



BOLETIN MENSUAL

ESTUDIO CRÍTICO

DE LAS DISTINTAS OPERACIONES CESÁREAS

Y SUS INDICACIONES

CONSIDERACIONES HISTÓRICAS Y GENERALIDADES

Aunque no se sabe de un modo cierto, es de suponer, que ya en los tiempos más remotos debió de vez en cuando practicarse el tallo cesáreo *post-mortem*. Así debió ser, por cuanto, los historiadores de la antigüedad decían, que la muerte de hembras preñadas, en la caza y en la batalla, no suponía la muerte inmediata del fruto que en sus entrañas llevaban. Es lógico suponer pues, que semejante principio, se aplicaría á las mujeres embarazadas que morían por asesinato ó en la guerra. Si los antiguos poseían ya tales conocimientos, no sería nada de extraño, que alguna vez se decidieran á salvar el producto de la concepción, practicando la sección abdominal de las preñadas recién fallecidas.

En tiempo de Numa Pompilius, se dió una ley llamada «Lex regia», concebida en estos términos: «mulierem, si praegnans morta fuit, ne humato, qui secus faxit, quasi spem animantis, ita esto», con lo cual se promulgó el tallo cesáreo *post-mortem*. Actualmente se halla todavía la Lex

regia, inserta en el código romano, vigente en los pueblos civilizados.

El título de « Sectio cæsárea » dado por primera vez en el siglo XVII, se debe á una mala interpretación de uno de los pasajes de la Historia natural de Plinius, que dice como sigue: « Aespiciatius enecta parente gignuntur: sicut Scipio Africanus prior natus, primusque Cæsarum á cæso matris utero dictus; qua de causa cæsones appellati. » Como que los niños nacidos después de muerta la madre se consideraron como — afortunados — por razón de haberlo sido Scipio Africanus (primus Cæsar), de aquí que, la palabra — cæsones — se tomase como nombre de familia, de noble estirpe principalmente. Tal fué el origen de la familia de los Césares y el nombre de Julio César. Respecto á si J. César nació por tallo cesáreo, no está la cosa bien esclarecida, en todo caso, el nombre de la operación no viene de J. César, sinó que es de fecha más anterior como ya hemos dicho.

Respecto á si en la antigüedad se practicó el tallo cesáreo en vida, nada se sabe de positivo; no obstante, algunos autores suponen, que dado el gran número de hombres que en la antigüedad llevaban el nombre de — Cæsones —, algunos de ellos debían haber sido extraídos del vientre de la madre en plena vida.

Por el testimonio ocular de Felkín Ploss-Bartels, vol. I pág. 316), sabemos que en los pueblos incultos, se practica también el tallo cesáreo en vida; en efecto, el propio autor refiere un caso de esta operación en vida que presencié en Uganda, Africa central.

François Rousset, fué el primero en trabajar científicamente sobre la cesárea (Traité nouveau de l' Hysterotomie ou enfantement cæsarien etc. París 1581.) La monografía de Rousset recomendando con calor la cesárea en vida, fué practicada por el cirujano Jeremías Fraitmann de Wittenberg en 21 Abril de 1610, con motivo de una hernia *uteri gravidæ*, de cuyo caso hace mencion Daniel Sennert, que lo presencié.

Durante el siglo XVII, la operación cesárea fué descrita de nuevo y su técnica reproducida gráficamente, como lo demuestran los grabados de las obras de Sculetus y Scipione Mercurio. Al propio tiempo, tenía la cesárea en vida acérrimos contrarios en Paré, su discípulo Guillemeau y Moriceau más tarde. En el siglo XVIII, recibió la operación grandes empujes, gracias á Simón y á Levret, sobretodo por parte de este último, quién procuró establecer mayor exactitud en las indicaciones que hasta aquella fecha tenía, limitándolas á los grados extremos de estrechez pelvica. En 1806, nos describe Jörg su sección abdomino-vaginal. Algo más tarde (1821), Ritgen modifica el proceder de Jörg, practicando

la operación extraperitoneal en lugar de hacerla transperitoneal como la hacía éste, al propio tiempo que lateralizó la sección abdominal; como se vé, Ritgen esbozó ya, la cesárea extraperitoneal actual. La operación de Porro fué también vislumbrada por J. Michaelis médico de Harburg, y más tarde por Blundell (1825) quien extirpó con éxito el útero de cuatro perras preñadas. A mediados del siglo pasado, Baudeloque, siguiendo en parte los métodos de Jörg y Ritgen, lleva á cabo su gasterelytrotomía, operación repetida en aquella época, por tocólogos, ingleses y americanos, entre ellos Clarke y Duncan. El objeto de ellos, era el de practicar la cesárea baja, que bien podríamos apellidar atendiendo á la técnica por ellos empleada, hystérelýtrotomía. Durante los dos primeros tercios del siglo XIX, los resultados de la cesárea fueron verdaderamente malos, y en manos de algunos toólogos, desastrosos. Se comprende que así sucediera, pues la técnica defectuosa por un lado, las indicaciones inoportunas por otro, junto todo ello con la sepsis que rodeaba al cirujano, hacían de la cesárea una operación casi mortal para la madre y de no muy buen agüero para el feto.

Hemos de llegar pues al último tercio del siglo XIX, época moderna de la operación cesárea, para ver esta intervención encauzada en sus límites y descrita de un modo reglado, formando parte de la obstetricia, como una de sus operaciones más serias y útiles.

II

PARTICULARIDADES REFERENTES Á LA ANTI-ASEPSIA

EN LAS OPERACIONES CESÁREAS

Ninguna de las intervenciones obstétricas ha beneficiado tanto de los conocimientos anti-asepticos, como el tallo cesáreo. Los trabajos y descubrimientos de Semmelweis, Koch y Posteur, prepararon en gran parte los señalados triunfos alcanzados por Sãnger al reglamentar la técnica y aplicar tales conocimientos á la cesárea.

Los principios anti-asepticos, aplicados primeramente durante el acto operatorio, lo fueron mas tarde por Leopold para fines profilácticos, á cuyo efecto, recomendó de un modo sistemático, las irrigaciones vaginales antisépticas practicadas algún tiempo antes de intervenir. Hoy no se toman ya en consideración la recomendaciones de dicho autor, pues gra-

cias á los trabajos de Menge y Krönig, se ha demostrado, que la vagina y cervix de la embarazada normal, no solamente están libres de bacterias patógenas, si que además, las secreciones que en dichos organos tienen lugar, están dotadas de poder bactericida.

Veit (1900) consideró como requisito para establecer la indicación relativa de cesárea, el no haberse practicado ningún tacto vaginal desde tres semanas antes de la operación. El temor de infección peritoneal por parte del líquido amniótico, motivó, el que Fournier (1901) recomendase la «Énucleation de l'œuf humain», ó sea, el extraer el feto y anexos en masa, sin abrir para nada las membranas. La idea es exagerada y difícil en la práctica, así es, que no ha progresado.

El peligro esta en la contaminación de la gran serosa peritoneal, por parte de los gérmenes que puede contener el líquido amniótico y la cavidad del útero. Por eso, hay que tener un cuidado especial, cuando de esta operación se trate, en abstenerse de tactar la vagina algunas semanas antes de intervenir; claro está que si no se ha hecho el diagnóstico prematuramente, ni se ha podido sentar todavía una indicación exacta, se hará no obstante el tacto vaginal, en el momento que sea este conveniente, si bien llevandolo al extremo, en orden á su limpieza. Si las tactos hubiesen menudeado en la última época del embarazo, es indispensable practicar frecuentes irrigaciones antisépticas, algunos dias antes de la operación cesárea.

En los casos limpios, la penetración de líquido amniótico en la cavidad abdominal, es una contingencia de escasa monta, pero en cambio, será de pronóstico muy sombrío, si el caso fuese señalado como impuro.

PRIMERA PARTE

TÉCNICA Y VARIANTES

DE LAS

SECCIONES CESÁREAS, CONSERVADORAS Y RADICALES

Atravesando actualmente la obstetricia una era verdaderamente quirúrgica, muchas de las cuestiones tocológicas que antes se resolvían quirúrgicamente, se las soluciona hoy, por procedimientos cruentos; resultado pues, que ya no se concibe el tocólogo de antaño, que resolvía todos

los casos obstétricos, sin tomar jamás el bisturi.

El parto artificial, es el que más ha beneficiado de estas nuevas orientaciones, siendo el mismo, el principal deudor á la cirugía obstétrica. Así mismo, el alto rumbo que esta vá alcanzando, es resultado de los mejoramientos de la técnica quirúrgica en general, y de la ginecología particularmente.

En la primera parte de este trabajo expondremos la técnica de todos los métodos cesáreos y de sus distintas variantes, que están á la orden del día.

El estudio crítico de los mismos, se irá haciendo en parte al hablar de la técnica, y en lo restante, al sentar las indicaciones de los distintos métodos de operaciones cesáreas.

III

SECCIONES CESAREAS ABDOMINALES CONSERVADORAS

A. CESÁREA CLÁSICA. — Vamos á describir la operación reglamentada por Saenger en 1885, y adoptada al proceder de técnica actual.

Preparación, desinfección y narcosis, propias de toda laparotomía. Cuando la paciente está cloroformizada, recibe una inyección de érgotina en el músculo y por sobre de la fascia lata.

Antes de abrir el abdomen, el ayudante coloca el útero en la parte media del mismo, en cuya situación, lo mantiene fijo con ambas manos; se incide la pared abdominal por un corte medio-longitudinal de Lennander, desde el nivel del ombligo, hasta unos 6 centímetros por encima de la sínfisis, prolongando el corte, si es necesario, por encima del ombligo. Los bordes de la incisión abdominal, se separan, y se bascula el útero hácia adelante, con lo cual se logra la eventración de dicho órgano.

Fuera el útero de la cavidad abdominal, se cierra provisionalmente el abdomen por detrás del mismo, mediante dos pinzas Museux, que abarcan los bordes de la herida; compresas convenientemente colocadas, aislarán completamente el útero de su alrededor, para evitar la irrupción de líquido amniótico en la cavidad del vientre. Otro asistente comprimirá fuertemente la región cervical del útero mantenido fijo por el primer ayudante; se secciona longitudinalmente el útero por la pared anterior en una longitud de 12 á 16 centímetros, desde el fondo hasta cerca del segmento inferior, pero sin llegar al nivel en que el peritóneo deja de adherirse á la

pared uterina, de la cual está en lo sucesivo separado por tejido conjuntivo laxo, para luego desprenderse completamente y formar la plica anterior; al cortar el útero, se tendrá cuidado en no herir al feto. Si al seccionar el útero, no se ha abierto la cavidad del huevo, se hará luego por corte especial. El feto es extraído rápidamente por los pies ó por la cabeza.

Al incidir las membranas, el líquido amniótico mezclado con sangre, invade el campo operatorio, en cuyo momento los ayudantes redoblan las precauciones, para impedir la penetración de dichos líquidos en la cavidad del abdomen. Corte del cordón entre dos pinzas y separación de la criatura.

La inserción placentaria en el sitio de sección, no supone gran contrariedad; el corte puede alcanzar por completo la placenta, ó bien se desprende esta por un borde, para dejar paso á la salida del feto. Una vez extraído éste, la placenta suele desprenderse rápida y espontáneamente gracias á la enérgica contracción uterina, ó bien, se desinserta manualmente junto con las membranas.

Hecha la extracción de la placenta y membranas (la decidua se deja intacta), se procede á la sutura uterina. El primer plano, de sutura entrecortada, cuyos puntos están unos 2 centímetros separados y penetrando a 1 centímetro de los bordes de la herida, abarca la pared uterina en todo su espesor, pero dejando la decidua intacta; colocada la serie de puntos, el asistente coapta los bordes de la herida uterina, al propio tiempo que el operador anuda los puntos, teniendo cuidado al apretarlos, de que no queden ni flojos ni tan atirantados, que corten el tejido. El segundo plano de sutura entrecortada también ó á punto seguido, coge la serosa y una delgadísima porción de la capa muscular. Si esta última sutura ha sido bien practicada, no suele haber hemorragia, de lo contrario, hay que aplicar algún punto secundario, para asegurar una perfecta coaptación de los bordes.

Practicada la sutura uterina, el ayudante deja de hacer la compresión manual de la cervix. Si ahora no hay ningún sitio que sangre, y el útero está bien contraído, se secan las paredes del mismo, con gasa; se retiran las pinzas de Museux que servían para coaptar la incisión del vientre, y el útero es repuesto en la cavidad abdominal.

Si el epiploon ó los intestinos no salen al exterior no hay que tocarlos para nada.

La sutura de las paredes abdominales, se practica según el proceder usual de laparotomía, propio del operador.

Apósito con gasa yodofórmica y aglutinante.

Ligera compresión uterina, mediante un saco de arena convenientemente colocado, durante las primeras 24 horas. En lo sucesivo, vendaje — de cuerpo — compresor.

Cuidados ulteriores, propios de laparotomía.

Hay que vigilar no obstante los pechos y la excreción loquial.

a) P. Müller (1892) modifica la incisión uterina de Säger, por la «incisión longitudinal del fondo», que abarca además una pequeña parte de las paredes anterior y posterior del útero, absteniéndose de prolongar las incisiones anterior y posterior, para no alcanzar con ellas la parte inferior, que dada su mayor delgadez se dificultaría la coaptación ulterior de los bordes de la herida y de aquí mayor dificultad para la hemostasia.

Algo más tarde Olshausen (*Deutsche Klinik 1904*) modifica á su vez la incisión fundal, según el sitio en donde la placenta esta inserta. Al efecto, se orienta antes de incidir el útero, del sitio que aquella ocupa, valiéndose para tal diagnóstico, del llamado «signo de los ligamentos redondos», del dato que suministra la elevación de la pared correspondiente al nivel de la inserción placentaria, ó todavía mejor, del suministrado por el desarrollo vascular en el sitio indicado. Como quiera que estos signos no pueden apreciarse siempre y su valor no es tampoco absoluto, practica primero un corte del fondo puramente, reservando la dirección sucesiva que ha de seguir aquel, según el sitio de inserción placentaria, demostrado por el tacto del dedo introducido á través del pequeño corte primitivo; si esta se halla en la pared anterior, prolonga el corte posteriormente y viceversa.

El corte fundal de Olshausen, es indiscutiblemente más científico y preciso que el medio-anterior de Säger; no obstante, en la práctica, no tiene muy grandes ventajas, puesto que, como ya dijimos, la sección de la masa placentaria, no tiene tampoco muy grandes inconvenientes, á más de que, por la sección anterior, puede generalmente evitarse la sección de aquella.

Hace pocos años, que practica Fritsch la «incisión transversal del fondo del útero», abarcando con la misma, el espacio comprendido entre los dos ángulos tubo-uterinos. Las ventajas de este método, dependen de la dirección y sitio del corte. Por la primera, la hemorragia es menor, ya que el corte sigue la dirección de los vasos, el músculo uterino se retrae con mayor energía por ser menor el número de fascículos musculares seccionados y por fin solo en rarísimos casos, se alcanza la placenta. Por el sitio de la incisión, no es tan fácil la penetración de líquido amniótico en la cavidad abdominal, dada la facilidad de aislar el fondo. Además, sien-

do la incisión transversal, habrá incongruencia entre las cicatrices uterina y abdominal, lo que ha de ser poco propicio para la formación de adherencias cicatriciales entre ambas líneas de sutura. Otra ventaja hallo en este procedimiento y es, la facilidad con que puede practicarse el masaje del segmento inferior del útero, antes y después de cerrar el abdomen, en caso de atonía uterina, en que presta aquella maniobra, señalados servicios. Por fin, es sumamente cómodo, cuando después del tallo cesáreo, ha de seguir la esterilización de la mujer.

El método de Fritsch, tiene gran número de partidarios, ya que apesar de ser de fecha reciente (1897) se llevan practicadas unas 300 cesáreas por el mismo. Según Deoderlein, es el método del porvenir.

Después de haber puesto tanto en el activo de la incisión fundal transversal, vamos á ver si las ventajas del procedimiento son inexcusables.

En general, los autores de Europa y América, continúan fieles á la incisión media longitudinal anterior. En la clínica de V. Braunn, se compararon dos series de cesáreas, una de ellas por incisión uterina longitudinal y la otra por incisión transversal; resultado fué, que no varió la mortalidad ni la morbilidad en ambas series.

La hemorragia en el método longitudinal, no suele ser muy grande, ya que raras veces se cortan vasos de mediano calibre y son relativamente pocos, los casos en los cuales se hace necesaria la aplicación de ligaduras aisladas; además, la principal fuente hemorrágica, la dá las venas. Ya veremos más tarde los recursos especiales de que disponemos, para luchar contra la hemorragia, sin necesidad de incidir transversalmente. Respecto á la retracción momentánea del músculo uterino, recientes experimentos tienden á demostrar, que esta se debe mas bien á las fibras elásticas, que á las musculares.

La aglutinación de las dos heridas, aunque bastante frecuente todavía, vá disminuyendo gracias al empleo de buenos catguts.

El único inconveniente que hallan los contrarios á la incisión transversal, es que según ellos, predispone esta, á las adherencias del fondo con el intestino delgado, y á este propósito, se cita el caso de Josephson, en el cual semejante sinfisis determinó un íleus mortal.

Después de todas estas consideraciones razonadas, opino, que el favor está no obstante, de parte del método transversal, y si este no se practica más, será tal vez por el habito, de incidir el útero longitudinalmente, pero no, porqué este último procedimiento sea mejor. No hay que olvidar también, que la sección fundal longitudinal de Olshausen, evita gran parte de los inconvenientes del corte medio longitudinal anterior, mejoramiento que sostiene principalmente al método longitudinal.

Contados operadores, Cohnstein entre ellos, seccionan el útero por la pared posterior, con el objeto de drenar directamente la herida através del fondo de Douglas. Si tenemos en cuenta que en los casos limpios no se practica tal drenaje, y que en los casos sépticos disponemos (como más adelante veremos), de mejores recursos, y por fin las dificultades técnicas que dicha sección posterior suponen, se comprenderá que el método no tenga aceptación.

b) La importancia que la sutura tiene en la operación cesárea ha originado grandes discusiones respecto al material que debía emplearse y al modo de practicarla.

Sänger usó el hilo de plata, lo propio que Schauta hasta 1889, por la facilidad de desinfectar dicho material, porque no corta los tejidos y por no ser permeable. Su uso procuró á este último autor, una brillante estadística de 15 casos de operación. Luego entró en boga el crin de Florencia que también se empleó bastante.

Un cuerpo tan extraño como es la plata en los tejidos y tan engorroso de anudar, es natural que fuese substituído pronto por otros medios; en efecto, todo el mundo emplea hoy la seda ó el catgut. Las opiniones andan divididas respecto á la preferencia que debe darse á uno ú otro de estos materiales. No obstante, los progresos alcanzados en la preparación del catgut, hacen que este material vaya ganando terreno entre los operadores más experimentados, (pues para los poco prácticos, es recomendable la seda por ser de más fácil manejo). El desideratum entre los catguts, lo alcanza el cumol-catgut, pues está esterilizado en seco á la temperatura de 160 grados, es blando, ligeramenre untoso y tarda 2 semanas en reabsorberse (expedido por la firma Dronkre de Köln-Ehrenfeld a Rh.); en orden de bondad, le siguen el catgut iódico y el formaldehydico según Hofmeister. (endurecido por la formalina y hervido en agua). Los catguts sublimado y crónico, aunque bien esterilizados y difíciles de reabsorver (sobre todo el último), son en cambio muy rígidos y de difícil manejo. Munchemayer (1890), en una autopsia que practicó, halló puntos de catgut en la sutura de un útero cesareado 9 meses antes.

En general, me declaro partidario del catgut, ya que la seda por su permeabilidad, establece siempre un pequeño drenaje, apto á la infección, que de haberla ocasiona frecuentemente fístulas de persistencia muy engorrosa. Aunque recomiende el buen catgut, señalaré la necesidad de anudar perfectamente los puntos de sutura uterina, pues se ha registrado algún caso, el de Abel p. ej., que por no haberlos anudado conveniente-

mente, perdió una enferma á las 16 horas de la operación; en la autopsia, se halló el útero entreabierto por haberse aflojado algunos puntos y soltado los demás.

En cuanto á la manera de practicar la sutura, diremos que, es preciso no comprender en ella la decídua (cosa rocomendada ya por Säenger), á fin de no establecer comunicación entre la cavidad uterina, paredes del útero y peritáneo, haciendo así més difícil la propagación de una posible infección genital. Claro está, que si la cavidad uterina se mantuviese completamente aséptica, no implicaría cuidado el haber interesado la mucosa de aquella.

Olshausen, practica un plano de sutura entrecortada, que comprende el músculo uterino, y otro continuo para el revestimiento seroso; Schauta hace las dos suturas entrecortadas; Ahlfeld sutura profunda sero muscular, y algún punto superficial, sero-muscular también; Bumm, sutura continua muscular (catgut) en 2-3 planos, y por sobre sutura de Lembert (seda fina).

A pesar de esta variedad quedan en pié, los principios de Säenger, —sutura exacta y gruesa, pero que no abarque la decídua—.

J. M. VILAPLANA

(Continuará)

EL ANTICEPTICISMO EN OBSTETRICIA

SU HOY Y SU MAÑANA

Mi querido maestro el Dr. Márques, en la sesión inaugural de la Academia Médico-Quirúrgica Española, del presente año (6 Noviembre) se lamenta al estudiar el complejo problema sobre *errores respecto al uso de cristales en los defectos de la vista* del vulgo médico (después de pasar revista al vulgar vulgo, al vulgo ilustrado) y del vulgo especialista, y al leer su preciosa y ranozada memoria, me hacía pensar la gran semejanza que muchas de sus palabras é ideas, pudieran tener aplicadas á los estudios obstétricos y muy principalmente á lo que pudiéramos llamar *practicaje obstétrico*.

Valgan nuestros grandes entusiasmos y nuestro escaso conocimien-

to acerca de como se *practica prácticamente* la asistencia á los partos, bajo los *conceptos de asepsia y antisepsia*, para estudiar someramente este capítulo tokúrgico tan interesantísimo por todos conceptos, escudándonos en primer término en palabras pronunciadas por el ilustre oftalmólogo que si necesarias resultan en él, nos convienen muy mucho á nosotros á guisa de aclaración. «Si alguien cree que trato de erigirme pretenciosamente en *dómine*, diré que los ignorantes—en el número de los cuales me apresuro desde luego á incluirme, si es que ya el lector no me ahorró ese trabajo—son legión infinita y hasta me atreveré á decir que, en grado mayor ó menor lo son todos, aún incluyendo aquellos de más sabios registrados, ya que, el tan manoseado *Ars longa vita brevis*, del padre inmortal de la Medicina, no consiente hoy ya enciclopedistas, sino á lo sumo sabios parciales en la rama especial que cultivan.»

Hecha esta apreciación, entramos en materia.

Todo el mundo tiene derecho y se lo toma por tanto para hablar de partos y lo que es de peores consecuencias, para asistirlos. El que no sabe nada y de nada habla con fundamento; el que admira á la mujer porque cree y supone que se lo hace todo ella; el que diciérne á estilo de antojadizo y se le antoja, por lo tanto, asegurar que los partos son *peccata minuta*; la que parió una vez y da consejas; al marido que vió *dar á luz*; el padre de su hija, la nieta de su abuela.

Todos saben: aquel que, con ser particanta se cree *dómine*; el más aventajado que termina la carrera, sin haber *hechado la vista encima* á la materialidad de un mecanismo normal de parturición; el que profesa ésta, entre otras muchas especialidades por creer que una sola *es demasiado poco*.

Todos saben, todos hablan, y lo que es peor, todos practican; el vulgar vulgo, el vulgo ilustrado ó el ilustre vulgo, el vulgo médico, el vulgo especialista. Así andan á la orden del día de fiebres puerperales, de todas clases de terminación, los prolapsos uterinos, las fístulas en sus variadas formas, las hemorragias por atonía, las tetanizaciones irreducibles, desgarros bajos y altos, la infinidad de procesos mamarios, la infinidad de muertes intrauterinas, verdaderos *feticidios* á ocultas de la luz solar, etc. etc; en una palabra, toda clase de *incongruencias obstétricas*. Que en este estudio sentido, más valiera resucitar los hechos de la raza hebraica, cuya intervención reduciáse tan solo a consejos (*de palabra*) y colocar á la parturienta en buena disposición, para facilitar la expulsión del feto.

Hablar de errores en obstetricia, es como decir verdades á montón.

nes es demostrar como se especializa y como se trabaja, como se entiende y como se prepara, y en este sentido, esta ciencia, que no sé porque llegó á manos de ineptos, sigue cultivándose, a estilo de la cirugía menor que puede alcanzar el *ingenio* rústico de un sangrador de aldea.

Hablar de errores en Obstetricia, significa revisar el *rutinarismo doctrinal*, llamémosle así, del vulgar vulgo, del vulgo ilustrado, del vulgo médico y de ese vulgo especialista (comadres, parteras, practicantes, médicos generales y denominados especialistas) nacido en espontáneas corruptelas de mercantilismos, más vulgo, de lo que vulgarmente pudiere creerse. ¡Lástima de ciencia castrada tantas veces y tantas veces triunfadora por influjo de esa soberana resistencia, que, la lucha por la vida, hace renacer constantemente en el organismo humano!

Intervienen en la práctica muchas veces, un primer grupo de personajes que para su más pronta desaparición deseara, renováranse los tiempos del famoso *Areópago* de la antigua Grecia, el cual rechazaba á la infinidad de comadres que dedicábanse al ejercicio de la Medicina, principalmente en lo referente á la especialidad que nos ocupa.

Buena falta hiciera otro Tribunal Supremo como aquel que dictara parecidas órdenes, y obligase á cumplirlas.

Porque, ¿qué concepto pueden tener de lo que es asepsia y antisepsia, estas ciudadanas que campean por sus respetos? Dónde aprendieron, dónde *sintieron* su necesidad?

Ved quienes son:

La comadre, estilo de cuento historieta, que con los brazos en jarras, cuenta sus éxitos de partera meritísima; la tildada con un título de *experimentadora*, en razón de que, desde muchos años, *ayuda* á decrecer la cifra de natalidad; la ya *aficiosa* que pavonea con sus modales de sapiencia, el título de profesora, que ha muchos años, pero muchos, supo alcanzar por peritaje embrionario, nacido en el manual elementísimo *de mala manera deletreado*; la ya más *carecterizada* que sabe lo que quiere de antisepsia, aún cuando no conocen lo que es asepsia y que masculló algo en sus comedidos estudios teóricos.

Con tales mujeres, bien están las demás mujeres, pues no parece otra cosa sino que reinara el *Korán*, prohibiendo á los hombres el reconocimiento y las misma mujeres tuvieran escrúpulos en ser asistidas. Que en esto, aún en pleno siglo XX, habría mucho que decir.

Pero avancemos hasta el otro polo de la cadena obstétrica.

También podemos hacer nosotros una clasificación de *médicos* que

tratan cuestiones de la especialidad, con la singularidad de que aquí, las clasificaciones pudieran ser incontables, según de qué base clasificadora nos sirviéramos.

Bajo el concepto de asepsia y antisepsia, nosotros admitimos la siguiente:

1.º Los que asisten partos y se lavan las manos en agua más ó menos clara; que tiran del cordón para terminar pronto, que no les importa un diagnóstico: que dicen que los antisépticos son una especie de mito y se contenta con la ingeniosa teoría, de la *fiebre de la leche*, para explicárselo todo y no hacer nada combatiendo el proceso puerperal infeccioso que se avecina.

2.º Los que asisten partos y piensan en el tubito de sublimado; en el cordonete que no esté muy súcio; en el agua emplada pero no admiten *eso* de la asepsis de los antebrazos; y saben esperar *demasido*, desconociendo, sin embargo, que esperar, esperando mucho, es tanto ó más peligroso que el no esperar.

3.º Los que asisten partos y no desconocen que existe un forceps, y lo que es una versión y la importancia de un diagnóstico previsor y la no menos de una asepsia convincente, *pero* que, sin embargo, se lavan las manos mejor después que antes de tactar; ó se las desinfectan al igual que los antebrazos concienzudamente, *pero* se secan en toalla que una pariente de la gestante le ofrece, creida de que eso de tener las manos húmedas al reconocer pueden dañar á la parturiente.

Cuantas desgracias son debidas á este grupo.

4.º Los que asisten partos y se atreven a intervenir en ellos, en caso ó no de distocia, cuya intervención se reduce única y exclusivamente al uso del forceps, para lo cual no es necesario más que un poquito de vaselina para las ramas y un fuerte tractor que no se rompa, ni desenganche, cuando los impulsos hercúleos de dos brazos tiran para fuera. En esta clase se abusa de las aplicaciones de *forceps de complacencia*. Bajo el concepto de asepsia, pueden agruparse en esta sección los que desconocen que tactar con frecuencia *es rebajar las garantías absolutas de asepsis*.

5.º Los que asisten partos, con conocimientos de causa, llenando toda clase de indicaciones y que saben, por tanto, lo que significan puericultura y profilaxia, en los innumerables momentos del embarazo parto y puerperio; que saben que ginecología y obstetricia deben ser una misma cosa en el terreno práctico dando un mentís en esto á la oficiosidad de un decreto contrario á ella y por fortuna abolido hace muy poco tiempo.

6.º Los verdaderos especialistas.

Pudiéramos subdividir estos grupos nuevamente, que la materia que tratamos es bien elástica, pero en atención á que toda clasificación debe ser lo más concreta y reducida posible, nos abstenemos. Basta decir que los personajes de esta división pueden caracterizarse por reunir mayor ó menor número de requisitos de los apuntados en cada grupo.

El practicaje obstétrico que se estila, como se ve, es vario; el modo como se entiende el antisepcismo en nuestra época, no puede ser ni más diversás ni más heterogéneo. En la importancia inmensa que en la evolución vital del aparato genésico tiene, contrasta esta deficiencia, la cual no escapó por desgracia, pese á las defensas y á la textura orgánica, que el buen Dios sabedor del porvenir, supo donar como modelo de organización funcional ó anatómica.

El septicismo, por el contrario, reina, y la poltrona en que se asienta es ocupada por infinidad de legiones de llamados tocólogos, á los cuales ni siquiera puede dárseles el título de *amateurs*, por cuanto no lo toma por *sport*, ni por verdadera vocación.

La reglamentación en la asistencia á los partos, mientras llegue el día en que se considera al igual que la de un acto quirúrgico, se impone, requiriendo sucesivos mejoramientos de ineludible necesidad. Saber lo que se hace, porque se hace, saber hacerlo á tiempo y no á deshora; hacer ciencia en pro de la misma enfermedad y por la misma ciencia, que no puede circunscribirse á moldes arcaicos se impone como medida de urgencia; el *statuo quo* que domina, debe ser arrastrado por un mañana regenerador, humanitario, progresista.

La cultura tocológica en nuestro país — como dice el Dr. Recasens — no es necesariamente tan grande como fuera de desear, y consecuencia de ello y de la aberración que significa un decreto que autoriza á los practicantes á la asistencia á partos (como si no fuera bastante la ignorancia de las comadronas) ha de hacer pasar algunos años para que las estadísticas de morbilidad, y mortalidad, alcancen en la práctica privada el mínimun que señalamos para las maternidades, pero ello vendrá por la luz que se desprende de los centros, donde se enseña como es debido, ha de alcanzar hasta los últimos rincones.

Decía el ilustre Pajot: «El embarazo no crea ninguna propiedad.» Es bien cierta esta frase, tal como la aplicaba al organismo gestante; pero de seguro que al ilustre tocólogo no se le pasara que el embarazo crea la propiedad de muchos abusos, de grandes males, amparados

bajo la túnica sagrada de la ciencia; crea á nuestro entender *el impuesto de la muerte*.

Se impone—repetimos— una mañana legal, libre de corruptelas y rutinarismos, para que la celebrada frase del ilustre Recasens de que «la función cuyo fin es dar vida, no llegue nunca á ser causa de la muerte» sea un hecho, lo más exacto, dentro de la apreciaciones siempre relativas de la Medicina humana.

DR. SALVADOR CLAVIJO

La Medicina Práctica, año IX núm. 106.—S. Fernando (Cadiz) 15 Diciembre 1910

CUERPO EXTRAÑO EN EL EXÓFAGO

Es presentado á nuestra consulta el niño J. P., de 5 años de edad, natural de San Feliu de Guixols, que según explicaciones de sus padres, hacía ocho dias se había tragado una moneda de cinco céntimos que le entregara un pariente suyo. De momento se hicieron diversas maniobras, resultando todas inútiles, á pesar de provocar grandes accesos de tos, que en algunos casos son suficientes para la expulsión de un cuerpo extraño. Esta circunstancia era un dato á tenerse en cuenta para desde luego suponer que la moneda debía ser detenida á bastante profundidad en el exófago, ya que si lo hubiera sido al nivel de la laringe, es probable y casi seguro que con todos aquellos esfuerzos se habría expulsado.

Se hacen diversas tentativas por algún médico de la localidad, resultando inútiles, continuando el niño presentando una serie de trastornos, testimonio seguro de que la moneda persiste detenida en el mismo sitio.

Hay alguna dificultad para la respiración y para la fonación probablemente debido á compresión; imposibilidad absoluta para la deglución de alimentos sólidos, y tan sólo y muy despacio puede llegar á ingerir pequeñas cantidades de leche; si se trata de dársela en mayor cantidad, no es posible, sobreviniendo vómitos.

En esta situación era preciso conocer el punto donde se encontra-

ba el cuerpo extraño, y á este fin, fué hecha la adjunta radiografía por



nuestro distinguido amigo y compañero D. Jaime Figueras, lo cual nos comprobó la existencia de la moneda, colocada en posición completamente transversal y correspondiendo su situación á la altura de la primera costilla, túvose buen cuidado en que la proyección fuera perfectamente vertical. Conocida ya la situación de la moneda, nos decidimos á su extracción. Sostenido el niño por nuestro compañero Sr. Figueras, en la forma que de ordinario se practica la intubación laringea, con la cabeza en extensión completa, intentamos extraer la moneda con la pinza esofágica de Collin, lo que no nos fué posible,

apelando entonces al gancho esofágico de Kirmisson, de todos conocido.

Dimos al tallo una corvadura conveniente, y sirviéndonos de guía el índice de la mano izquierda, se introdujo el instrumento en la faringe, rozando su extremidad con la pared posterior, con lo que se evita con mayor facilidad, la introducción del instrumento en la laringe. Salvado, pues, este obstáculo, seguimos introduciendo el instrumento hasta la medida conveniente, que de antemano, y de una manera aproximada ya se ha fijado y cuando tenemos la seguridad de que el gancho, está por debajo de la moneda, habiendo pasado por detrás de ella, hacemos un pequeño movimiento hácia adelante y tiramos: una sensación de resistencia enérgicamente vencida y la extracción de la moneda fué cuestión de segundos.

Durante todas estas manipulaciones, el niño protestaba violentamente; hecha la extracción, quedó completamente tranquilo y contento, sin acusar más que las molestias consecutivas á la violencia del traumatismo. Sin duda alguna la resistencia que fué preciso vencer, era debida á un espasmo de las paredes esofágicas, lo que daba lugar á un verdadero engastamiento de la moneda.

DR. F. COLL TURBAU.

Gerona, Enero de 1911.

del Hospital provincial.