psoas y de los grandes vasos? Lastrado el Wertheim con una mortalidad operatoria preocupante, la era moderna de esta operación se caracterizó ya por mayor conservadurismo. Halban, Franz, que pasaba por el más radical de los cirujanos, ha evolucionado del Wertheim a la histerectomía total de Freund, dándose o no cuenta, confesándolo o no (datos de Stoeckel); se comprende la imposibilidad de extirpar todos los ganglios cancerosos, y se sabe que el examen microscópico de los ganglios extirpados con máxima frecuencia denotaban lesiones sólo inflamatorias, como asimismo que es un hecho tenido por frecuente la regresión espontánea de las metástasis ganglionares y no menos cierto el poder esterilizante de la radioterapia profunda. En cambio, el parametrio, toda aquella zona que Ed. Martín comprende entre el retinaculum, las resitentes condensaciones o ligamentos de Koch y de Mackenrodt, donde tan solapadamente va extendiéndose la neoplasia y asimismo el paraproctium y cistium son incomparablemente más fácil y radicalmente extirpables que por vía alta. Por lo demás, el curso postoperatorio no tiene ni remoto parecido con el propio de los mejores Wertheims o ya histerectomías abdominales sencillas.

Permitidme, ilustres Académicos, que defienda todavía otra tesis. Tampoco acaba con la histerectomía la actinoterapia profiláctica y el autoinjerto el tratamiento del cáncer del útero. El criterio de curación durable importa cinco años que no han de ser como se dice de vigilancia, sino de actividad. Localmente hemos de entendérnoslas con un terreno esclerósico, y en el que Theilhaber intenta reabilitar su nobleza histológica por todos los procedimientos, hiperemia pasiva, diatermia. Es tan importante este extremo que en la sobredosificación de radium como en la senectud y en los mismos estados alérgicos el fracaso terapéutico lo explica la pérdida de las propiedades defensivas y plásticas del tejido conjuntivo, y por ello se mantienen brechas de conocida torpidez, terreno favorable para los neoplásicos y bacterianos. El mismo Theilhaber, con criterio muy biológico pero muy discutible, condena las grandes extirpaciones del magma mesénquimo-conjuntivo por la resta de defensas locales.

En el estado general, la cancerosa es una discrínica en la que se estudia actualmente para mejorar su posición endocrina. El plasma hemático se ha modificado (mi ayudante Dr. Oslé está persiguiendo las modificaciones de la fórmula hemática en el sentido de eosinofilia), empobrecido por las hemorragias, por las reabsorciones tóxico-sépticas, de modo que la diatermia, la helio o ultravioletoterapia, una opoterapia sensata y individualizada y un régimen que más o menos sacuda la inercia alimenticia que haya contribuído a conducir a la mujer a la grave enfermedad del cáncer, son otra tantas orientaciones que se tendrán en cuenta en la interinidad de la curación clínica. Se evoluciona en el tratamiento del cáncer del útero, a la cura de sanatorio o establecimiento como en la tuberculosis.

Ilustres Académicos: es la primera vez que actúo en sesión ordinaria, y he de aprovechar esta ocasión, cuanto por vuestro dignísimo ejemplo en el correr de los días siento más que nunca los altos prestigios y los altos destinos de esta Real Academia, para renovaros mis mejores intenciones corporativas.

Sesión del día 23 de mayo de 1928

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

El parto enojoso.

POR EL DR. PROUBASTA

En nuestro país, en donde hasta ahora no abundan las viciaciones pelvianas, una de las distocias no infrecuentes y que ponen a prueba la paciencia y habilidad del tocólogo y la resistencia de la parturienta, es la producida por la prolongación indebida del período de dilatación, que puede durar días en lugar de las veinticuatro horas, que, como máximum tardan en terminar los partos normales, aún comprendiendo el período de expulsión en ellas.

Es tan serio y molesto tal accidente, que las mujeres, que lo han sufrido se acuerdan con horror durante toda su vida, y el médico que ha debido asistir un parto de esta clase, lo tiene perennemente presente por las inacabables hora pasadas al lado de una parturienta inquieta y dolorida, asediado constantemente por una familia medio enloquecida al ver la tortura inacabable a que aquella se halla sometida. No en balde llaman los ingleses al parto de esta clase, *tedious labor*.

Esta forma de distocia no ha sido hasta ahora estudiada convenientemente. Etiquetadas con el nombre de atonía primitiva de la matriz, los libros se ocupan muy ligeramente de ellas, no dándoles la importancia que se merecen y que realmente es enorme.

Debo advertir que doy a esta clase de partos el nombre de *enojosos*, no para inventar una nueva denominación. Lo hago así, atendiendo, en primer término, a la calificación inglesa y, en segundo lugar, para distinguirlos y separarlos del todo de los partos prolongados que se ofrecen en las estrecheces pelvianas o en otros procesos. En los partos enojosos nada hay anormal al examen objetivo: la pelvis es perfecta y no existen tampoco lesiones en el cuello uterino capaces de hacer sospechar en él una rigidez, dándose el caso, en ocasiones, de tener los tejidos de la cerviz el espesor mínimo, de hoja de papel.

Al iniciarse el parto enojoso, las contracciones uterinas son generalmente espaciadas; pero también pueden tener una frecuencia normal y aún exagerada. Una característica especial de esta clase de partos es de ser en ocasiones excesivamente dolorosos. En el comienzo de nuestra carrera, al ver la manera lamentable como se quejaban determinadas puérperas, sin que el resultado obtenido correspondiera al dolor que acusaban, buenamente creíamos que había exageración en la manera de exteriorizarlo, tratándose de primíparas que obraban tal vez por la sugestión inducida por amigas y conocidas al referirles los momentos torturantes del parto. Hoy, después de haber visto en ocasiones a puérperas que sufren un parto enojoso, completamente aniquiladas o en estado tal de excitación que raya a un ataque de delirio agudo, hemos cambiado totalmente de opinión: hay partos enojosos enormemente dolorosos.

Como ya hemos dicho, el período de dilatación se alarga de una manera desusada. Puede llamarse parto prolongado al que es de una duración mayor de veinticuatro horas; pero el verdadero parto enojoso es aquel que abandonado a sí mismo y con terminación feliz, dura, por término medio, tres días, de las cuales dos y medio, por lo menos, están destinados a la dilatación. Es una distinción empírica, es verdad, pero necesaria para entendernos.

No es raro en el parto enojoso que después de dos días de estar iniciado el trabajo, sólo se haya logrado la desaparición del cuello, sin existir ninguna o muy escasa dilatación. Nosotros intervenimos en un parto que llevaba seis días de duración y el orificio uterino no tenía una dilatación mayor de una pequeña palma de mano.

Tres son las complicaciones más importantes que puede presentar el parto enojoso: el agotamiento de la parturienta, sustituído a veces por una exaltación sin medida, la infección amniótica y la muerte fetal.

El agotamiento es comprensible por los días inacabables de sufrir sin tregua ni descanso. Si el parto enojoso es de los que pertenecen a la categoría de excesivamente dolorosos, el agotamiento es rápido, y es en estos casos en que puede presentar la puérpera un estado de excitación rayano en la locura.

El estado de agotamiento sería el final de todo parto enojoso, si la sabia naturaleza no se defendiera, no siempre por desgracia, denodadamente contra él. Los dolores, de vez en cuando se espacian, intercalándose entre ellos un sueño reparador. Hay parturientas en que, después de un día de dolores constantes, sucede otro en que aquélla cae en una profunda modorra de la que sale, de vez en cuando, al ofrecerse una contracción. La parturienta que hemos mentado y cuyo parto duró seis días, se pasaba casi todas las noches durmiendo y, en realidad de verdad, nuestra intervención fué motivada por la excesiva duración del parto, pero también por el agotamiento de todos los que la asistíamos.

El apreciar el estado de resistencia de una parturienta de esta clase es propicio a interpretaciones engañosas si no se atiende a los síntomas capitales de pulso y temperatura.

La infección amniótica es fatal si el parto dura muchas horas después de haber sobrevenido la rotura de las aguas; pues sabido es que la asepsia de una cavidad amniótica, si comunica con el

exterior, es de corta duración. A veces, cuando se presenta la infección amniótica, que la elevación de temperatura delata, parece como si la fibra uterina, bajo la influencia de un nuevo estímulo, se decidiera a actuar con una mayor efectividad. Sería, sin embargo, una locura estimar tal complicación como un feliz acontecimiento.

Esta clase de partos no transcurren sin graves peligros para el feto, y la muerte fetal se presenta en casos aún sin haber terminado el período de dilatación, si están rotas las aguas.

Cuestión ardua es descifrar el motivo de estos partos que se desarrollan con una lentitud extremada. Generalmente se trata de primíparas; pero es de toda evidencia que, por el solo hecho de la primiparidad, no pueden explicarse las causas del parto enojoso, si no le acompañaran otros motivos. Es también abusivo atribuirlo, como hacen algunos autores, a un estado constitucional. Abundan, en efecto, en las grandes ciudades, principalmente mujeres de constitución endeble; existen en abundancia asténicas, enteroptósicas, raquíticas, de tipo infantil, neurasténicas, con alteraciones en las secreciones internas; pero sólo pueden aceptarse estas causas como coadyuvantes. Junto a parturientas con parto retardado y ofreciendo una constitución alterada o enfermizas, existen otras que pueden tomarse como tipo de robustez física. Nosotros recordamos, entre los casos observados, una campeona de tennis y una célebre bailarina, ambas de constución atlética y sin tara fisiológica.

Nosotros ya hace años que en un artículo publicado con el mismo título que el que encabezamos estas líneas, asegurábamos que eran las partes blandas las que se oponían de una manera desusada a la marcha del parto. Cabe sea la atonía primitiva de la matriz que no puede vencer la resistencia de los tejidos; pero en la mayoría de los casos es esta resistencia exagerada la que se opone a la acción del esfuerzo de la fibra uterina, impidiendo la dilatación del cuello. Universalmente es aceptado que el periné puede oponerse con éxito a la terminación de un parto y los tejidos del cuello uterino y del fondo de la pelvis no son de peor condición que los perineales. Esta idea se va abriendo paso actualmente. Kröning, por ejemplo, llega hasta tal punto en su convicción respecto a las dificultades que pueden oponer las partes blandas a la marcha de un parto, que estima que ellas ocasionan un número de muertes fetales en cantidad doble a las naturales por estrechez pelviana. L. Seitz asegura que mueren en Alemania anualmente de 16 a 20 mil niños víctimas de tal distocia.

La distocia producida por las partes blandas maternas es, pues, importantísima, según el criterio actual, y una de sus modalidades es representada por el parto enojoso.

No debe abandonarse del todo la idea de la atonía primitiva de la matriz para explicar la prolongación de un parto lento desde sus principios. Si la lógica sirviera en medicina en todos los casos, debiéramos considerar como motivados por la atonía, los partos con dolores muy espaciados y sin desvelar la interna reacción dolorosa que aparece en los distócicos por dificultades en las partes blandas. La matriz infantil sería una de sus causas.

Un feto grande, mayor de cuatro kilos, puede también dar por resultado un parto enojoso y a ello es debida la mayoría de partos de esta clase que ofrecen en raras ocasiones las multíparas, en las que, evidentemente, la distocia por pura alteración en las partes blandas está excluída. Hay multíparas que tienen el triste privilegio de parir fetos gigantes, generalmente pasados de tiempo, y en ellas cada parto es una hecatombe. Nosotros contamos con un caso ocurrido en una quadrípara, cuyos tres hijos anteriormente dados a luz habían nacido muertos y en la que hubimos de practicar una operación de Porro por el grave estado materno ocasionado por la infección de la mujer y por la putrefacción fetal, después de haber ensayado todos los procedimientos de extracción y reducción practicados por un tocólogo que nos antecedió en el cuidado de la parturienta. El feto que extraímos era gigantesco.

La anteversión exagerada de la matriz y la desproporción entre los diámetros de la cabeza fetal y de la pelvis materna pueden ser causa en las multíparas y alguna vez en las primíparas de parto enojoso.

Hemos excluído del parto enojoso la distocia producida por las estrecheces pélvicas; pero aún aceptándolas y contra lo que creerse pudiera, constituyen una mínima parte de esta clase de partos prolongados, por lo menos en la clientela privada. En los países donde hay más abundancia de pelvis raquíticas que en el nuestro, constituyen solamente del uno al dos por

ciento de los trastornos ofrecidos en el curso de los partos, mientras que el parto enojoso debido a otras causas es de una frecuencia mucho mayor.

El pronóstico del parto enojoso es grave para el feto, pues puede ocasionar la muerte y grave aún para la madre al ser víctima de una infección u objeto de uno de los tratamientos heróicos de la tocología.

No es tampoco agradable la situación del tocólogo, principalmente si ha seguido a la parturienta durante el embarazo. Tratándose de mujeres que pueden ser perfectamente sanas y bien conformadas, presentándose el feto normalmente, el tocólogo dará toda clase de seguridades respecto al porvenir de madre e hijo, y en el momento del parto ve con estupor creciente como lentamente, insidiosamente, se va fraguando una complicación que puede llegar al límite de la gravedad, obligándole a las intervenciones más importantes de la Tocología. No siempre es posible, aún en los casos felices en que se salvan madre e hijo, borrar de la familia la idea de que ha sido la ineptitud del médico la que ha ocasionado tales conflictos.

Hasta nuestros días, el tratamiento de la prolongación excesiva del período de dilatación ha sido casi nulo, mientras no existieran síntomas acusadores de estar en peligro la madre o el feto (alteración del ritmo cardiaco fetal, agotamiento de la parturienta, fiebre). Antes de la dilatación, nada debía hacerse; el tocólogo debía contemplar impávido como se iban acumulando horas y horas para conseguirla *con las manos metidas dentro del bolsillo del pantalón.* (I. L. Boer, Sellheim, etc.). El factor tiempo no debía contar en la formación de un criterio, la paciencia debía ser la primera virtud del tocólogo y Pajot aseguraba que *l'accouchement n' est pas une question d'horlogerie.* Durante nuestros estudios en París, oímos al Prof. Tarnier calificar de gran tocólogo al que estuvo encargado del primer parto de una multípara que examinaba, por el solo hecho de no haber intervenido para nada a pesar de una duración de tres días, y ciertamente lo era: Olshausen. La expectación a que los tocólogos se condenaban era rara vez interrumpida para administrar un baño general o una irrigación vaginal si las aguas no estaban rotas o se propinaba a la parturienta una cantidad de quinina *per os* o por vía intramuscular; tan sólo los ineptos se dedicaban a la práctica de maniobras, que por su ineficacia y peligro podían compararse a la que los antiguos empleaban en el período de expulsión.

Hoy los espíritus se van orientando, aunque lentamente, a una mayor actividad y se ha llegado a adquirir la convicción de que al iniciarse una amenaza en el parto enojoso, no se está muchas veces a tiempo para detenerle, convirtiéndose en un peligro real y efectivo. Los mismos preparados hipofisarios (pituitrina de Parke-Daviis o de Heisler, pituglandol, pituisan, hipophen, etc.), cuyo uso sólo era permitido después de la dilatación completa, se utilizan ya en pleno período dilatante. Wagner inició su uso con dosis de 0.2 c. c.; Silger señala como dosis eficaz y no peligrosa 0.4 c. c. y Geller de Dresde dosis que pueden llegar a 2 c. c. y más para lograr con ellas una super-intensidad de los dolores, lo cual unido a una anestesia local por vía de los parametrios, procurará un parto rápido e indoloro. En nuestra práctica no hemos visto acción perjudicial de la pituitrina a dosis moderadas y en el período de dilatación; pero si hemos debido intervenir con operaciones importantes (dos casos de Porro entre ellas) por tetanus uterino provocado por el uso de la pituitrina *larga manu.*

Tal vez, a impulsos de esta corriente inicial de actividad, algunos autores aseguran que las inyecciones de morfina no deben usarse jamás en el parto enojoso. Con la morfina sólo se lograría retrasar el parto, se aumentarían los peligros de la asfixia fetal. Tocólogos eminentes (Adler y otros) estiman lo contrario, y nosotros, con ellos, creemos que, en determinados casos de parto enojoso en perspectiva es un recurso inapreciable, principalmente si no han transcurrido muchas horas y las contracciones se ofrecen dolorosas y de ritmo desordenado y sin eficacia, como si la fibra uterina estuviese atacada de una verdadera locura.

Aún en casos en que la parturienta lleve días de sufrimiento, la morfina parece obrar como un estimulante de la fibra uterina y del estado general; pero no la creemos indicada en tales momentos, salvo casos muy especiales.

Un ejemplo aclarará, mejor que toda disquisición, el partido que se puede sacar de la morfina.

M.ª L. V. de G., 21 años, primípara a término.

3 Febrero 27. Rotura extemporánea de aguas.
6 " — Se inician los dolores por la noche al intentar el descanso. La parturienta no puede dormir.
7 " — Los dolores continúan. A las 9 nos hacemos cargo de la parturienta. Las contracciones continúan desordenadamente, provocando mucho dolor, pero sin eficacia. A las 18 se le administran 0.4 c. c. de pituitrina, que aumentan la frecuencia e intensidad de las contracciones, pero el ritmo no mejora. A las 23 al practicar un tacto vaginal, no se observa ninguna dilatación del cuello. Inyección sub-cutánea de 0.01 gr. de clorhidrato de morfina. La parturienta se sosiega y se duerme.
8 " — La parturienta ha descansado toda la noche tranquilamente sin experimentar dolores que vuelven a aparecer a las 18. A las 23 los dolores son rítmicos y eficaces, terminándose el parto a las 5 de la madrugada del día siguiente.

Una práctica que no debe realizarse y que muchos practican en el parto enojoso, aún los más enemigos de la intervención, es la rotura artificial de la bolsa de las aguas, en la creencia de que con la disminución del volumen de la matriz y por el estímulo de los relieves que presenta el feto al obrar sobre la fibra uterina, las contracciones se harán más intensas y eficaces. Es un grave error. La más segura garantía para la vida de la madre y del feto es la persistencia de la bolsa de las aguas. La mejor prueba de lo erróneo de tal actuación es que en muchos partos enojosos hay rotura extemporánea de la bolsa de las aguas, ya antes de iniciarse el parto. Unicamente debe practicarse cuando la tensión continua de la bolsa es indicio de hipertensión o después de la dilatación completa.

Precisamente algunos autores (W. Nettesheim y otros) estiman que la rotura extemporánea de las aguas es la causa más importante de los partos enojosos y proponen, como terapéutica, la proctoirisis ideada por Klein (1922) o sea la dilatación del recto por medio de un balón no cónico, distendido por líquido, que estimularía los ganglios de Frankenhäuser, provocando dolores enérgicos en el 46 por ciento de los casos. Ejerciendo el estímulo desde el recto, el peligro de infección sería teóricamente nulo, al revés de lo que ocurre con la colpoirisis y la metroirisis: 47,21 y 53,82 por ciento de morbilidad respectivamente.

El proceder es bien poco simpático y sólo una seguridad absoluta de su acción permitiría al tocólogo imponerse para vencer la resistencia que a ello opondrían las parturientas en la clientela privada.

El movimiento actual hacia la intervención es aún muy limitado. Todos los tocólogos están conformes en actuar tan pronto se inicie el peligro o éste sea evidente, utilizando en tales la aplicación de un balón seguida de una versión podálica, las incisiones múltiples del cuello uterino o las practicadas a la manera Dührcen, en menor número pero de mayor extensión, la cesárea vaginal o la abdominal y aún en casos de gran apuro producido por una putrefacción intensa fetal, acompañada de infección uterina, la misma operación de Porro, a la que nosotros mismos hemos debido acudir en algún caso; pero la cuestión principal no está en estos casos. El punto importante está en saber si el tocólogo debe intervenir sin que el peligro asome, no teniendo otra indicación que le estimule a actuar sino la prolongación indebida del período de dilatación, sin esperar a que el peligro aparezca, ni aún en forma de amenaza; pues, como ya hemos dicho, cuando esto ocurre no se tiene la seguridad del cómo y de que manera se terminará el parto y si la madre o el hijo saldrán con vida de la aventura.

Tentativas tímidas se han hecho en todo tiempo para actuar sin otro motivo, que una prolongación indebida del primer tiempo del parto; pero los métodos empleados no eran lo suficiente poderosos para tener una seguridad de lograr una dilatación completa y no han merecido la aprobación de la mayoría de tocólogos.

Existe, en primer término, la vieja maniobra de ayudar el tocólogo a la dilatación por la actuación de un sólo dedo. Un dedo, introducido dentro la vagina, se apoya dentro el reborde uterino y lo tira hacia fuera durante una contracción cambiando cada vez de sitio. Para practicarla, se necesita una cierta dilatación previa, del tamaño de un duro por lo menos. Si se practica

con prudencia es poco eficaz, si se actúa con energía su virtualidad depende de la serie de pequeños desgarros que se producen alrededor del cuello uterino, y tactos sucesivos van comprobando como algunos de ellos van agrandándose y la dilatación tomando pié. Nosotros lo hemos utilizado con éxito en alguna ocasión, en casos de matriz delgada, pero resistente, ofreciéndose el reborde uterino fino y cortante como un cuchillo, estando la cabeza profundamente encajada; pero la maniobra no pasa de tentativa si el cuello es de grosor normal.

Tarnier inventó su dilatador de dos y tres ramas que actúa merced a la presión de un anillo de goma, hoy en día, con razón, del todo olvidado. Su acción es lenta y las parturientas resisten malamente intervenciones que duren horas.

Pero ¿no hay en Tocología un procedimiento eficaz y rápido y casi exento de peligro para conducir la dilatación a su término? Sí lo hay, existe la dilatación hecha con una mano o con dedos de las dos. No se trata aquí de la dilatación a la antigua usanza, del parto forzado, en el que se invitaba al tocólogo a penetrar de la matriz, como se penetra en una habitación en la que hay fuego dentro. Se intenta actuar con la mano, reconocida siempre como el mejor instrumento tocológico, para dilatar con suavidad y sin violencias el orificio uterino. No sabemos por qué motivos los tocólogos se han mostrado hostiles a tal manera de actuar y han preferido, en caso de peligro, otros medios más peligrosos, más mutilantes como las cesáreas, taliones, dilatadores metálicos o incisiones.

Nosotros mismos que con un proceder de dilatación manual, propuesto por nosotros con la denominación de *procedimiento de la mariposa* y que fielmente hemos seguido durante muchos años, siempre con éxito, habíamos casi dudado de su bondad al ver la oposición que la dilatación manual despertaba entre los tocólogos.

Un artículo decidido y valiente de B. Aschner de Viena, publicado en el número 13 del W. m. W. ha reconfortado mis convicciones y llevado la seguridad a mi conducta seguida. Sí; quieran o no los tocólogos, se verán obligados a acudir a la dilatación manual en casos de parto enojoso, proceder que hoy públicamente desdeñan y que algunos ya privadamente practican.

Aschner actúa con una mano y bajo la acción de la anestesia. En la dilatación manual, se introduce primero un dedo, luego dos, después tres y por fin la mano entera. Es una de las intervenciones más antiguas de la obstetricia y era la seguida por Ambrosio Paré, Guillemeau, Luisa Bourgeois en el parto forzado, de tan mala recordación; pero que nosotros no sabemos ver los motivos que puedan existir para abandonarlo para siempre si se utiliza sabia y prudentemente.

Nosotros hemos utilizado siempre la dilatación digital; pero en lugar de actuar como en el procedimiento de Bonnaire encarando los dedos por su faz dorsal, cruzamos los dedos de ambas manos, dándoles el movimiento de alas y es por eso que lo hemos denominado procedimiento de la mariposa, por compararlo al movimiento reposado y suave de las alas de dicho animal. En nuestro procedimiento actuamos con los músculos flexores de los dedos, potentes y habituados a responder con sutil delicadeza a la acción de la inteligencia y carece de la posición incómoda a que ha de someterse el tocólogo en el procedimiento de Bonnaire. Con él, lo mismo hemos completado una dilatación, como la hemos realizado desde el comienzo hasta el fin, sin acudir a veces ni a la anestesia. Siempre que en el curso de una dilatación hemos querido cambiar de proceder, adoptando el de Bonnaire, hemos debido volver al nuestro por su mayor eficacia y comodidad. Con dos dedos de cada mano, índice y medio, separándolos entre sí convenientemente y actuando en partes distintas, se logra la dilatación completa y sin despertar en la parturienta gran protesta. Puede actuarse sin embargo, con mayor número de dedos si la enferma está anestesiada.

Conducir una dilatación a término desde sus comienzos y de una sola vez es penoso, más para el tocólogo que para la parturienta. Necesita una pausa que aprovechará el tocólogo para descansar y rehacer la eficacia de sus manos en un baño de agua caliente, y caso que con la mayor dilatación lograda, los dolores se hicieran mucho más eficaces, hecho raro, lo más cómodo y sensato es abandonar la dilatación artificial y dejar el parto a las fuerzas naturales.

Difícil es precisar si es la dilatación manual mejor que la digital o viceversa. Nosotros, tal vez por atavismo y horrorizados por el triste recuerdo del parto forzado, no hemos acudido jamás a la dilatación manual; pero comprendemos que manos hábiles pueden lograrla sin causar

perjuicio a la parturienta. Muchas cosas hay en la vida que pueden hacerse de distintas maneras con la condición de hacerlas bien. Seguramente el tocólogo Aschner seguirá toda su vida practicando la dilatación manual, como nosotros continuaremos siendo adeptos a la dilatación digital.

Quién no sea práctico en la dilatación manual o digital podrá no creer en su eficacia; pero nadie dudará que si la dilatación puede ser obtenida sin ayuda de instrumentos, será lo menos peligrosa y vulnerante.

¿En qué momento acudiremos a la dilatación manual o digital para resolver un parto enojoso? Si aceptamos que un parto normal no debe exceder de veinticuatro horas, la indicación surge una vez ha transcurrido dicho tiempo sin que la dilatación se haya logrado; pero si tal conducta se puede aceptar en términos generales, en la práctica será el buen criterio del tocólogo el que juzgará el momento de la intervención. No debe, sin embargo, demorarse mucho el actuar y no se permitirá nunca que la parturienta llegue al agotamiento.

A veces será el estado de exaltación de la parturienta lo que obligará a la terminación del parto. Quien no lo haya presenciado, no comprenderá a que extremos se puede llegar en este punto.

Una vez lograda la dilatación completa, se dista mucho de haber obtenido la completa solución del problema, pues tanto la parturienta como el feto no se hallan en condiciones óptimas para que pueda esperarse un final de parto sin incidente. La matriz violentada durante días por un trabajo inacabable, puede caer en atonía secundaria y el feto cuya circulación ha sufrido repetidas alteraciones, puede morir sin otro motivo que una nueva prolongación del parto. Sería, por tanto, inexcusable que el tocólogo, al llegar la dilatación completa, abandonara la puérpera durante unas horas, con la esperanza de llegar a su regreso el parto muy adelantado y caso que así no fuere, terminarlo artificialmente. De no obrar así, el tocólogo se expone que al reintegrarse nuevamente al lado de la parturienta halle el parto *tal como lo dejó, pero con el feto muerto.*

Preciso es, por tanto, vigilar el curso del parto repetida y atentamente e intervenir inmediatamente si la auscultación fetal deja de ser normal.

Para orillar tantos inconvenientes, nosotros intervenimos inmediatamente una vez la dilatación se ha hecho total, en los casos en que intervenimos artificialmente para obtenerla, principalmente si se ha utilizado la anestesia. Una aplicación alta de forceps no es ciertamente una operación inofensiva, pero con feto y pelvis maternas normales, no debe mirarse tampoco como un hecho de tal gravedad que debamos demorar un final que aún puede ser muy penoso para la madre y mortal para el hijo, si se prolonga demasiado.

El alumbramiento, en el parto enojoso, no acostumbra a salirse de la normalidad. Unicamente en los casos de practicar incisiones en el cuello uterino o aplicaciones altas de forceps sin la debida dilatación, pueden presentarse complicaciones que pongan la vida de la mujer en serio peligro.

En resumen:

El parto enojoso con toda la serie de *sufrimientos y peligros* debe pasar a la historia. La dilatación manual o digital, eficaz y casi inocua, es suficiente, para terminarlo rápida y benignamente.