



# BOLETIN MENSUAL

## LOS DISPÉPTICOS

ERRONEAMENTE CONSIDERADOS COMO TUBERCULOSOS (\*)

(Comunicación al Primer Congreso español internacional de la tuberculosis)

SEÑORES:

Solo el deseo de corresponder á un compañerismo estudiantil y á sinceras é inquebrantables amistades y fraternales relaciones de antiguos camaradas, pudo hacerme cargar con el compromiso de una potencia libre, para cuya misión airosa no dispongo ni del tiempo, ni de la erudición, ni (lo que es mucho más grave) de la afición que podrían haber despertado, en mi ánimo, otras cuestiones menos discutidas que las referentes á la tuberculosis, bajo todos los aspectos en que puede ofrecérsenos esta plaga de la humanidad, tan terrible por los estragos que ocasiona, como interesante por los innumerables conocimientos que, atemorizados por el negro espectro, han aportado al palenque científico, las más relumbrantes eminencias médicas de todos los países civilizados.

Aceptado ya el compromiso, no tendría escusa si no lo cumpliera, y á ello voy, para no faltar á la palabra empeñada; sin que al desarrollar mi cometido pueda tener la menor pretensión de colmar un vacío, de ilustrar á nadie, ni tan solo de aportar el clásico grano de arena á

(\*) El presente trabajo ha sido premiado con diploma de honor.

la humanitaria contienda á que asistimos. El cargo de médico-director de un balneario de aguas alcalinas, parecía reclamarme un tema alusivo á las digestivo-patías, y con esta sola condición faculté al celosísimo Presidente de esta Sección para que me lo fijara. De una lista de temas que el doctor Queraltó tuvo á bien ofrecerme, escogí el de Levén, cuyo asunto se halla contenido en el título que encabeza este trabajo.

Tal como lo hemos enunciado, el asunto nada tiene de concreto, por efecto de la extrema vaguedad que encierra la palabra *dispepsia*; cuya delimitación no intentaremos, bastándonos con declarar que la aceptamos en su más lato sentido etimológico. Nada tiene tampoco de nuevo; ni didácticamente por haber tratado de la cuestión otros autores; ni clínicamente, por estar en la conciencia de todos los médicos, que al establecer el diagnóstico diferencial exacto entre ciertas dispepsias y ciertas tuberculosis, se ofrecen á menudo grandes obstáculos; no precisamente en el período prodrómico del mal, sino en el de pleno desarrollo, y hasta (y quizás principalmente) en el de quebrantamiento de la nutrición general, vértice al que convergen, si bien que por caminos distintos, la dispepsia con su obligada disminución de los fenómenos anabólicos y la tuberculosis con la exagerada actividad de los catabólicos. El resultado final es el mismo; y la desnutrición y enflaquecimiento, á que conducen las dispepsias inveteradas, son tan comunes en el curso adelantado de las tuberculosis, que de muy antiguo viene vulgarmente considerándose á esta dolencia como sinónima de tisis (hectiquez). Y como tísicos pueden ser los dispépticos y á tísicos llegan casi siempre los tuberculosos, surge desde luego, á un exámen superficial, como consecuencia axiomática, la de que pudiendo ser tísicos los dispépticos y siéndolo seguramente los tuberculosos, en la práctica se igualan ambos procesos; y la dispepsia y la tuberculosis confundidas en un mismo cuadro semiológico, en ciertos momentos clínicos resultan indiferenciables; sofisma que hay que desvanecer á toda costa, trabajando asiduamente, en la adquisición de síntomas diferenciales valiosos, que puedan servir á la cabecera del enfermo para suplir á los patognamónicos, fuera del laboratorio, aun hoy día, de muy difícil hallazgo.

La íntima solidaridad existente entre todos los órganos del cuerpo, es causa de alteraciones funcionales á distancia, que frecuentemente se traducen por la presentación de síntomas análogos en el curso y evolución de enfermedades muy distintas. En nuestro caso, las historias clínicas, afianzadoras de tal aserto, podrían ser tantas como las

combinaciones factibles con la variada agrupación de síntomas aparentemente propios de las dispepsias, que también se observan durante la evolución tuberculosa. No los mentaremos todos; pero como la debida recomposición de los tipos clínicos más comunes podría exigirnos algunas aclaraciones previas, señaláramos rápidamente la fenomenología dispéptica que más amenudo puede desviar el diagnóstico, confundiéndolo con el de la tuberculosis pulmonar en las diferentes fases de su desarrollo.

**ESTADO DE LA BOCA.** — Los más leves entorpecimientos digestivos se traducen enseguida por una capa saburrosa de la lengua, y si el daño es más graduado, por una fuerte erección de sus papilas, resquebrajamiento de la superficie, y rubicundez de toda la mucosa bucofaringea; saburra lingual, erección papilar y rubicundez mucosa, no tan prematuras, pero, sin disputa, mucho más notables en el curso de la tuberculosis; debido á que cuando en esta enfermedad se presentan, la cárea palidez cutánea hace resaltar sobremanera to la rubelación próxima, como la de la mucosa bucal, doblemente reconocible por la pequeña línea roja que aparece al exterior, en la parte correspondiente á los bordes labiales,

**ANOREXIA.** — Los dispépticos y los tuberculosos se encuentran en parecidas condiciones por lo que á la inapetencia se refiere. Muchos dispépticos conservan el apetito normal y hasta los hay polífagos; y lo mismo ocurre á los tuberculosos: pero, es lo cierto que, tanto estos, como aquéllos se ven molestados á intermitencias por la repugnancia á todo ingesta; si bien, dicho sea en honor de la verdad y como síntoma diferencial de ambos procesos, la bulimia y la acoria son más propias de los neurogastropatas, y la anorexia acostumbra á tener, en los tuberculosos, un marcado carácter de pertinacia y rebeldía que no presenta en las simples dispepsias.

Estos caracteres distintivos, en términos generales de gran valor semiológico, á la cabecera del enfermo pierden mucho de su importancia y son de muy difícil diferenciación práctica, en la que nos hallamos todos los días con tuberculosos, quejarosos de pesadez epigástrica y sensación de hartura, perfectamente semejantes á las que presentan los gastroasténicos.

Y lo mismo podemos aplicar á los *vértigos*, *eructos* y *regurgitaciones*, (insípidas ó sápidas) propios de la iscoquimia consecutiva á toda pereza peristáltica, lo mismo si es idiopática, ó debida á trastornos de

la inervación motriz del estómago, como si está supeditada á una lesión extrínseca de naturaleza fímica.

**VÓMITOS.**—Si la retención alimenticia se prolonga muchas horas, ó el quimismo gástrico se desvía demasiado, ó la producción de ácidos anormales es muy rápida, suele el estómago protestar ruidosamente, y en un esfuerzo supremo expulsar su contenido por la vía alta. Este vómito libertador nada tiene de privativo y es propio de toda iscoquimia intensa, tanto si es debida á una estenosis pilórica de índole neoplásica, como á una simple miastemia; insuficiencia motriz que, á su vez, lo mismo puede ser consecutiva á la acción inhibitoria de disgustos, lecturas, trabajos intelectuales, etc. predigestivos, que ser una de las múltiples manifestaciones de la general astenia de los tuberculosos.

Además del vómito libertador de una iscoquimia preexistente, obsérvase, en los tuberculosos, otra clase de vómitos reflejos provocados por la tos, sin que en la producción de la emesis haya intervenido para nada la más leve alteración (orgánica, á funcional) gástrica, exceptuada, por supuesto, la remota participación que pueda tener el estómago en la descarga súbita del reflejismo. Esta clase de vómitos no se observan en los simples dispépticos, por tosedores que sean, y esto nos pone en el deber de señalarlos como diferenciales de los dos procesos que nos ocupan.

En ciertas ocasiones podría disipar las dudas la

**EXPLORACIÓN GÁSTRICA;** pero ordinariamente no basta para resolver el problema porque ni la retención alimenticia, ni el bazuqueo, ni el descenso de la gran curvadura del estómago, etc. son necesarias en las simples dispepsias; ni cuando existen son de fácil comprobación clínica. En casos difíciles podemos apelar al exámen químico del contenido gástrico; método que debidamente justipreciado es de inapreciable valor, en el sentido de indicarnos la aptitud funcional del estómago, cuya irregularidad ó insuficiencia constituye muchas veces todo el síndrome dispéptico.

**ALTERACIONES FUNCIONALES DE LOS INTESTINOS.**—En términos generales puede decirse que la diarrea es propia de los tuberculosos, mientras que el estreñimiento acompaña comunmente á las dispepsias. Pero esta regla tiene muchas excepciones y se ven tuberculosos fuertemente estreñidos, sobre todo en el periodo prodrómico, y dispépticos,

en quienes el estímulo de los alimentos mal preparados sobre la mucosa entérica exagera la peristalsis intestinal y es causa de diarrea.

Tampoco tienen nada de constantes los dolores cólicos, pudiéndose observar, ó no, en los dos procesos y hasta presentarse y desaparecer alternativamente según el periodo del mal y las eventualidades á que se halla sujeto el curso y evolución de las enfermedades crónicas.

La sola enumeración de los síntomas abdominales y la inconstancia é inestabilidad con que se presentan indistintamente en la tuberculosis y en las dispepsias, revelan sin gran esfuerzo que tal puede ser la agrupación sindrómica y tales las circunstancias acompañatorias, actuales, ó amarrésicas, que en un momento clínico resulte difícilísimo establecer el diagnóstico preciso. En este caso hay que recurrir á los síntomas torácicos; pero ¿tenemos la seguridad de encontrar en estos, los destellos luminosos que necesitamos para alumbrar la senda, que hasta ahora hemos seguido en medio de nebulosidades, cuando no de verdaderas tinieblas? Desde luego podemos contestar negativamente y asegurar por anticipado, que si en el curso de la tuberculosis pulmonar se notan ciertas manifestaciones abdominales que parece deberían ser propias de las dispepsias, durante el voluble curso de las dispepsias pueden apreciarse algunos síntomas torácicos más dignos de figurar en el cuadro semiológico de las afecciones pulmonares, los cuales, lejos de aclarar el diagnóstico, acaban de ahondarnos en el mar de confusiones en que pudimos iniciarnos la contingente agrupación dubitativa de los síntomas gastro-enterícos.

Los principales síntomas torácicos que pueden contribuir á desviar el juicio clínico y á hacernos tomar por grave tuberculosis lo que no pasa de inocente dispepsia, á la manera que antes nos habían hecho sospechar los síntomas abdominales que se trataba de pura dispepsia, la solapada incubación tuberculosa, son los siguientes.

*Tos.*—Heraldo anunciador de todo proceso fímico, la tos acompaña tan frecuentemente á las dispepsias, que señalada ya por Hayem, Pidoux, Morton, etc. fué luego reconocida por todos los gastrologos, como uno de los síntomas extragástricos de mayor resonancia en los dispépticos, muy difícil de acechar en su origen, porque muchas veces aparece cuando las penurias digestivas se han casi borrado por completo y cuando los enfermos declaran una potencia digestiva inusitada, lo que ha permitido á G. Leven, afirmar en *La Tribuna Médicale* correspondiente al 8 Febrero de 1908, que «todo enfermo que pretenda digerir los gujarros es un dispéptico, puesto que en estado normal

nadie puede digerir las piedras»; afirmación que no por haberla generalizado en extremo deja de ser cierta y (cabe añadir) perfectamente racional y lógica, dada la similitud genérica existente entre la tos provocada por la titilación bacilar de un filete nervioso del pneumogástrico torácico y la determinada por el cosquilleo dispéptico de una red nerviosa tan fecunda en reflexismos, variados y distantes como el plexo solar. A tal punto llegan las semejanzas semiológicas de ambas toses, que su diagnóstico diferencial escapa muchas veces á toda sagacidad clínica, como lo reconoce paladinamente Matieu, quien en el «Tratado de medicina de Bonchard-Brissaud», dice, que «en los nerviosos dispépticos se presenta una tos nerviosa, refleja seca, más ó menos quintosa, que no difiere de la que sobreviene á los tuberculosos después de las comidas y que muy á menudo les determina el vómito». La tos gástrica solo difiere de la tuberculosa por su mayor docilidad á una conveniente bromatología: con lo que, creemos haber dicho ya lo suficiente, para dejar sentado otro contacto clínico capaz de establecer confusiones entre las simples dispepsias y las tuberculosis pulmonares.

*Disnea.*— Otro de los síntomas comunes á ambos procesos es la disnea; inseparable carga de los tuberculosos, habitual también en los dispépticos, en quienes podemos fácilmente reconocerla, sobre todo si en vez de buscar, en estos, los violentos ictus laríngeos propios de los graves ataques, buscamos la tenue limitación respiratoria post-digestiva en la que únicamente se fijan los mismos pacientes, después de interrogarles repetidas veces y de inculcarles la idea de que la torpeza y fatiga subsiguiente, á toda ingesta, traspasan los límites permitidos al normal funcionalismo gástrico.

Ese pequeño cansancio y aquellos fuertes crisis disnéicas dispépticas no difieren de la fatiga y ahogo tuberculosos, ni en la intensidad, ni en la duración, ni en el acto de presentarse. Quizás podríamos encontrar algún distintivo en el dolor provocado por la presión epigástrica y en la mejoría conseguida después de una rigurosa dietética.

*Hemoptisis.*— En la difícil labor de las investigaciones diagnósticas, preséntase, á primera vista, la hemoptisis, ya más alejada de las confusas fronteras semiológicas que separan muchas historias clínicas de tuberculosos incipientes, de las descripciones mórbidas de ciertos dispépticos gástricos; y sin embargo, este síntoma, que á un examen superficial parece hallarse muy cerca de la patognomonia, es, precisa-

mente por esto, el que con más frecuencia induce á error cuando se presenta en el curso de una dispepsia, sobre todo si aparece en algún intervalo enfórico de ciertas dispepsias larvadas. Y no se crea que la espectoración sanguínea determinada por el proceso dispéptico sea muy rara; antes al contrario, es mucho más frecuente de lo que generalmente se cree y desde luego podemos predecirla con garantías de acierto en las dispepsias acompañadas de infarto hepático como las que se observan en el período, que podríamos apellidar, prodrómico de las cirrosis.

En la irritación hepática precirrótica, la expulsión de sangre por la boca en forma de hemoptisis, más ó menos grave, es frecuentísima y del conocimiento de su verdadera significación depende precisamente el éxito terapéutico. Su patogenia debe preocupar seriamente al médico; apesar de lo cual muchas veces halla, este, serias dificultades no solo para averiguar su etiología, sino para cerciorarse del verdadero origen de la hemorragia. Actualmente asisto á un individuo (y como este hay muchos) en quien el diagnóstico anatómico de la hemorragia no se ha podido establecer con certeza, apesar de haber consultado con varios ilustrados compañeros, creyendo yo (y es opinión particular mia) que la extravasación sanguínea tiene diversos orígenes (estómago, faringe, laringe, bronquios, etc.), por tratarse de un epiléptico en quien toda causa emocional determina una fuerte vasoconstricción, acompañada del consiguiente aumento de tensión arterial y postrera salida de líquido circulante por diferentes superficies mucosas.

**DATOS PLEXIMÉTRICOS Y ESTETOSCÓPICOS.** — Créese generalmente que, cuando el asunto es muy intrincado, los datos pleximétricos y estetoscópicos guardan la clave del enigma. Realmente son importantísimos, y los que disipan las dudas cuando las lesiones pulmonares han alcanzado cierto desarrollo; pero á esa fecha ha desaparecido ya el problema diagnóstico, y nosotros nos hemos referido siempre á casos oscuros, por lo general incipientes, en los que no han aparecido aún los fenómenos cavitarios, y cuando los estertores subcrepitantes no existen ó se hallan ofuscados por ruidos menos característicos. Entonces, unas veces se observa marcada macidez de algún vértice toránico, ó quizás de la base del pulmón derecho (muy frecuente en los infartos hepáticos); otras, estertores mucosos y sibilantes difusos ó localizados en un lóbulo pulmonar determinado; crugidos y roces pleurales y mediásticos sospechosos; soplos tubáricos simuladores de ruidos anfóricos; taquicardia muy acentuada, y especialmente la tradicional disime-

tría respiratoria de los vértices pulmonares, sobre lo que por fortuna se han puesto ya de acuerdo los autores, reconociendo con Bezancón, que la disminución del murmullo vesicular permanente de un vértice, es un síntoma de probabilidad de tuberculosis, pero, no, un síntoma de certeza; y que la ausencia de todo otro estigma de tuberculosis debe limitarnos á observar al sujeto portador de esta respiración anormal, sin tener el derecho de considerarlo como un tuberculoso confirmado.

*Hectiquez.*— El enflaquecimiento es realmente la característica fotográfica de la inmensa mayoría de tuberculosos mientras, que generalmente los dispépticos lucen regular y hasta excelente aspecto; pero, tampoco puede tomarse el fenómeno como síntoma diferencial inequívoco, porque así como hay muchos tuberculosos en quienes la merma de oxidaciones determina una obesidad engañadora, visitamos todos los días á dispépticos desnutridos por falta del debido aprovechamiento de las sustancias ingeridas; y si la mala preparación gástrica de la ingesta es causa de enteritis, con exageración de la perístalsis intestinal y diarrea frecuente, puede fácilmente llegarse á un período héctico, que en nada se diferencia del observado en los pneumofímicos.

Otros muchos síntomas secundarios podríamos relacionar; pero los omitiremos en gracia á la poca importancia que tienen como fenómenos comunes de los procesos dispépticos y tuberculosos, y por ende como incapaces de enmarañar la cuestión, ó, al contrario, de resolverla prematuramente.

Si todos los síntomas apuntados son propios de las dispepsias y si los mismos fenómenos se observan también en las pneumofimias, salta a la vista que barajándolos al azar ó combinándolos conscientemente, de manera que la fenomenología extragástrica domine la escena de una dispepsia y que la extratorácica sobresalga en una pneumofimia larvada (hechos frecuentísimos en la clínica), la confusión entre los verdaderos y los falsos tuberculosos se notará enseguida, y el embrollo será la consecuencia inevitable de esta combinación y de aquella baraja.

DR. JOSÉ M.<sup>a</sup> MASCARÓ

(Concluirá)



## ESTUDIO CRÍTICO

### DE LAS DISTINTAS OPERACIONES CESÁREAS

#### Y SUS INDICACIONES

(Continuación)

#### V

### TÉCNICA Y VARIANTES DE LA SECCIÓN CESÁREA

#### VAGINAL CONSERVADORA

**A. CESÁREA VAGINAL DE DUHRSSSEN.**—Si bien es verdad que la cesárea vaginal fué expuesta por allí el año 1895 por Acconci y Dührssen á la vez, no es menos cierto, que la descripción detallada de la técnica, las indicaciones operatorias y los progresos alcanzados, se deben casi exclusivamente á este último, quien introdujo la operación á la orden del día. Por esto consideramos á Dührssen como el verdadero auror de la cesárea vaginal que ejecuta del modo siguiente.

Después de haber vaciado el recto y la vejiga, y de haber practicado la conveniente desinfección vulvo vaginal, se dá una inyección de ergotina. Caso de que la operación recaiga en una primípara, se practica, como tiempo preliminar, una incisión vagino perineal en el segmento inferior derecho de la vagina. Divididas con esta incisión los fibras del *levator ani*, se puede introducir el puño con comodidad á todo lo largo de vagina, por cuya razón, los fondos de saco vaginales y la partió, se hacen fácilmente accesibles, y á la vista, mediante las valvas. La hemorragia de la incisión liberatriz, se cohibe casi del todo gracias á la compresión que ejercen las valvas, de lo contrario, se aplica alguna ligadura.

Con dos pinzas de garfio, se coge lateralmente el hocico de tenca que se hace descender todo lo posible; dichas pinzas son inmediatamente substituidas por dos cordonetes de seda convenientemente largos, de los cuales tiran los ayudantes. Se incide longitudinalmente el labio cervical

posterior, hasta el nivel de la inserción vaginal; esta incisión se prolonga unos 4 centímetros através del fondo de saco vaginal posterior. Por el boquete así formado, se introduce una valva que separará el peritóneo de Douglas de la parte posterior de la cervix y cuerpo del útero. De un modo análogo, se incide el labio anterior y fondo de saco vaginal respectivo, separando ahora por disección roma, la vejiga de la cervix, hecho lo cual, se introduce otra valva, que protege la vejiga y eleva la plica anterior.

Para facilitar estas manipulaciones, recomiendo incidir transversalmente los fondos de saco (incisión en T) al nivel de su inserción cervical, practicando dos cortes transversales de 2 centímetros con las tijeras. Estas secciones transversales, facilitan mucho la introducción de las valvas y la separación de la vejiga y peritóneo.

Hecho esto tenemos libres y á la vista, las paredes anterior y posterior del útero, en una longitud de 6 centímetros, las cuales son rápida y sucesivamente incididas con las tijeras. La abertura así formada y através de la cual se aprecia la bolsa amniótica (caso de haberse conservado), debe ser lo suficientemente grande, para permitir al paso del puño del operador. Este introduce la mano en la cavidad del útero coge un pié para hacer la versión y extracción del niño.

Si las contracciones uterinas son enérgicas, se aguarda un momento la expulsión de la placenta, de lo contrario, se hace el desprendimiento manual de la misma. Si el caso lo reclama, se practica el taponamiento uterino del mismo autor, cosa fácil de ejecutar, gracias á la gran abertura del segmento inferior del útero y á la comodidad de poder aplicar las valvas directamente en la cavidad uterina, todo lo cual, permite un rápido y eficaz taponamiento de gasa.

Sigue la sutura de las incisiones, la cual se facilita tirando de los factores de seda que ponen los fondos de saco y paredes uterinas seccionadas, cómodamente á la vista y á la entrada de la vagina tanto, que á veces puede prescindirse de valvas. Se sutura primeramente la incisión uterina posterior y luego la anterior; ambas suturas á puntos separados, anudando la primera por la superficie interna y la segunda por la externa del útero. Sigue la sutura continúa de las incisiones vaginales, pero dejando el ángulo inferior de las mismas libre de sutura para poder establecer un pequeño drenaje de los espacios pre y retro-uterinos; el material de sutura, es el catgut.

Drenajes y taponamiento uterino, se retiran á las 24 horas.

Si hubo incisión liberatriz, se hace una sutura continúa de catgut en

la vagina; en el periné, se aplican unas cuantos puntos profundos y separados hechas con crin.

Por lo demás, los cuidados ulteriores son los propios de toda puérpera.

Según Dührssen (*Handbuch der Geburtsyülfe, Wiesbaden 1906*), « el estado subjetivo de la paciente después de la operación es bueno; análogo al de un parto espontáneo y fácil »!

a) Bumm ha propuesto la sección aislada de la pared anterior del útero — histerotomía anterior —.

Si se practica solamente la incisión anterior, esta debe ser mucho más extensa que si la incisión es doble; aun dando mayor extensión á la incisión, la abertura no es nunca tan regular ni tan natural como en la histerotomía doble de Dührssen, pues muchas veces se prolonga el corte por sí sólo, más de lo necesario.

La histerotomía simple es realmente de técnica más sencilla y rápida que la histerotomía doble, á la cual puede substituir, cuando, habiendo ya una dilatación uterina regular, no sean necesarias incisiones muy extensas, para permitir el paso del feto, por lo tanto, la técnica de Bumm, es el proceder de excepción; igual criterio se sigue aun en la misma clínica de la Charité.

b) Con el nombre de — Incisión metreuríntica — acaba de describir Dührssen (*Gyn. Rundschau 1910. Hft. 1*), una modificación de la cesárea vaginal, que consiste en practicar esta operación con ayuda del metreurinter. Este balón debe tener un diámetro de 9 — 10 cent. y una cabida de 300 — 500 c. cm.

La técnica consiste en introducir el balón en la cavidad del útero, llenarlo de líquido y hacer una fuerte tracción del mismo fracción lo cual, desciende y se pone al alcance, el segmento inferior del útero. Incisión de la cervix y fondos de saco vaginales; despegamiento de la vejiga; reparación de las plicas peritoneales, por fin, sección de las paredes uterinas, mayormente anterior; hasta que tirando suavemente, salga el globo de goma; hecho lo cual, se procede á la extracción del niño.

Antes de que salga el metreurinter, se colocan algunos hilos de sutura que abarcan los ángulos superiores de la incisión uterina, los cuales se anudan cuando se ha extraído el feto.

Drenaje del espacio pre y retro cervical, y sutura vaginal.

Como se vé, la operación es una variante de la cesárea vaginal, sencilla y rápida. Permite operar con un mínimo instrumental y hasta sin ayudantes. Además, el uso del balón, hace más perceptible el campo

operatorio de la cesárea vaginal, y comprimiendo fuertemente los tejidos, los isquemia gracias á lo cual, la pérdida sanguínea se reduce al *mínimum*.

Claro está, que esta variante podrá solamente ponerse en práctica, cuando haya una dilatación suficiente para la introducción del balón.

c) La cesárea vaginal de Dührssen, resulta una operación brillante, rápida y fácil, para el que está habituado á la moderna operatoria vaginal.

Lo más importante de la técnica, ó sea, el despegamiento de la vejiga y la separación del peritoneo, se halla facilitado durante el embarazo por la laxitud de los tejidos propia de este estado; excepción hecha de los casos en las cuales por rigidez de la cervix, induraciones cicatriciales, adherencias de cualquier orden ect. ect., resulta esta parte de la operación un tanto difícil, y obliga á hechar mano de la disección aguda, para vencer las dificultades que dichas anomalías ocasionan.

Aunque por la descripción hecha de la técnica, resulta que la operación debe ser extra-peritoneal, creo que en la inmensa mayoría de los casos en los cuales se practica, se hiere el peritoneo, ya sea al separarlo y quizás más frecuentemente, al extraer el feto. Con todo, la posibilidad de dejar íntegra la serosa, fué patentamente demostrado por su autor, al presentar á la Academia de Medicina de Berlín, el útero de una mujer fallecida al cabo de pocas horas de habersele practicado la histerotomica cesárea estando ya moribunda.

No obstante, la herida peritoneal tiene solamente importancia en los casos sépticos, y aun así, es siempre menor que en la cesárea clásica. No es pues de gran trascendencia, el herir el peritoneo.

Si bien la fuerte hemorragia de los primeros momentos suele cohibirse rápidamente (sobre todo gracias á la compresión que determina el paso del feto y consecutivamente al taponamiento y sutura), lo cierto es que á veces se presenta con caracteres verdaderamente alarmantes, capaz de asustar á hábiles operadores. Las hemorragias más fuertes, las he visto siempre, en el curso de esta operación. Recuerdo que asistiendo á un distinguidísimo profesor de allende el Rhin, le vi azararse ante una hemorragia brutal, que se presentó practicando la cesárea vaginal en una eclámpsica, al final del embarazo.

Recuérdese la enorme vascularización del útero grávido, la posibilidad de alcanzar con el corte la placenta, sobre todo si es previa (la que constituye una de sus indicaciones), y por añadidura, las dificultades de la hemostasia propias de las operaciones vaginales, y se comprenderá la

importancia que puede tener el factor hemorragia en la operación que nos ocupa.

No pretendo infundir miedo para la cesárea vaginal, ya que soy un gran admirador del método y que creo será en lo futuro mucho más extendido de lo que es todavía, pero sí que quiero hacer constar el peligro más frapant de la operación.

En resumen, la cesárea vaginal, es solamente abordable para el tocoginecólogo versado por lo tanto á los procedimientos quirúrgicos, que no pierda la serenidad ante fuertes hemorragias y sepa, cuando la sangre inunda el campo operatorio é imposibilite ver la región por donde debe proseguir la operación, valerse de los recursos propios de las intervenciones vaginales. El ginecólogo hábil, puede en cambio dominar esta operación seductora, elegante y altamente útil.

Esta operación permite con un método del todo quirúrgico, la abertura del útero y la extracción del niño por las vías naturales. al igual que el parto espontáneo. Hasta hoy, no disponemos de ningún otro procedimiento que pueda substituirle, en todo momento y con tanta rapidez, estando la cervix íntegra ó escasamente dilatada.

Normalmente, la cicatriz que deja la incisión es fuerte, y permite (como se ha registrado en una porción de casos) la dilatación cervical en partos ulteriores. Los factores que pueden determinar la rotura cicatricial en partos sucesivos son: *a*) haber hecho una sutura defectuosa, *b*) haberse infectado la herida, *c*) la inserción placentaria en el sitio del corte (casos de Guillaume, Everke y Meyer).

## VI

### TÉCNICA DE LA SECCIÓN CESÁREA ABDOMINO-VAGINAL

**A LAPARO-COLPO HISTEROTOMIA CONSERVADORA.** — Combinando la Plankenkaiserschnitt de Solms (*Zent. f. Gyn. Nr. 51, 1909*), que yo denominaré — sección cesárea iliaca — á una modificación de la primitiva gastro elitrotomía de Ritgen (v. con hist.) y de la moderna cesárea extraperitoneal de Latzko, con la histerotomía de Dührssen, se ha formado la reciente operación cesárea extra peritoneal llamada laparo-colpo-histerotomía (*Berliner klin. Wochenschrift Nr. 5, 1909 Dührssen*).

La descripción hecha de las cesáreas extraperitoneales y vaginal, me excusará el hacer una exposición detallada de este nuevo método cesá-

reo, ocupándome en cambio de las particularidades concernientes al mismo.

En el primer tiempo de la operación, se practica la histerotomía anterior, hecha la cual, se aplica un taponamiento vaginal provisorio.

En el segundo tiempo operatorio, se incide el abdomen por la fosa iliaca izquierda si se trata de una I presentación ó derecha así es una II. El corte es transversal y de ligera concavidad superior; parte de la línea media, á un través de dedo por encima de la sínfisis, transcurriendo casi paralelo al ligamento de Poupart, á un centímetro por encima del mismo, para terminar cerca de la espina iliaca anterior superior. El corte abarca la capa muscular y fascia transversalis. ó bien se separan á lo Lennander, las fibras del obliquo interno, trasverso y fascia. Durante este acto operatorio, hay que ligar la pudenda externa y epigástrica superficial.

Con esto, se llega á una región anatómica que por su importancia en esta operación, describiré brevemente; dicha región, la forma el espacio de Bogros, de forma triangular, cuya parte paravesical es la que nos interesa. El espacio de Bogros está ocupado por tejidos muy laxos grasoso y conjuntivo, estando limitado anteriormente por la fascia transversa, arriba por el peritoneo parietal pelviano, adentro (línea media) por la parte de la vejiga libre de serosa, abajo por el ligamento de Poupar y fascia pélvica; el vértice corresponde a la espina iliaca anterior superior. Por fuera, cruza este espacio el ligamento redondo.

A través de este espacio y siempre en dirección mediana, se vá separando adelante y abajo la vejiga, al propio tiempo que se eleva la plica vesicalis transversa, hasta la parte media del segmento inferior del útero.

En este momento, tenemos libre y á la vista un espacio subplical de pared uterina de unos ocho centímetros, así como la mayor parte de la incisión cervical vaginal, la cual se prolongará ahora con una corta incisión ventral, caso de ser necesario, para permitir la introducción del forceps ó de la mano que ha de hacer la extracción del niño. acto seguido. La salida de la placenta se hace por las vias naturales.

Se deja un drenaje utero vaginal, y si es necesario paracervical.

Sutura del músculo recto del abdomen con el obliquo interno y el trasverso; por sobre de este plano muscular, se sutura la aponcurosis del obliquo externo.

El útero y vagina, se suturan como en la cesárea vaginal.

a) Creo preferible este orden operatorio. al de practicar primero la incisión abdominal y luego la vaginal. El propio Solms (l. c.), sigue esta

última correlación; el primero lo encuentra más quirúrgico y menos dado á cambios operatorios, que como hemos dicho son en número de dos. histerotomía vaginal é incisión ventral seguida inmediatamente de la extracción; mientras que con el segundo, se practica la incisión iliaca, luego la histerotomía vaginal, para volver después a la incisión ventral y practicar la extracción del feto; con todo, lo mismo da seguir un orden que otro, y que no es esencial para esta operación.

Disto mucho de creer que el tiempo ventral de esta operación, sea tan fácil como la incisión iliaca para la ligadura transperitoneal de la arteria iliaca (según supone Dührssen en la Academia médica da Berlín 9 marzo 1910), pues ha de ser mucho mas fácil hallar la iliaca en contacto del psoas de la cual es satélite, que la incisión vagino-uterina en la profundidad pélvica. Prueba de esto que M. Liepmann (*Zent. f. Gyn. Nr. 37. 1910*), ha introducido al mismo tiempo una mano por la vagina y otra por el abdomen, para facilitar la separación vesical y preparar mejor la correspondencia topográfica entre la incisión uterina vaginal y la ventral. Creo que este momento ha de ser el más difícil de la operación y á veces algo á quirúrgico! (caso de Liepmann).

El gecho de seccionar comodamente la parción cervical y una parte mínima de segmento inferior del útero por vía vaginal, permite practicar en mejores condiciones la cesarea extraperitoneal, que hacerla por simple tallo suprasínfico, mayormente en aquellos casos en los cuales, por no haber empezado todavía la distensión del segmento inferior, ó sea antes del trabajo del parto, el proceder de Latzko resulta difícil como confiesa el propio autor y dejamos sentado en su lugar.

En resúmen, la leparo-colpo histerotomía, me parece una operación sobradamente larga y de extraña orientación, y que no debe ser más que un método de escepción en la cesarea extraperitoneal.

b) Realmente, la incisión iliaca de Ritgen adoptada recientemente por Solms para la laparo colpo-histerotómica, puede generalizarse con ventaja? para practicar la cesárea extra peritoneal simple, en lugar de hacerla por la sección de Pfannenskiel usada por Latzko.

El primer método, facilita el acceso al segmento infero uterino, sin necesidad de tener que lateralizar tanto la vejiga, ya que gracias al mismo, se cae directamente en un espacio lateral (de Bogros), y no en el mediano (de Retzius), por lo cual, no hay tampoco que disecar tanto tejido conjuntivo, ni la elevación de la plica serosa, debe ser tan pronunciada; esto suponiendo siempre, que se opere la cesérea extraperitoneal, habiendo una distinción suficiente del segmento cervical (v. ces. ex. per.).

## VII TÉCNICA DE LA SECCIÓN CESÁREA VAGINAL RADICAL

**A HISTERECTOMIA VAGINAL.** — Esta operación tiene por objeto extirpar el útero por la vagina, después de haber extraído el feto por cesárea vaginal.

Aquí lo mismo que en la extirpación del útero después de la cesárea abdominal (v. ant.), la técnica á seguir está sujeta á las causas que motivan la histerectomía, así es, que su descripción, es más propia de la ginecología que de la obstetricia.

Por este motivo me limitaré á decir cuatro palabras propias del caso, para que sirvan de orientación á la práctica.

Se comenzará en este caso la cesárea vaginal, por la disección de un manguito vaginal alrededor de la cervix, hecho lo cual, siguen las incisiones anterior y posterior de la misma, tal como se hace para la cesárea vaginal conservadora.

Después de haber vaciado el útero, se prolongan las incisiones, se abren los fondos de saco anterior y posterior, y se vá seccionando el cuerpo del útero, colocando pinzas sucesivamente más altas, hasta que por fin se haya dividido este órgano por completo; hecho esto, se basculan los dos segmentos, para que salgan á fuera, y puedan ser extirpados, previas ligaduras de anexos y uterinas.

Para esta operación, se sigue pues la técnica de la histerectomía vaginal con hemisección uterina de P. Müller; se comprende dicha hemisección, dado el considerable tamaño del útero después de cesárea vaginal.

a) Esta operación, no ofrece dificultades especiales. Los casos en los cuales ha habido fuerte hemorragia, era debida esta, á extensas infiltraciones carcinomatosas (*caso de Franqué Prager med. Wochenschr. 1903*); en tales condiciones, es preferible, extirpar el útero por la vía abdominal, reservando para la vagina, los casos de neoplasias eflorescentes y libres de infiltración parametral.

DR. J. M. VILAPLANA

(Continuará)