el corte con tijeras rectas hasta el tercer punto, que no puede ser cortado porque está protegido. Los extremos del tercer hilo pueden servir de riendas de contención en caso de mucha distensión. Expulsado el feto se anudan los hilos de crin, o de catgut fino o se

ponen grapas, según el caso y las necesidades que exija el perineo. El último punto frena los desgarros al pasar el mayor diámetro (33).

* * *

Imposible es adentrarse más en el asunto y traer a cuenta prolijos pormenores de técnica, e incontables fenómenos de distocia que generalmente ocurren. Por otra parte, me afirmo en la convicción de que siendo tan frecuentes y fáciles los desgarros vaginoperineales, y teniendo en consideración las graves consecuencias del **relajamiento**, es preciso convencerse de que la asistencia del alumbramiento es acto quirúrgico por esencia, en el moderno concepto de la Obstetricia. Pero surge lo grave de la situación en México: que la inmensa mayoría de los partos está confiada en manos de la **comadrona**. Por hecho histórico, por hecho de tradición, por circunstancias de raza y costumbres. ¡Un hecho **social**! En alguna ocasión tuve serio quebranto por haber querido puntualizar el papel del catedrático en la enseñanza de los partos a futuras comadronas; la extensión de la verdadera enseñanza, que en el caso debe ser firme pero rudimental, por decirlo así, dado que la aspirante al título de enfermera y partera no tiene preparación de bachillerato, y una vez titulada **carece completamente de criterio médico**, no debe extralimitarse; y hubo quien movió curiosas ideas en el sentido de que, si buscamos formar buenas parteras y constantemente nos quejamos de la incompetencia, la informalidad y la extralimitación de muchas actuales "profesoras", el remedio está en suministrarles enseñanza completa, enseñarles todo lo que necesitan, todo lo queremos que sepan: desde la fisiopatología de la eclampsia y las profundidades clínicas de la sífilis, hasta serias operaciones quirúrgicas, como la aplicación de fórceps, por ejemplo. **Mi sencilla respuesta**: este buen señor y quien lo apoya desconocen la misión y los alcances de la comadrona; y si se aspira a tanto, será mejor suprimir la carrera de partera en la Universidad, para sustituirla por alguna escuela de **médicas, cirujanas, parteras**; es decir, de **médicas** exclusivamente destinadas a la asistencia de partos, pero con los conocimientos suficientes para encararse conscientemente con graves problemas de la práctica.

Al fin he comprendido el poder transitorio de los tiempos, y venido a saber que no seremos nosotros, los hombres desparpajados de las presentes generaciones, los que demos paz al mundo. Veo

que el problema social de la asistencia del parto en México, considerado desde el punto de vista del mejoramiento de la raza, no está ni siquiera planteado. Pero tal vez, gracias a las propensiones, más y más insistentes, de protección proletaria y de "socialización de la Medicina", se alcance a comprender la obligación prepotente de asistir el parto sólo en maternidades, bajo estricta vigilancia médica de internos. De acuerdo con los decantados principios de la renovación social, ya es imprescindible la necesidad de que se forme, en definitiva, el partero cirujano, como único director de la asistencia en maternidad. En cuanto a las parteras, simples ayudantes del tocólogo.

Entretanto... seguirá inevitablemente la falange de las relajadas de perineo, ya que por razones económicas no es posible que todas las parteras llamen siempre al tocólogo, por ejemplo a las tres de la mañana, a practicar una perineorrafia a domicilio. ¡Ni tan siquiera es esto fácil actualmente en la maternidad!

Pido encarecidamente se me dispense el haber molestado con asunto baladí, por conocido y juzgado, a los respetables colegas de esta sabia corporación; mas la experiencia me viene demostrando la necesidad de nunca abandonar en México el estudio, constantemente renovado y de sorpresas, de la protección perineal durante el parto.

B I B L I O G R A F I A

1. Algunas consideraciones sobre el desgarro del periné. Dr. DAVID FRAGOSO, "Revista de Cirugía", órgano de la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez. Vol. XIII, Núm. 3, Nov. de 1941.
2. Les dessanglées du périnée. Dechirures et dislocations de l'appareil musculaire génito-pelvien chez la femme. J. D. MOUCHOTTE. L. CHAUVOIS. L' Expansion Scientifique Francaise. París, 1931.
3. Histoire de la Médecine. Ed. Francaise. A. CASTIGLIONI. París, 1931.
4. An Introduction to the History of Medicine by FIELDING H. GARRISON, M. D. Third Ed. W. B. SAUNDERS. 1921.
5. Rupturas del perineo. Dr. MIGUEL F. JIMENEZ. "La Unión Médica de México". Año 1, T. 1, Núm. 4, Pág. 55. México, 1856.
6. Ruptura del perineo. Dr. MIGUEL F. JIMENEZ. "Gaceta Médica de México", órgano de la Academia de Medicina. Tom. I, Núm. 17. México, 1865.
7. Los desgarros del perineo y la práctica de protección perineal. Tesis de examen profesional. Dr. DEMETRIO LOPEZ. México, 1902.
8. Manuel de Partos, dedicado especialmente a las parteras, por el catedrático de Obstetricia en el Colegio de Medicina de México, D. IGNACIO TORRES, profesor de Medicina y Cirugía. México, 1858.

9. Preceptos generales sobre las operaciones de los partos. Por don JOSEPH VENTURA PASTOR. Madrid, 1789.
10. ¿Durante el parto normal se debe sostener el perineo? Dr. NICOLAS RAMIREZ DE ARELLANO. "Gaceta Médica de México", órgano de la Academia Nacional de Medicina. T. XXX, Núm. 2, julio de 1893.
11. Contribución al estudio del sostén perineal. Dr. FERNANDO ZARRAGA. Artículos de Obstetricia. México, 1911.
12. Lecons de Clinique Obstétricale. Par J. A. DEPAUL. París, 1872.
13. Cours d'Accouchements, Par EUGENE HUBERT. 3e. Ed. París, 1885.
14. Manual de Obstetricia, por C. MAYGRIER y A. SCHWAB. 3a. Ed. Trad. del Dr. P. Nubiola. Madrid - Barcelona, 1930.
15. El corte vaginoperineal en las aplicaciones de fórceps. Dr. GASPAR GENNI. "La Lectura Médica". T. XII. Núm. 3. Pág. 41. 15 de octubre de 1930.
16. Algunas consideraciones sobre el parto en cucullas. FERMIN VINIEGRA. Tesis inaugural. México, 1895.
17. Traité Pratique de l'Art des Accouchements. H. F. NAEGELE et W. L. GRENSER. Ed. Francaise. París, 1880.
18. L'Art d' Accoucher. L. G. STEIN. 5e. Ed. Trad. del alemán. París, 1804.
19. Nouvelles démonstrations d'Accouchements. J. P. MAYGRIER et HALMAGRAND. París, 1840.
20. Manuel Pratique d'Accouchements et d'Allaitement. P. BUDIN, L. DEMELIN. París, 1904.
21. Guía Clínica del Arte de los Partos. JUAN MARIA RODRIGUEZ. Tercera edición. México, 1885.
22. Breve estudio sobre la pelvis. JOSE DE JESUS SANCHEZ. Tesis inaugural. México, 1891.
23. Précis d'Obstétrique. FABRE. 3e. Ed. T. I. París, 1922.
24. Traité Pratique d'Obstétrique et de Puériculture Pré et Post Natale. JULES M. ROUVIER. París - Alger, 1922.
25. Cours d'Accouchements donnée a la Maternité de Liège. Dr. N. CHARLES. París - Liège, 1903.
26. Manuel d'Anatomie Humaine. GEORGES GERARD. 2e. Ed. París, 1921.
27. La Pratique de l'Art des Accouchements. PAUL BAR, A. BRINDEAU et J. CHAMBRELENT. París, 1914.
28. Manuel de l'Accoucheur. DEMELIN et DEVRAIGNE. París, 1924.
29. The Principles and Practice of Obstetrics. JOSEPH B. DE LEE. Third Ed. W. B. Saunders, 1918.
30. Obstetricia. WILLIAMS. Revisión y ampliación por el Dr. Henricus J. Stander. Versión española por los doctores Isidro Espinosa y de los Reyes y José Rábago con la colaboración de médicos cubanos.
31. Errores diagnósticos y terapéuticos y manera de evitarlos. Obstetricia. Doctores H. FEHLING, W. ZANGEMEISTER y P. PESCH. Barcelona, 1924.
32. The Practice of Obstetrics. J. CLIFTON EDGAR. Fifth Ed. Philadelphia.
33. Tratado de Obstetricia bajo la dirección del Prof. Dr. A. BODERLEIN. 2a. Ed. Ed. "Labor", S. A. Barcelona, etc., 1938.

34. Diccionario Mnemotécnico de Obstetricia. F. J. TRONGE. Ed. "El Ateneo". Buenos Aires, 1935
35. Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta, les déchirures du périnée. J. MATTHEWS DUNCAN. Trad. por le Dr. P. Budin. París, 1876.
36. Obstetricia Operatoria. Prof. RAUL BRIQUET. 1o. e 2o. Milheiros. Sao Paulo, 1932.
37. Tratado de Obstetricia. MANUEL LUIS PEREZ. Tercera Ed. Buenos Aires.
38. Gynecology and Obstetrics. Ed. by CARL HENRY DAVIS, M. D. Hagerstown, Maryland, 1939.

Destete e insuficiencia hepática *

Por el Dr. ALFONSO G. ALARCON

El destete prematuro, como se sabe, es la medida dietética que se adopta entre los lactantes criados al seno para separarlos de la fuente natural de su nutrición antes del momento fisiológico, por necesidades de diversa índole, como son la falta parcial o completa del concurso materno, la ineptitud orgánica mecánica del lactante para captar la leche del seno, y otros accidentes de la doble función, o bien por el motivo habitual de que la leche humana sea insuficiente en cantidad y en calidad para seguir satisfaciendo las necesidades del organismo infantil.

El objeto múltiple de la medida auxiliar es rectificar insuficiencias de la leche materna para seguir conservando los beneficios de la correspondencia nutricia entre los organismos de este servicio; preparar al lactante por una pendiente suave de adaptación a los alimentos sustitutos anespecíficos para conducirlo, al momento de la ablactación o liberación del lactante respecto de la dependencia nativa, y favorecerle el paso en rampa hacia el régimen omnívoro, que es el definitivo de la especie.

La observación fisiopatológica enseña que cuando el destete es brusco, el lactante sufre conmociones que lo exponen a la pérdida del equilibrio de la salud y frecuentemente al paso a la enfermedad aguda grave y aun mortal o a estados patológicos crónicos que deciden desfavorablemente del porvenir inmediato o lejano del niño.

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 11 de noviembre de 1942.