

Operaciones tocológicas por distocia esencial.

Las operaciones tocológicas que hasta ahora hemos estudiado, se han referido á la distocia accidental; sólo sirven en aquellos casos en que un accidente inesperado exige la intervencion del arte. Pero hay otros casos, que requieren operaciones sin las cuales no es posible se verifique el parto.

Dada una estrechez de la pélvis tal, que es imposible el paso del feto, ¿cómo se termina el parto? Se trata simplemente de resolver un problema mecánico; un cuerpo de cierto volúmen ha de pasar por un conducto relativamente más estrecho. Ante esta dificultad, lo primero que se ocurre es, que hay tres medios para terminar el parto: uno consistirá en disminuir las dimensiones del producto de la concepcion; otro en aumentar las del contorno de la pélvis, y otro en abrir un camino al feto á través de las paredes abdominales.

Estos tres medios constituyen la *embriotomía*, la *sinfisiotomía* y la *operacion cesárea*.

Lo más importante de estas operaciones es saber á cuál se ha de recurrir en cada caso; no es indiferente emplear una ú otra: la sinfisiotomía produce un pequeño ensanche; si la practicamos cuando la pélvis es muy estrecha de nada servirá: la cefalotomía reduce el volúmen del feto hasta cierto punto, y preciso es saber si esta reduccion será suficiente.

CAPITULO V.

DE LA EMBRIOTOMÍA.

Siempre que un obstáculo invencible se opone á la salida del feto, no pudiendo emplear la version ó el fórceps, se ha dicho que es preciso recurrir á la embriotomía; pero se ha añadido: cuando el feto esté muerto ó muy comprometida su existencia, por la lentitud del parto ú otra circunstancia. Es decir, pues, que estando el feto vivo, no debe hacerse esta operacion; y si se hace, se comete un infanticidio. Hé aquí la gran cuestion: para terminar el parto, hay que escoger entre matar al feto, ó hacer á la madre ciertas operaciones que casi con seguridad producen su muerte. ¿Cuál debe ser nuestra conducta en tan terrible lance? Notables discusiones se han promovido en todos tiempos sobre este grave asunto, sostenidas por personas instruidísimas; pero nunca se ha formulado un acuerdo positivo ni se formulará probablemente, por la índole especial del asunto.

Los límites de esta obra no nos permiten abordar de frente esta cuestion; los teólogos niegan al médico que esté autorizado para matar al feto por salvar á la madre; dentro de su sagrada ciencia, haciendo textualmente lo que la Iglesia prescribe, quizá tengan de su parte la razon; nadie está autorizado para matar á un semejante, y mucho ménos á un ser inocente é indefenso: en el terreno teológico no hay discusion posible. Pero vengamos á la práctica, y ésta nos suministra razonamientos que sólo puede comprender el que está ligado al mundo por lazos sagrados é indisolubles de familia, fuertemente sosteni-

dos por el cariño y el amor á otros séres, fuentes cuyas aguas no han bebido los que abrazan el estado eclesiástico, y que no sienten, por lo tanto, ese gran contrapeso á sus razonamientos.

En presencia de una jóven parturiente, encanto de su esposo ó ídolo de sus padres; á la vista de una madre ya de otros tiernos vástagos, pequeños trozos de su corazón, que no tienen otra ayuda ni defensa que ella, ¿creen los señores teólogos que pueda darse por resuelta la cuestion como ellos la resuelven? Por mi parte puedo decir, que en ocasion triste cruzó por mi mente la horrible necesidad de sacrificar al que hoy es mi hijo adorado por salvar á su madre; afortunadamente, la intervencion ilustradísima del arte salvó los dos séres para mí tan queridos. No insisto más en esta cuestion, pues cada uno lo resolverá segun su criterio.

Todavía hay más: ¿es posible asegurar la muerte del feto dentro del cláustro materno?

Quando muere el feto durante el embarazo, puede suponerse este accidente por la desaparicion de los signos físicos, como son los movimientos activos del feto, y el doble latido cardíaco; el vientre pierde su tension, se aplana; la mujer siente malestar general, pierde el apetito; las mamas se ponen flácidas y hay fiebre lenta, si no se verifica pronto la expulsion del feto muerto.

Durante el parto se han indicado muchos signos para suponer la muerte del feto, á saber: la disminucion de los dolores, la salida del meconio, la falta de movimientos de la lengua al introducir un dedo en la boca, la vacilacion de los huesos de la cabeza, y la suspension de los latidos del cordón.

Estos signos no tienen un valor absoluto; hay que estudiar el conjunto; el más cierto de todos es la suspensión de las pulsaciones del cordón.

Se ve, pues, que no es asunto fácil el decidir si está ó no muerto el feto, y que en la generalidad de los casos obraremos sólo por presuncion.

Decidida ya la operacion de la embriotomía, se procede á ella segun es la presentacion del feto. Tratándose casi siempre de disminuir el volúmen de la cabeza, toda la operacion se reduce á lo que se llama la *cefalotomía*.

La cefalotomía consiste en la perforacion del cráneo, en su aplastamiento y en la extracción de la masa cerebral. Se emplean para esta operacion varios instrumentos que ligeramente vamos á dar á conocer.

Cuando la cabeza del feto está en putrefaccion, cuando ha quedado en la pélvis separada del tronco, y cuando sea peligroso para la madre su dislocacion, se emplean los *garfios*, que son unas varillas de acero curvas, terminadas en punta y con un mango de madera.

Se aplican los *garfios* generalmente en el occipucio, imprimiéndola los movimientos naturales del parto. Deben conducirse con los dedos hasta la region del feto sobre que se aplican; dirigiendo la punta hácia la palma de la mano para que no hiera las partes de la madre.

Se han ideado varias modificaciones del garfio comun, y entre otros tenemos el de Jacquemier, que sirve para la separacion de cualquiera parte del cuerpo, aunque sea dura, y está provisto de una varilla corrediza terminada en una série de laminitas cortantes, ó en una especie de sierra con dos ó tres filas de dientes.

En la práctica moderna se usan poco los garfios.

La perforacion del cráneo puede hacerse con cualquiera instrumento punzante; pero los más usados son: la tijera de Smellie, el perforador de Blot, y en tiempos atrás la lanza de Maurizeau.

La tijera de Smellie es como las comunes, pero de punta muy aguda y cortante por sus bordes externos, que se separan al abrir las ramas. Tiene además una lámina protectora que sobresale de sus bordes y punta, para evitar el que hieran las partes por donde pasan. Para emplearla se introduce la mano izquierda en la vagina, la cual sirve de conductor hasta que llega el instrumento á la cabeza; se quita entónces la lámina protectora, y abriendo las ramas se dilata la abertura. Siempre que sea posible debe dirigirse el instrumento sobre las suturas ó las fontanelas.

El perforador de Blot consiste en dos láminas que se cubren de modo que el borde romo de una oculta el cortante de la otra; estas ramas están articuladas, y tienen un ligero resorte para limitar su separacion.

La lanza de Maurizeau es una simple varilla de hierro terminada en punta de lanza.

Perforado el cráneo con cualquiera de estos instrumentos, hay que extraer la masa cerebral valiéndose de una cucharilla ó haciendo inyecciones con una jeringa de sifon largo.

Desde este momento se obrará segun las circunstancias, ya confiando á la naturaleza la expulsion de la cabeza, ó extrayéndola con el fórceps ó los garfios.

Si no fuere posible, á pesar de todo lo hecho, la extraccion de la cabeza, se hará el aplastamiento de ésta, valiéndose para ello del cefalotrivo de Baudelocque,

instrumento parecido al fórceps, pero cuyas ramas son más largas, ménos encorvadas, no tienen abertura, y cuando se aproximan ocupan poco espacio; el mango de estas ramas está provisto de un tornillo de presión que aprieta fuertemente las cucharas. Así construido el cefalotrivo, comprime fuertemente la cabeza y disminuye su volúmen. Se usa lo mismo que el fórceps.

También se emplean unas tenazas fuertes como las de talla, pero provistas en su cara interna de unos dientes agudos, por lo cual se llaman *Tenazas de diente de lobo*.

Ultimamente, el profesor Van-huevel ha ideado un instrumento que llaman *fórceps-sierra*, con el cual se divide transversalmente la cabeza del feto entre sus ramas, extrayéndola en pedazos. Su autor cree necesario este instrumento cuando no ha sido suficiente la cefalotomía por la gran estrechez de la pélvis.

Si la cabeza del feto se separa del tronco, hay que extraerla, valiéndose del fórceps, como ya dijimos, ó haciendo la craneotomía con los instrumentos indicados.

CAPITULO VI.

SINFISIOTOMIA.

Tiene por objeto esta operación el aumentar las dimensiones de la pélvis; consiste en practicar una abertura en un punto de círculo óseo, y éste es generalmente el fibro-cartilago interpubiano.

Se funda esta operación en que la sínfisis sacro-iliaca

durante el período de reproducción, y sobre todo en la gestación y el puerperio, son más movibles; los fibrocartilagos más gruesos, penetrados de líquidos, están más flexibles y permiten más movimientos. Esto no es exclusivo de la especie humana, y al contrario, se observa ménos que en otras especies; en algunos animales se separan los huesos, y este hecho está tan en relación con la reproducción, que en aquellas especies en que el conducto pelviano es estrecho, la separación de los huesos es mayor, y en algunos parece que se pierde en los tejidos blandos. Es importante consignar este hecho para comprender el efecto de la sinfisiotomía; si son permitidos movimientos en la sínfisis sacro-iliaca, pueden separarse las dos mitades del círculo, y se separan en primer lugar porque la cabeza del feto sirve de cuña, tiende á dilatar el conducto, y además porque los grandes ligamentos sacro-ciáticos ayudan la dilatación; así es que sin necesidad de obrar fuertemente, como han aconsejado algunos, se puede obtener una separación notable sin producir la rotura de la sínfisis sacro-iliaca.

La sinfisiotomía produce una extensión de 9 á 13 milímetros en el diámetro antero-posterior, y si se separan fuertemente las crestas iliacas se aumentará el intervalo entre los púbis; pero no debe pasar éste de 5 centímetros, porque se rasgarán los ligamentos sacro-iliacos. Aumentándose dos milímetros la extensión del diámetro antero-posterior por cada centímetro de separación de los púbis, y pudiendo llegar ésta á 5 centímetros, resultarán de aumento 10 milímetros al diámetro sacro-púbiano.

También se extienden los diámetros oblicuos, y sobre todo los trasversos, y por lo tanto puede igualmente

emplearse esta operacion en los casos de estrechez de ellos.

Resulta por consiguiente, que la sinfisiotomía está indicada en los casos de estrecheces, sobre todo del diámetro antero-posterior, y cuando calculemos que dando á éstos 10 ó 15 milímetros más puede verificarse el parto espontáneo ó con el fórceps. Tambien se ha indicado en los casos de tumores en la excavacion y de volúmen excesivo de la cabeza.

Para practicar la sinfisiotomía, es preciso que la mujer esté embarazada de todo tiempo, que se haya declarado el parto, y que esté viva la criatura; el momento más oportuno es cuando está ya dilatado el cuello.

El manual operatorio es muy sencillo. Colocada la mujer como para la aplicacion del fórceps, se extrae la orina de la vejiga, dejando introducida la sonda. El operador hace una incision desde un centímetro por encima de la sínfisis hasta encima y á la izquierda del clitoris, que comprenda todos los tejidos blandos; se incide despues con cuidado el cartílago interpubiano sin herir la vejiga de la orina. Los púbis se separan, y el parto termina por sí sólo ó con el fórceps.

Despues del parto se hace la cura como en los casos ordinarios, recomendando á la mujer la quietud y la aproximacion constante de los muslos. En los casos felices se consolida la articulacion á los tres ó cuatro meses, aunque á veces dicen que no se ha obtenido esta union.

Apenas, puede decirse, se ejecuta hoy la operacion de la sinfisiotomía, por los accidentes que suelen sobrevenir, entre otros, la consolidacion viciosa de las superficies articulares, las fistulas urinarias incurables, la es-

trofia de la vejiga, la metritis, metro-peritonitis, inflamaciones é infiltraciones serosas ó serosanguinolentas del tejido celular de la pélvis. Además, puede ser grave por la inoportunidad en su aplicacion y por el escaso resultado que produzca.

Tambien para la criatura es grave, pues segun las estadísticas, han sucumbido casi todas despues de hecha esta operacion.

CAPITULO VII.

OPERACION CESÁREA.

La operacion cesárea ó hysterotomía, es una operacion que consiste en hacer una incision en las paredes abdominales y uterinas para extraer el feto.

Se practica esta operacion cuando son tan insuperables los obstáculos que presenta el contorno de la pélvis para la salida del feto, que no puede verificarse el parto por medio del fórceps, ni con la sinfisiotomía, ni tampoco con la embriotomía. Así, cuando la pélvis tiene todo lo más 6 centímetros y medio en su mayor diámetro, puede escogerse entre la operacion cesárea y la embriotomía; pero si sólo mide 5 centímetros, no hay más recurso que la hysterotomía, porque la extraccion del feto mutilado expone á la madre á grandes peligros.

Tambien se hace esta operacion despues de muerta la mujer, en el último período del embarazo ó durante el parto, con la esperanza de extraer viva la criatura. En estas circunstancias rara vez deja de practicarse la

histerotomía, pues los mismos interesados de la parturiente lo solicitan.

El momento oportuno para hacer la operacion varía segun las circunstancias; en caso de necesidad perentoria, no hay momento que perder; pero no siendo así, debe aguardarse á que se declare el parto, esto es, á que existan contracciones uterinas, á que la dilatacion del cuello sea todo lo mayor posible, y á que la bolsa de las aguas esté intacta ó que haga pocos momentos que se ha roto.

Quando sea posible deben tomarse algunas precauciones ántes de proceder á la operacion; conviene establecer con anterioridad un régimen conveniente, hacer alguna emision sanguínea y emplear baños repetidos.

El manual operatorio consiste en lo siguiente: Se acuesta la mujer en una cama alta ó en una mesa; un ayudante sostiene la matriz con las dos manos, en la línea media; otro empuja los intestinos hácia arriba desviándolos del fondo de la matriz y de su pared anterior. En esta situacion, el operador hace una incision en la parte media del abdómen, desde debajo del ombligo hasta tres centímetros por encima del púbis, que comprende la piel y el tejido adiposo subcutáneo. Divide despues todos los tejidos capa por capa hasta llegar al peritoneo, en el cual hace una pequeña abertura, y por ella introduce, guiado por el dedo índice izquierdo, un bisturí de boton que sirve para dilatar la incision. Se inci-de del mismo modo la pared anterior del útero, hasta llegar á las membranas del huevo; en éstas se hace una puncion, y con el bisturí de boton se agranda la abertura. El ayudante debe procurar tener en contacto las paredes uterinas con las del vientre, miéntras que el ope-

rador extrae el feto cogiéndole por la extremidad que se presente. Cuando empieza á contraerse el útero se extraen las membranas del huevo, procurando que no quede en el interior del órgano ningun cuerpo extraño que obstruya el orificio.

Terminada la operacion, se reunen los bordes de la herida de las paredes abdominales con puntos de sutura enclavijada, y tiras de aglutinante, dejando en la parte inferior una abertura para el paso libre de los líquidos. Se aplican encima planchuelas ó compresas encretadas, tortas de hilas, y un vendaje de cuerpo bien apretado y moderadamente compresivo.

Debe someterse á la operada á un régimen severo bajo todos conceptos, y hay que estar muy prevenido para combatir los accidentes que se presenten, y que todos son casi siempre graves.

Se han ideado muchas modificaciones á este procedimiento general, pero sin que los resultados hayan correspondido á las esperanzas de sus autores.

Cuando se hace la operacion despues de muerta la mujer, se siguen las mismas reglas que si estuviera viva.

La operacion cesárea es una de las más graves de la cirugía, pues se calcula que por cada caso feliz hay setenta muertes, y por lo tanto es una operacion que debemos hacer sólo como último recurso; sin embargo, se habla de personas que la han sufrido más de una vez. Respecto de la criatura, se concibe que se salve muchas veces su vida si la operacion se hace en un momento muy preciso y oportuno; pero lo difícil es calcular en la generalidad de los casos esta precision y oportunidad.

PARTE QUINTA.

Del puerperio.

TITULO I.

Fisiología del puerperio.

Después del parto queda la mujer en un estado especial, que si no es el de enfermedad, al ménos está caracterizado por una série de cambios y molestias, que inducen en la economía susceptibilidad grande para diversas enfermedades, que todas entónces son graves. Este estado es lo que se llama *puerperio*, el cual vamos á estudiar bajo el doble punto de vista fisiológico y patológico.

El puerperio empieza desde el momento en que se ha verificado el parto, y concluye cuando todo el aparato generador ha recobrado sus condiciones normales. Este período es más ó ménos largo, segun el temperamento y constitucion de la mujer, modo de verificarse el parto y circunstancias que le han acompañado; no tiene, pues, límite fijo, áun cuando se ha considerado que dura de 30 á 40 dias. El aparato genital no puede pasar repentinamente á las condiciones del estado de vacuidad; esto se hace de un modo lento y gradual, como irémos viendo sucesivamente.