Sesión Científica del 27 de abril de 1918

PRESIDENCIA: DOCTOR CARULLA

La vía extraperitoneal en Tocología

POR EL DOCTOR NUBIOLA

La obstetricia actual puede decirse que ha conseguido la resolución completa de los graves problemas terapéuticos suscitados por las distocias por vicios de conformación de la pelvis, que tanto dieron que discurrir a nuestros antecesores; y no solamente se han agotado los conflictos considerados casi como irresolubles sin sacrificar la vida del feto, sino que además puede el práctico optar en cada caso por una de diversas intervenciones ajustando su conducta a su criterio, experiencia y preferencias.

En las estrecheces de la pelvis que no permiten el paso de un feto normal cabe recurrir a la cesárea abdominal clásica o conservadora y a las pelvitomías (pubiotomía y sínfisiotomía) y aun al parto prematuro, si el grado de la estrechez no es muy considerable; de serlo, forzoso será recurrir a la vía abdominal. Pero en el caso de existir además del vicio pélvico una infección ovular, una infección puerperal en útero lleno, antes del parto, como cuando sin existir síntomas de infección cabe sospechar que la cavidad del útero y el líquido amniótico no son estériles (manipulaciones repetid s, rotura prematura de membranas, etc.), la intervención por vía abdominal consigue su finalidad en cuanto a la obtención del feto, pero vulnerando la cavidad de la gran serosa peritoneal, pudiendo convertirse en una verdadera inoculación determinante de una peritonitis mortal.

Aquel *miedo al peritoneo* de que hablaba Rull y Artós en los albores de la asepsia han vuelto a sentirlo los tocólogos al practicar una cesárea obligados por la reducción de la pelvis o por otra causa habiendo comenzado el parto y estando abierto el huevo: esto fué lo que dió lugar a que Frank en 1907 practicara una cesárea extraperitoneal, no perfecta pero que señalaba el camino a seguir.

De esta vía extraperitoneal voy a ocuparme en la presente comunicación a esta ilustre Academia, con el deseo de señalar, además de las características de la intervención, el lugar que le corresponde ocupar en la tocurgia.

A últimos del siglo XIX y en el primer decenio del actual se estableció un dualismo entre los tocólogos respecto de la terapéutica de las estrecheces pelvianas; partidarios unos de la operación cesárea otra vez en boga después de la monografía de Saenger (1882), entusiastas otros de las pelvitomías, de la sínfisiotomía ponderada en Italia por Morisani (1881) y por Pinard en Francia, y de la pubiotomía recomendada por Gigli (1894) y practicada con éxito por Bonardi (1897).

La cesárea, hablamos de la elásica o conservadora, ha ido sumando cada vez más partidarios; la pubiotomía se sigue aún practicando, pero casi puede decirse que en la actualidad sólo es defendida, aun cuando con reticencias y limitaciones, por la escuela de Cantón (de Buenos Aires), y con absoluto convencimiento por nuestra escuela de Barcelona. Ya he tratado extensamente en otro lugar (*Rev. Esp. de Obst. y Gin.*) de las causas de esta postergación, a nuestro entender completamente injusta y que opinamos no ha de prevalecer; dicho en pocas palabras, obedece a que al intentar practicarla, si es un partero se siente poco cirujano y si es un operador se reconoce poco partero.

Yo no puedo consentir que se considere a la pubiotomía como una operación arriesgada ni de enojosas consecuencias, cuando año tras año en la clínica de obstetricia de esta Facultad de Medicina así como en la práctica particular vengo practicándola *con éxito absoluto*; y téngase aún en cuenta que en mi estadística el número de primíparas supera al de multíparas y que algunas veces hemos repetido la intervención en otro embarazo de la misma mujer.

La ventaja, ésta innegable, de la cesárea clásica, es su sencillez: bien dijo Mouchotte: son dos incisiones y dos suturas; es a buen seguro de las más sencillas entre las intervenciones abdominales.

Pero a pesar de su intrínseca sencillez y de los progresos conseguidos en la asepsia y en la técnica, no carece de riesgos, el menor de ellos la hemorragia, pero sobre todo los dependientes de la sutura uterina tanto por lo que respecta a la posible rotura del órgano en una gestación ulterior como por las adherencias con los intestinos y epiploon a que frecuentemente expone, y aun peor que esto la posible contaminación de la serosa peritoneal de no estar el huevo exento de gérmenes en el momento de la intervención, además, claro está, de la contingencia de una hernia debida a la sutura de la pared abdominal.

Aceptemos que no deba temerse la hemorragia, que el útero se ha consolidado bien, que no se producen adherencias parietales ni viscerales, que la pared del abdomen queda firme; pero aun haciendo estas concesiones, cuando se trata de un huevo abierto, de un útero dilatado, y se teme que hayan llegado bacterias a la cavidad amniótica, el ánimo del operador no puede quedar tranquilo si decide y practica la cesárea, y si, como no tendría nada de sorprendente, la mujer fallece de peritonitis a los dos o tres días, han de aminorarse mucho los entusiasmos que sintiera por *la fácil operación*!

Como antes hemos dicho, la prioridad de la cesárea abdominal extraperitoneal corresponde a Frank, quien buscó llegar al útero despegando el peritoneo vesical hasta poder incindir el segmento inferior uterino y por él extraer el feto; pronto abandonó tan difícil técnica para intervenir transperitonealmente, esto es, penetrando en la cavidad peritoneal para seccionar el pliegue vésico-uterino y suturarlo al peritoneo parietal, aislando así la serosa de la región operatoria, por donde extraía el feto.

Esto fué perfeccionado por Sellheim y por Krönig; este último, para evitar el riesgo de adherencias y de que una infección puerperal post-partum se propagara al peritoneo, aísla la herida uterina suturando sobre la misma la vejiga que anteriormente desprende del útero.

Recordando las ideas de Ritgen (1820) y de Baudelocque sobrino (1824) orientadas en el sentido de abrir el útero por el abdomen sin atravesar el peritoneo, Küstner, Latzko y Doederlein se propusieron operar la extracción del feto por vía en absoluto extraperitoneal; el último de dichos autores procedía primero a la incisión inguinal empleada por Dührssen, pero últimamente optó por servirse de la incisión en la línea media. No insisto en más detalles, pues que pueden encontrarse en la Ginecología operatoria de Doederlein-Krönig, traducida al español y editada por la casa Salvat y C.ª de Barcelona.

La técnica de la operación extraperitoneal consiste en lo siguiente: se incinde la piel del abdomen en la línea media desde cuatro o cinco traveses de dedo del ombligo hasta el pubis y obrando con cautela se hace que la incisión comprenda toda la pared del abdomen a excepción del peritoneo, se penetra entonces con el dedo en el espacio prevesical buscando la parte lateral de la vejiga que no es muy difícil reconocer, pero puede hacerse más manifiesta introduciendo previamente en el reservorio vesical una mediana cantidad de líquido. Para hacer el campo operatorio más visible, un ayudante, mediante un separador ancho, atrae el borde de la herida abdominal que corresponde al lado elegido hacia la fosa ilíaca, mientras el tocólogo va procurando disociar el peritoneo de la aponeurosis sin tirar hacia sí de la serosa, llega un momento en que la mano del operador se encuentra en una hondonada en la que destacan dos elementos: el borde lateral de la vejiga y el repliegue peritoneal, que al terminar de tapizar la pared del abdomen se refleja hacia lo profundo para formar parte del ligamento ancho; no falta más entonces que coger con una mano, y aun preferible protegiéndola con una gasa, dicho repliegue de peritoneo para que dócilmente éste se deje levantar dejando al descubierto una relativamente amplia zona de pared uterina que surcan vasos. Una incisión oblicua no muy lateral en la delgada pared del segmento inferior del útero, huyendo de los vasos, permite llegar al huevo y al feto. Con la mano si es una presentación de nalgas o con un fórceps pequeño (no hace falta que sea un modelo especial) se extrae el feto y a continuación, por expresión del útero o por alumbramiento artificial los anejos fetales.

Se seca cuidadosamente el campo y se procede a la sutura del segmento inferior, cuya herida se reduce rápidamente al evacuarse el órgano, y después a la de la aponeurosis profunda y de los restantes elementos de la pared abdominal.

Si se cree conveniente puede dejarse desagüe por la pared del abdomen, por la vagina o por ambos puntos a la vez.

Confesados por el mismo Doederlein puede tropezarse con varios escollos: la rotura del peritoneo, esto puede obviarse fácilmente mediante la inmediata sutura del mismo; la herida o demasiada denudación del útero o de la vejiga, esto dependerá de que el operador en vez de buscar el campo hacia la fosa ilíaca que es el punto asequible se empeñe en buscarlo rechazando la vejiga hacia el lado contrario; la sección de vasos importantes y consiguiente hemorragia puede ser consecuencia de que el operador no se percate de que se encuentran en la pared del segmento inferior o bien de que la sección se ha llevado al borde lateral del órgano que es precisamente el más vascularizado; y por último que si al intervenir no se ha buscado con mesura pero con decisión llegar hasta el repliegue peritoneal de que

hemos hablado, se pierda el tiempo y la paciencia y se desista de operar por la vía extraperitoneal recurriendo a la cesárea clásica.

Al lado de estos y otros inconvenientes que puedan surgir deben consignarse las ventajas conseguidas.

1.ª y principal es la de no poner en contacto lo que se vierta o salga del útero con el peritoneo; 2.ª sección del útero en la zona del segmento inferior, zona adventicia del órgano que sólo se establece a últimos de embarazo y por tanto al sobrevenir la involución genital quedará reducida a la mínima expresión; 3.ª la sección del útero corresponde a un espacio conjuntivo y no puede contraer peligrosas adherencias; 4.ª si se trata de un caso séptico o sospechoso la sección del útero no tendrá graves consecuencias, pudiéndose aún establecer fácilmente el desagüe.

No puedo agregar a esto firmes conclusiones de una extensa práctica de la intervención; sólo la he practicado una vez. Del caso di cuenta en extenso en una comunicación al Instituto Médico-Farmacéutico de Barcelona.

Se trató de una albergada en la Clínica de Obstetricia (Hospital Clínico), primípara, de 28 años de edad, natural de Madrid, con una lesión en la rodilla derecha que apareció a los siete meses de edad, Esta lesión, según dictamen del doctor Cortés Lladó, de la Clínica Quirúrgica de Barcelona, corresponde a una osteítis deformante de la rodilla consecutiva a un traumatismo en la primera infancia y luxación secundaria. Había cortedad del miembro y escoliosis de compensación.

La pelvis era totalmente estrecha, infundibuliforme y oblicua hacia el lado izquierdo.

Los diámetros pélvicos: Biespinoso 20 cm., bicrestíleo 22, bitrocantéreo 25'5, sacropúbico externo 16'5, conjugado diagonal 10 cm., b squiático 7 cm.

El parto había comenzado a las 9 de la mañana y la intervención la realizamos a las 10'45 de la noche, o sea unas trece horas después, durante las que experimentaba la paciente intensas contracciones.

Huevo entero, cabeza del feto impulsada contra el estrecho superior infranqueable.

La intervención duró en conjunto catorce minutos.

Llegamos al peritoneo sin dificultad, pero al apoyar los dedos en él, pretendiendo atraerlo hacia la línea media, se produjo una herida o desgarro del mismo, de escasamente dos centímetros, que suturamos; aleccionados por ello buscamos llegar directamente a la zona más profunda, divisando en seguida la vejiga y el pliegue peritoneal que con verdadera sorpresa mía se dejó levantar con suma facilidad hasta donde juzgué necesario. La sección del segmento inferior, la extracción de la cabeza del feto con el fórceps y del resto del feto manualmente no ofrecieron dificultades; la herida no dió apenas sangre; segundos después de extraída la placenta con la mano, mientras me disponía a la sutura comenzó a fluir abundante sangre; el ayudante doctor Domingo Agustí consiguió que cesara rápidamente por medio del masaje del cuerpo del útero a través de la pared abdominal; la hemorragia procedía de la superficie correspondiente a la placenta, por atonía del órgano. El feto, de 3'250 gramos de peso y 50 cm. de longitud salió vivo y vivió.

La víspera de la intervención la paciente había sido sometida a la fotografía y radiografía, pues no considerábamos inminente el parto (por encontrarse la embarazada a mediados del noveno mes) y, por la falta de calefacción, contrajo un resfriado que por la anestesia dió lugar a que se determinara una extensa bronconeumonía que nos obligó a tener a la operada completamente sentada en cama desde el día siguiente a la intervención; afortunadamente, al décimotercero día de operada remitió la enfermedad respiratoria, dejando la operada la cama el día 18° del puerperio, saliendo del hospital dos días después.

En el citado caso, a pesar de nuestras preferencias por la pubiotomía, nos vimos obligados a la cesárea por tratarse de una pelvis que, además de la estrechez superior, por su forma de embudo y su reducción biisquiática no hubiera dejado pasar el feto aun cuando hubiéramos seccionado el pubis.

No se trataba de un caso séptico: el huevo estaba entero y sólo se le habían practicado dos tactos y éstos con todas las precauciones de rigor; podíamos, por tanto, recurrir a la cesárea clásica, pero pesaron en nuestro ánimo dos consideraciones: la convicción, por una parte, de que la vía extraperitoneal tenía para la paciente menos peligros que la peritoneal y por otra entendimos conveniente practicar aquella intervención para *hacernos* con la técnica de la misma.

Antes de que la operada saliera de la Clínica le practicamos un detenido reconocimiento: el útero había realizado perfectamente la involución; peloteaba por el tacto combinado como si nada se hubiera hecho, no se apreciaba la más pequeña induración en zona alguna de la pelvis.

La circunstancia de existir en la *Biblioteca de Catalunya* el fascículo de operaciones obstétricas del tratado publicado por Doederlein en 1917 me permite agregar algunos datos.

Respecto de la lesión del peritoneo, Roemer refiere que en 83 casos ocurrió 26 veces; Weibel (de la Clínica de Wertheim) dice ocurrió en el 28 % de 67 operaciones cesáreas extraperitoneales, «sin que de

ellas resultasen consecuencias desagradables». En la estadística de Bumm, que alcanza a 116 casos, en 22 ocurrió la rotura involuntaria del peritoneo.

Respecto de alcanzar el pliegue peritoneal para no pasar por el peritoneo, a Bumm no le fué posible 16 veces, por lo que tuvo que decidirse a operar en aquellos casos transperitonealmente.

Doederlein dice que habiendo comenzado 145 operaciones cesáreas extraperitoneales, en 8 casos «por causa de hemorragia o por no encontrar el pliegue peritoneal» tuvo que intervenir transperitonealmente, agregando que ahora esto le ocurre con mucha menor frecuencia. En los 145 casos de Doederlein las indicaciones fueron 135 por estrechez pélvica, 7 por eclampsia, 2 por placenta previa y 1 por cáncer adelantado. De los 145, 137 fueron operaciones extraperitoneales y de ellos murieron 9, cuatro por eclampsia y 3 por sepsis, 1 por parálisis cardíaca 3 horas después de la operación sin que la autopsia diera resultado positivo y 1 por hemorragia que no cesó a pesar del taponamiento. De los 8 casos en que la operación terminó siendo transperitoneal murieron tres: 1 por hemorragia debida a placenta previa central, 2 por hemorragia de la herida uterina extraperitoneal que fué ya el motivo de abrir el peritoneo.

Küstner en 103 cesáreas extraperitoneales tuvo dos defunciones, una en una jibosa por la anestesia y otra por tétano, afirmando el mismo autor que de las 103 operadas 53 eran infectadas o sospechosas de infección; algunas tenían fiebre y el líquido amniótico despedía mal olor.

Una estadística global de varios operadores llevada a cabo por Taniguchi (1913) refiriéndose a 449 casos de cesárea extraperitoneales encuentra una mortalidad materna de 7'35 %, que después de expurgar los casos de muerte no debida a la operación se reduce a 3'34 %; la mortalidad de recién nacidos fué de 5'91 %.

Estos datos demuestran principalmente que al practicar una cesárea extraperitoneal látero cervical como la apellida Doederlein, se ha de seguir una técnica cuidadosa y que tal procedimiento tiene también sus riesgos, pero a la vez, que la intervención es practicable y que mediante ella el operador puede lanzarse, con ánimo tranquilo, a extraer el feto por vía extraperitoneal tratándose de un caso séptico en el que o tiene que exponer a la madre a una peritonitis mortal tanto si practica la cesárea clásica conservadora como si recurre a la mutilante operación de Porro, o bien proceder a la denominada fístula úteroabdominal de Sellheim, no muy recomendable, si no acepta la vía extraperitoneal y no quiere sacrificar la vida del feto.

Los puntos a discutir son, aparte de este último que en mi concepto no la admite, si las dificultades técnicas de la cesárea extraperitoneal son compensadas por evitarse con ella los inconvenientes, antes indicados, de la cesárea conservadora peritoneal, ya que aquélla pone a cubierto de adherencias y roturas; y si no temiera ser tildado de optimista agregaría que andando el tiempo, si su empleo se generaliza, es posible que la primera resulte de menor mortalidad global. La cesárea extraperitoneal no se generalizará quizá por las mismas razones con que anteriormente justificábamos el poco favor de que actualmente goza la pubiotomía; se trata de una operación perfectamente tocológica, al cirujano le costará inclusive admitir que pueda llevarse a cabo, ya que desconoce la existencia del segmento inferior, la brecha se abre en una región que puede decirse no existe hasta últimos de embarazo, la extracción del feto se hace por un espacio reducido, requiere las maniobras obstétricas; al lado de esto la cesárea peritoneal es una histerotomía más, si el feto no pasa fácilmente se amplía la incisión: más se parece a una miomectomía que a las operaciones tocológicas. Este es el mayor de los inconvenientes con que luchará la operación de que tratamos y el que realmente dificultará, más que su técnica, que llegue a ser de empleo corriente. Pero, a pesar de todo, estoy persuadido de que al lado de la vía vaginal que hoy, en todos sentidos, poseemos, de las pelvitomías, que no quedarán nunca relegadas, y de la cesárea clásica, que igualmente por su simplicidad no dejará de practicarse, contamos para en adelante con la vía extraperitoneal; quizá se generalice a pesar de todo, quizá se utilice sólo en ciertos y determinados casos, pero en muchos será con mayor derecho que la inmolación del feto, que la embriotomía o brefotomía, esta última no contará ya con razón más o menos especiosa que pueda abonarla y podrá por fin ser tachada de los tratados de obstetricia.

HE DICHO

DISCUSION

El doctor A. ESQUERDO dice que no puede menos de felicitar al doctor Nubiola por el empeño que demuestra en buscar nuevos procedimientos, por la manera feliz como ha llevado a cabo la intervención en el caso referido y por el éxito obtenido.

No obstante, dice que la operación extraperitoneal para la extracción del feto debe considerarse como operación habilidosa al alcance sólo de cirujanos expertos, de mucha calma y serenidad. Cuando el feto no puede extraerse por las vías naturales por falta de espacio, si está vivo no debe pensarse en

mutilaciones, sino que tiene que recurrirse a la operación abdominal, la cual con la técnica actual y la habilidad de cirujanos y tocólogos modernos permite salvar a la madre y al niño en la mayor parte de los casos.

Se declara partidario de la cesárea clásica con incisión longitudinal media, porque es la que permite más ancho campo, maniobrar con más facilidad y rapidez y prevenir la infección del peritoneo. Cualquier médico que haya estado en un servicio de cirugía y particularmente si ha visto o ha ayudado en cirugía ginecológica, puede practicar una cesárea. Los dos factores que debe temerse son la hemorragia y la infección. Para prevenir la última tiene el recurso de aislar bien las paredes del útero y abdominal metiendo compresas entre una y otra para dejar sólo visible la parte de cara uterina que tiene que incindir. Contra la hemorragia puede defenderse dando corte limpio que comprenda toda la pared uterina, practicando la incisión lo más bajo posible para evitar la placenta; y si no puede evitarse, procediendo a su desprendimiento rápido para sacar feto y placenta a la vez; todo es cuestión de rapidez y serenidad, pues una vez vacío el útero se retrae con facilidad y se domina la hemorragia. En casos de útero infectado puede dejarse un taponamiento intrauterino que se hace salir por el cuello y vagina, cogiendo las compresas con unas pinzas previamente introducidas por la vagina y cuello. Después se lava bien la herida uterina con solución fisiológica antes de colocar la sutura: se lava la pared uterina y si conviene se toca con esencia de trementina. En último caso se puede dejar un taponamiento entre vejiga y útero que salga por la parte baja de la herida abdominal.

Como ha demostrado muy bien el doctor Nubiola al describir la operación practicada, es difícil evitar la abertura del peritoneo, es de temer la rasgadura de la vejiga, puede seccionarse un uréter al desviar la vejiga y por más que se diga no siempre puede asegurarse que no se seccionen los ramos inferiores de la uterina, particularmente la vesical inferior. En este caso hay poco espacio para dominar bien la hemorragia. También en caso de infección ésta puede propagarse por el tejido celular perivesical o bien por una rasgadura de peritoneo no vista, en cuyo caso es muy difícil de dominar.

De modo que la operación subperitoneal, aun practicada por persona hábil, ha de ser laboriosa por el poco espacio de que se dispone en la zona lateral y por los peligros de romper peritoneo y vegija.

Por lo tanto, creo que no es operación recomendable para la generalidad de los médicos que se vean obligados a intervenir en casos de esta naturaleza.

DOCTOR PROUBASTA.—Señores: La misión del tocólogo se hace cada día más difícil. Al comenzar el estudio de mi especialidad, el tocólogo no era médico internista, ni cirujano: entendía solamente en partos. Si por azar se tenía que percutir o auscultar a una enferma en un servicio de tocología, era el jefe del servicio de medicina interna más próximo quien lo hacía; y si de operar se trataba, en todas las maternidades había un cirujano agregado destinado a tales quehaceres. Recuerdo yo haber visto a uno de los comadrones franceses más eminentes del siglo pasado, sufrir lo indecible para realizar una perineorrafia.

Hoy las cosas han variado notablemente; hoy los tocólogos, avergonzados de una intromisión constante en sus servicios por otros facultativos e impulsados por la marcha vertiginosa de la Obstetricia, han debido acaudalar múltiples conocimientos de patología y lanzarse a la práctica de operaciones quirúrgicas. ¡Y qué operaciones, señores! No parece sino que el destino se haya complacido en acumular en la práctica obstétrica todas las operaciones capaces de poner a prueba la ciencia y osadía del cirujano más eminente. Recordaré, para probar mi aserto, operaciones tales como toda la serie de sinfisiotomías, las cesáreas, las ligaduras de la hipogástrica o de las espermáticas en su punto de emergencia.

El doctor Nubiola ha venido a disertar aquí sobre un capítulo de esta gran cirugía obstétrica, sobre las cesáreas extra-peritoneales, exponiendo un caso terminado felizmente y proponiendo que la cesárea extra-peritoneal substituya a la cesárea clásica por ser menos peligrosa.

Como el doctor Esquerdo, como muchos, yo no puedo aceptar este último extremo. Continúo creyendo que la operación cesárea clásica es la más innocua y, sobre todo, de técnica perfectamente reglada y tan sencilla, que médicos internistas, neófitos en operaciones quirúrgicas, han hecho operaciones cesáreas con éxito para la madre y el hijo. En el Hospital de la Santa Cruz así pasó con un médico de guardia, internista muy distinguido, que practicó de urgencia una cesárea con espléndido resultado, sin tener ninguna práctica en cuestiones quirúrgicas.

En cambio, la cesárea abdominal es una operación que si no es muy difícil, necesita por parte del que la ejecuta cierta habilidad quirúrgica. Tampoco carece de peligros; a más de la posibilidad de herir la vejiga, también hay el peligro de la infección, pues el tejido celular pre-vesical puede infectarse, produciendo una pelvi-celulitis que en casos es mortal.

Entusiasta de la tocología alemana, no llega mi entusiasmo hasta el punto de aceptar la cesárea extra-peritoneal para todos los casos, ni creo que los mismos alemanes la acepten. Esta opera-

ción tiene sus indicaciones, y son: cuando el huevo está abierto y no se tiene la seguridad de que no haya una infección incipiente, por la manera como el parto ha sido conducido.

No me ha cabido la suerte de leer el único ejemplar de la Tocología de Döderlein llegado a esta ciudad y editado en el año próximo pasado; pero sí conozco el procedimiento de Kütsner, que lo conceptúo por lo menos de igual valor al de dicho maestro. El procedimiento de Kütsner consiste en colocar la parturiente en posición de Trendelemburg, precaución importante para el fácil hallazgo del punto de reflexión del peritoneo parietal al convertirse en visceral; en inyectar 150 cc. de agua en la vejiga para hacerla bien visible y evitar su perforación; en incindir las paredes abdominales siguiendo el borde externo del recto interno, con lo cual se evita la sección de la arteria epigástrica, cortándolo todo hasta la fascia transversalis inclusive y respetando, como se ha dicho, el peritoneo; despegar el peritoneo parietal y al llegar al ángulo de reflexión citado, inclinar la vejiga y el peritoneo hacia la línea media, sin dejar de continuar el despegamiento del peritoneo, ahora visceral, para poner el segmento inferior de la matriz al descubierto. En este punto la operación, se continúa en la forma dicha por el doctor Nubiola.

En la operación de Kütsner no hay los peligros apuntados por el doctor Esquerdo en la operación de Döderlein; el uréter y la arteria uterina están a la vista. Al igual de lo que pasa en toda esta clase de intervenciónes, hay tres peligros, que por orden de importancia son: desgarro del peritoneo, de la vejiga e infección del espacio pre-vesical, que puede extenderse y dar lugar a una pelvi-celulitis generalizada tan grave como la más grave peritonitis. Pero como ordinariamente la infección del espacio pre-vesical es menos grave que una peritonitis, en esta menor gravedad, atenuable aún, por medio del drenaje, está la superioridad de la cesárea extra-peritoneal sobre la trans-peritoneal en los casos de infección probable, mas no evidente, del contenido uterino y de la matriz.

El desgarro del peritoneo en la cesárea extra-peritoneal es frecuente y es fatal si uno se empeña en separar el peritoneo de la fascia estirando, en lugar de hacerlo insinuando suavemente los dedos. El desgarro de la vejiga también lo es y Kütsner mismo ha tenido tal contrariedad en un 10 por ciento de los casos.

Cuando la matriz está infectada, tengo para mí que es una falta quirúrgica grave dejarla sin extirpar. El traumatizar violentamente una matriz por medio de una cesárea y creer que a pesar del traumatismo y de la vecindad con partes eminentemente dispuestas a la infección, podrá el tocólogo dominar la grave flogosis uterina, no deja de ser en la mayoría de los casos una pura ilusión. Yo creo sinceramente que en estos casos la intervención indicada es la cesárea, seguida de histerectomía.

Esta ha sido mi conducta en un caso reciente, que con la venia de la Presidencia expondré brevemente.

Tratábase de una quintípara, en la que después de dos días de parto y lograda la dilatación completa, viendo el compañero tocólogo que dirigía el parto que el descenso fetal no quería iniciarse y que no había visciación pelviana, practicó alguna inyección de pituitrina. Horas más tarde, en nada había progresado el parto y el tocólogo comprobó la muerte del feto, practicando una aplicación de fórceps que resultó ineficaz. Entonces realizó la perforación de la cabeza fetal, seguida de una aplicación de fórceps; más tarde una basiotripsia, y por fin se intentó practicar la versión. Todo resultó inútil, la puérpera estaba sin librar.

En estas condiciones fuí llamado en junta. La puérpera estaba en pésimas condiciones, en temperatura era de 39'6 y el pulso latía a 150 o más por minuto.

Se trataba de un caso de incarceración fetal producido por la pituitrina, que, sea dicho de paso, en algunos casos resulta tan funesta como el clásico cornezuelo.

Viendo lo grave del caso, propuse como recurso extremo la operación cesárea, seguida de histerectomía total.

Aceptada la intervención, la practiqué algunas horas más tarde, siguiendo el método clásico.

Debo hacer constar, que la histerectomía en matriz puerperal es operación relativamente fácil no obstante lo aparatoso y teatral de la intervención. Uno la emprende con grandes arrestos quirúrgicos, que quedan en su mayor parte inaplicables, hallándose el tocólogo al final de ello con el sentimiento de que lo realizado es bien poca cosa para poder halagar su vanidad de cirujano. ¿Motivos? Los mismos que hacen asequibles a una mediana técnica las cesáreas extra-peritoneales, o sea que en las puérperas y en su zona genital todo es visible, dúctil, elástico, asequible. En casos de histerectomía no hay dudas en el hallazgo de los pedículos vasculares y todas las ligaduras puedan hacerse a flor de piel.

Por desgracia, no tuve en mi caso el éxito conseguido por el doctor Nubiola.

A la noche del día de la intervención, la operada se puso a 36'4 con 84 pulsaciones y así siguió durante los tres primeros días; y cuando todo peligro grave parecía conjurado, una perforación de la vejiga urinaria, producida por compresión, que en este caso había sido, por los antecedentes dichos,

sostenida y variada, lo suficiente pequeña para que la operada siguiese orinando espontáneamente y lo suficientemente grande para empapar de orines el taponamiento abdominal, produjo fenómenos toxiinfecciosos que mataron a la enferma al sexto día, no obstante de haber utilizado el amplio drenaje, la posición declive, la inyección rectal de suero gota a gota, etc.

En mi concepto, las conclusiones que de lo dicho se imponen son las siguientes:

Si la indicación de terminar un parto por la vía abdominal se presenta, se practicará la cesárea abdominal clásica, si no hay infección; la cesárea extra-abdominal, si la infección se sospecha, pero no es evidente; la cesárea seguida de histerectomía si la infección es manifiesta.

HE DICHO

RECTIFICACION

Celebro y agradezco vivamente la intervención de los doctores Esquerdo (don Alvaro) y Proubasta, pues, aparte del respeto que merecen sus ilustres personalidades y de las frases de aprecio que inmerecidamente me han dirigido, expresan de un modo perfecto el sentir profesional respecto de la intervención que nos ocupa.

Comparto con ellos la opinión de que las facilidades técnicas de la cesárea conservadora serán motivo de que se tengan por ella preferencias, pero me ratifico igualmente en que todo cuanto se haga para aislar el peritoneo del contacto con los líquidos procedentes del huevo es por completo ilusorio, de modo que si el caso fuere séptico la peritonitis puede considerarse como una consecuencia obligada. Siendo séptico el huevo y abriendo el útero por zona no peritoneal, la infección localizada que se produzca no tendrá nunca una gravedad comparable a la que motivará su desarrollo en la gran serosa.

Y por último, que, además de su condición de extraperitoneal, no puede desdeñarse la ventaja de que la incisión se practique en el segmento inferior y en una atmósfera conjuntiva.

Accidentes y fracasos ocurren en todas las intervenciones quirúrgicas debidos unos a circunstancias fortuitas o imprevistas y otros dependientes del mismo operador por impericia, por descuido y aun también por exceso de confianza en su arte; la operación cesárea extraperitoneal no es ni mucho menos una intervención temeraria: es hoy aún una técnica nueva; dándole beligerancia, estudiándola, podremos más adelante formular un juicio definitivo que ahora quizá fuera prematuro.

Sesión Científica del día 25 de Mayo de 1918

PRESIDENCIA DEL DOCTOR VIURA Y CARRERAS

Un caso de Epilepsia jacksoniana curado (?) por la operación

POR EL DOCTOR CARDENAL

SEÑORES:

Me he permitido molestar vuestra atención unos breves momentos en la sesión de esta noche, haciendo uso del privilegio que concede el Reglamento a la presentación de enfermos, y a pesar de no haber podido anunciarse la presentación en la convocatoria a la sesión; porque se trata de un caso sumamente interesante, no de gran frecuencia entre nosotros, y porque el sujeto del mismo debe ausentarse en breve de Barcelona para volver a su país. Mi objeto es, además, conocer vuestra opinión sobre el tratamiento y el pronóstico de esa clase de enfermos.

El caso es el siguiente: Francisco Ferrer Berenguer, de 22 años y sin antecedente morboso ninguno, sufrió a los 8 de edad un fuerte traumatismo en la cabeza, por haber caído sobre ella de una altura