
GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

GINECOLOGIA.

Vicio pélvico; presentación transversa; rotura útero-vaginal; maniobras inconsideradas de extracción hechas por varios médicos antes del ingreso de la enferma al hospital.—Laparotomía.—Extracción total del útero por el abdomen.—Muerte.—Reflexiones que el caso sugiere.

Trabajo de reglamento presentado en la Academia de Medicina de México en la sesión del 3 de Febrero de 1892 por el socio de número Francisco Hurtado.

(CONCLUYE).

Hay que convenir conmigo en que semejante concepto de la división de la Obstetricia y la Ginecología, tiene que ser altamente perjudicial para la salud de las enfermas. Si el partero no hace ginecología, si no ha educado suficientemente su mano, no podrá hacer tratamiento quirúrgico en sus enfermas, y optará por persistir adoptando las falsas indicaciones de sus maestros obstétricos, prefiriendo la extracción del producto y sus anejos por las vías naturales en casos en que haya imposibilidad absoluta de realizar este fin, ó en los que debe abandonarse esta vía por ser más traumatizantes las maniobras, más largas, más inciertas, y finalmente no bastando para resolver las dificultades que crean los amplios desgarros invisibles y muy altos, para los que no tiene el partero sino la expectación, que no otra cosa es la incierta canalización vaginal, que á lo más es lo que se intenta en casos de este género, sacrificando á causa de su poco hábito y natural repugnancia de las operaciones abdominales, la laparotomía, que es la vía más amplia y la única capaz de dar la clave de un diagnóstico positivo, con el que debe en lo absoluto contar, para poder con toda precisión combatir las complicaciones alarmantes que sobrevienen después de una ú otra de estas intervenciones.

En mi humilde concepto son enteramente justas las ideas de uno de los parteros franceses de más talento, Auvard, el que en su moderno tratado de Ginecología expresa como introducción á su obra, los siguientes atinadísimos conceptos que vienen á corroborar mi aserto.

“Háse dicho que la terapéutica obstetricial difiere esencialmente de la ginecológica, estando simbolizada la primera por el forceps y la segunda por el bisturí. Doble error: el forceps sólo es un detalle de la terapéutica obstetricial en la que el bisturí toma un papel más importante cada día, á tal grado, que el partero que no haya vencido las dificultades que ofrece la laparotomía, ya no se encuentra á la altura de su cometido en la época actual. Por otra parte no debe creerse que el bisturí sea el todo en terapéutica ginecológica, como parecen darlo á entender los operadores exagerados.”

Y más adelante dice: “Recientemente el Dr. Smyly ha demostrado en la *British medical association*, las singulares consecuencias que podían resultar de la separación de estas dos ramas hermanas. Al presentar una mujer para que se la examine, el primer deber del médico es determinar la ausencia ó no del embarazo; esto es del resorte de la obstetricia; pero si acontece que esta mujer sea estéril, pongamos por caso por la endometritis, debería naturalmente según las prácticas usuales, ser tratada por un ginecólogo. Si gracias á un tratamiento adecuado, se obtiene la mejoría necesaria para permitir un embarazo, si éste es intrauterino, el caso es obstetricial, y ginecológico en el supuesto contrario. Más aún, si el huevo está situado en el útero, la condición queda aún incierta, porque si el diámetro conjugado del estrecho superior es de 5 centímetros ó menos, la paciente debería dirigirse al ginecólogo. Si continuando el mismo análisis, el embarazo se termina por un aborto que está muy lejos de mejorar la endometritis, la mujer toma como se dice corrientemente el hábito de abortar, y tiene de nuevo que recurrir á los conocimientos de un ginecólogo. Si sobreviene un nuevo embarazo que llegue á término y existe por desgracia placenta previa, ésta podrá ser parcial y tratada por el partero, pero si es central según la opinión de Lawson Tait (aún muy discutible en verdad), la laparotomía encuentra una especial indicación y el ginecólogo deberá ser llamado. Después del parto que supongamos fué atendido por el partero, la paciente puede muy bien ser atacada de peritonitis séptica, y en semejante emergencia según Savage, debe consultarse al ginecólogo. Si se desgarran el perineo deberá el partero proceder á repararlo inmediatamente, mas si la reunión *per primam* fra-

“casa, la terapéutica vuelve de nuevo al campo del ginecólogo. Semejantes peripecias no serían solamente absurdas y contrarias á las leyes del sentido común, sino que harían correr serios peligros á las enfermas.”

La fusión necesaria de estas ramas científicas que no forman más de una especialidad en ciertos países, en Alemania verbigracia, es una necesidad urgente entre nosotros, y un partero como dice el mismo Auvard, debe ser ginecólogo, y un ginecólogo partero, puesto que si el médico no es sino uno ú otro, jamás será otra cosa más que un sabio incompleto, ó un verdadero monórquido científico.

La digresión que me he permitido hacer, no tiene más objeto que hacer patente cómo la rutina y las miras estrechas de los prácticos, no han dado más resultado en el campo limitado en que me vengo colocando, que hacer que la terapéutica de las rupturas uterinas no se haya aprovechado como era de desearse, de los considerables progresos que últimamente ha realizado la cirugía abdominal.

Una sola prueba y la más valiosa de mi aserto es la estadística ya bien antigua de Trask, en la que se ve que la laparotomía cuando la extracción por las vías naturales está contraindicada ó es imposible, es el procedimiento operatorio que más éxitos realiza.

	Muertes.	Curaciones.	Mortalidad.
Gastrotomía	77	22	240/0
Versión, perforación	80	38	68 „
No paridas artificialmente	44	15	38 „

Y la de Jolly:

	Muertes.	Curaciones.	Mortalidad.
No paridas	144=142	2	145 0/0.
Forceps	115=101	14	12 „
Versión	214=169	47	23 „
Sin indicación	53=044	9	17 „
Gastrotomía	38=012	26	68.4 „

Fáltame ahora estudiar un punto capital cual es el momento más propio para intervenir, y llegado éste, cuál será la mejor manera de hacerlo en la generalidad de los casos de ruptura que pueden presentarse, comprendiendo igualmente los casos de diagnóstico incierto. Confieso la debilidad de mis fuerzas, pero sí debo asegurarnos que en el tiempo muy limitado de

que he podido disponer para escribir estas líneas, no he encontrado en los tratados especiales ó en las varias publicaciones que he recorrido, una serie de indicaciones y preceptos más prácticos, que los que condensados en una sola página, encontré en el número de Octubre de 1889 del periódico americano "The American Journal of Obstetrics" redactado por Mundé. Por el tenor práctico y la brevedad de dicho artículo me permito citarlo íntegro, dada como dije antes, la pobreza de mi bagaje científico en esta materia.

"Tratamiento de las rupturas del útero preñado, con relación de dos casos que presenta el Dr. Chas A. Reed, de Cincinnati.

"Llamo la atención acerca de la vaguedad ó carencia de principios definidos para curar las rupturas del útero preñado, y creo que los escritores obstétricos son los responsables de esta confusión. Las opiniones de Leishmann, Parvin y Lusk se reconocieron por Trask hace algunos años, como muy atrasadas y en completa violación con los cánones establecidos por la moderna cirugía.

"Creo que debe contestarse á las siguientes preguntas:

"1.^a Qué debemos hacer con el niño que está dentro de un útero roto?

"2.^a Qué debemos hacer en los casos de ruptura en que tanto el niño como la placenta se han sacado por las vías naturales?

"3.^a ¿Qué debemos hacer en los casos en que se ha sacado al niño pero en que la placenta está en la cavidad abdominal?

"4.^a ¿Qué debemos hacer en los casos en que el niño, la placenta ó ambos han escapado á la cavidad peritoneal?

"Refirió dos casos. Uno en que se había hecho la sección abdominal y en que el niño y la placenta se extrajeron por las vías naturales; un pedazo de placenta se encontró en la ruptura. Curación.

"Otro caso en que se hizo la sección abdominal once horas después del accidente. La ruptura comprendía la pared anterior del útero y la posterior de la vejiga. Muerte después de cincuenta y cuatro horas."

Las conclusiones del Dr. Reed son como siguen:

"1.^a En los casos de ruptura del útero con presentación cefálica, en los que ni el forceps, ni la versión, ni ninguno de los medios conocidos da resultado, se debe hacer la operación Cesárea ó la de Porro.

"2.^a En los casos de ruptura incierta del útero, debe tratarse la enferma por las irrigaciones continuas antisépticas.

"3.^a En todos los casos de ruptura incierta del útero, y si las condiciones de la mujer lo permiten, se debe hacer la sección abdominal con

“ todos estos objetos: 1º Explorar el abdomen. 2º Extraer de él todos los
“ cuerpos extraños. 3º Hacer el lavado peritoneal. 4º Cerrar la ruptura
“ si el trabajo ha sido corto y el útero no ha sufrido mucho. 5º Extirpar
“ el útero si el trabajo ha sido prolongado y el órgano está profundamente
“ alterado.”

Sigue á estas conclusiones una breve discusión que por ser interesante transcribo:

“ El Dr. Joseph Hoffman, de Filadelfia, dijo haber tenido en su prác-
“ tica un caso de ruptura del útero y murió la enferma. Trató de hacer la
“ versión pero no lo consiguió. Dijo estar de absoluta conformidad con el
“ discurso del Dr. Reed, creyendo que no se puede decir más en tan pocas
“ líneas aunque mucho se haya escrito, y pueda aún escribirse sobre el asun-
“ to de los desgarros del útero; pero dígame lo que se quiera se despren-
“ de de todo ello que las rupturas son un accidente muy serio para las mu-
“ jeres, sucumbiendo nueve y salvándose una sola en diez casos tomados al
“ azar. Los antisépticos inyectados en la cavidad peritoneal á la vez que
“ hacen la asepsis, cree que matan á la mujer y que son dañosísimos en con-
“ secuencia. Que el único proceder satisfactorio es abrir el vientre practi-
“ cando la operación Cesárea ó la de Porro, según indicaciones del mo-
“ mento.

“ Dr. Joseph Price, de Filadelfia. — Estoy muy conforme con el jui-
“ cio del orador. He visto dos casos en consulta. Uno hace varios años,
“ propuse al médico tratante la sección abdominal como urgente, no con-
“ vino conmigo, llamó á otro compañero y establecieron la canalización
“ vaginal. Murió la enferma y se encontró en su vientre gran cantidad de
“ líquido séptico. El otro pertenece á la práctica de mi hermano. El des-
“ garro era posterior, hacia la izquierda, de cerca de ocho pulgadas de
“ largo; la placenta y el cordón se encontraban dentro del abdomen. El
“ feto se había extraído parcialmente hallándose por mitad al través del
“ desgarró. Hice violentamente la operación de Porro y veinte minu-
“ tos después sucumbió la paciente. Conservo la impresión que tuve enton-
“ ces de que la transfusión pudiera haberla salvado. El opio mata á mu-
“ chas pacientes ayudado de la canalización vaginal. En mi caso se había
“ dado antes que viese á la enferma. Creo que el opio es altamente perju-
“ dicial en cirugía abdominal.

“ Dr. W. H. Wathen, de Luisville. — Hace dos años referí un caso de
“ ruptura en que seguí los consejos del Dr. Reed. Creo que el precepto
“ de amputar el útero es sencillo, de fácil ejecución, y que la práctica fu-

“tura si se sigue este método dará mejores resultados que los hasta ahora
“alcanzados, así como la operación Cesárea cuando esté indicada. Cuan-
“do el útero no haya sufrido gran traumatismo, excepto en el mismo des-
“garro, cuando éste no sea muy grande, cuando haya aparente buen esta-
“do de su superficie, estará indicada la Cesárea.

“Dr. X. O. Werden, Pittsburg. — He tenido la desgracia de ver dos
“casos de ruptura uterina: uno en Viena que fué tratado por la canaliza-
“ción vaginal. El segundo lo ví en consulta hace cuatro días. La tempe-
“ratura fué de 102°, el pulso de 100, y grave el estado general. La pér-
“dida del líquido amniótico fué absoluta, no pudo extraerse al niño que se
“abocaba por el vértice y el orificio cervical no se dilató suficientemente.
“Sospeché que el médico tratante había dado el cuernecillo de centeno.
“El niño murió. Sospeché que había ruptura del útero pero no pude en-
“contrarla. Hice la craniotomía extrayendo al niño con suma dificultad.
“Esperé mucho tiempo la salida de la placenta; el útero estaba bien con-
“traído pero faltaban los dolores expulsivos. Hice varias presiones sobre
“el útero. Entonces reconocí que la placenta se hallaba en la fosa ilíaca
“fuera del útero y encima del desgarró; la extraje á través de él y acon-
“sejé al marido de la enferma me diera su permiso para ejecutar la ope-
“ración de Porro, fundándome en el estado séptico en que se encontra-
“ba el útero. Se rehusó mi pedimento con evasivas. Sólo se me permitió
“canalizar el abdomen á través del desgarró. La paciente murió cinco días
“después.

“Dr. A. Vander Veer, Albany. — Creo que la operación de Porro no
“es la única que se deba hacer en todos los casos. Hay casos en que el
“desgarró ocurre naturalmente sin que se intervenga; hay igualmente
“casos en que se necesita que haya un niño en la familia y deberá prefe-
“rirse la Cesárea, como me sucedió en un caso de desgarró muy irre-
“gular.

“Dr. Joseph Price. — Una palabra respecto de este último punto.
“Pienso que los desgarrados irregulares deben compararse á las heridas
“de bala que no pueden cicatrizar como lo preceptúa la buena cirugía, sino
“por el avivamiento y regularización de los bordes, para que haya proba-
“bilidades de yuxtaposición. Es una indicación importante de interven-
“ción.

“Dr. Wathen. — Llama la atención acerca de los casos de rupturas
“situadas abajo y atrás los que cree muy favorables para la curación por
“canalización, pues ha visto que ésta es muy feliz y llena su objeto, aun-

“que teóricamente se sostenga que por el decúbito dorsal de las enfermas los líquidos se vayan frecuentemente hacia el abdomen. Cree por tanto que en tales casos el fondo de saco y el desgarró ocupan un lugar muy bajo respecto del peritoneo, lo que explica que la canalización dé buenos resultados.”

Los preceptos con que el Dr. Kucher termina un artículo sobre rupturas uterinas, correspondiente á la misma publicación ya citada, son tan importantes, que no puedo resistir á la tentación de señalároslos.

Lo mejor que puede hacerse, dice este distinguido práctico, es evitar la ruptura. “Si se nos llama al principio del trabajo y observamos que comienza la prolongación ó alargamiento exagerado que en tales casos sufre el cervix, la podemos evitar. Si intervenimos prematuramente antes que la cabeza esté encajada, perderemos un niño, y si nos retardamos en la intervención, perderemos una madre. En algunos casos debemos emplear el forceps, pero tan luego que nos convenzamos de que no puede salir el feto, debemos cesar las tracciones, pues seguramente que produciríamos una ruptura. En las presentaciones viciosas podemos intentar la versión, excepto en los casos en que la cantidad total del líquido amniótico se ha escapado, y que las paredes uterinas se aplican exactamente sobre el feto. En los casos en que la mujer plurípara tiene una pelvis exigua con relación á la cabeza del feto, y que esto se haya sospechado anteriormente, ó en los casos en que haya sufrido un desgarró anterior, entonces se debe recurrir al parto prematuro provocado. En las presentaciones de hombro se debe intentar la versión por maniobras externas; si no, procurando con exquisito cuidado hacer las internas; y si no hacer la embriotomía. En las presentaciones de vértice en las cuales se hayan intentado todos los recursos conocidos, se recurrirá á la aplicación del cranioclasto.”

Siguiendo al pie de la letra todos estos consejos no ha tenido este autor ningún caso de ruptura en más de doce mil partos que atendió, algunos de ellos complicadísimos, y concluye diciendo que en los casos en que estemos convencidos por los síntomas reconocidos como peculiares de toda ruptura, no hay que vacilar, debe abrirse el vientre.

La conducta aconsejada por prácticos tan experimentados viene á justificar la que seguí en el caso en que por desgracia tuve que intervenir quirúrgicamente. Se me dirá que la indicación de obrar ya había pasado, pero á esto contestaría que no concibo haya posibilidad de saber hasta cuándo se prolongará la vida de una enferma que se entrega á nuestros cuidados

profesionales, y á la que tenemos el deber de salvar por peligrosos que fueren los recursos que empleáramos.

Como última palabra réstame insistir finalmente sobre el procedimiento de extirpación del útero que usé, pues lo creo muy expedito y hasta cierto punto menos traumatizante que otros procederes de extirpación que se han seguido en casos semejantes, en que la histerectomía se imponía al cirujano por el maltrato que encontraba después de este grave accidente; siéndole en muchas ocasiones imposible la formación de un pedículo que abandonado en el vientre, tenía que correr las peligrosas eventualidades que comporta dicho proceder, que por muy conocidas de vosotros las omito, pero que en caso de ruptura tenían forzosamente que dar más malos resultados que en otras lesiones en que no existe como en éstas traumatismo mayor que el que el cirujano haga al ejecutar la operación. Por razones fáciles de comprender, la operación de Porro puede estar contraindicada si se reflexiona que debajo del muñón se encuentra frecuentemente la ruptura uterina ó útero-vaginal, la que por su mecanismo de producción debe compararse á las heridas contusas, y esta última circunstancia es una formal indicación para que avivados sus bordes contusos se reunan con la sutura adecuada, y esta indicación complica la mecánica de la operación de Porro, y nos explica satisfactoriamente la mortalidad de esta operación, notablemente mayor en casos de ruptura, que cuando se ejecuta obedeciendo á otras indicaciones.

Igual cosa debo decir de la operación Cesárea, ésta para ejecutarse debidamente exige que el útero no haya sufrido gran maltrato, y es más laboriosa que la de Porro, debiendo desecharse por esta sola consideración, en casos en que el estado general de las enfermas sea algo alarmante.

Debe pues preferirse el proceder de extirpación preconizado por A. Martín en el Congreso de Berlín, que realiza todas las indicaciones de un buen tratamiento quirúrgico de las rupturas uterinas que ofrecen grande extensión, y cuando el trabajo de parto haya agotado á las pacientes, por ser más seguro y violento de ejecutarse que sus rivales, y por ser quizá el método del porvenir, puesto que abole el pedículo que causa tantos disgustos en su marcha subsecuente á la operación, por aguerrido que se suponga al cirujano que lo adopte, y abrigo la esperanza de que mis pobres conceptos se fortifiquen al oír los sanos consejos que indudablemente me daréis por una ilustrada discusión.

México, Febrero 3 de 1892.

FRANCISCO HURTADO.