2979
36

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PRUDENCIO PLAZA

EX-INTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1889-1894)
EX-INTERNO DEL LAZARETO DEL ROSARIO DURANTE LA EPIDEMIA DEL CÓLERA (1894-1895)
EX-MÉDICO INTERNO DEL LAZARETO DE MARTIN GARCIA DURANTE LA FIEBRE AMARILLA (1896 MARZO Y ABRIL)

DE LA

EMBRIOTOMÍA CEFÁLICA

SU CONCEPTO MODERNO Y SUS INDICACIONES

TESIS PARA EL DOCTORADO

BUENOS AIRES

Imprenta de Obras de J. A. Berra,—Bolivar, 455.

1897.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PRUDENCIO PLAZA

Ex-interno del Hospital San Roque (1889-1894)
Ex-interno del Lazareto del Rosario durante la epidemia del cólera (1894-1895)
Ex-médico interno del Lazareto de Martin Garcia durante la fiebre amarilla (1896 Marzo y Abril)

DE LA

EMBRIOTOMÍA CEFÁLICA

SU CONCEPTO MODERNO Y SUS INDICACIONES

TESIS PARA EL DOCTORADO

BUENOS AIRES

Imprenta de Obras de J. A. Berra,—Bolivar, 455.

1897.

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis.
(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES
» » ELISEO CANTÓN

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Doctor D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología (teórico-práctica)	» Samuel de Madrid,
Fisiología general y humana	» Pedro J. Coronado, en ejer.
Higiene pública y privada	Dres. Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	Dres. Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	» Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	» José Badia
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres. Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Facundo Larguía. Antonio F. Piñero.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	» José A. Esteves José R. Semprun
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres. Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clínica Médica	« Abel Ayerza. Julio Méndez. Francisco Sicardi. Ignacio Allende.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor Luis F. Vila
Física médica	» Juan J. Galiano
Medicina legal y Toxicología	Dres. F. de Veyga Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina	Doctor Vacante.
Farmacia práctica	» Vacante.
Laringología, otología, rinología	» Wence lao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Odontología	» Leon Pereyra

PADRINO DE TESIS

DOCTOR D. ENRIQUE E. DEL ARCA

PROEMIO

SEÑOR. PRESIDENTE:

SEÑORES. PROFESORES:

Quiero encabezar esta monografía que presento á vuestra consideración con un homenaje de gratitud hacia los distinguidos catedráticos que con sus lecciones y consejos han sabido dirigir mis estudios, hasta la terminación de esta mi nobilísima cuan humanitaria carrera.

También hago público mi reconocimiento hacia el Dr. Enrique Revilla, quien como director del Hospital San Roque, donde estuve interno, me distinguió con su amistad, y al Dr. Alfredo Lagarde, que me ha inspirado el tema que desarrollo en esta tesis, cuyas ideas avanzadas en Obstetricia le he visto practicar con éxito sorprendente, todo el tiempo que permanecí en el servicio de la maternidad del mismo hospital.

Al Dr. Enrique E. del Arca, que se ha servido dispensarme la honra de ser mi padrino de tesis, mis mejores sentimientos de gratitud.

«La excelencia del arte del partero, consiste
«en salvar dos existencias á la vez»

LEVVET

En la evolución incesante hacia el perfeccionamiento de su espíritu, el hombre ha realizado las más grandes conquistas en el sentido de asegurar su bienestar moral y material y ha puesto á contribución para el cumplimiento de ese anhelo, la fuerza poderosa de su inteligencia en las múltiples y variadas modalidades de su energía y de su voluntad; y es en este siglo; con más propiedad, en este fin de siglo, en que se han llevado á cabo los más notables descubrimientos en la medicina, rama de las ciencias que más le interesa, porque cura su organismo enfermo asaeteado en el rudo batallar diario de la lucha por la vida, y lo escuda con la éjida de sus medidas preventivas para que, una vez en la liza, salga airoso en la demanda.

El clínico, con el auxilio de la bacteriología, la química y física médicas, llega al diagnóstico de las enfermedades, aún en sus formas *frustres*, en sus períodos más incipientes, y con sus tratamientos racionales secunda con mayor eficacia á la naturaleza, logrando devolver á la sociedad un miembro cuya existencia le hace falta para su desenvolvimiento armónico.

El higienista, con sus indicaciones y las medidas sancionadas por los congresos médicos internaciona les, detiene, limita y triunfa de la mayor parte de las epidemias que en otras épocas diezmaban á las poblaciones.

El cirujano, con los notables cuan sencillos métodos operatorios, la asepsia, antisepsia, anestesia, hemostasia, etc., realiza las maravillas que los antiguos maestros concibieran en sus ensueños más audaces.

El tocólogo, tiene á su frente el gran problema de la conservación de la especie.

No encuentra en su camino, en la mayoría de las veces, al individuo cuyo organismo débil no pudo resistir el golpe insólito é inevitable de la enfermedad, ó lleva el estigma indeleble de sus antecesores; no, el partero encuentra dos individuos sanos, uno, la madre (1,) que ha concentrado la mayor parte de su actividad funcional en un número pequeño y determinado de órganos, los de la concepción primero, y paralelamente los de la expulsión y alimentación del nuevo ser después; y ese nuevo ser, que está allí formándose, cumpliendo su desarrollo, que se le siente, que vive, en una palabra, esperando el momento preciso y precioso marcado por la naturaleza para dejar el claustro materno y formar el eslabón ininterrumpible de la sucesión.

Es el nacimiento, la viabilidad de este ser aun non-

---

(1) Sin ser tan optimista como antiguamente, en que se tuvo por aforismo médico que la preñez equivalía á un certificado de salud por nueve meses y no es menos cierto que las embarazadas gozan de una relativa rara inmunidad.

nato, sin mayores peligros para la madre, lo que ha determinado á los eminentes tocólogos modernos, el crear operaciones y renovar antiguas, que encuadrándose en las corrientes humanitarias predominantes, han dado por tierra con intervenciones feticidas que sólo tuvieron su razón de ser, una paradoja científica cuando la septicemia post-operatoria reinaba en absoluto, cuando practicar una sinfisiotomía ó una operación cesárea, era una temeridad, y fué por esta causa, tal el descrédito á que llegaron, que la primera, quedó relegada al olvido hasta su resurgimiento con Morisani, y la segunda limitada en sus indicaciones como en la época mitológica en que Hermes por mandato de Jove abrió el vientre á Semele, muerta en las llamas, y le extrajo un niño vivo.

¿Por qué permaneció la Obstetricia durante tantísimo tiempo, cual hija pródiga, separada del movimiento de adelanto universal de las demás ciencias?

Hago mías las afirmaciones de Cuzzi á este respecto, los médicos miraban con profundo desprecio á esta rama importantísima de la Medicina, dejándola en manos de mujeres ignorantes que el vulgo las ungía parteras, y equiparaban á los hombres, que sin preparación científica alguna la praticaban, con los que ejercian los oficios de peluquero, sangrador, etc. y por mi parte agrego: quién podría negarme que los físicos de antaño no aceptaban un parto malogrado, como una sabia disposición de la naturaleza que velaba por su selección!

Es necesario llegar casi á nuestros días para ver

interesarse en el estudio de la Obstetricia á médicos y cirujanos eminentes, que con su vigorosa inteligencia han impulsado á la ciencia y arte de los partos por la ruta de progreso actual, tanto, que estamos cerca, sea una verdad práctica la máxima de Levret.

Firmemente convencidos que con los conocimientos modernos y los medios de que disponemos podemos llenar cumplidamente la misión que señaló el sabio tocólogo francés, y penetrados de sus ideas, si he adoptado la *embriotomía cefálica* como tema de mi tesis inaugural, es porque pretendo demostrar en el decurso del primer capítulo que fuera de los casos de placenta previa é hidrocefalía, jamás debemos sacrificar al niño, quedando relegada á esos estrechos límites dicha operación feticida y en el concepto de un mal necesario é imprescindible, al que fatalmente estamos obligados á recurrir.

Definiciones

La *embriotomía* es un nombre genérico que comprende todas las operaciones mutiladoras que se hacen en el feto muerto, y con las cuales es incompatible la existencia cuando se ejecutan en fetos vivos.

Según que las operaciones se lleven á cabo sobre la cabeza ó sobre el tronco, distinguimos: la *embriotomía cefálica* y la *embriotomía córmica*.

La *evisceración* consiste en la extracción de las

vísceras de las cavidades que las contienen, cefálica, torácica y abdominal.

La *embriotomía cefálica* comprende:

La *craniotomía*, que consiste en la perforación simple de la cabeza, y la evacuación de la masa encefálica es su consecuencia inmediata.

La *cefalotricia*, la *cranioclasia*, la *basiotricia*, son operaciones que tienen por objeto reducir el volumen de la cabeza por medio de fuertes pinzas osívoras.

La embriotomía córmica comprende á su vez:

La *derotomía* ó *dexolación*, que consiste en la separación de la cabeza del tronco.

La *raquiotomía* que, como su nombre lo indica importa la sección del raquis.

La *melotomía*, que consiste en la amputación ó desarticulación de los miembros torácicos ó abdominales.

El *despedazamiento* que se lleva á cabo en circunstancias excepcionales y que consiste en extraer por fragmentos el cuerpo del feto.

Como dice la leyenda de la carátula, sólo nos ocuparemos de la *embriotomía cefálica*.

CAPITULO I

SUMARIO—Progresos modernos de la Obstetricía que permiten excluir la embriotomia en los niños vivos—Operación cesárea—Sinfisiotomía—Parto prematuro artificial—Métodos cruentos é incruentos—Parto forzado—Métodos cruentos é incruentos—Extirpación de tumores concomitantes con el embarazo debido á los progresos de la cirugía abdominal—Antisepsia—Asepsia Anestesia—Hemostasia como medios coadyuvantes—Consideraciones de orden cientifico y moral—Criterio á aplicar en los casos ocurrentes—Criterio del médico—Criterio de la paciente Criterio de los deudos—Diferencias á este respecto entre las clínicas hospitalaria y privada—Opinión de los prácticos en la actualidad—Delimitación de los casos en que puede tratarse de embriotomía cefálica.

Recorriendo las revistas médicas, tesis, tratados, etc.; en una palabra, todo lo que se relaciona con la Obstetricia y que se ha producido en este último decenio, quedamos sorprendidos con los adelantos que se han llevado á cabo con pasmosa rapidez y éxito, á tal punto que las intervenciones cruentas ó incruentas, que, por decirlo así, ayer se discutían y experimentaban en el maniquí, inmediatamente encontraban la sanción de la clínica, pues ninguna de las operaciones así estudiadas, defraudaron en sus esperanzas á los que las propusieron.

En el momento actual podemos afirmar que se ha

traspuesto con gran éxito, para bien de la humanidad, un período corto, felizmente, no tanto de dudas y de vacilaciones, como de lucha contra procedimientos que tuvieron su época indudablemente, y que pesaban más por la rutina inveterada de siglos, que por lo racional de sus intervenciones.

Sin embargo, estaba en la conciencia de todos los parteros que ese estado de cosas no tenía razón de ser. La conducta que se observaba en los partos distósicos, era el fondo negro que realzaba las brillantes conquistas de la cirugía general.

Diéronse cuenta los maestros, y las que sólo eran ideas indecisas tornáronse en realidad y aparecieron de súbito, en todas partes, los nuevos métodos, tanto en Europa como en América, habiéndole tocado en suerte al Hospital San Roque haber iniciado en la América del Sud el movimiento científico en ese sentido.

Jamás me hubiera atrevido á lanzar el audaz reproche que muchos se permitieron diciendo que más se intervenía por amor propio profesional; hoy día el aplauzo es unánime. La operación cesárea, la sinfisiotomía, la isquio-pubiotomía la coccigotomía,que en 1891 con Pinard Leopoldo, Farabeuf á la cabeza, desafiaban todo un sistema que imperaba desde Hipócrates, han triunfado; las estadísticas de seis años lo comprueban y la humanidad entera se los agradece.

Pasteur, Lister, Morisani, Leopold, Sanger, Dürhsen, Pinard, Farabeuf, para no citar sino los mayores entre los grandes, son nombres ante los cuales nos inclinamos, pues marcan una era nueva en este siglo único en la historia de la sociedad.

Para demostrar la tesis que sustento en este capítulo dividiré los casos ocurrentes en tres grande categorias:

El partero observa á las gestantes: 1° durante el embarazo; 2° sigue el parto desde que se inició el trabajo; 3° es llamado á prestar sus servicios en ocasiones en que apesar de un trabajo laborioso el parto no se hace.

Iª Categoría—*Distocia pelviana*—Pelvis hasta 6' de C. V. Reuno en este parágrafo todas las angustias pelvianas debidas á raquitismo osteomalacia pelvis de Nægelé pelvis de Robert. etc porque no debo entrar en el estudio particular de cada una de ellas. Si tenemos ocasión de observar estos casos en la mitad de su embarazo (1) la conducta que debemos seguir es: ó proponer un aborto inmediatamente ó dejar terminar el embarazo para practicar á su tiempo la operación cesárea.

Pelvis de 6c á 9c 5m de C. V. El embarazo seguirá su marcha. En el límite superior de esta clasificación, el extractor palanca mensurador de Farabeuf prestará los mejores servicios, en los demás casos, domina en absoluto la sinfisiotomía sola, ó combinada con el parto prematuro artificial—según la angustia pelviana—de manera de operar en épocas en las que se obtenga con seguridad un niño no solamente vivo sino también viable, es decir, aproximándose lo más posible del término del embarazo, dada la am-

---

(1) Indico la mitad del embarazo como un término medio entre el primero y el segundo trimestre y por necesidades para la descripción.

plitud que se puede obtener con el ensanchamiento momentáneo de la pelvis.

Distocia debida á las partes blandas.—Por parte del útero—Tumores—Cáncer.

Distocia debida á las partes blandas, por parte del útero, tumores, cáncer —Hoy día está perfectamente comprobado que el embarazo acelera la marcha de esta especie de tumores, ya fuesen preexistentes y con mayor razón aún si el neoplasma comienza conjuntamente con él.

Respecto á la influencia del neoplasma sobre el embarazo, en los dos tercios de los casos, éste llega á término; de manera, pues, que aceptamos en un todo las indicaciones de Hernández á este respecto y son las siguientes: « 1° durante los tres primeros meses, la « operación de elección es la histerectomía vaginal; 2° « cuando el feto es viable, operación cesárea, seguida « de extirpación total del útero y de los anexos; en « el segundo trimestre, histerectomía abdominal total.»

No creemos necesario decir que haya que tener muy en cuenta el estado general de la enferma, del tumor, etc., etc.

Fibromas.—Cuando el tumor se encuentra en el segmento inferior y sobre la pared posterior, se provocará el parto en la época y en las condiciones que hemos dicho más arriba.

Quistes del ovario.—Como en los demás tumores, la preñez acelera su desarrollo y ellos á su vez tienen una influencia variable, según sus relaciones,

desarrollo, forma, etc. y de las perturbaciones que acarrea. Una vez reconocida la existencia de un quiste, debemos proceder á su ablación, pues así evitaremos radicalmente los peligros de ruptura, torsión, etc.

Los tumores que pueden desarrollarse en los demás órganos abdominales, no tienen influencia sobre el embarazo, de manera que los pasaremos por alto.

II Categoría.—En los casos que comprendemos bajo este rubro, es en los que el tocólogo moderno despliega todas sus dotes y pone á contribución su ciencia, habilidad y serenidad para cumplir su gran misión, la de salvar dos existencias, cuyos intereses, en la gran mayoría de los casos, están, desgraciadamente, encontrados, los de la madre y los del niño.

Es en estas circunstancias, sobre todo, que más halla su aplicación toda la enseñanza sacada de las clínicas de las maternidades; y en el momento actual, felizmente no hay casi lugar á dudas sobre cuál es la actitud que debe asumirse en tal ó cual caso, sobre cuál será la intervención que se pondría en práctica. El único peligro que puede existir es justamente el de la vacilación.

La seguridad del diagnóstico trae aparejada la indicación que debe llenarse.

No estamos ya en la época en que era de regla aconsejar las medidas de asepsia y antisepsia que debieran seguirse, cuando se decide intervenir, como no debemos tampoco mencionar la importancia de la anestesia, hemostasia, etc., como auxiliares de toda operación; las omitimos, porque son hoy día elementales

Para ser metódicos, seguiremos el programa señalado para los casos anteriores.

Distocia pelviana. Pelvis hasta 7c de C. V.—La indicación de la operación cesárea ó de la operación de Porro, es absoluta.

Pelvis de 7c á 9c 5m de C. V.—En los límites inferior y medio de esta escala, la sinfisiotomía y el aparato de Farabeuf según los casos, es la conducta que debemos observar, ya que en el momento actual es ésta una intervención innocua para la madre.

En el límite superior, debemos tener la esperanza de que el parto se haga espontáneamente y la expectativa armada y prudencial, prontos para hacer una sinfisiotomía, debe ser la determinación del práctico. Se comprende que en estos casos son particularmente importantes los datos que nos suministre la pelvimetría interna—única racional, por otra parte—la que debemos hacer con toda prolijidad y atención, pues de ella depende nuestro diagnóstico y conducta.

Farabeuf ha enriquecido el arsenal quirúrgico con su *pelvímetro*, que es *pelvígrafo* á la vez, y que, hoy por hoy, satisface al tocólogo más exigente, como que el mayor error que se puede cometer con él no alcanza á 3 milímetros.

Estas indicaciones, que son proclamadas por los grandes maestros, nos interesan particularmente.

Resulta de las estadísticas de nuestras maternidades, que casi una mitad de las embarazadas están comprendidas entre los 15 y los 19 años de edad, entre las que se encuentran un gran número de multíparas.

Nuestros conocimientos respecto á la estructura y desarrollo de la pelvis nos dicen que á la edad á la cual nos referimos no ha llegado aún á su término de crecimiento, lo que crea una estrechez relativa, respecto al feto, que, por otra parte, es normal el 99 °/₀ de las veces.

Se ha dicho que el tipo étnico de la pelvis de la mujer argentina es el *mediano pequeño*, y que las estadísticas de nuestras maternidades no concuerdan con las europeas.

Demostraremos que estas afirmaciones son erróneas y fallan por su base: 1° Si estudiamos con detenimiento nuestras estadísticas, nos cercioraremos que las pelvis de las mujeres que han cumplido sus 22 años, son sensiblemente iguales á las de la mujer europea; 2° Lo que nos revela la estadística con la fuerza de las cifras, es que las condiciones de vida, el clima, la raza, y mil otros factores, influyen poderosamente en el sentido de que nuestra mujer sea precoz en su vida genital, y, sobre todo, en la clase que mayor contingente aporta á nuestras maternidades.

Un ejemplo demostrará mejor lo que dejamos sentado.

Una primigesta de 16 años ha tenido su parto espontáneo, aunque laborioso, con una conjugata vera de $8^{c}5^{m}$ y dió á luz un niño de 3.000 gramos de peso cuyo diámetro bi-parietal medía $9^{c}.5^{m}$. Triunfo de la expectativa!! De ninguna manera, sabia disposición de la naturaleza, que durante el 7° mes del embarazo, cuando el feto medía 7^{c} en su diámetro biparietal—

produjo el encajamiento de la cabeza, que encontró espacio en la excavación donde seguir desarrollándose una vez salvado el escollo constituído por el estrecho superior. He ahí la causa del parto espontáneo.

La misma mujer á los 18 años se presenta á la clínica en su segundo embarazo. ¿Se hará el parto en las mismas condiciones que el primero? Seguramente que no.

La pelvis mide hasta 9^c 5^m. Comienza el trabajo, y sin embargo, el feto no se encaja, se siente la cabeza desbordando la barra pubiana. Estamos en presencia de una paradoja. El feto es igual en tamaño, como en el caso anterior, la pelvis tiene un centímetro más de conjugata vera, y, sin embargo, no es apta para producir un parto normal. Se encajará la cabeza? Quizás; pero el útero se agotará por exceso de trabajo, disminuirán las contracciones, no se hará bien la dilatación del cuello y en el mejor de los casos se terminará por una aplicación de fórceps en la excavación ó en el estrecho inferior. (La observación I es una prueba clínica de este razonamiento).

De propósito descartamos la emergencia de posiciones viciosas, procidencia del cordón, desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura del útero, muerte del feto, etc., etc.

Decíamos que estos casos nos interesaban particularmente, porque son pan nuestro de cada día en las maternidades, y si hemos desflorado el asunto— pues su estudio no cabe en los límites de esta te-

sis,—es para señalar los infinitos servicios que está llamado á prestar el aparato de Farabeuf, palanca-prehensor-mensurador.

Este instrumento tiene entre otras ventajas la de hacer aprovechar al feto las concavidades sacro-ilíacas, donde siempre hay espacio, y facilitar enormemente el encajamiento que el útero no lo hubiera cumplido sin gran trabajo.

Distocia debida á las partes blandas.—Aun en los casos de normalidad en el útero, puede retardarse el parto con grave perjuicio para la madre y para el feto; tal sucede en los casos de rigidez del cuello, ya sea debido á contracciones demasiado enérgicas ó insuficientes del útero, sea por distocia pelviana, por ruptura prematura de la bolsa de las aguas, etc.

Es el caso de intervenir haciendo la dilatación forzada, sirviéndonos de los aparatos de Tarnier, Barnes ó Champetier de Ribes, y si por estos medios no obtenemos el resultado apetecido, la dilatación sangrienta siguiendo el método de Dürhsen, será el procedimiento que primará por su relativa benignidad y sencillez operatoria.

Pero cuando presta mayores beneficios es sin duda alguna en los casos de eclampsia. Los niños salvados por esta intervención, son los mejores argumentos en su pro; así lo demuestra la estadística.

Cáncer del útero.—Si el neoplasma está limitado al cuello, podemos esperar el parto espontáneo, por más que el trabajo será largo. Cuando el tumor ha

invadido el cuerpo, la operación heroica es la operación cesárea, seguida de histerectomía abdominal total.

Nuestra opinión es, que estas intervenciones deben ponerse en práctica inmediatamente de sentado el diagnóstico, sin pérdida de tiempo, que no redunda sino en perjuicio del niño ó de la madre.

Son estos de los pocos casos en que los intereses de ambos están de acuerdo.

Fibromas del útero.—Depende nuestra actitud de la variedad, desarrollo y sitio del tumor. Cuando todo marcha como en condiciones normales, la expectativa es de regla, y según las circunstancias se terminará el parto por la versión ó el fórceps.

Pero en los casos en que el parto no avanza, y la observación atenta de la enferma nos hacen conocer la existencia de un obstáculo insalvable por parte del feto, debemos practicar la operación de Porro, antes que comience á sufrir el feto.

Si el fibroma fuera pediculado, trataremos de reducirlo.

Quistes del ovario.—Cuando por su posición dificultan el parto, le haremos ante todo una punción, y en caso de fracaso, la operación cesárea y ablación del quiste es la norma de conducta que seguiremos.

En la categoría de los casos que estudiamos, es decir, que tenemos oportunidad de asistir á una embarazada desde el principio del trabajo, el feto entra muchas veces como causa de distocia, considerando todo normal por parte de la madre.

En efecto, el feto puede ser normal, y, sin embargo, estar mal orientado. No debemos entrar á estudiar la etiología de las presentaciones y posiciones viciosas por no ser de la índole de este trabajo —puede ser grande, y el encajamiento no hacerse por esta causa, y por último, puede ser grande y presentarse en condiciones de necesitar intervenciones para dejar el claustro materno.

Estudiemos estas variedades por su orden.

En el primero de los casos, el parto puede ser normal, espontáneo, parto de vértice, de cara, de nalgas, y la misión del partero se reduce á vigilar, hacer una extracción manual según la marcha del trabajo: en las otras posiciones, torax, abdómen, la versión hecha en las condiciones requeridas que aseguren el éxito, es lo aconsejado y de práctica.

Con riesgo de repetirnos, consignaremos que es capital el conocimiento exacto de las dimensiones de la pelvis y del feto, para lo que nos serviremos del pelvímetro de Farabeuf de su prehensor mensurador y haremos la palpación mensuradora tal como la aconseja Pinard.

En los otros casos, una vez comprobado el excesivo volumen del feto, aunque hay muchas probabilidades de ver hacerse un parto normal, si una vez producido el encajamiento la cabeza no progresara, terminaremos el parto con el fórceps.

Si no hubiere encajamiento, nos colocaremos en las condiciones del feto normal y pelvis mediana, siendo aplicable á estos casos, por consiguiente, las

mismas indicaciones que ya hemos apuntado, y como último recurso la sinfisiotomía salvará la situación.

En cuanto á las presentaciones distósicas y feto grande si el feto viene de cara, variedad posterior, hay encajamiento y el parto no se hace, recurriremos al fórceps ó á la sinfisiotomía; en las otras presentaciones, y aun en esta, no habiendo encajamiento, haremos versión podálica y maniobra de Champetier de Ribes, si lo juzgamos necesario.

Antes de decidirnos, es necesario que nos demos cuenta, que si falla la versión, no queda otro recurso del cual echar mano y habremos contribuído al sacrificio de un niño cuya única falta imputable consiste en ser muy robusto.

Es quizás la pérdida sensible de estos hermosos productos de la concepción, lo que más haya influído en el ánimo de Pinard para declararse tan partidario de la sinfisiotomía *prematura*—permítasenos el calificativo,—que ha lanzado la afirmación siguiente: que en casos similes recurrirá á ella, dejando completamente de lado el fórceps y la versión.

Si opinión tan autorizada hoy nos causa sorpresa por lo sistemática ¿estaremos seguros de no encontrarla perfectamente racional y única mañana?

En medicina, como en todas las ciencias políticas, religiosas y sociales, las ideas nuevas cuando aparecen, son siempre recibidas con un sentimiento huraño, y tardan en hacerse camino, porque caen en un medio que les es marcadamente hostil, pues llevan

en sí, por lo que significan, un atentado á la estabilidad de los sistemas preestablecidos; pero al fin, y á pesar de los obstáculos con que tropiezan en su vía como todo aquello que encarna un fin humanitario y es movido por principios morales, tienen un éxito descontado de antemano; tardarán más ó menos tiempo en llegar á su desideratum, pero llegan y triunfan.

Dejo, á propósito, para cuando estudiemos las indicaciones de la embriotomía cefálica, los casos de distocia por exceso de volumen patológico del feto.

III Categoría.—Cuando seamos llamados para prestar nuestros servicios en embarazadas, en las cuales el trabajo hace ya mucho tiempo que comenzó, y el parto no se hace espontáneamente, á pesar de tentativas infructuosas de aplicación de fórceps ú otras intervenciones sin resultados, antes de decidirnos sobre cuál será la norma de conducta á la que deberemos sujetarnos, haremos un minucioso examen de la madre, del feto, de los anexos, tendremos especial cuidado en averiguar la causa de la distocia, trataremos de llegar al diagnóstico—particularmente importante en estos casos—de la posición del feto, su estado general, como el de la paciente, pues así como no aplicaremos fórceps en una mujer en estado agonizante y feto vivo, tampoco haremos una operación cesárea en una mujer en buen estado general, y feto moribundo. Nos colocamos en estos puntos extremos, pues para sus intermediarios hemos tratado con extensión la conducta que debemos observar en los casos similares de la segunda categoría.

La embriotomía en feto vivo suscitó en todos los tiempos anteriores á la época contemporánea apasionadas polémicas entre los hombres de ciencia.

En efecto, ¿cómo dictar impasibles la sentencia de muerte del feto?

¿Hasta dónde podía llegar el derecho de los prácticos para sacrificar una existencia que encubría su ignorancia, presentando además como razonamiento —muy atendible sin duda - que se velaba por la vida de la madre, calculada de infinito superior, en comparación con la de su hijo?

¿Cómo proponer á los padres una operación que hiere sus más íntimos y delicados sentimientos, que destruye de un golpe todas sus esperanzas, concebidas y acariciadas durante tanto tiempo, y que la fatalidad, de acuerdo con la insuficiencia humana, disponen que no sean una realidad?

«La madre ante todo» fué el lema de los embriotomistas y sería imposible contar el número de las víctimas de la cranitomía, entre los ingleses, sobre todo, que llegaron hasta provocar acerbas críticas de parte de sus colegas del continente.

La reacción se ha operado á tal punto, que con las operaciones modernas, salvadoras de vidas, que consultan los intereses de la madre y del niño, se han vencido todas las dificultades, y podemos declarar que queda cerrado el capítulo de las embriotomías cefálicas en niños vivos.

La religión cristiana no admite la embriotomía en feto vivo, desde que Tertulianus, en el año 218, se

pronunció en su contra, diciendo que se cometía delito «porque el alma del nuevo ser se origina con la concepción.» Un conflicto se produjo entre cirujanos y casuistas, apoyados estos últimos por la Facultad de Teología de París, que dió un fallo ambiguo, que dice: «Si l'on ne peut tirer l'enfant sans le tuer on ne peut sans péché mortel le tirer.»

¡Quién sabe si los teólogos no argumentaban diciendo, que la madre que rendía su vida, por salvar la de su hijo, no hacía sino cumplir el ciclo determinado de nacer, crecer, reproducirse y morir, al dar á luz su primer niño!

Felizmente para la humanidad, la cuestión quedó en el punto de donde no debió nunca haber salido; los médicos pusieron á contribución su ciencia y aparecieron las operaciones nuevas, que salvan todos los escrúpulos y sobre todo salvan muchas vidas.

No debo terminar este capítulo, sin antes hacer algunas consideraciones entre las prácticas hospitalaria y privada.

En una maternidad, rodeodo de todos los recursos, con el numeroso cuan perfeccionado instrumental de que se dispone, donde los cuidados de la asepsia y antisepsia son llevados á su máximum, y auxiliado por ayudantes hábiles, el tocólogo lleva á la práctica, por sí y ante sí, lo que le aconseja su ciencia y con-
ciencia y como tal, su responsabilidad es mayor que en ningún otro caso.

Además de las circunstancias particulares que hemos señalado en el curso de este capítulo, el partero debe solucionar las siguientes cuestiones:

¿La parturienta es primípara? es multípara? sus partos anteriores fueron normales? distócicos? qué intervenciones se hicieron? los niños nacieron vivos? viven aún? si á pesar de sus embarazos no tiene familia, es debido á abortos sucesivos? es debido á la muerte habitual del feto? en que época se produce?

Estas son cuestiones que apenas debo esbozarlas en mi tesis, de manera que me limito simplemente á señalarlas; de los datos obtenidos se comprende que estará pendiente la actitud del práctico.

En el público es otra la situación del partero; no son los cuidados ni las medidas de asepsia, antisepsia, etc.—que naturalmente no se pueden llevar con el rigor seguido en una maternidad—lo que diferencia estas enfermas de las anteriores.

En estos casos, la paciente, su familia y hasta su condición social, quitan—como no puede ser de otra manera—la libertad de acción del médico.

¿Están siempre las madres dispuestas á correr el albur de una operación más ó menos grave, en obsequio de un ser aun non-nato y que puede venir al mundo con una monstruosidad—por ejemplo—que le haga imposible la vida? En caso afirmativo, permitirá la familia se ponga en práctica la intervención que importa esa determinación?

Los autores nos dicen: «¿Qué haríais cesaristas, sinfisiotomistas, si se tratara de vuestra esposa, vuestra hermana ó vuestra hija?» No estoy de acuerdo con esta manera de presentar la cuestión.

En efecto, á primera vista aparece como un cargo

velado, pero que deja traslucir que todas las intervenciones propuestas por los maestros, son buenas para practicarlas en personas que no fueran de los suyos, lo que implicaría una falta de convicción en sus ideas.

Además, es muy difícil llevar el convencimiento á los profanos, sobre la innocuidad de una operación ó la beniguidad de otra, cuando aún hay muchos médicos que no las aceptarían, sea porque tengan muy arraigadas ideas del tiempo preantiséptico, sea porque no viven en un medio médico, donde se tiene ocasión de palpar los brillantes resultados de la Obstetricia moderna.

El criterio del médico y su norma de conducta, según nuestra opinión, debe ser la misma que en el hospital en cuanto á examen y diagnóstico; en seguida propondrá la intervención que según su experiencia deba hacerse y tratará por la claridad, precisión y fuerza de su razonamiento de llevar el convencimiento al ánimo de su cliente y su familia, con el objeto de obtener el consentimiento de los interesados respecto á lo que proponga.

Aceptarán ó no aceptarán lo propuesto por el médico y de su decisión dependerá la actitud del práctico; en este punto entra ya el fuero interno de cada uno, para lo que no se puede ni se debe dictar reglas.

Las indicaciones é intervenciones que dejo relatadas, he tenido la suerte de verlas poner en práctica en la maternidad del Hospital San Roque; muchas de

ellas han servido ya, como asunto de tesis á otros compañeros que han consignado sus notables resultados.

Hoy, sancionadas por las clínicas que marchan á la cabeza del movimiento científico, se encuentran en todos los textos de estudio y de consulta.

De manera, pues, que la síntesis de este capítulo podríamos expresarla así: Fuera del caso de hidrocefalía, el feto vivo excluye la embriotomía cefálica.

Los límites entre los cuales hemos restringido y encerrado las indicaciones de la embriotomía en general, son absolutos, se comprende cuando, nos hallamos en condiciones de praticar las otras operaciones que ya hemos señalado en este capítulo, sea que podamos enviar las enfermas á las maternidades—donde se dispone de todo lo necesario—sea que habilitemos un local que reuna las condiciones de limpieza requeridas—científicamente hablando—en la casa habitación de la paciente, y tengamos instrumental y ayudantes que aseguren el éxito de la operación.

Desgraciadamente casi siempre — por no decir siempre—nos encontramos en la imposibilidad de poner en práctica lo que hemos visto hacer en las maternidades, lo que estamos convencidos nos daría espléndido resultado si estuviéramos en otro medio; pero la vida de la madre puesta en peligro, fuerza la mano, y nos disponemos, muy á pesar nuestro, á llevar á cabo, en cambio, operaciones feticidas, en contra de nuestras convicciones—dado otro medio y otros recursos y que desdicen de la noble misión para que fuimos llamados.

Estas son las indicaciones relativas de proponer una embriotomía; un caso más de antagonismo insalvable entre los intereses de la madre y del niño puestos en juego, en el cual, los padres sacrifican sus afecciones, el tocólogo sus convicciones y condenan al no-ser al niño en holocausto de la vida de la madre. Eterna y desigual lucha en la que fatalmente sucumbe el más débil.

Cuando el feto está muerto y el parto no se hace espontáneamente, varía por completo la faz del problema á resolver. En efecto, uno de sus términos es eliminado y queda la madre como único objetivo del partero: á ella dedicará sus atenciones y cuidados, todos sus esfuerzos tenderán á que el organismo materno salga indemne de las maniobras á que dará lugar la extracción del feto, que en estos casos se le considera como un cuerpo extraño, cuya permanencia en el útero no puede tener sino pésimos resultados para la madre, que será fuente de complicaciones ulteriores; de manera que será deber del partero desembarazar á la paciente de un huésped tan molesto como peligroso, con la mayor premura y en condiciones tales, de aminorar—por cuanto de él dependa—el traumatismo que necesariamente impondrá el feto á la hilera genital cuando efectúe su salida.

Resuelta la mutilación, como único medio de hacer el parto, la elección del instrumento que emplearemos lo fijaremos, previa discusión, en el capítulo correspondiente.

Hace muy pocos años, en todas partes del mundo se hablaba del *furor operatorio* que decían se había apoderado de los ginecologistas y tocólogos. Por mi parte, muchas veces he oído relatar irónicamente la siguiente comedia: «un parto que no se hace, se llama un partero que dispone llevar á cabo una operación, y durante el tiempo que tarda en presentarse con un gran arsenal quirúrgico, el niño ha nacido. Resultado: una mutilación menos, un niño más y un médico burlado». Bien, pues; en cuanto á mí, declaro con toda la fuerza de la honradez de mis convicciones que, en casos semejantes, dejaré de lado mi amor propio profesional, me rodearé de todos los recursos que el arte y la ciencia ponen á mi disposición, seré aparatoso, si así se diera en llamarme, pero jamás me pondré en la emergencia de ser protagonista de una tragedia que tenga como desenlace la muerte de un niño.

CAPÍTULO II

RESEÑA HISTÓRICA

SUMARIO—La Obstetricia en los tiempos prehistóricos y mitológicos—Hipócrates—Dralo—Tesralo—Polito—Celso—Sorano de Efeso—Pablo de Egina—Razés—Avicenna—Avenzoar—Albucasis—Los arabistas—La escuela de Salerno (Civitas Hipocráticas)—El colegio de San Cosme en Paris—La escuela de Boloña—Ambrosio Paré—Guillemeau—Massari (Pádua)—Schenck (Holanda)—Varandeus (Montpellier)—Mauriceau—Chamberlin (Londres)—Palfyn (Gante)—Gregoire—Levret—Smellie—Sigault—Valle—Siglo XIX—Epoca pre-antiséptica—Epoca contemporánea.

El hombre es por instinto eminentemente sociable y conservador, y desde la más remota antigüedad en que las primeras agrupaciones de individuos echaron las bases de la sociedad y de los futuros pueblos, una gran preocupación dominó su espíritu: los cuidados que debieran prestarse á las parturientas. Creyente por naturaleza, y convencido de la existencia de seres superiores que influían poderosamente en todos los actos de la vida, invocaban sus dioses protectores, ofreciéndoles sacrificios propiciatorios para la feliz terminación del parto.

Aun después que la sociedad alcanzó un grado re-

lativo de adelanto, existían una infinidad de prácticas, que ponían en juego las recién casadas y embarazadas con el fin antedicho. Los antiguos Egipcios (3.500 años A. de N. E.) invocaban la protección de Bubasis, diosa que presidia los partos. Los Indus á Brahma, los Chinos á Dalai Lama. Entre los Griegos, á Ilitia y Artemisa—que asistieron á Latona en el parto de Apolo;—las primíparas les consagraban la medida de su cintura. Entre los Romanos, las recién casadas celebraban grandes fiestas en honor de Venus genitrix, pidiéndole un buen embarazo; su cinturón lo colgaban en el templo de Diana y la diosa Lucina presidía los buenos partos.

En cuanto á los cuidados materiales, los prestaban las mujeres viejas que tenían experiencia de una larga sucesión. Las observaciones de partos difíciles—que quién sabe el número de vidas que costó, —se fueron anotando; y primero los patriarcas, luego los sacerdotes, pusieron en práctica y dejaron consignadas las operaciones que tenían por objeto extraer del claustro materno los fetos muertos debido á las mil causas que hoy día conocemos.

Ya en los libros del Talmud (500 años A. de N. E.) se habla de embriotomía y de un parto al través de la pared abdominal, aunque no conocemos los detalles de la operación. En el libro 1° de Moisés se describe la muerte de Raquel—una primigesta de 50 años—á causa de un parto laborioso; pero nos es necesario llegar hasta Hipócrates para encontrar las primeras indicaciones científicas sobre Obstetricia.

Sea que el famoso fundador de la escuela de Cos reuniera en sus obras los conocimientos de su época ó que la mayor parte fueran el fruto de su observación y de la de sus hijos Dralo y Tesralc y de su yerno Polito, es lo cierto que nadie como él merece mejor el título de Padre de la Medicina que se le ha dado.

Con la claridad y precisión que caracterizan sus obras, dice en lo que se refiere á intervenciones en partos distócicos: «Si el feto tiene una situación « anormal, no de cabeza, esté muerto ó vivo, debe « ser empujado y dado vuelta con la cabeza para « abajo. Si la mujer no puede parir, se le puede dar « un baño caliente, y después lubrificar con aceite « las partes genitales. Si el feto está muerto y « no se puede hacer la versión (1) se deberá proce- « der á la embriotomía.

«Si el feto está muerto, y la cabeza, ya fuera del « útero, no desciende, sin embargo, al nivel de los « órganos genitales externos, se lubrifica la mano, se « contornea la cabeza y se va á enganchar el men- « tón. Si el tronco está afuera y la cabeza aun en « el útero, se introducen ambas manos en la vagi- « na, se rodea la cabeza y se tira.»

Es la idea más primitiva de un forceps humano é inteligente. El arsenal quirúrgico que nos dejó Hipócrates y que con más ó menos variantes, se ha usado hasta la aparición de los instrumentos moder-

---

(1) Versión cefálica se entiende, pues aun no se conocia la podalica

nos son: un cuchillo curvo *(macairon)*, una pinza osívora *(piestron)* y un gancho *(elquister)*.

El acto operatorio consistía en abrir la cabeza, cortar los huesos, amputar los miembros, incindir el tórax y el abdomen, extraer las vísceras; es decir: craniotomía, decolación ó derotomía, melotomía y evisceración.

Es curioso que en estas indicaciones no se mencione la embriotomía en fetos vivos. Hay que suponer que, debido al ningún conocimiento que se tenía de la pelvis, en un parto anormal se esperaba la muerte del feto para intervernir. Respecto al pronóstico del parto, las ideas hipocráticas pueden expresarse así: El encajamiento de la cabeza es condición sine qua non para el nacimiento de un niño vivo.

La Grecia decadente, pero intelectual, realizó la conquista espiritual de Roma omnipotente guerrera, y el filósofo esclavo á la par de sus costumbres licenciosas y refinadas, impuso su ciencia en todos los ramos del saber humano, y en Medicina, las teorías de Hipócrates predominaron en absoluto.

Celso, que vivio en la época de Augusto (1er siglo de N. E), espíritu sagaz y observador, reaccionó contra la premisa sentada por la escuela de Cos, respecto á la expulsión del feto, y en su libro VII titulado *de Medes*, en que trata de los partos, es donde se encuentra por primera vez estudiada y perfectamente detallada la versión podálica en feto muerto. Es un gran paso dado por la Obstetricia.

Ya no estaba obligado el cirujano á llevar á cabo una operación de descuartizamiento, que por fuerza debió siempre haberle repugnado, que nunca pudo ser aceptada moralmente y que mortificó, sin duda alguna, el orgullo nativo de aquellos hombres superiores que veían en la embriotomía una prueba de su insuficiencia.

El gran mérito de Celso consistió en haber demostrado que era posible el parto, conservando la integridad del feto, aun cuando no se presentara de cabeza é indicó la maniobra que debiera llevar su nombre—la versión podálica—que desde entonces comenzó á invadir el campo de acción de la embriotomía.

La ruta quedaba abierta, el empuje dado, la versión podálica en feto vivo no tardaría en aparecer, pues una vez experimentada en fetos muertos, y sorprendidos de la relativa facilidad del parto, forzosamente debiera imponerse como maniobra utilísima destinada á salvar miles de vidas.

En efecto, pocos años después (del 98 al 118 de N. E.) bajo los reinados de Trajano y Adriano, floreció en Roma, Sorano de Efeso, el más eminente tocólogo de la antigüedad; á él se deben los primeros estudios sobre la distocia, refiriendo sus causas á la madre, al feto y á la hilera genital respectivamente; indicó de una manera precisa la oportunidad de las intervenciones, ya se tratara de fetos vivos ó muertos. Fué el primero que estudió la distocia fetal por volumen excesivo de la cabeza debido á la hidrocefalía; el pri

mero que hizo craniotomía en estos casos con el objeto de reducir la cabeza y facilitar el parto. Pero lo que más llama la atención son sus conocimientos sobre la pelvis, pues no de otra manera se concibe que reaccionara contra las teorías que imperaban en su tiempo;—sabemos que en aquella época la muerte del feto era la regla en las presentaciones que no fueran cefálicas—y llevó á cabo la versión podálica en fetos vivos que se presentaban en posiciones distócicas y obtuvo tan espléndidos resultados, que llegó á aconsejarla hasta en las presentaciones de vértice cuando el parto no se hacía por este mecanismo. La justicia histórica se ha hecho, aunque tarde, pues esta benéfica maniobra era atribuída á Ambrosio Paré, que la puso en práctica y la vulgarizó 16 siglos después.

También fué Sorano el primero que preconizó las inyecciones vulvo-vaginales después de las intervenciones, porque sirven «para limpiar el canal y calmar los dolores del parto.»

Después de su muerte, nadie recogió el cetro. En medio de este adelanto y de los triunfos obtenidos que encerraban tantas promesas para la Obstetricia, la medicina, como las demás ciencias, fué sorprendida y arrastrada por la decadencia romana, época de relajamiento de costumbres—fustigadas por Juvenal más tarde,—en la cual se destierran los filósofos, surgen los tiranos y florecen las *Obstetrices* elevadas al rango de *Nobilitas Obstetricium*, indudablemente no por sus conocimientos, sino porque eran maestras consu-

madas en provocar el aborto inspirándose en consejos de las célebres cortesanas Olimpia, Lais y Aspasia, cuyas ideas sobre embriotomía merecieron ser citadas por Aezio.

Este período termina con Pablo de Egina. que en sus obras se redujo á copiar los procedimientos de Sorano y aumentó el instrumental operatorio con un cuchillo *(ostaira)* y una fuerte pinza *(odontaira)*. También debemos citar al sacerdote cristiano Q. Septimius Flor. Tertulianus, que vivió en el año 218 y que en nombre de la religión protestó contra la embriotomía en feto vivo diciendo «que era un delito porque el alma del nuevo ser se origina con la concepción.» Además, para practicar la derotomía en feto muerto, en vez del cuchillo curvo de Hipócrates, usaba un anillo cortante.

La división del imperio romano marcó el período álgido de esa decadencia, la invasión de los bárbaros, los triunfos del pueblo mahometano lanzado á la conquista por su profeta, la imposición del cristianismo, los temores del milenario y el fanatismo religioso, que fué su consecuencia y trajo las cruentas guerras y largas expediciones de los cruzados, el feudalismo ignorante y retrógrado; en una palabra, hasta la época histórica que con justísima razón se llama *del Renacimiento*, pasaron quince siglos de letargo intelectual, durante los cuales no sólo no se adelantó, sino que á penas se conservaron, y mal, los frutos de la observación de los grandes maestros.

Los médicos árabes que monopolizaron el estudio de

la medicina y entre los más célebres Razés, Avenzoar, Avicenna, Albucasis, que enriqueció el arsenal quirúrgico con su *almishdach*, los arabistas, la escuela de Salerno, merecen bien de la humanidad por haber salvado del olvido las obras que son gloriosa y respeta da herencia que nos legara la antigüedad.

Nunca lamentaremos bastante el desuso completo en que cayó la maniobra de Sorano, que tan magníficos resultados dió en sus manos. ¡Cuántas vidas perdidas hasta su renacimiento con A. Paré!

Solo se explica este fenómeno, si tenemos en cuenta que los árabes no asistían á los partos normales—fuente de enseñanza de primer órden—los cirujanos solo eran llamados cuando había ocasión de practicar operaciones cruentas y sobre todo porpue el ejercicio de la Obstetricia era *negocio* exclusivo de parteras ignorantes y en cuyas manos, lójicamente era imposible se adelantara un punto.

Del gran impulso que dieron á la cirujía los profesores del colejio de San Cosme fundado en París en el año 1271, no aprovechó la Obstetricia, pues no era considerada en ese tiempo, como materia científica capaz de llamar la atención de los médicos y cirujanos de la época.

En el principio del año 1315, debemos señalar un hecho que iba á cambiar bien pronto la faz de los estudios médicos: nos referimos á que en esa fecha—por primera vez en la historia de la medicina—el profesor Mondini di Luzzi, de la escuela de Bologna estudió sobre el cadáver de dos mujeres, la anatomía del

cuerpo humano y describió majistralmente los órganos pelvianos.

Comienza el período anatómico de las ciencias médicas que tantos lauros alcanzara con Guy de Chauliac, Pedro de la Cerlata, etc.

Llegamos en nuestro recorrido histórico á mediados y fines del siglo XVI; nuevos horizontes se abren para la Obstetricia, la reacción ya comenzada, continuó, debido al gran impulso que le dieron Paré, Franco, Guillemeau, cuando emprendieron su estudio especialmente separándola de la medicina y de la Cirujía.

El gran acontecimiento que bastaría para señalar esa época, fué la reaparición de la versión podálica en feto vivo, puesto en práctica por A. Paré y que preconizada por las eminencias de ese tiempo, arrancó á la embriotomía un sinnúmero de víctimas.

El movimiento científico no se detiene.

La operación cesárea — que fuera de los casos en que se practicaba post morten, según lo mandaba la ley regia de Numa, y más tarde por bautizar el infante—no diera resultado en las primeras tentativas que se hicieron para aconsejarla en el vivo, comenzaba á aparecer y aún en contra de la opinión de Paré, hubo cirujanos que llevaron á cabo esta intervención, y alentados por su éxito la defendieron calurosamente; entre estos debemos citar á Massari de Padua, Schenck en Holanda y Varandeus de Montpellier. Estos casos felices significan un nuevo y recio ataque llevado á los fueros de la embriotomía.

Mauriceau con su maniobra que simplifica tanto, el tiempo mas difícil del parto de nalgas, asegurando una rápida salida de la cabeza, coronó la obra comenzada por Paré y sus discípulos.

A principios del siglo XVIII corría el rumor entre los hombres de ciencia, que la familia Chamberlain en Inglaterra, poseía instrumentos con ayuda de los cuales se podía extraer vivos los niños cuya cabeza permanecía enclavada en la excavación pelviana sin miras de progresar, y hacía, por otra parte, imposible la versión podálica con probabilidades de éxito.

En efecto, debido á un egoismo sin ejemplo é indigno de hombres de ciencia, dicha familia se trasmitía de padres á hijos una palanca y un fórceps que guardaban en el mayor secreto y que solo fueron conocidos cuando Hugo 1° Chamberlain vendió la palanca á Roonhyssen y Hugo II dió á conocer el fórceps en las postrimerías de su vida, por cuyo desprendimiento la duquesa de Buckinhgan le hizo levantar un monumento en la Abadía de Weshminter.

Palfyn de Gante presentaba contemporáneamente un instrumento símilar que lo hizo público; fué estudiado por los prácticos y naturalmente perfeccionado.

La primera modificación fué debida á Gregoire, hijo, que finestró las cucharas; la más importante fué la que casi al mismo tiempo le hicieron Levret en Francia y Smellíe en Inglaterra, que fué darle la curvatura pelviana; el primero, con el odjeto de no hacer sufrir al periné durante su aplicación, y el segundo,

para aplicarlo en el estrecho superior. Es indudable que esta nueva disposición, que permite que el eje de las cucharas siga el eje de la hilera genital, es la más útil de todas las modificaciones que se le han hecho al forceps.

Estaba resuelto el gran problema; ya el tocólogo podía tranquilo asistir á los partos sin llevar de antemano la convicción de que era llamado para sacrificar un niño; con la versión y el forceps tenía elementos poderosos para en la gran mayoría de los casos obtener un éxito hasta entonces desconocido. Tan fuertes se encontraron los prácticos con los medios de que disponían, que Levret expresó que «la excelencia del arte del partero era la de salvar dos existencias á la vez» y que Steidele, más avanzado, se opuso á practicar la embriotomía en niño vivo.

El 2 de Octubre de 1777 Sigault, ayudado por Leroy, llevó á cabo, con todo éxito, una operación nueva que consistió en el ensanchamiento momentáneo de la pelvis por la división de la sínfisis pubiana. La mujer llamada Soucot obtuvo un niño vivo, después de cuatro embarazos y cuyos productos fueron víctimas de la embriotomía. (1)

Esta operación, que tan bellos resultados debiera dar un siglo después, fué de tal manera combatida,

---

(1) La idea del ensanchamiento de la pelvis por la división de la sínfisis pubiana, fué puesta en práctica en una mujer que murió durante el trabajo, en 1655 por Claudio de la Courvée que extrajo el niño vivo. Chopin en esa época escribió una tesis al respecto que fué rechazada por la Facultad y aceptada por el Papa.

que casi cayó en el olvido, como todo lo que se avanza demasiado á su época. Reaparecieron las intervenciones feticidas, sobre todo en Inglatera, donde se puede decir fué erígido en sistema terminar los partos distósicos de vértice por una craniotomía. Surjen por todas partes instrumentos más ó menos complicados con el objeto de reducir el volumen de la cabeza y extraerla, los que me limitaré á enumerar dejando para estudiarlos detenidamente en el capítulo de la técnica operatoria, el embriótomo cefálico combinado de Auvard, el basiotribo de Tarnier, y el cranioclasta de Braun.

Por orden cronolójico después de los que ya hemos citado de la antigüedad, vemos aparecer un *craniotomo forceps* de Valle, un *cefalotribo* de Hueter, que fué el primero que usó el agua de cloro y la creosota como desinfectantes, un *fórceps compresor* de Assalini previa craniotomía.

Melzer, dándose cuenta de que lo dificil del pasaje por el estrecho superior era debido á la incomprensibilidad de la base del cráneo, propuso su *basioces-tro*, que se aplicaba, una rama intracaneana y la otra sobre la porción petrosa del temporal. El fuerte *cefalotribo* de Beaudelocque, que originó tantas discusiones. Huersent aconseja se haga craniotomía prévia. Van Huevel propone su *fórceps sierra*, que gozó de muchas simpatías, el *laminador* de Wasseige, el *diatriptor* de Didot, el *transforador* ó *esfenotribo* de Hubert, el *trepanador* de Guyon, el *basilisis* de Simpson, las pinzas *basiotómicas* de Fa-

bbi; Braxeton Hicks, estudiando el movimiento de acomodación de la cabeza en el parto normal, usa los ganchos antiguos con buen resultado en los distósicos. Aparece el cranioclasta de Simpson. y modificado por Braun, que llamó la atención sobre todo por su buena presa y fácil aplicación.

Hemos visto al través de esta reseña histórica, cómo en las primeras épocas de la Obstetricia, las embriotomía se llevaba á cabo en fetos muertos; sin embargo, no se avinieron los prácticos con el oficio de descuartizadores y apareció la versión con Selso, Sorano se adelanta quince siglos á su época, pero se pierde su maniobra, y los ganchos, cuchillos, anillos, frondas cortantes, pinzas osívoras, llegan á su apogeo, hasta que con una lentitud desesperante aparecen intervenciones é instrumentos, que van desplazando la embriotomía hasta dejarla reducida á lo que debe ser.

Debemos dejar constancia que en la época preantiséptica y aún en los primeros años de la época antiséptica, el critero médico fué anteponer siempre, los intereses de la madre á los del feto; hoy día, para bien de la humanidad, no se piensa de la misma manera y todo lo que el tocólogo moderno es capaz de hacer, lo hemos estudiado detenidamente en el capítulo anterior.

CAPÍTULO III

Instrumentos—Operaciones—Técnica operatoria

SUMARIO—Craniotomia—Tijeras de Smellie modificadas por Pinard—Perforador de Blot—Perforador alesna de Auvard—idem de Terrier—Cefalotricia—Cefalotribo de Beaudelocque—de Tarnier—Cranio clasia—Cranioclasta de Simpson—de Braun—Basiotricia—Basiotribo de Tarnier—Aparato de Auvard.

Dos clases de operaciones se llevan á cabo sobre la cabeza del feto con el objeto de reducir su volumen. Aquella que consiste en la perforación del cráneo seguida de evisceración que se designa con el nombre de *craniotomía* y las que reducen el volúmen de la cabeza quebrantando los huesos del cráneo combinada con la anterior. Las estudiaremos por su orden:

Craniotomía.—La perforación del cráneo ha sido hecha con toda clase de instrumentos, los prácticos en circunstancias especiales han echado mano de los utensilios caseros más inverosímiles; es lo cierto que cualquier objeto de regulares dimensiones, punzante y cortante, llena el fin á que se destina.

Entre los numerosos instrumentos que han sido propuestos, sólo citaremos como recuerdo el *trépano*

de Guyon, el *terebellum* de Hubert (de Louvain), el *transforador* de Didot el *bacilist* de Simpson, etc.; nos limitaremos á describir:

Las *tijeras* de Smellie.--Se componen de dos láminas articuladas, con los filos hacia fuera, de manera que cortan al abrirse, sobre una de sus caras tienen un protector metálico que impide se hiera el operador y lastime las paredes maternas y que se quita cuando la punta de la tijera está en contacto con el ovoide cefálico.

El *perforador* de Blot.—Es una tijera de más fácil manejo que la anterior; se compone de dos láminas que se recubren y que cuando el instrumento stá cerrado, el borde redondeado ed una de ellas desborda el cortante de la otra. En la parte superior de cada lámina existe una arista que da á la punta del istrumento una forma cuadrangular, corta por sus bordes externos y su articulación es tal, que apretando los mangos diverjen las puntas. Una vez en la pared craneana, lo mismo que con las tijeras de Smellie, debe hacerse rotar el instrumento con el objeto de ensanchar la herida y facilitar la salida de la masa encefálica.

Los *perforadores alesnas* de Tarnier y de Auvard, como que forman parte de instrumentos complejos, los estudiaremos más adelante cuando hagamos su descripción.

Cuando nos decidamos á llevar á cabo una craniotomía, elegido el instrumento que vamos á emplear, deberemos ante todo darnos cuenta de la posi-

ción de la cabeza; un ayudante fijará la presentación y el operador, guiando con la mayor precaución la punta del instrumento para no herirse ni lesionar la vagina ni el útero, atacará la cabeza perpendicularmente á la base del cráneo y en el centro de la región que se presenta.

Es fuera de duda que conviene abrir una brecha cerca de una sutura ó fontanela, pero en el hueso. Si incindiéramos una sutura, las contracciones uterinas haciendo acabalgar los huesos, cerrarían la luz del forámen, además de que se interpondría el cuero cabelludo. Una vez dentro de la cavidad craneana, imprimiremos movimiento de rotación al instrumento con el fin de dislacerar la masa encefálica, cuya salida se facilitará con inyecciones calientes por medio de la sonda de Bozeman.

Cuando la craniotomía se hace en cabeza última, la perforación se practica al través del agujero occipital ó se penetra por la región suprahioídea, y según los casos, aunque con mucha dificultad, por las narices ó por la boca.

Después de la evacuación de la cavidad craneana, es muy común que el parto se haga debido á los solos esfuerzos del útero; pero si por una razón cualquiera el trabajo fuera laborioso, se terminará, según los casos: con el fórceps, si la cabeza estuviera en el estrecho inferior; si en la excavación ó más arriba, recurriremos al cranioclasta ó al aparato de Auvard.

OBSERVACIÓN I

Rafaela P.—Anotada bajo el número 54 de los protocolos de la maternidad del Hospital San Roque—25 añcs, entra á la clínica el 25 de Junio de 1894 y ocupa la cama número 13. Aparecieron sus reglas á los 14 años, es secundí para, su primer parto fué laborioso, pero no intervino médico, su niño vive, no recuerda cuándo comenzó á marchar, la pelvis mide en el diámetro Pr. sub-pub. 11 centimetros. Los primeros dolores aparecieron en la noche del 24 de Mayo, entra á la sala á las 10 a. m., del día 25, en trabajo, la dilatación era completa, no se sabe cuándo se rompieron las membranas, liquido amoniótico abundante en meconio. Presentación y posición O. I. I. A. hay encajamiento. No hay latidos del feto. Terminó el parto debido á la perforación de la cabeza y aplicación de fórceps en O. Pub., se extrajo un niño á término de 49 centímetros de largo, peso 263 gr.—sin contar la masa cerebral—presentaba bolsas sero-sanguíneas en el occipital y parietal y una circular al cuello. Puerperio normal.

La paciente fué asistida en el público y no pudiendo hacerse el parto, la enviaron á la maternidad. Esta mujer tuvo su primer parto hace 16 meses, espontáneo, aunque laborioso, su niño vive. En éste, muy laborioso, había procidencia del cordón, intervinieron los doctores Soldati y Ciccini, los que probablemente aplicaron fórceps, á estar á las referencias de la paciente, sin resultado

A su ingreso la temp. 37°2, pulso no frecuente, estado general bueno, procidencia del cordón fuera de la vulva sin latidos. El vértice descendido hasta el suelo pelviano, acabalgamiento notable de los parietales. Abombamiento del periné. Anestesiada con el cloroformo, se alcanza, detrás de la cabeza algo levantada, el promontorio; el Dr. Lagarde perforó el parietal derecho con las tijeras cerca de la sutura, pronto sale masa encefálica mayormente con el auxilio de irrigaciones con la sonda Bozeman. En seguida, con el fórceps de Simpson y con pequeñas tracciones se extrajo el feto cubierto de meconio. Alumbramiento normal. Se hacen abundantes irrigacciones con solución de sublimado al 1:3000. Sale de alta el 6 de Julio de 1897.

Cuando la cabeza se presenta última, no siempre es fácil hacer la perforación como lo hemos indicado,

debido á su gran altura y á estar incómodos para la introducción de instrumentos en estos casos; tratándose de hidrocefalía, Tarnier aconseja un ingenioso expediente—cuya idea se le atribuía á Lacour —que consiste en dividir la columna vertebral, y darle salida al líquido céfalo raquídeo por esa vía, para lo cual, una vez seccionada al nivel de la articulación de dos vértebras, se introduce por el canal medular y hasta la cavidad craneana, una sonda de goma provista de su mandrin.

En cuanto á las indicaciones de la *craniotomía*, aceptamos las prescripciones de Ribemont Déssaignes, es una operación racional en los casos de hidrocefalía, pues la evacuación del líquido céfalo raquídeo suprime la distocia. También recurriremos á ella cuando, abierto el huevo, el feto estuviere muerto y existiera una estrechez pelviana que impidiera el descenso de la cabeza, por cuya causa la dilatación del cuello no progresaría con la celeridad normal. Como quiera que la simple perforación no trae aparejada una reducción suficiente de los diámetros de la cabeza, por poco que la dilatación permita la introducción de los instrumentos reductores, les aplicaremos para terminar la introducción.

La craniotomía nos prestará reales servicios tam bién, en los casos de cabeza última, ya esté el feto íntegro, ya después de haber sufrido una decolación.

OBSERVACIÓN II

Dolores G.—Anotada bajo el núm. 1 de los protocolos, de 37 años, entra á la clínica el 3 de Abril de 1894, aparecieron sus reglas á los 16 años, es este su tercer embarazo, sus partos anteriores normales, viven sus niños. Edad de la marcha no sabe. La pelvis mide 11 centímetros de conjugata diagonalis. Aparecieron los primeros dolores el dia 2 á las 4 a. m., entra á la sala de partos en trabajo, á la 1 a. m, del dia 3, habia dos traveses de dedo de dilatación, la que se completó á las 10 a. m. y produjo la ruptura de la bolsa de las aguas; examinada la paciente notamos: el feto se presenta de frente en M. I. D. T., hay encajamiento y hay procidencia considerable del cordón. Temperatura antes del parto, 36°5.

La mujer como ya habia sido asistida en esta maternidad en su segundo parto, resolvió entrar también esta vez á causa de llevar 22 horas de trabajo sin resultado. El examen prolijo dió los siguientes datos: Útero en látero versión derecha manifiesta, fondo, cinco traveses de dedo por encima del ombligo, presentación, extremidad cefálica, dorso anterior, hay latidos en dos puntos en ambos lados de la línea media tres traveses de dedo por debajo del ombligo y dos lateralmente. Vulva y vagina dilatables, se notan varias ansas del cordón.

El jefe de la clínica ordena reposición del cordón y versión á su tiempo. Las contracciones eran tan fuertes y seguidas—cada 3 ó 5 minutos—que dificultaba la maniobra, además que la dilatación no era aún completa.

La enferma se coloca en la posición genu-pectoral con inclinación de la pelvis hacia la izquierda, se logra reducir el cordón y se coloca un colpeurinter, vuelta á la posición dorsa sacra, no se oyen los ruidos del corazón del feto, probablemente se ha producido la asfixia debido á la compresión del cordón durante tanto tiempo, se quita el colpeurinter, la dilatación llega á su término, la cabeza está fuertemente enclavada y muy arriba, se procede á practicar una craniotomía con las tijeras é irrigaciones con la sonda de Bozeman; disminuído el volumen de la cabeza con la salida de la masa cerebral, desciende algo en la excavación y se termina la intervención con el cranioclasta de Braun con relativa acilidad, acompañada con la maniobra de Kristeller, protegiendo

al mismo tiempo las partes blandas con los dedos. La placenta sale 5 minutos después, auxiliada por la maniobra de Crédé. El útero se retrae bien; en látero versión izquierda, en oposición á la que presentaba en el estado grávido, hemorragia escasa, se hace una inyección de ergotina de Ivon. De alta el 15 de Abril, sin novedad.

La reducción de los diámetros de la cabeza por quebrantamiento de los huesos se lleva á cabo por medio de las siguientes operaciones, Cefalotricia, Cranioclasia y Basiotricia y los instrumentos que las ejecutan son fuertes pinzas intra y extracraneanas, combinadas con perforadores.

Cefalotricia.—La operación consiste en reducir el volumen de la cabeza por medio de dos fuertes pinzas que tienen la forma de un fórceps y que se aplican como él. El punto de apoyo se encuentra al nivel de la articulación, la potencia en los mangos y la resistencia corresponde á la cabeza comprendida entre las ramas. El cefalotribo fué propuesto por A. Baudelocque el año 1829; desde entonces hasta la aparición del cranioclasta y el basiotribo que la han desplazado, ha sufrido numerosas modificaciones que no han conseguido salvar los inconvenientes de que siempre adoleció.

La dificultad del manejo de este instrumento estriba en que, una vez aplicado, por mejor tomada que sea la cabeza, cuando se comienza á ejercer fuertes presiones, el ovoide cefálico se escapa para atrás ó para adelante, y no se puede fijar la prehensión. El uso de este instrumento se va perdiendo, y con razón,

desde el momento que poseemos aparatos que, sin tener sus inconvenientes, tienen todas sus ventajas.

Cranioclasia.—Esta operación requiere una craniotomía previa. La dificultad del manejo del cefalotribo trajo la aparición del *cranioclasta*, que tiene sobre aquél la ventaja de asegurar una sólida presa. Aunque la reducción es menos que lo que se obtiene con el primero, su aplicación es sumamente fácil y nos presta verdaderos servicios en aquellos casos sencillos,—quiero decir con esta expresión, cuando no hay sino una pequeña desproporción entre el contenido y el continente materno y nos encontramos en los últimos tiempos de un parto que no se termina y el feto está muerto. El instrumento se compone de dos ramas, una que se aplica dentro de la cavidad craneana, y la otra por fuera, se articula, y la reducción se lleva á cabo por intermedio de un fuerte tornillo de presión. La cuchara interna es pequeña, maciza, cóncavo-convexa y provista de mordientes; la externa tiene una ventana que aloja á la otra rama, cuando el instrumento está completamente cerrado.

El *cranioclasta* fué propuesto por Simpson, en el año 1860, pero presentaba el inconveniente de tener sus ramas muy cortas; de manera que por poco que la cabeza esté elevada, nos ve obligados á hacer la articulación dentro de la vagina. Beraun lo ha modificado, corrigiendo el defecto apuntado, y su modelo es el que llena mejor su cometido.

OBSERVACIÓN III

María M.—Anotada bajo el N° 161, de 33 años, tuvo sus primeras reglas á los 15 años, es este su 8° embarazo, los siete anteriores llegaron á término y los partos se hicieron espontáneamente. Los primeros dolores comenzaron á las 8 p. m. del día 29 de Abril de 1895 y entra á la sala de partos el 1° de Mayo con cuatro traveses de dedo de dilatación y la bolsa de las aguas rota, la dilatación fué completa á las 3 p. m. del mismo día, presentación de vértice en O. I. I. A. hay encajamiento.

Entró al servicio después de 38 horas de haber comenzado el trabajo, es una mujer de estatura mediana, poco desarrollada y en mal estado de nutrición. Se toca fácilmente el promontorio, y el diámetro promonto sub-púbico medido, da 9 centímetros. La cabeza flotaba libremente sobre el estrecho superior cuando ingresó á la sala, los ruidos fetales eran normales, y teniendo en cuenta sus partos anteriores, y á pesar de la estrechez pelviana, se esperó. Una vez la dilatación completa, como el parto no marchara como era de desear y las contracciones uterinas fueran muy intensas y constantes, se dió aviso al jefe del servicio, quien vino inmediatamente de su casa, pero á su llegada ya no se oía el corazón fetal, probablemente la causa de la muerte fué la asfixia debida á las construcciones tetánicas del útero. Teniendo en cuenta el grado de estrechez pelviana, la muerte del feto, y su desarrollo, que era normal, se resolvió hacer *craniociasta*.

Se perforó el parietal derecho cerca de la sutura parieto-occipital, se evacuó la cavidad craneana anxiliados por irrigaciones, por medio de la sonda Bozeman Fritz—grande;—en seguida se aplicó el cranioclasta de Braun, y extracción de la cabeza, no sin ejercer fuertes tracciones. Alumbramiento normal. Puerperio idem. Sale de alta el 11 de Mayo.

OBSERVACIÓN IV

Antonia M.—Anotada bajo el Nº 254, de 25 años de edad, tuvo sus primeras reglas á los 12 años, es este su primer embarazo, los primeros dolores aparecieron el 27 de Noviembre de 1895 á las 4 p. m., entró á la sala de partos el 28 á la 1 p. m., hay gran edema de los miembros inferiores y suprapubiano, ruptura de

las membranas el 29 á las 3 a. m., dilatación completa á las 8 a. m., presentación y posición en O. I. D. A. sin encajamiento. Sin alcanzar la causa de la muerte del feto, ésta se produjo, y se estableció rápidamente la putrefacción, el líquido amniótico salía mezclado con meconio y sangre, se notaba una gran fetidez; la enferma acusó una elevación de temperatura (38°5), y se resolvió intervenir. El Dr. Lagarde tentó una aplicación de fórceps sin resultado—bajo cloroformo—á causa de que la cabeza no ofrecía resistencia para una buena presa. Se procedió acto continuo á perforarla con las tijeras de Blot, por cuyo forámen se introdujo la rama macho del cranioclasta de Braun, con la concavidad hacia la derecha, se colocó la segunda rama, se articularon, se llevó á cabo la trituración y buena presa por el tornillo de presión y se extrajo el feto mediante tracciones enérgicas. Alumbramiento normal. Se hacen grandes irrigaciones intrauterinas con soluciones de sublimado al 1:3000, se hace una inyección de cafeína, hielo al vientre y se deja al cuidado de las parteras.

Durante el puerperio tuvo varios escalofríos, la temperatura subió hasta 39°2. Inyecciones vaginales tres veces al día, colomel, etc. Sale de alta el 9 de Enero de 1896.

OBSERVACIÓN V

Angracia F.—Anotada bajo el N° 16 de los protocolos de la maternidad, de 27 años, tuvo sus primeras reglas á los 14 años, primípara, orina parda muy rica en albúmina, las piernas hinchadas, desapareciendo después esta tumefacción. Los primeros dolores aparecieron en su domicilio á las 7 p. m. del día 11 de Marzo de 1894, entró á la clínica el 13 de Marzo á las 4 p. m. remitida por la Asistencia Pública. Refiere la enferma que el niño se presentaba de vértice, pero como pasaran muchas horas y el parto no se hiciera, la partera requirió los servicios del Dr. Morelle, quien aplicó fórceps é hizo versión sin resultado; hasta su entrada á la clínica habían pasado 41 horas en trabajo. Mujer de mediana estatura, panículo adiposo poco desarrollado, facies: ojos hundidos, párpados algo tumefactos, hay díspnea objetiva, pulso frecuente (110 al minuto), pequeño, regular, igual temperatura 37°5. Fondo del útero tres traveses de dedo por encima del ombligo, vientre muy tenso, hay dolores frecuentes pero no du-

raderos, en la región umbilical se palpa un cuerpo de consistencia mediana, se supone sea la placenta; hecho que se comprobó después.

El feto bien desarrollado á término, se encuentra entre los muslos, pendiendo sólo por un pequeño puente de piel de la nuca. Los órganos genitales externos tumefactos y magullados, levantando un poco el feto é introduciendo los dedos se encuentra de fuera á adentro: hacia arriba y á la izquierda, el corte de la columna vertebral cervical, la tráquea y la laringe abiertas, se tocan los segmentos del cartílago tiroides, el occipital no se alcanza, está detenido por la eminencia ileo-pectínea izquierda, el mentón hacia atrás y á la derecha, por detrás de la presentación se alcanza fácilmente el promontorio.

El jefe del servicio, bajo anestesia clorofórmica, perfora el cráneo, evisceración por los medios comunes y aplica el cranioclasta de Braun. El instrumento se desliza arrastrando fragmentos óseos con sus partes blandas; reaplicado, arrastra parte de la bóveda frontal y el ojo izquierdo. El Dr. Lagarde ordena á su interno Sr. Kolbe que traccione con los dedos el occipital mientras él hace la maniobra de Kristeller. Después de tracciones enérgicas se logra desprender la cabeza.

Alumbramiento por tracción sobre el cordón y maniobra de Crédé. Inyecciones intrauterinas de solución de sublimado al 1:3000 abundantes, iodoformo en el orificio vulvar y en la vagina, que presentaba desgarraduras pequeñas en la pared posterior. *Puerperio*: la temperatura se mantiene alrededor de 37°5, pulso, de 100 á 120 al minuto, el vientre abovedado, timpánico y doloroso, se le aplican bolsas de hielo y se le formula poción Jaccoud. Los dias subsiguientes se continúa el tratamiento, curación antiséptica, se tonifica el corazón con cafeina y sale de alta el 15 de Abril.

Basiotricia.—Por la descripción que hemos hecho del *cranioclasta*, nos damos cuenta que si bien es cierto que con él obtenemos una fuerte presa, en cambio no podemos llevar la reducción de la cabeza á un grado tal, que facilite su salida sin mayor

traumatismo para la madre; cuando operamos en una pelvis marcadamente estrecha, 6ᶜ por ejemplo, por otra parte, también conocemos los inconvenientes del cefalotribo, debido á que la fuerza que debemos desplegar para triturar los huesos del cráneo la perdemos, dado que no se puede fijar la cabeza, que se escapa la mayoría de las veces hacia atrás ó hacia adelante.

Para salvar estas deficiencias, propuso Tarnier un aparato que llamó basiotribo impropiamente, pues no sólo tritura los huesos de la base, sino que rompe todos los de la cabeza.

Transcribo á continuación la memoria descriptiva con que Tarnier presentó su instrumento á la Academia de Medicina de París el 11 de Diciembre de 1883:

« Este instrumento se compone de tres ramas escalonadas de desigual longitud y de un tornillo « de compresión. Su longitud es de 44ᶜ, su ancho « cerrado, de 4 centímetros de un lado al otro, y de « 4ᵉ 5ᵐ de atrás á adelante, pesa 1200 gramos.

« Su rama mediana, la más corta, lleva un perforador cuadrangular, obra como alesna y hace al « cráneo una abertura redonda. Desde que su extremidad olival ha penetrado en la cavidad, se « detiene el movimiento de rotación y se empuja « suavemente hasta que su punta sea retenida por « la resistencia de la base del cráneo, con la cual « debe quedar en contacto hasta el fin de la operación.

« La rama izquierda, análoga á la rama izquierda « de un fórceps, se aplica como ella y se articula con « la rama mediana. Aproximándolas mediante el « tornillo de compresión se ejecuta la trituración de « la mitad de la cabeza—pequeña reducción.—Un « gancho mantiene las ramas aproximadas mientras « se quita el tornillo.

« La rama derecha, la más larga, se aplica en « seguida como la similar de un fórceps, y el torni- « llo colocado y puesto nuevamente en acción la « aproxima á las ramas anteriores, y se termina « así la gran reducción. La cabeza así triturada en « dos tiempos, se procede á su extracción. El « manejo de este instrumento es análogo al del cra- « nioclasta y al del cefalotribo, pero les es muy su- « perior y ofrece comparativamente muy grandes « ventajas, á estar á las experiencias que he hecho « en el cadáver.»

El manual operatorio consiste en aplicar la rama mediana siguiendo las reglas que ya hemos dado cuando hablamos de la craniotomía simple, hasta llegar al agujero occipital y mantenerla siempre en contacto con la base del cráneo.

La rama izquierda, como la de un fórceps, se toma con la mano izquierda, y el eje de la cuchara se coloca sobre el eje de la mano derecha, ya introducida á la izquierda de la madre y que le servirá de guía. Una vez introducida tan alto como el caso lo requiera, la cuchara ocupará la extremidad izquierda del diámetro transverso ó la extremidad

posterior del oblicuo derecho. Para articular, se aproximan las ramas y se maniobra como en el fórceps de Pajot, teniendo cuidado de verificar antes si el perforador continúa en contacto con la base del cráneo.

En seguida se ejecuta la pequeña reducción apretando los mangos, sea con las manos,—y si experimentamos mucha resistencia por parte de los huesos, hecho que nos indicaría que habíamos tomado una buena parte de la cabeza,—sea con el tornillo de presión.

La rama derecha se introduce siguiendo las reglas ya establecidas. Bar aconseja mover la cabeza con ayuda del perforador y la rama izquierda ya colocada, con el objeto de facilitar la introducción de la derecha y orientar el cráneo de tal manera, que una vez articuladas todas las ramas, las externas ocupen las extremidades de uno de los diámetros según el cual se llevará á cabo la reducción. Se articula como de costumbre y se procede á completar la reducción por medio del tornillo, las vueltas deben darse lentamente con el objeto de que la fractura de los huesos se produzca poquito á poco y que la cabeza se vacíe. Debemos tener mucho cuidado de no tomar un pliegue vaginal posterior entre los mangos del instrumento, para lo cual pasaremos los dedos de cuando en cuando por debajo de ellos.

La extracción se efectúa de la manera siguiente: teniendo en cuenta que la reducción en el sentido de

un diámetro, trae un aumento consecutivo en el que le es perpendicular, antes de traccionar debemos orientar la cabeza de modo que el diámetro maestro ocupe uno de los oblicuos de la pelvis. Muchas veces cuando se ha ejecutado bien este principio de la extracción, el peso del instrumento arrastra la cabeza á la excavación. Si tropezamos con dificultades para la extracción debido al grado de angustia pelviana, antes de emplear una fuerza inmoderada recurriremos á la maniobra de Ribemont, que consiste en desprender los brazos, aunque se rompan, lo que facilita muchísimo la operación.

Si á pesar de todo no se cumpliera el descenso de la cabeza, desaplicaremos las ramas extracraneanas y las volveremos á colocar según un diámetro perpendicular á la primera presa; de este modo el éxito es seguro.

Auvard,—que ya en su tesis para el doctorado 1884,—proponía una modificación al cranioclasta de Braun, de manera que sus ramas pudieran articularse, tan pronto mirándose por su concavidad, como correspondiéndose de tal modo que una alojara á la otra, presentó un nuevo aparato en Junio de 1889 que ha hecho gran camino en todas partes, sobre todo porque se puede usar como cranioclasta, como cefalotribo y como basiotribo. Le ha llamado *embriótomo cefálico combinado*.

Es nuestra modesta opinión que no estuvo feliz Auvard cuando bautizó su aparato, puesto que es corriente y lógico que el nombre del instrumento

defina a operación para la que está destinado, hasta donde sea posible, se comprende; y es lo cierto que esta denominación no significa nada, y ya que es necesario llamarle de alguna manera para distinguirlo de los demás instrumentos, propondríamos, con ese fin, el nombre de *craniotrictor* ó *céfalotrictor*.

El aparato de Auvard se compone de tres ramas, á saber: una mediana que termina en punta para que sirva de perforador; es maciza, redonda, cóncavo-convexa y provista de mordientes, la rama izquierda es sensiblemente igual á la externa del cranioclasta, y articuladas y cerradas, la segunda aloja á la primera, la rama derecha es un poco más larga que las anteriores y semejante á la segunda.

Además, en el mango de la rama mediana, la interna, está figurada la dirección de su extremidad.

El *embriótomo cefálico combinado* es un instrumento que no debe faltar jamás de la cartera de un partero. En nuestra opinión, es el aparato que mejor llena sus fines, hasta hoy día, y trataremos de demostrar que el basiotribo de Tarnier no resiste la comparación.

En efecto, al basiotribo siempre se le acusa: 1° de tener sus ramas un poco cortas; 2° de no poderse aplicar á voluntad una ú otra de sus ramas externas según las posiciónes. Es un defecto capital. Porque pensemos por un momento en la dificultad de colocar la segunda rama en las presentaciones y

posiciones en que, para articularla, debamos hacer la gran maniobra de Mme. Lachapelle, teniendo en cuenta que ya hay dos ramas dentro, y que trabajamos en una pelvis muy angustiada; 3° la oliva terminal de la rama mediana no se fija bien en la base del cráneo, pues carece de mordientes y además por su forma, que no se aproxima, como sería de desear para una buena presa, con la primera rama la izquierda y menos aun con la segunda.

El aparato de Auvard salva todos los inconvenientes apuntados, la rama mediana no es sino la maciza de un cranioclasta que se ha fabricado puntiaguda con el objeto de que sirva de perforador; una vez introducida hasta el agujero occipital, sus mordientes se fijan por uno ó varios movimientos de rotación, de modo que su contacto con la base está bien asegurado, como que hace cuerpo con el hueso. La segunda rama,—la izquierda, que se puede articular ad libitum, no es sino la correspondiente del cranioclasta, de manera que para los casos sencillos podemos usarlo como tal; es una ventaja innegable tener dos aparatos en uno.

La tercera rama, que es un poco más larga que las otras dos, completa la reducción por el mecanismo que ya hemos descripto. Esta reducción de los diámetros de la cabeza por medio del instrumento de Auvard, es mayor que la que se obtiene con el basiotribo de Tarnier debido á las forma de sus ramas, que una vez cerradas se aproximan mucho más que las del basiotribo

Repetimos, es el aparato de nuestra predilección porque podemos usarlo á elección como cranioclasta ó como craniotrictor.

OBSERVACION VI

Rosalía L.—Anotada bajo el número 61—de 24 años de edad, tuvo sus primeras reglas á la edad de 15 años, primipara, no recuerda cuándo comenzó á caminar, entra á la clínica el 6 de Julio de 1894, á las 4.45 p. m. después de 71 horas de trabajo, las membranas rotas y la dilatación completa; hay gran cantidad de albúmina en las orinas, feto muerto, se presenta en O.I.I.T. con encajamiento. La pelvis mide 9ᶜ 5 de conjugata diagonalis.

Refiere la enferma que á la edad de trece años, estuvo durante año y medio imposibilitada para marchar, y fué curada con aceite de hígado de bacalao. No ha padecido otras enfermedades.

Hacia el octavo mes del embarazo comenzaron á aparecer edemas en las manos y que se extendieron después á los pies y piernas. Durante su trabajo, la atendieron una partera y dos médicos que á estar á sus informes, le aplicaron fórceps, sin anestesiarla, no dando resultado las enérjicas tracciones que hicieron para extraer el feto; también parece que hicieron uso del gancho del mango del fórceps con idéntico resultado, y la enviaron á esta maternidad. La paciente se halla postrada, se ajita durante las contracciones uterinas que no son seguidas ni persistentes. Tiene un tinte terroso, ojos hundidos, hay fulijinosidades en los labios y dientes, pulso frecuente, temperatura 37°, hipo, orina escasa y sanguinolenta, muy cargada de albúmina. El vientre sumamente tenso, doloroso no permite explorar bien las partes fetales que ocupan la línea media, y se elevan considerablemente hasta las falsas costillas. Edema de las paredes del abdomen, el estetóscopo deja su impresión, existe también en los muslos, piernas, pies y órganos genitales que presentan un color violáceo, hay prolapso de la pared anterior de la vagina. Aunque no se alcanza el promontorio, se reconoce la pequeña amplitud de la pelvis, por los datos que suministra la pelvimetría externa.

Por la muerte del feto y el grado de la estrechez pelviana, se resuelve aplicar el aparato de Auvard. Previa evacuación de la

cavidad craniana se colocaron las tres ramas, pero quizá debido á que el instrumento no estaba como debiera, cedió á las primeras tracciones que bajaron un tanto la cabeza, se hizo una nueva aplicación, implantando esta vez más profundamente la rama interna y se extrajo la cabeza con toda facilidad. Fué penoso el paso de los hombros debido á la angustia pelviana Se comprobó que el cuello había sido desgarrado profundamente con toda seguridad debido á las tentativas operatorias, de que fué objeto antes de su entrada á la maternidad. El feto desprendido del cordón, el líquido amniótico mezclado con sangre, despide un olor putrefacto que se nota á la distancia. Se hace un pronóstico reservado respecto al puerperio, debido á las circunstancias relatadas. Grandes inyecciones intrauterinas con solución de lisol y de sublimado, y de 4 en 4 horas inyección subcutánea de 20ᶜᶜ de cafeína.

Al día siguiente 11 a. m. temperatura 37°8, 112 pulsaciones, hay timpanismo abdominal, vientre doloroso á la presión especialmente en las fosas iliacas. La enferma está tranquila. Tiene dolores intermitentes, se le hace una inyección de morfina hielo al interior, y una bolsa con idem sobre el vientre. Naftol y bismuto, alimentos líquidos, leche, caldo, etc. La eferma pasó á la sala XII donde sucumbió poco después.

Al principio de este capítulo, donde estudiamos la craniotomía simple, hemos dicho, que en feto muerto, cuando la cabeza, previa perforación ha descendido hasta el estrecho inferior, el cual en parte salvado, no puede atravesarlo el feto por agotamiento uterino ú otras causas y hay interés en terminar el parto, colocamos las cucharas del fórceps y hacemos la extracción más fácil que puede presentarse; así se procedió en la observación n° 1. Esta intromisión del fórceps como extractor de fetos muertos, nada sería si se hubiera limitado á estos casos sencillísimos, pero sabemos que ha invadido de tal manera el campo de acción de los instrumentos reductores, que todos los prácti-

cos se han servido de él como cefalotribo, como palanca, etc., por más que se se sepa que el objeto y fin del fórceps, ha sido y será protejer la vida de un niño, terminar con éxito un parto que sin su ayuda hubiera sido un fracaso, tanto para el niño, como por los desórdenes que puede ocasionar á la madre, una compresión persistente en un mismo punto.

Es nuestra modesta opinión, que el forceps no debió nunca salir de los límites de acción para que fué inventado: « extraer vivos niños cuya cabeza encla- « vada, previo encajamiento, no progresaban ni per- « mitían hacer la verción podálica. » El forceps debe emplearse solamente después de cumplido el segundo tiempo del mecanismo del parto

Veamos lo que ha sucedido cuando se le quiere emplear para otros usos que para el que fué creado. Cuando se emplea el forceps en el comienza de un parto en el cual el encajamiento no se hace por distocia fetal ó materna; con el objeto de orientar mejor la cabeza, flexionarla ó deflexionarla ó bien reducir sus diámetros hasta un término compatible con la vida,—la fuerza que requiere esta maniobra es muy difícil de apreciarla, además que no sabemos cuándo principia á ser perjudicial y es común que habiendo comenzado cón un forceps terminemos con un cefalotribo sin cambiar de instrumentos —para su acomodación, descenso, etc., los resultados son desastrosos, las estadísticas de las maternidades así lo testifican.

El estudio del mecanismo del parto normal nos

enseña, que la lentitud normal, la regularidad del descenso de la cabeza en la pelvis blanda ya preparada por la presentación, etc., permiten el parto con integridad del organismo materno, pues los músculos del plano perineal fatigados por la presión suave y persistente de la cabeza, acaban por ceder poquito á poco ensanchando la cavidad virtual de la hilera genital en su parte blanda y facilitan el deslizamiento del ovoide que se presenta.

Si en estas condiciones el parto no se terminara por cualquier causa, aplicaremos el forceps, para haser artificialmente el cuarto tiempo del parto y los resultados serán expléndidos aún en manos inhábiles. Es que, en efecto, para esto fué inventado el forceps.

¿Qué es lo que sucede cuando en caso de feto muerto queremos extraerlo con el forceps? Suponemos que no estamos en los casos que mencionamos al principio de este parágrafo.

Cualquiera que haya sido la distocia que ocasionó la muerte del feto, es casi seguro que encontraremos la cabeza, si no por encima del estrecho superior, por lo menos muy alta en la excavación. Concedemos una aplicación de forceps ideal hecha por manos expertas; el pasaje de la cabeza al través de la pelvis ósea se hará con grandísimas dificultades, pues siendo el instrumento un mal cefalotribo, demás estará decir que son mayores sus desventajas—las partes salientes y las regulares—con más razón de la cintura pelviana se resentirán de las fuertes presiones que

han debido soportar. El práctico notará con satisfacción, un sobresalto que le indica haber traspuesto un estrecho, en cambio, el periné sorprendido por la llegada brusca de la cabeza, en vez de dilatarse pasivamente, sus músculos se contraen en el primer momento, estrechan la luz de la vajina y el parto se hará, no sin haber dejado señales en forma de escoriaciones, rupturas de la vajina, periné, lesiones maternales que estamos en la obligación de evitarlas, porque tenemos medios para ello, y porque en estos casos es para quien deben ser nuestras atenciones y cuidados.

En efecto, siendo la madre la única que debe preocuparnos, aun en los casos de que los diámetros del feto puedan ser contenidos sin mayor dificultad por los de la pelvis, ¿para qué imponer el traumatismo á la hilera genital cuyas consecuencias pueden ser lamentables, pues siendo, como es, una cavidad virtual, se extiende mientras es solicitada normalmente, pero que en otras circunstancias corre el peligro de romper su integridad?

¿Cuál debe ser nuestra conducta en estos casos? Muy sencilla. Reducir el volumen de la cabeza con los instrumentos apropiados. Concluimos que el fórceps debe proscribirse de todas aquellas intervenciones en las cuales no puede llenar el fin para que fué inventado extraer un niño vivo.

CAPÍTULO IV

Indícaciones de la embriotomía cefálica

——

Las dividiremos en absolutas y relativas:

a) Absolutas—1° En caso de hidrocefalía la craniotomía simple basta muchas veces para suprimir la distocia. 2° En todos los casos de muerte del feto, hay un gran interés en la pronta terminación del parto y haremos la reducción de la cabeza por las razones enunciadas en el capítulo anterior.

b) Relativas—Propondremos una embriotomía cefálica en feto vivo todas las veces que por falta de instrumental, ayudantes y local apropiado nos fuera de todo punto imposible poner en práctica las operaciones que hemos estudiado en el primer capítulo. En estos casos en que nada podemos hacer por el niño elegiremos de dos males el menor: sacrificaremos al niño en interés de la madre.

PRUDENCIO PLAZA.

Octubre 12 de 1897

Bibliografia

Dott. Cuzzi Alessandro—Trattato di Ostetricia é Ginecología Auvard, A.—Accouchements.

A. Ribemont—Dessaignes G. Lepage—Précis d'Obstétrique.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Fuera del caso de hidrocefalía, el feto vivo excluye la embriotomía cefálica.

II

El fórceps solo debe emplearse en feto vivo y después de cumplido el segundo tiempo del mecanismo del parto.

III

En las presentaciones por la espalda, cuando el brazo hace procidencia en la vajina y en la vulva, si al colocar hácia arriba la palma de la mano, el miembro queda en una situación intermediaria, entre la supinación y la pronación es un signo tipco de las posiciones dorso posteriores. Cuando en las mismas condiciones de procidencia, para llevar la palma de la mano hacia arriba, hacemos la pronación forzada del miembro, las posiciones son dorso anteriores. (Plaza)

Buenos Aires, Octubre 12 de 1897.

Nómbrase á los Señores: Académico Dr. José T. Baca, Profesor Titular Dr, Samuel Molina y Profesor Suplente Dr. Luis F. Vila: para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA

Acuña

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Prudencio Plaza.

«En local de la Facultad á 16 de Octubre de 1897 reunidos los que suscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex alumno Prudencio Plaza que versa sobre «La embriotomía cefálica, su concepto moderno y sus indicaciones» resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto. Firmados: *J. T. Baca, Luis F. Vila, S. Molina*; Firmado: *Zenón Aguilar. Pro-Secretario.*

Acuña

Buenos Aires, Octubre 18 de 1897.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA

Acuña