

# COMUNICACIÓN

LEÍDA ANTE

## LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

POR

**D. Miguel Federico Fernández y Alcázar,**

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA,

SOCIO CORRESPONSAL NACIONAL DE LA GINECOLÓGICA ESPAÑOLA, MÉDICO DE LA BENEFICENCIA  
MUNICIPAL, ETC., MÉDICO HIGIENISTA, ET., ETC.

1896

CIUDAD-REAL

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE RAMÓN C. RUBISCO,  
*Calatrava, 10.*

S.L.C.  
20-28

**NO SE PRESTA**

Sólo puede consultarse  
dentro de la sala de lectura

328511

21014299

S.L.C.

20-28

# COMUNICACIÓN

LEÍDA ANTE

LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

POR

**D. Miguel Federico Fernández y Alcázar,**

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA,

SOCIO CORRESPONSAL NACIONAL DE LA GINECOLÓGICA ESPAÑOLA, MÉDICO DE LA BENEFICENCIA

MUNICIPAL, ETC., MÉDICO HIGIENISTA, ET., ETC.

1896

R. 4068

CIUDAD-REAL

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE RAMÓN C. RUBISCO,

*Calatrava, 10.*



A la Excm. Diputación Provincial,

---

*Por la índole y relación del asunto de esta comunicación con los servicios inherentes á la Casa de Maternidad, de que es V. E. celosa administradora, me permito dedicarle este pequeño trabajo que ha merecido la aprobación de la Sociedad Ginecológica Española y su autor el diploma de Socio corresponsal de la misma, rogándole se digne admitirlo como prueba de respeto y consideración del*

*Autor.*

[Faint, illegible text at the top of the page, possibly a header or title.]

[Extremely faint, illegible handwritten text, possibly bleed-through from the reverse side of the page. The text is arranged in several paragraphs and includes some numbers and symbols.]



## Señores:

Voy á someter á vuestra ilustrísima consideración dos casos de embriotomía y lo difícil de sustituir esta operación por otra, en determinados casos.

Se entiende por embriotomía ó embriolcía la operación que tiene por objeto mutilar el feto escindiendo partes importantes del mismo, con el objeto de facilitar su expulsión ó extracción.

Existen dos variedades de la misma: 1.<sup>a</sup> embriotomía cefálica, ó reducción de la cabeza, 2.<sup>a</sup> embriotomía córmica, ó reducción del tronco.

A pesar de ser consideradas como dos variedades de una misma operación, muy bien podría estudiárselas como operaciones diferentes, si no de un modo absoluto, sí de una manera relativa; pues diferentes pueden ser las indicaciones de una y otra, ya respecto á la madre, ya á las presentaciones y posiciones del feto; distintos los instrumentos con que se ejecutan; poderse su-

jetar á tiempos la segunda variedad, jamás la primera, y estar menos expuestos á ser lesionados los tejidos maternos en la segunda variedad que en la primera, por lo menos en algunos casos, mas este es un punto doctrinal que no hace á mi objeto.

Mucho se ha discutido en estos últimos años sobre las ventajas é inconvenientes de la embriotomía, exagerándose estos de tal modo, que algunos tocólogos eminentes dicen, que la citada operación es innecesaria; pues según ellos, y dentro de los adelantos modernos, todos los casos en que está indicada podrían resolverse por las versiones y extracciones manuales, ó por la operación cesárea. Y en efecto: las primeras llevadas á cabo por un hábil tocólogo, no tiene peligro para la madre ni para el feto, y la segunda, dados los progresos de la cirugía moderna y los perfeccionamientos de la cura de Lister, se ha convertido en operación reglada, y como tal, de éxitos más que probables.

Reconozco los muchos progresos realizados por la obstetricia, lo raro de los casos de embriuleia, y que la embriotomía está en razón inversa de los conocimientos del tocólogo, pero no puedo por menos de sustentar la idea que sin ella no podrían resolverse algunos casos graves de distocia.

Voy á tratar de probar, que se presentan casos clínicos de la segunda variedad, en donde no cabe más operación factible que la embriotomía, y segundo, que ante ellos la operación va exenta de peligros para los tejidos maternos.

Ninguna prueba mejor que los hechos.

PRIMER CASO. Vicenta Ruiz, de 44 años, casada, natural de Ciudad-Real, temperamento linfático-nervioso, bien constituída



y formada; sin antecedentes hereditarios, no haber padecido más que las enfermedades propias de la infancia; bien reglada desde los 14 años, primípara y sin más trastornos durante su embarazo que los peculiares del tubo digestivo en los primeros meses.

A mediados de Diciembre del 95 que sintió los primeros dolores ó podromos, la familia mandó llamar para que asistiera á la parturienta á una mujer práctica.

Según los antecedentes suministrados por ésta, el período de dilatación duró dos días, en la madrugada del tercero se rompió la bolsa de las aguas y en la noche del mismo apareció una mano por fuera de los órganos genitales externos. Ocho horas después fué avisado por el marido de la paciente.

Inmediatamente procedí al examen de la enferma, pudiendo apreciar la gran pérdida de fuerzas que había experimentado, por el tiempo transcurrido y los inútiles esfuerzos que la habían obligado á practicar. Recuperadas momentáneamente con un poco de caldo y una copa de vino generoso, y colocada en posición supina, practiqué un reconocimiento con el fin de precisar la presentación y posición del feto.

En la vulva aparecía la mano derecha, encontrándose en la vagina el brazo correspondiente, una y otro muy edematosos, el cuello de la matriz muy dilatado y fuertemente contraída la matriz, hasta el extremo de no permitir el paso de la mano; pero con los dedos pude tocar el acromión por delante y la clavícula por detrás, con cuyos datos pude diagnosticar que la presentación del feto era de tronco con encajamiento del hombro derecho, y en primera posición ó céfalo-iliaca-izquierda, dorso anterior (C, I, I, D, A). Por la palpación pude comprobar la cabeza en el lado izquierdo.

Por la contracción permanente de la matriz, tiempo que llevaba contraída, el edema, coloración morada de la mano y miembros citados y la ausencia de latidos cardiacos, podía afirmarse que el feto estaba muerto.

En esta situación intenté hacer la reducción del miembro y practicar la versión podálica, siendo imposible lo uno y lo otro por la razón ya citada de estar fuertemente contraída la matriz.

Después de descansar un poco la enferma, y siguiendo los sabios consejos del Dr. Alonso Rubio, cambié la posición de la parturienta en genu-pectoral, y tras varias inútiles tentativas me convencí de la imposibilidad de realizar mi propósito, por la razón expuesta en el párrafo anterior, que no dejaba penetrar la mano.

Ante tanta inútil tentativa y excitado por la paciente, el marido y la familia, deseosos de terminar pronto aquella situación, sin perjuicio para la madre, les propuse y fué aceptada la embriotomía.

Con unas tijeras fuertes, y guiado por la mano izquierda, seccioné todos los tejidos de la pared torácica y hasta donde me fué posible de la abdominal, por cuya abertura evisceré las cavidades torácica y abdominal, lo que, una vez realizado, me permitió introducir la mano dentro de la matriz, reducir el miembro, llevar á cabo la versión podálica y extracción manual del tronco fetal; completando la misma, ó sea la extracción de la cabeza, por la maniobra de Mauriceau.

Realizado lo anterior y efectuado el alumbramiento artificial, procedí á un lavado antiséptico con agua boricada, lavado que continuó por espacio de siete días, y que igualmente lo había

realizado antes de proceder á la operación, teniendo la satisfacción á los diez y seis días, de ver levantada la enferma sin haber experimentado ninguna alteración.

SEGUNDO CASO. Dolores Carrión, de 29 años, natural de Poblete (Ciudad-Real), temperamento linfático, histérica, bien constituida y formada, segundípara, sin antecedentes hereditarios, bien reglada desde los trece años y haber padecido y padecer ligeros trastornos histéricos.

Cuando la reconocí por primera vez llevaba unos tres días de parto y más de veinte horas de haberse roto la bolsa de las aguas, desde cuyo momento ó poco después, presentó prociencia del brazo y mano derecha.

La enferma estaba más escasa de fuerzas que la del caso anterior; la presentación y posición del feto eran idénticas, con la sola diferencia de estar como doblado sobre su plano izquierdo y como formando un tronco de cono el pecho y parte del abdomen entre el cuello dilatado, y ligeramente encajado en la pequeña pelvis.

Convencido de que el feto estaba muerto; que causaba grandes dolores á la enferma al querer rechazar el feto al fondo de la matriz; haber efectuado varios cambios de posición de la madre sin poder realizar la versión y extracción manual; y bajo las mismas excitaciones que en el caso anterior, practiqué la embriotomía seccionando siete cartílagos costales, por cuya abertura hice la evisceración de las cavidades torácica y abdominal, siguiendo en todo lo demás como en el caso anterior.

Igualmente que en el caso primero tuve la satisfacción de ver completamente curada á la enferma sin el menor contratiempo.

Bastan los dos casos descritos para comprobar las ideas sustentadas.

Si hubiera podido reconocer á ambas mujeres en estado de gestación, como lo aconsejan eminentes tocólogos, entre ellos el Dr. Calderin, en el extracto de la discusión de la Memoria leída en el Congreso Ginecológico Español, por el Dr. D. Manuel Candela, titulado «Paralelo Clínico entre la histeromotocia y la cefalotripsia», el día 22 de Mayo de 1888, probablemente habría podido realizar la versión cefálica, «á pesar de lo difícil y rodeada de peligros» ó la podálica por maniobras externas; caso de no poder realizar ni la una ni la otra, habría advertido á la familia la necesidad de avisar al empezar los primeros dolores, y haber intentado «una vez dilatado algo el cuello», realizar alguna de las versiones por maniobras mixtas ó haber esperado la suficiente dilatación que permitiendo el paso de la mano, dejara realizar alguna de ellas por maniobras internas.

No pudiendo, por falta de aviso previo, poner en práctica lo antedicho; teniendo como tenía la seguridad de la muerte de los fetos; siendo normales la configuración y diámetro de las pélvis; no excesivo el desarrollo de los fetos y excitado por los maridos y familias que deseaban terminase pronto aquella escena, sin perjuicio para la madre; ¿debía esperar su terminación de un modo espontáneo? NÓ, puesto que era exponer á las par-turientes, sobre todo á la segunda, á la inercia uterina, eclapsia no albumimífrica, colapso por agotamiento de fuerzas, etc., en una palabra, condenar á una muerte casi segura á las madres, lo cual es anti-científico, por ser la misión del médico curar ó aliviar los enfermos.

En las condiciones expuestas, la embriotomia se puede suje-

tar á tiempos y considerarla como operación reglada, va exenta de peligro para la madre, por disponer el operador de campo suficiente para no herir los tejidos maternos, y por tanto es operación que debe practicarse.

Se me objetará que estaban los fetos muertos, y por tanto operé con desembarazo y sin escrúpulos de conciencia, á lo cual contesto que de igual manera habría obrado estando los fetos vivos, siempre que las excitaciones de la familia, marido y parturienta hubiesen sido en el mismo sentido. En efecto: en el segundo caso hubiera procurado seguir el consejo del Dr. Kehrer para las presentaciones de hombro descuidadas, ó haber tratado de rechazar al fondo del útero la parte del feto doblada, en enderezarla y rechazarla después al lado que ocupaba la cabeza, encoger una pierna y dirigir las nalgas hacia bajo para que resultase la presentación de nalgas; pero ¿y si nada de ello hubiera podido realizar? pues proceder como en el primer caso, ó sea como queda descrito. De no haber procedido como lo hice, ¿qué otro medio había? ¿practicar la operación cesárea? pues habría sido exponer la vida de la madre y la del feto; la de la madre, por el agotamiento de fuerzas, tiempo que llevaban de parto y haber pasado el período de elección para la cesárea; la del feto, por los trastornos circulatorios que en ellos debía haber obrado la fuerte contracción de la matriz.

Entre exponer las dos vidas, la de la madre y la del feto, á sólo exponer una, la del feto, la elección no es dudosa; á más que la madre disfruta de una vida real y asegurada, y la del feto, por más que es real, está rodeada de peligros.}

En el caso de tratarse de presentaciones de vértice, con deformidad ó estrechez pélvica muy acentuada, deformidad ó excеси-

vo desarrollo del feto y tener que decidir «con tiempo» entre la operación cesárea ó la cefalotripsia, afirmo, que por no ser esta operación reglada; ser de manejo difícil é inseguro los instrumentos con que se lleva á cabo; necesitar por regla general más de una sesión y causar destrozos en los tejidos maternos, soy partidario de la operación cesárea.





