



Año 1916

No. 3149

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

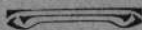
LAS CESAREAS SEGMENTARIAS
SUPRA-SINFISIARIAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR EL EX-ALUMNO

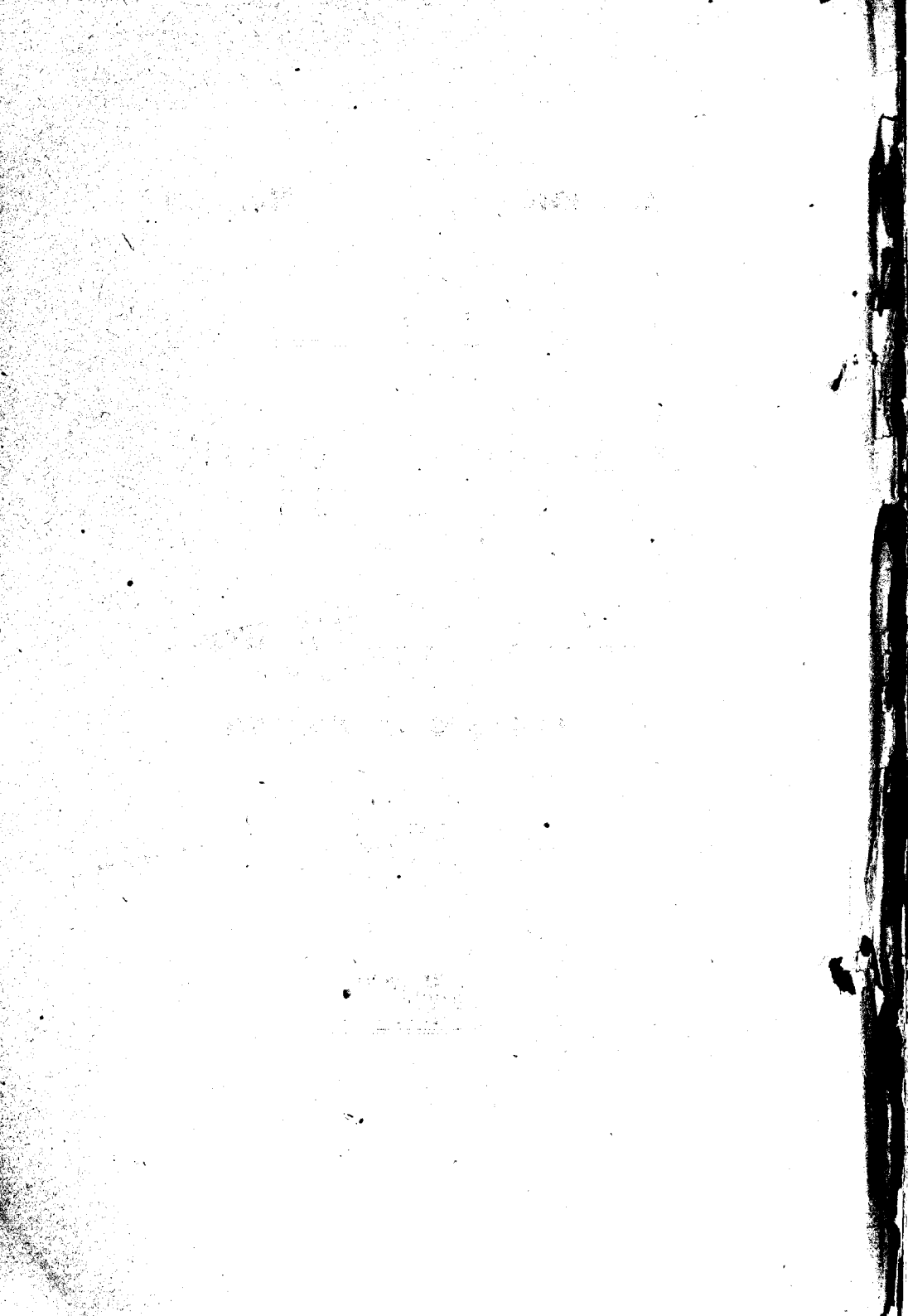
ADOLFO D. RIVARA



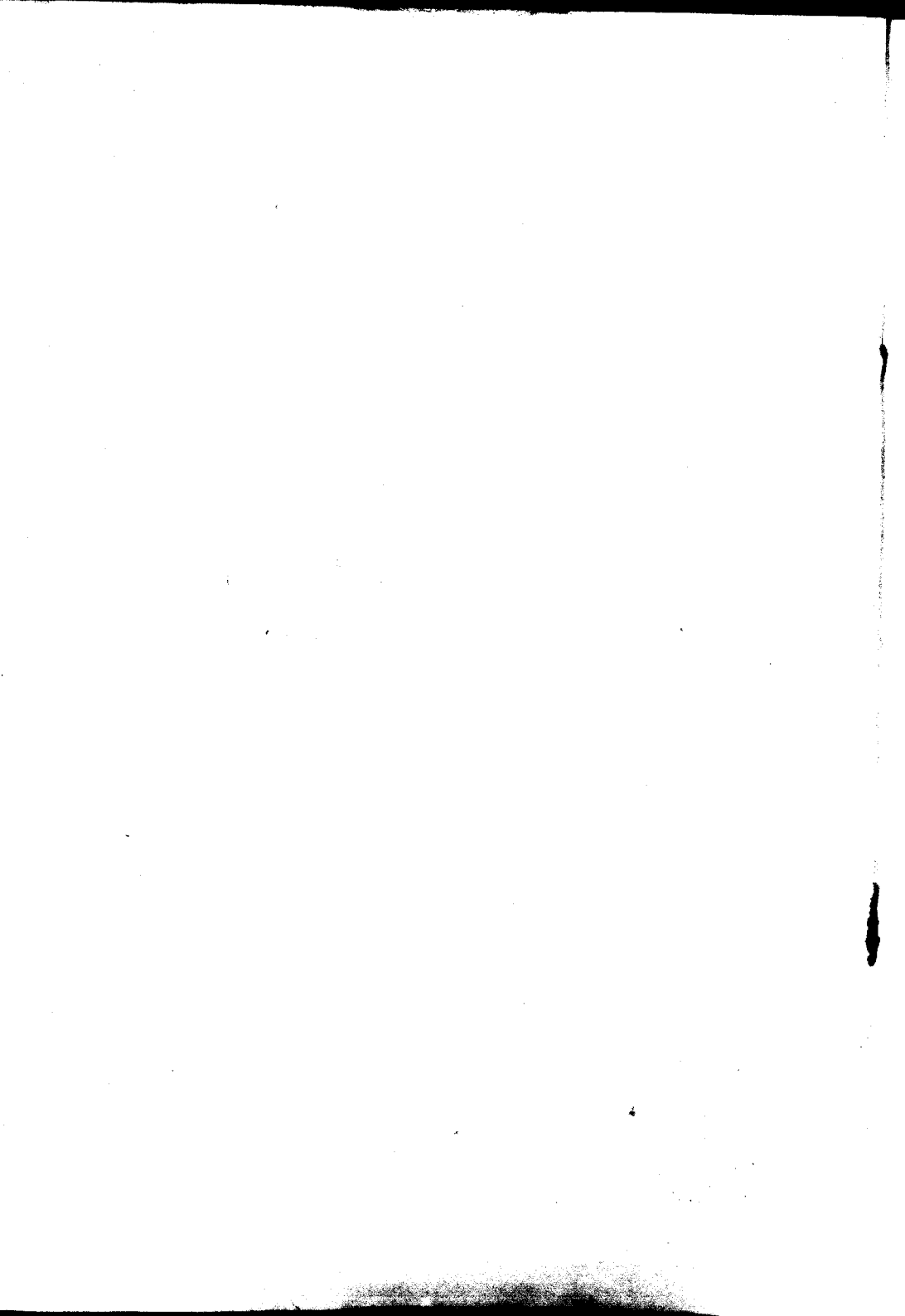
: CASA EDITORA : :
VITULLO OSORIO HNOS
: : 2132 - ARAOZ - 2132 : :



Min. B. Op. 11



LAS CESAREAS SEGMENTARIAS
SUPRA - SINFISIARIAS



Año 1916

No. 3149

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

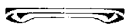
**LAS CESAREAS SEGMENTARIAS
SUPRA - SINFISIARIAS**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR EL EX-ALUMNO

ADOLFO D. RIVARA



: CASA EDITORA :
VITULLO OSORIO HNOS
: 2152 - ARROZ - 2152 :



*Man
B
1916*

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

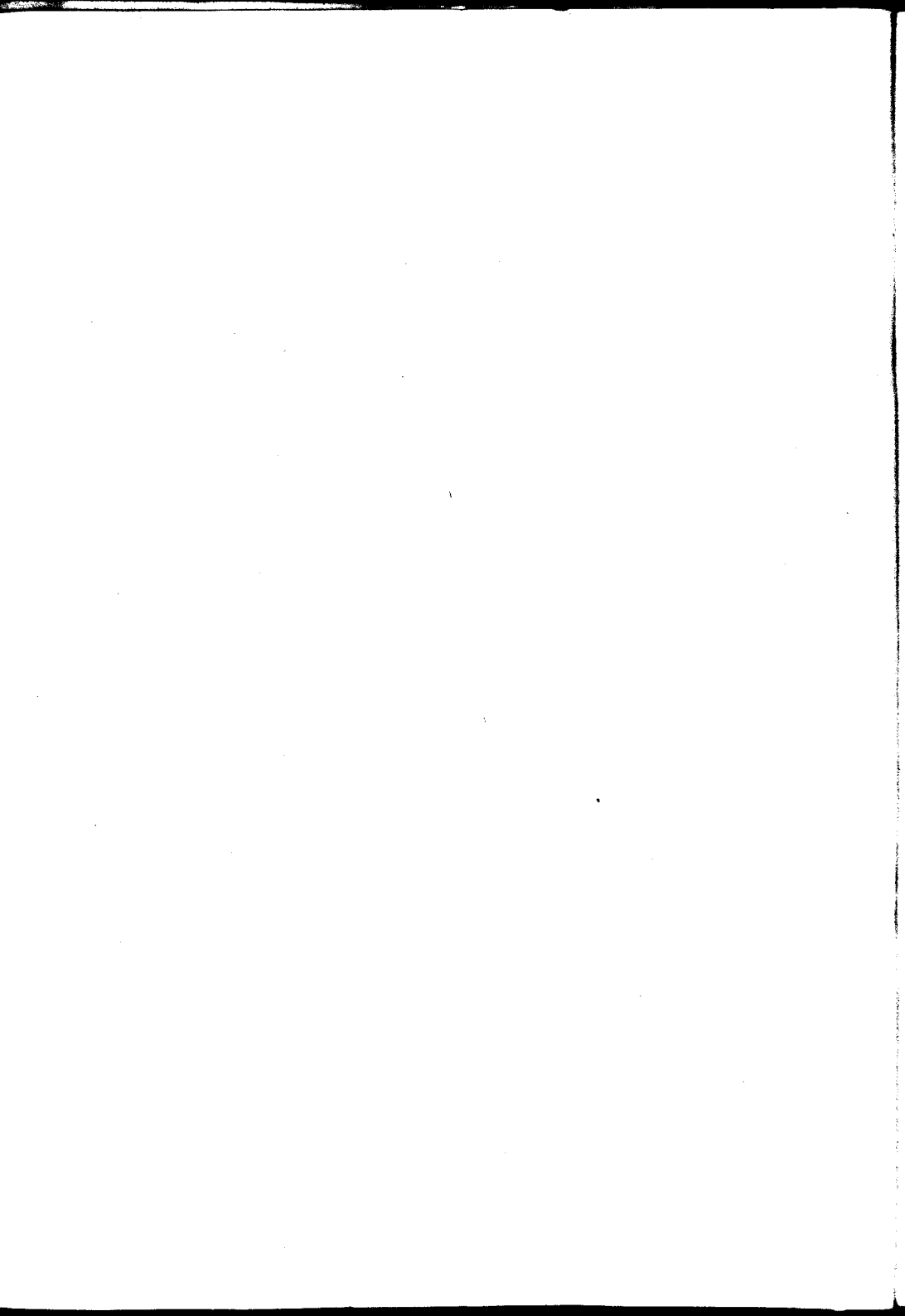
DR. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " PEDRO LAGLEYZE
5. " " JOSÉ PENNA
6. " " LUIS GÜEMES
7. " " ELISEO CANTÓN
8. " " ANTONIO C. GANDOLFO
9. " " ENRIQUE BAZTERRICA
10. " " DANIEL J. CRANWELL
11. " " HORACIO G. PINERO
12. " " JUAN A. BOERI
13. " " ANGEL GALLARDO
14. " " CARLOS MALBRÁN
15. " " M. HERRERA VEGAS
16. " " ANGEL M. CENTENO
17. " " FRANCISCO A. SICARDI
18. " " DIÓGENES DECOURD
19. " " BALDOMERO SOMMER
20. " " DESIDERIO F. DAVEL
21. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. " " DOMINGO CABRED
23. " " ABEL AYERZA
24. " " EDUARDO OBEJERO

Secretario

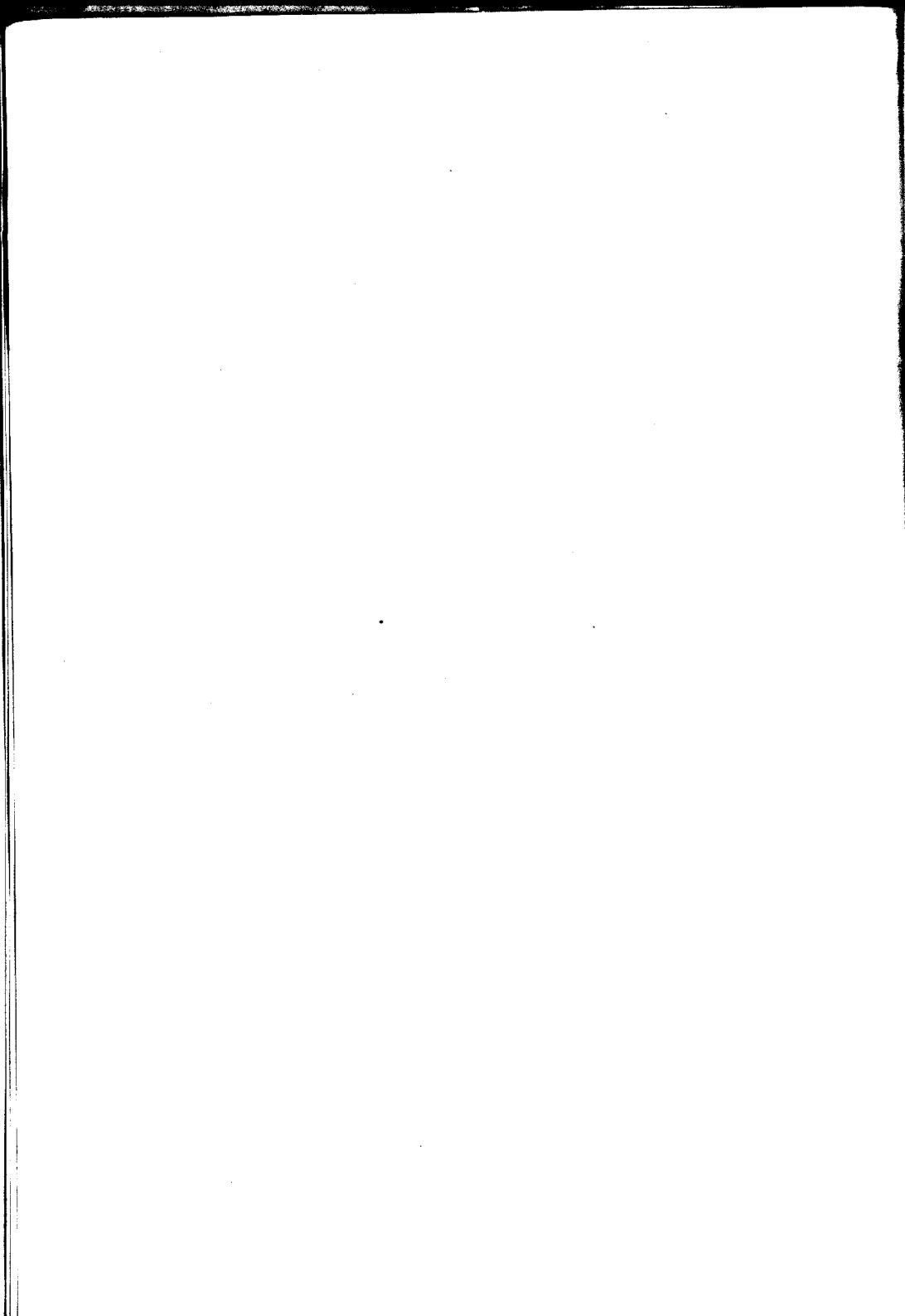
DR. D. DANIEL J. CRANWELL
" " MARCELINO HERRERA VAGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONTI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

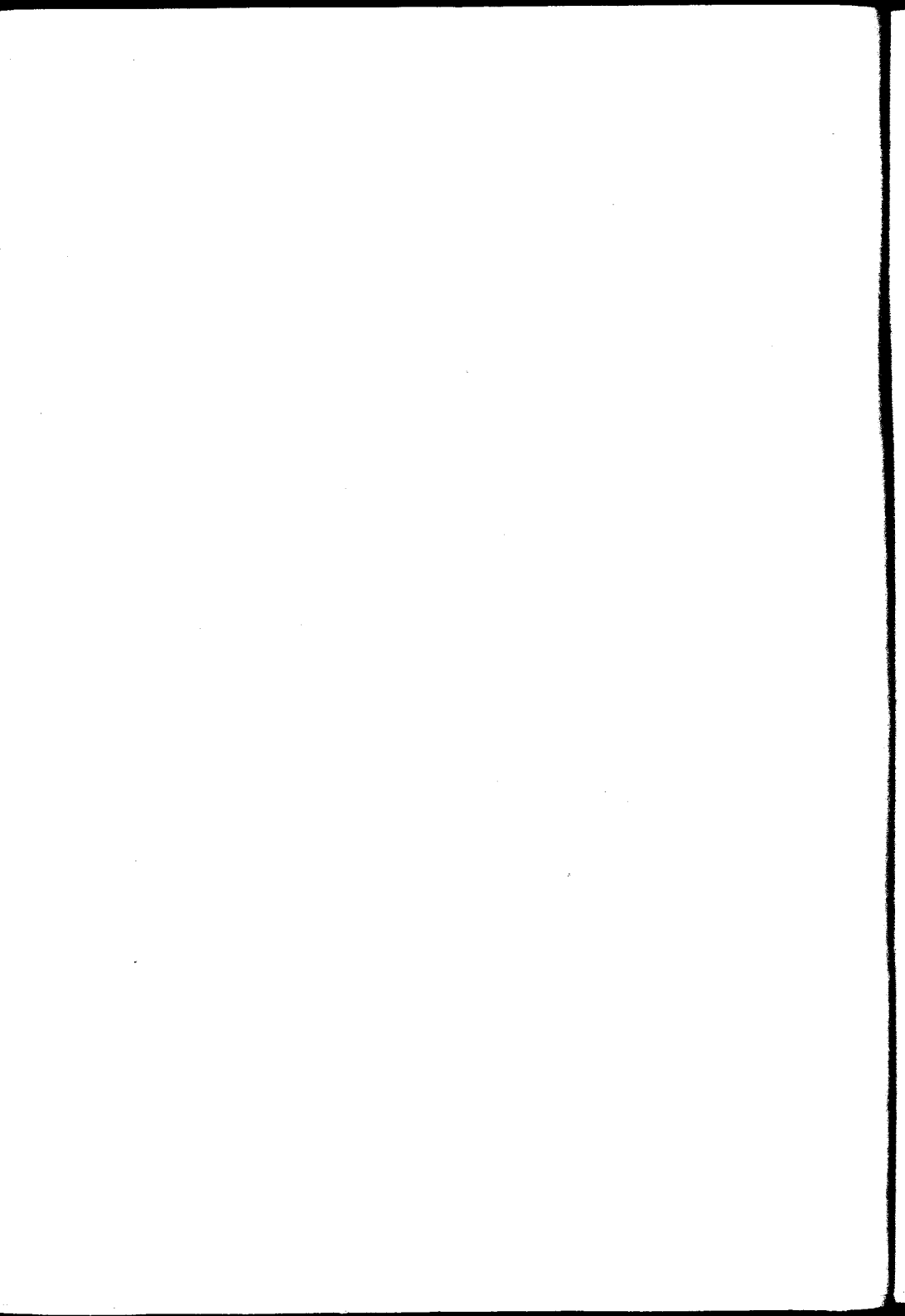
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GUEMES
" " ENRIQUE BAZTERRICA
" " ENRIQUE ZARATE
" " PEDRO LACAVERA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " ABEL EYERZA
" " ECFEMIO UBALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSÉ F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

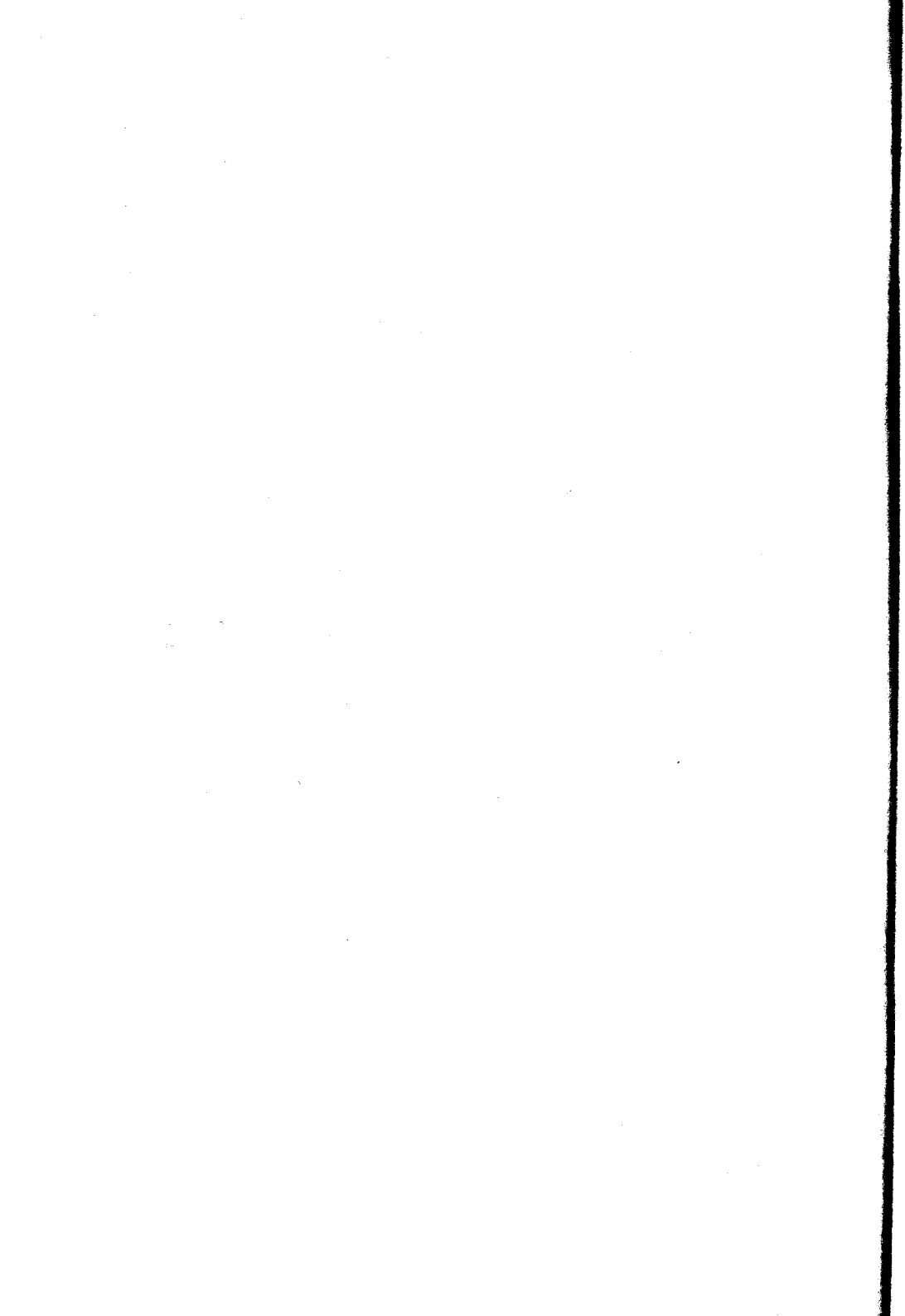
Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
" JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc....	DR. JUAN C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE MEDICINA

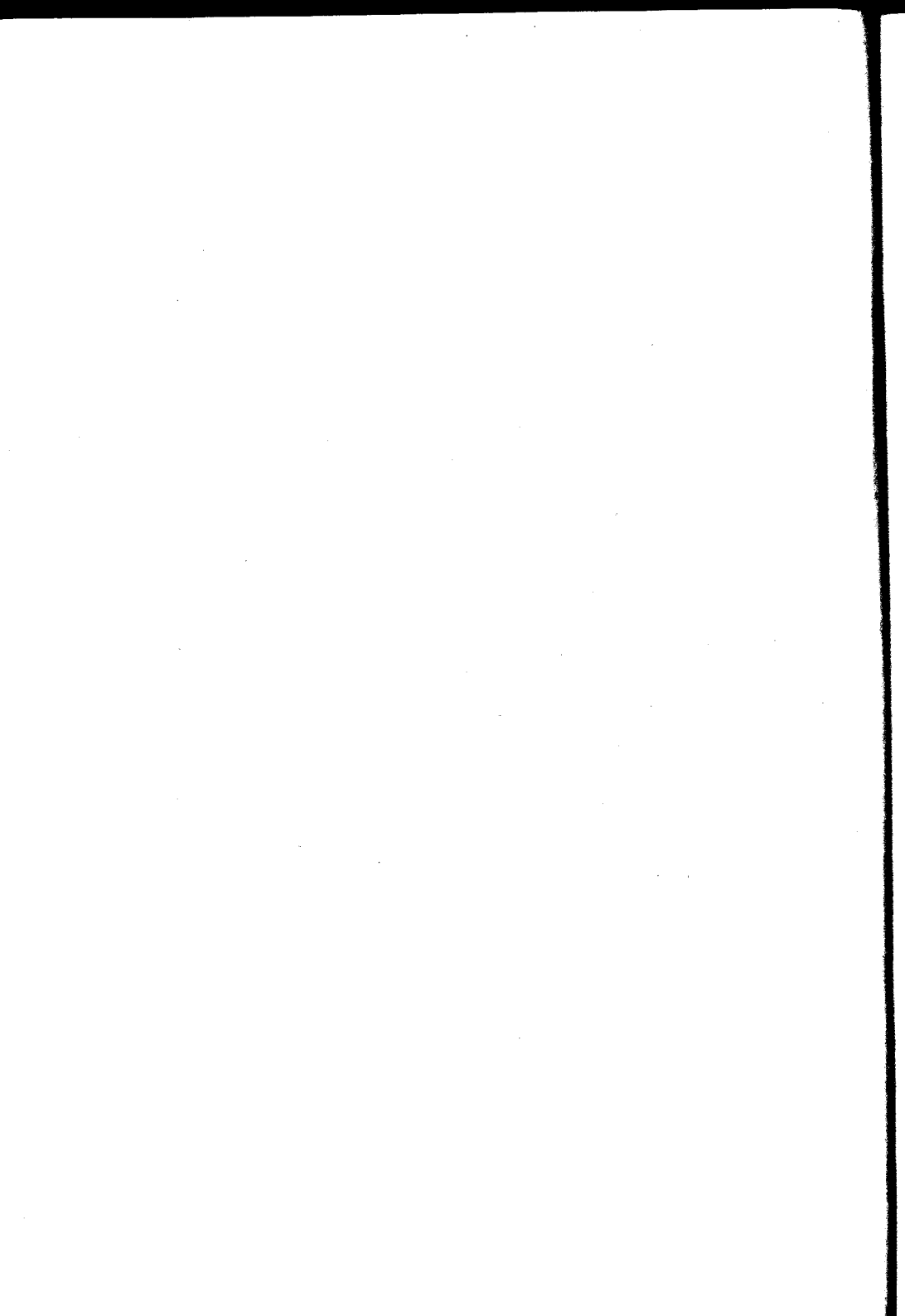
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO BURANOÑA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Química Médica	„ ATANASIO QUIROGA
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MAEBARN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUERRERZ
Anatomía Patológica	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Ezterna	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clinica Der.nato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Gánsito-Urinarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	„ JOSE PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología interna	„ MARCIAL B. QUIROGA
Clinica Oftalmológica	„ PEDRO LAGLEYZE
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VIÑAS
„ Neurológica	„ JOSE A. ESTEVEZ
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pedriática	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

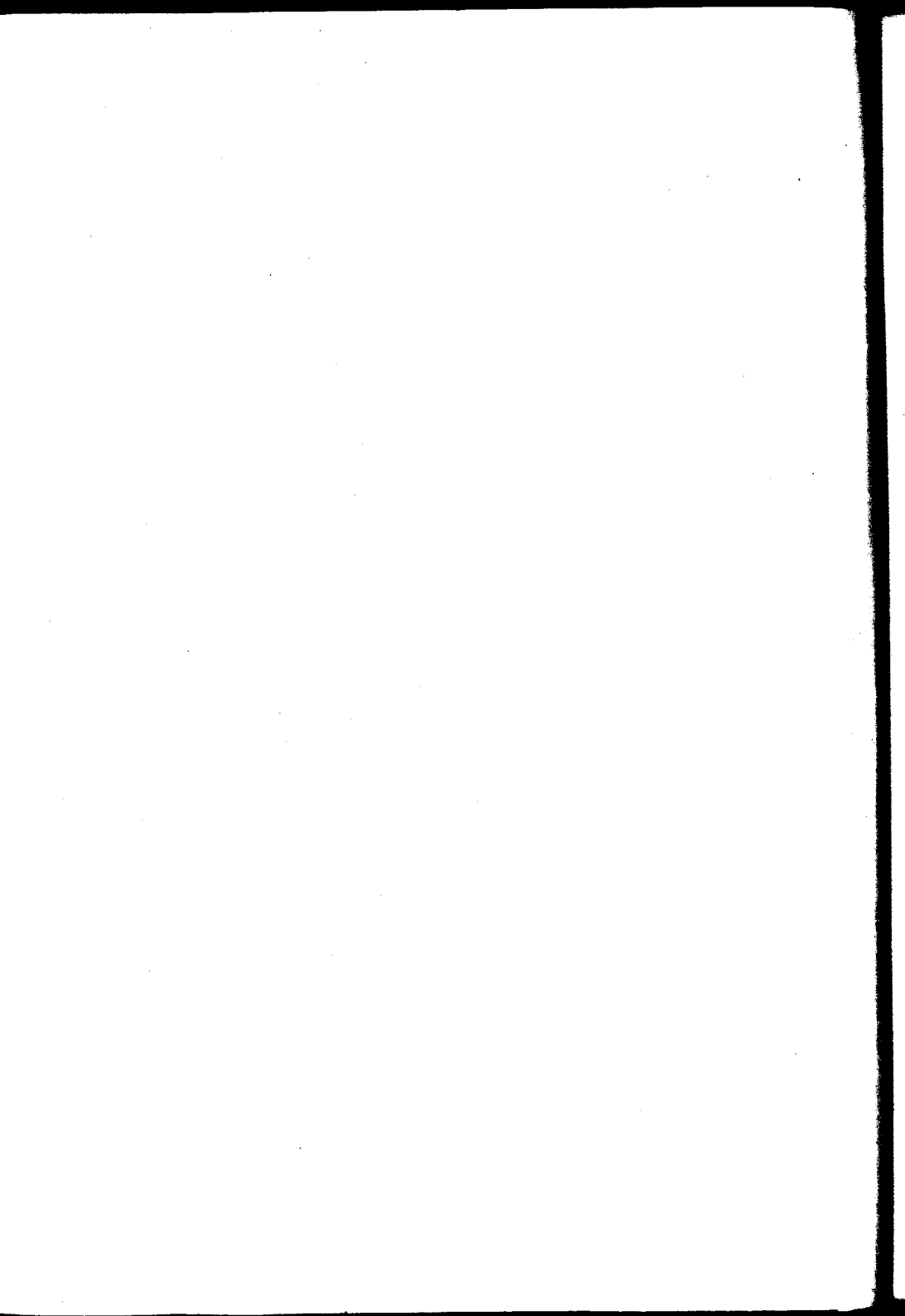
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ.
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	(„ JUAN CARLOS DELFINO
	(„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	„ JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	(„ JOSE R. SEMPRUN
	(„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	(„ ANTONIO F. PIÑERO
	(„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGA
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	(„ JOSE T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Dr	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	Dr	ODOLFO ENRIQUEZ
Zoología id.	"	GUILLELMO SEEBER
id.	"	SILVIO E. PARODI
Anatomía descriptiva	"	EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana	"	FRANK L. SOLER
" " " "	"	BERNARDO HOUSSAY
" " " "	"	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	"	ALOIS BACHMANN
" " " "	"	GERMAN ANCHUTZ
Química Biológica	"	BENJAMIN GALARCE
Higiene médica	"	FELIPE A. JUSTO
" " " "	"	MANUEL B. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos	"	CARLOS BONORINO UDAONDO
" " " "	"	ALFREDO VITON
Anatomía Patológica	"	JOAQUIN LLAMBIAS
" " " "	"	ANGEL H. ROFFO
" " " "	"	JOSE MORENO
Materia médica y Terapia	"	ENRIQUE FINOCCIETTO
Medicina Operatoria	"	CARLOS ROBERTSON
Patología externa	"	FRANCISCO P. CASTRO
" " " "	"	CASTELFORT LUGONES
Clinica Dermato-sifilográfica	"	NICOLAS V. GRECO
" " " "	"	PEDRO L. BALINA
" " " "	"	BERNARDINO MARAINI
" " " "	"	JOAQUIN NIN POSADAS
" " " "	"	FERNANDO R. TORRES
" " " "	"	ENRIQUE B. DEMARIA
" " " "	"	ADOLFO NOCETI
" " " "	"	JUAN DE LA CRUZ CORREA
Patología Interna	"	MARTIN CASTRO ENCALAZA
" " " "	"	PEDRO LABAQUI
" " " "	"	LEONIDAS JORGE FACIO
" " " "	"	PABLO M. BARLAKO
" " " "	"	EDUARDO MARINO
Clinica Quirúrgica	"	JOSE ARCE
" " " "	"	ARMANDO R. MAROTTA
" " " "	"	LUIS A. TAMINI
" " " "	"	MIGUEL SUSSINI
" " " "	"	ROBERTO SOLE
" " " "	"	PEDRO CHUTRO
" " " "	"	JOSÉ M. JORGE H.
" " " "	"	OSCAR COPELLO
" " " "	"	ADOLFO P. LANDIVAR
" " " "	"	JUAN JOSÉ VITON
" " " "	"	PABLO J. MORSALINE
" " " "	"	RAFAEL A. BULLRICH
" " " "	"	IGNACIO IMAZ
" " " "	"	PEDRO ESCUDERO
" " " "	"	MARIANO R. CASTEX
" " " "	"	PEDRO J. GARCIA
" " " "	"	JOSÉ DESTEFANO
" " " "	"	JUAN R. GOYENA
" " " "	"	JACOBO SPAGEMBERG
" " " "	"	MAMERTO ACUNA
" " " "	"	GENARO SISTO
" " " "	"	PEDRO DE ELIZALDE
" " " "	"	FERNANDO SCHWEIZER
Clinica Ginecológica	"	JUAN CARLOS NAVARRO
" " " "	"	JAIME SALVADOR
" " " "	"	TORIBIO PICCARDO
" " " "	"	CARLOS R. CIRIO
" " " "	"	OSVALDO L. BOTTARO
" " " "	"	ARTURO ENRIQUEZ
Clinica obstétrica	"	ALBERTO PERALTA RAMOS
" " " "	"	FAUSTINO J. TRONGE
" " " "	"	JUAN B. GONZALEZ
" " " "	"	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
" " " "	"	JUAN A. GABASTOU
Clinica Mineralógica	"	VICENTE DIMTRI
" " " "	"	ROMULOCCHIAPORI
" " " "	"	JOAQUIN V. GNOCO
Medicina legal	"	JAVIER BRANDAN
" " " "	"	ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada
Botánica y Mineralogía
Química inorgánica aplicada
Química orgánica aplicada
Farmacognosia y posología razonadas
Física Farmacéutica
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)
Técnica Farmacéutica
Química Analítica y Toxicológica (primer curso) ensayo y determinación de drogas
Higiene, legislación y ética farmacéut.

Catedráticos sustitutos

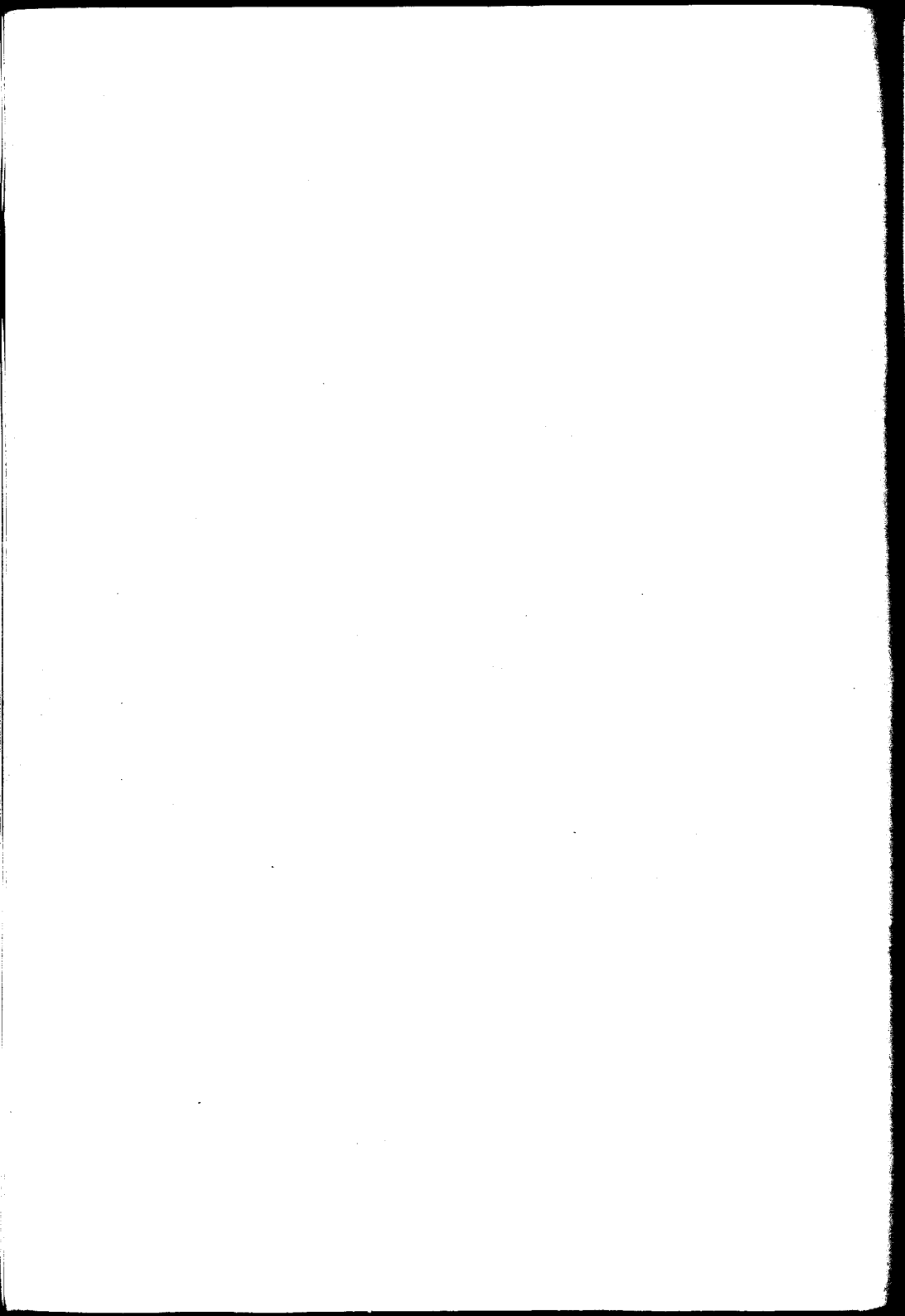
DR. ANGEL GALLARDO
" ADOLFO MUGICA
" MIGUEL PUIGGARI
" FRANCISCO G. BARRAZA
SR. JUAN B. DOMINGUEZ
DR. JULIO J. GATTI
" FRANCISCO P. LAVALLE
" J. MANUEL IRIBAR
" FRANCISCO P. LAVALLE
" RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica Farmacéutica
Farmacognosia y posología razonadas
Física Farmacéutica
Química orgánica
Química analítica
Química inorgánica

Catedráticos titulares

(SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
(" PASCUAL CORTI
" OSCAR MIALOCK
DR. TOMAS J. RUMI
(SR. PEDRO J. MESIGOS
(" LUIS GUADALUPE
DR. JUAN SANCHEZ
" ANGELO SABATINI
" EMILIO M. FLORES



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	„ LEÓN PEREYRA
3 ^{er} año.....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

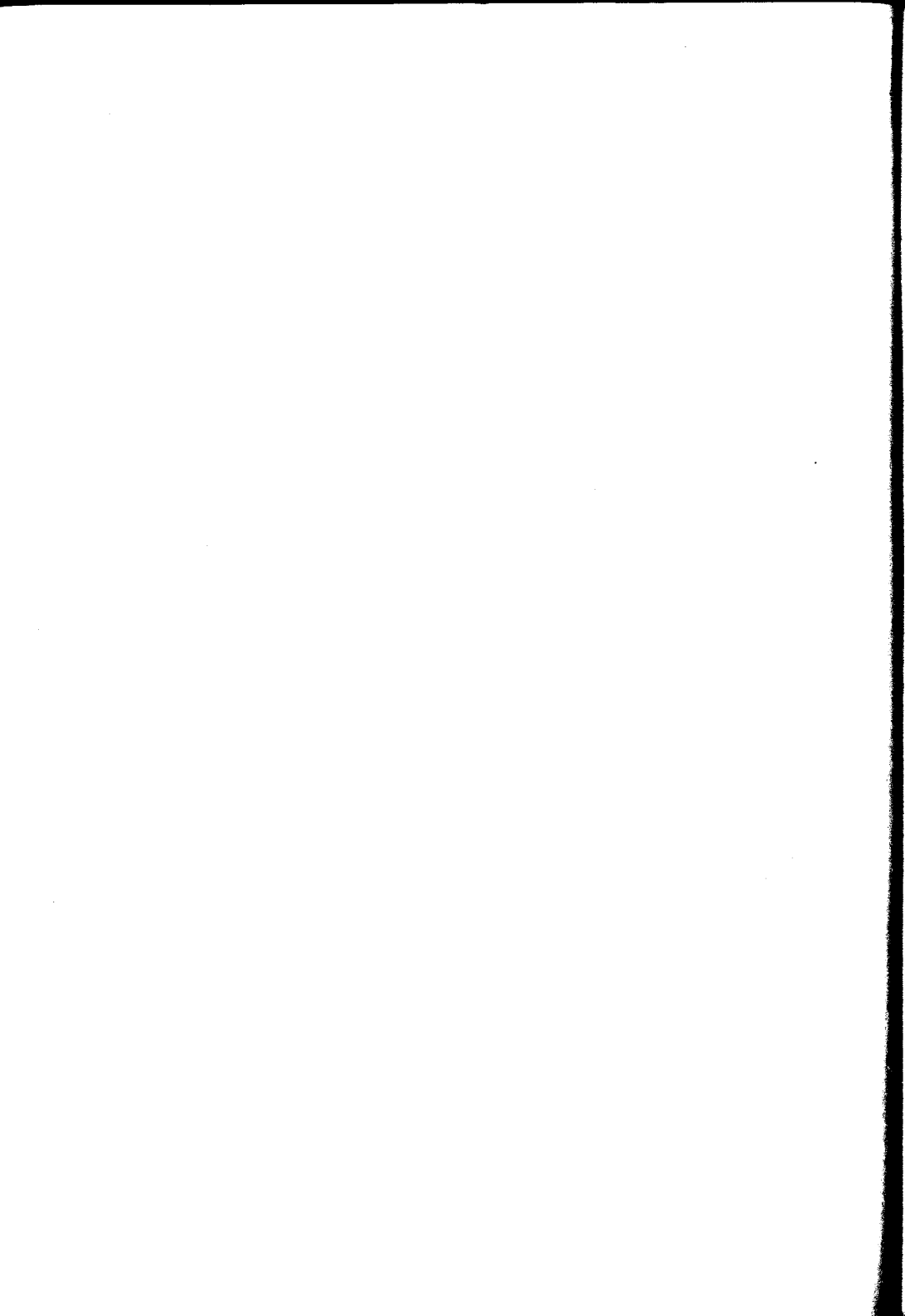
Catedráticos suplentes

- DR. ALEJANDRO CABANNE
- „ TOMÁS S VARELA (2^o año)
- „ JUAN U. CARREA (Protesis)

ESCUELA DE MEDICINA

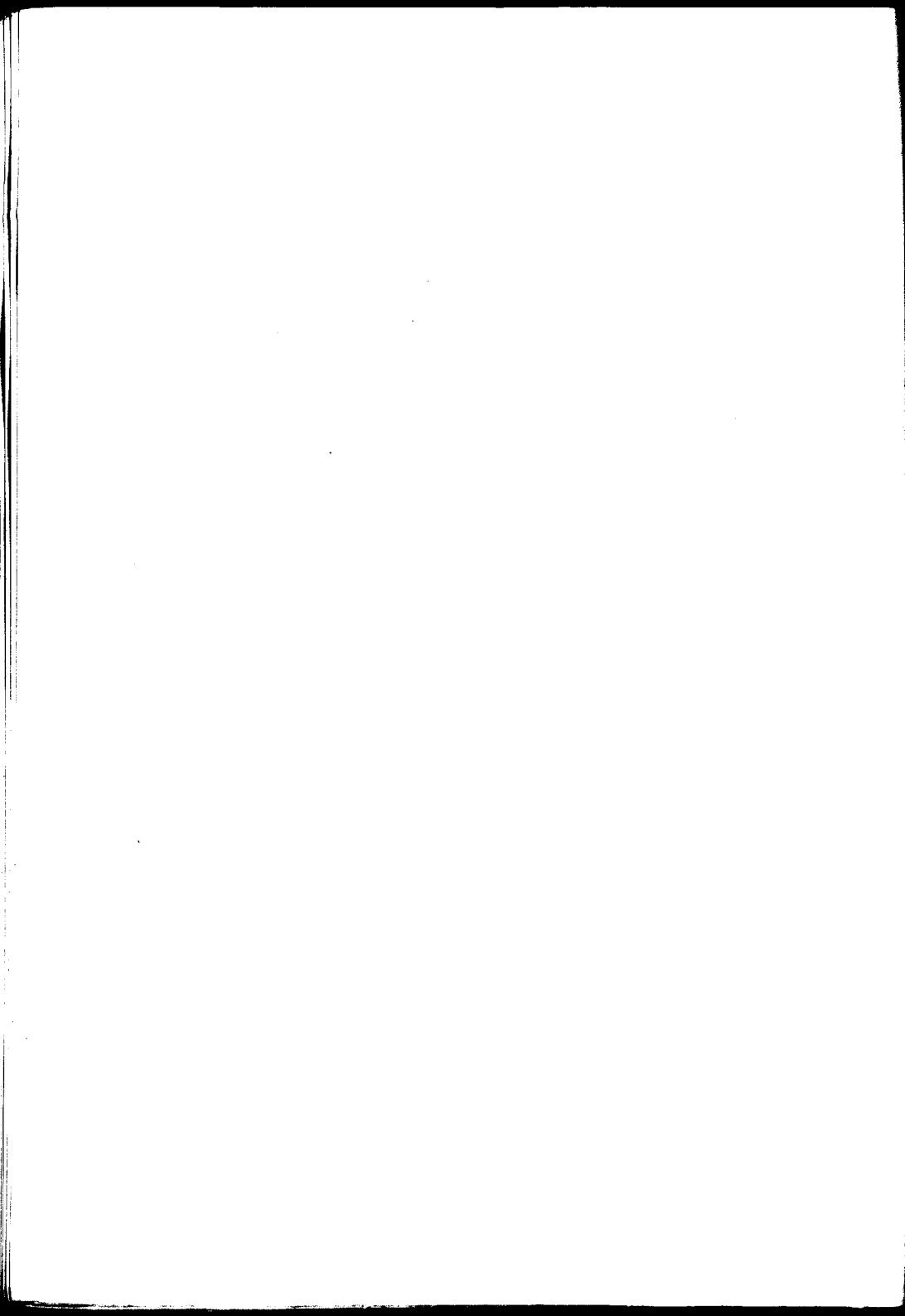
Profesores Honorarios

- DR. ROBERTO WERNICKE
- „ J. Z. ARCE
- „ PEDRO N. ARATA
- „ FRANCISCO DE VEIGA
- „ ELICEO CANTON
- „ JUAN A. BOERI
- „ FRANCISCO A. SICARDI



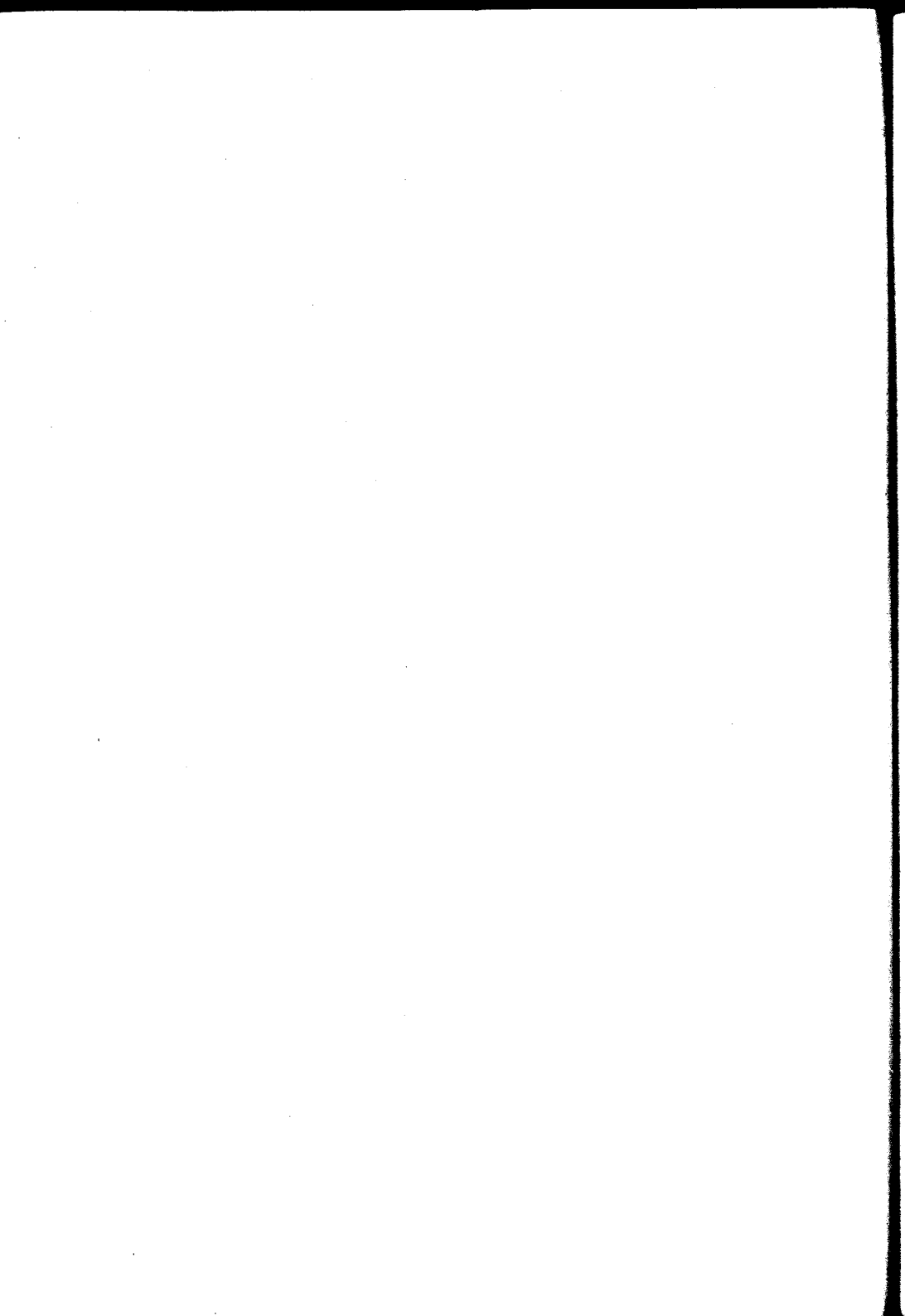
PADRINO DE TESIS:

Prof. Dr. Enrique Zarate



A mis amados padres

a quien todo debo



A mis hermanos

A MIS MAESTROS:

Dr. Avelino Gutierrez

Y

Dr. Enrique Zarate



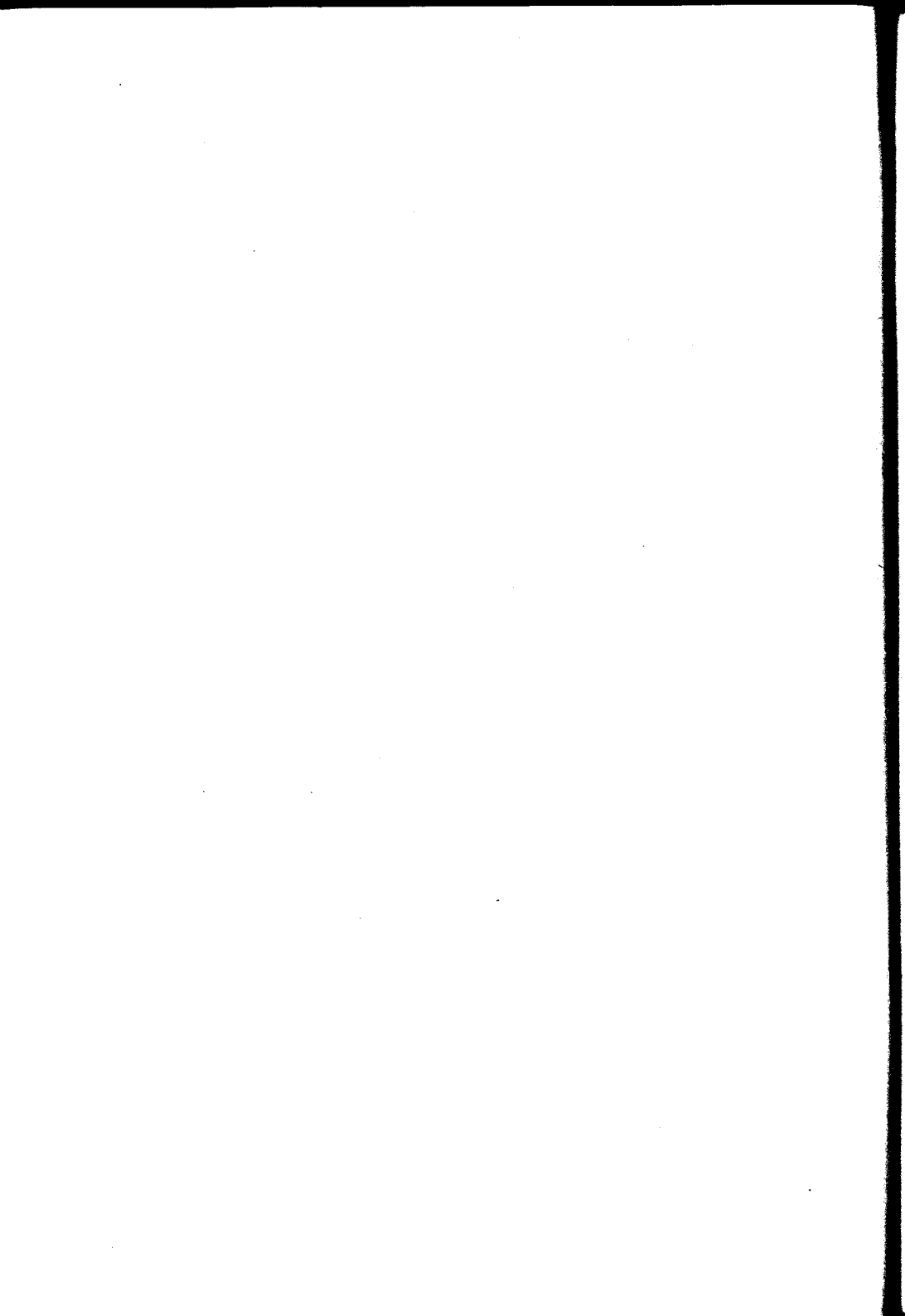
Al Ing. Juan L. Albertoni

Y

Sr. Emilio Varona



A mis amigos



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Cumplo con el grato deber de elevar respetuosamente a vuestra digna consideración, el trabajo final, que la Facultad me exige, como complemento a mi carrera.

Pero antes de entrar de lleno en materia, debo decir algunas palabras no solo en homenaje al ritual de práctica, sino también porque juzgo necesario, llegado al término de una etapa de mi vida, y pisando ya los umbrales de otra, camino hacia el incierto porvenir, volver un momento la mirada hacia el pasado, para dejar constancia de un justo agradecimiento, hacia aquellos que con la palabra y el ejemplo me señalaron el camino del estudio y del trabajo.

Sea mi primera palabra para mi virtuosa madre, cuyas prendas serán constante luz que ha

de iluminar con límpidos destellos el camino de mi vida; para mi padre cuyo ejemplo de honradez y de trabajo, serán el credo y el fundamento de todos mis actos.

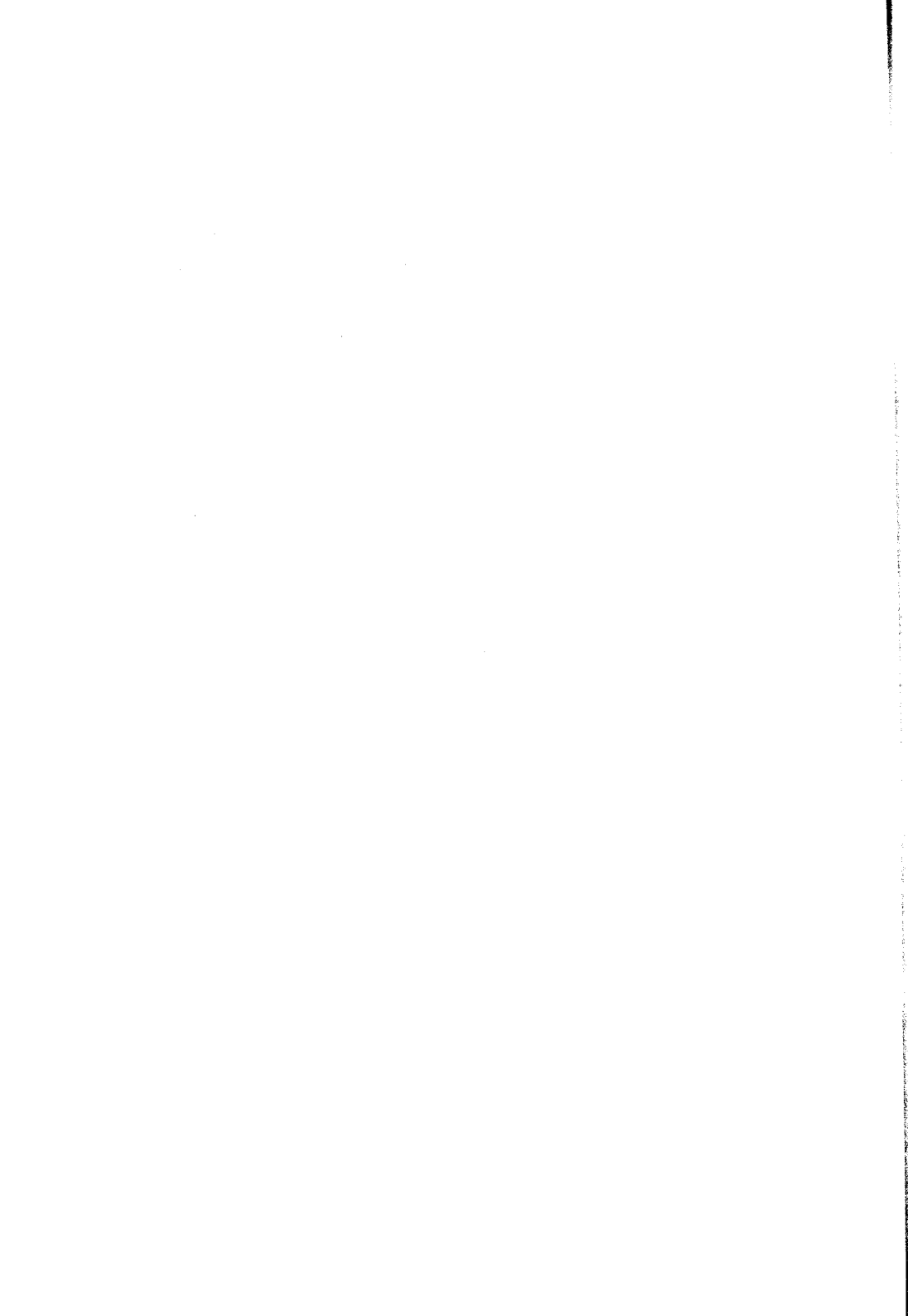
Luego para mis profesores, cuya sabiduría envidio y admiro; un especial recuerdo para mi querido maestro el Doctor Avelino Gutiérrez, cuya modestia en nombre de la justicia me veo precisado a contrariar; maestro sabio, recto, infatigable, a cuyo lado he tenido la honra de permanecer tres años como ayudante de su cátedra, y de la que como mejor recuerdo he de llevar, el de sus cualidades superiores, no para pretender igualarlo, pero si siquiera para imitarlo.

Otro no menos sincero para mi maestro, el Doctor Enrique Zárata, el eminente profesor de Clínica Obstétrica de nuestra Facultad, en quien forman inapreciable consorcio la sabiduría y la prudencia. Cada vez que de él me acuerdo, me parece verlo pasando por las salas de su Clínica del Hospital Ramos Mejía, con su blanco delantal cruzado, su aire bondadoso y tranquilo, observando, preguntando, aconsejando, siempre

listo para atender al interés de sus enfermas.

Un expresivo recuerdo para el Doctor Juan B. González, el Jefe de la sección ginecológica de la Clínica del Doctor Zárate, de quien recibo constantes y provechosas enseñanzas; y para el Doctor Nicanor Palacios Costa, médico interno de la misma, de quien he recibido valioso concurso para la elaboración de esta tesis.

Mi estima y afecto, para los compañeros de trabajo de la cátedra de Anatomía Topográfica de la Facultad, Doctores Vicente Guiérrez, Angen San Martín, Manuel Copello, Alberto [Gutiérrez, Manuel Castiñeiras y R. Roselli y para los médicos de la Maternidad del Hospital Ramos Mejía.



LAS CESAREAS SEGMENTARIAS SUPRASINFISIARIAS

Este es el nombre con que el Profesor Zárate designa a los distintos procedimientos y técnicas que tratan de abordar el segmento inferior del útero, en contraposición a la cesarea clásica que aborda siempre el cuerpo uterino.

Desde el año 1610 en que según la historia, Trautmann practicó por primera vez la operación cesarea, hasta nuestros días, el camino recorrido en el perfeccionamiento de esta intervención, ha sido largo, brillante y fructuoso: tan es así que hoy la cesarea clásica, la cesarea extraperitoneal, y la cesarea segmentarea suprasinfisaria, son otros tantos capítulos de la cirugía obstétrica, y aunque por muchos conceptos ellas guardan naturales e íntimas relaciones, puede decirse que los cesareas segmentareas ya se destacan con caracteres propios, que si no me atrevo a afirmar, que por ello

han de suplantar a la cesarea clásica, si, le conceden el derecho de erigirse en método de elección para determinados casos.

Es ésta la tesis que he de sostener y demostrar en el curso de este mi trabajo final, inspirado por mi apreciado maestro el Profesor Zárate quien por primera vez practicó esta operación en Buenos Aires, en su servicio de la Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital Ramos Mejía.

Con el deseo de hacer lo mas clara y mejor posible mi exposición, he dividido el trabajo en diversos capítulos, para considerar así separadamente las diversas fases del problema.

Así comenzaré con el capítulo I.

CAPÍTULO I.

HISTORIA

Conocedores ya, desde hace muchos años, de los peligros a que expone a la parturienta la cesarea clásica, y de los no menos graves que pueden ocurrir en los futuros embarazos, pensaron ya algunos operadores y parteros de principios del siglo XIX, sino de sustituirla por otra, por lo menos de modificar su técnica, variar el método para disminuir en lo posible esos peligros.

La infección era antes mas que hoy, el negro fantasma que preocupaba al cirujano, puesto que era el accidente mas difícil de evitar y el que mayor número de muertes ocasionaba.

Así pues, en 1806 parece que fué Von Jorg, de Leipzig, según cuentan las crónicas, el prime-

ro que intentó realizar la cesarea por un método distinto al que hasta entonces se había empleado, es decir por el método extraperitoneal; significa esto alcanzar el útero sin abrir la gran cavidad peritoneal.

Este intento fué sucesivamente seguido por Ritgen en 1821, por Physyck en 1822, y por Baudelocque en 1823.

¿Alcanzarian este desideratum estos operadores?

No lo dicen los libros que he leído, pero pienso que no, si tengo en cuenta lo que mi maestro dice, en su trabajo publicado, sobre cesáreas segmentarías suprasinfisiarias "Las cesáreas segmentarias suprasinfisiarias, serán casi siempre transperitoneales. Por un artificio operatorio podrían llegar a ser extra peritoneales, pero su técnica sería siempre complicada y muchas veces difícil, cuando no imposible de realizar". Además por los resultados operatorios, pues la mortalidad materna en esa época era 50 %, y la mortalidad infantil alcanzaba también la enorme proporción de 42 %.

Estos resultados tan poco alhagadores, abrieron un paréntesis en la ejecución de esta intervención, pues ellos demostraron, que poco o nada se acercaban al ideal.

Así pues, desde 1823 hasta 1870, transcurrió una época de silencio a su respecto. Solo en esta última fecha ella reaparece con Gaillard Thomas, Skene y Gillette de New York, que practican seis veces esta operación.

Para tener una idea de conjunto del segmento inferior lo mejor es estudiar los cortes del útero en trabajo que Braunne, Waldeyer, Barboun, etc., prepararon con úteros sacados de mujeres muertas, antes de terminarse el parto. En un corte mediano y ántero posterior, el útero se presenta como dividido en dos zonas: una que comprende los dos tercios superiores de la altura total, de paredes gruesas, es el cuerpo uterino; la otra, menos extensa, de paredes mucho mas delgadas y formada por el conjunto del cuello y del segmento inferior.

A veces es posible distinguir, a cuatro o cinco centímetros del orificio exetrno de la matriz,

un anillo que no es mas que el orificio interno del cuello, y que separa por consecuencia el canal cervical del segmento inferior. Este, como región diferenciada no aparece desde el comienzo de la gestación. Es durante los cinco primeros meses que recién se empieza a esbozar. Durante este período el huevo se desarrolla completamente en el cuerpo uterino; pero hacia el sexto mes, esta última región, ya no es suficiente por el rápido desarrollo del organismo ovular; es entonces que el segmento inferior se deja distender y siempre progresivamente hasta que, llegada a término la gestación, adquiere su completo desarrollo.

Si se le considera hacia el fin del noveno mes, en una primí para cuyo feto en presentación cefálica se hallara profundamente encajada, el segmento inferior se presentaría con la forma de un casquete esférico de convexidad inferior y del cual el cuello está como colgado.

Su altura, hacia el fin del embarazo, es de 7 a 8 cent.; su espesor de unos 2 mm.; el espesor del cuerpo en cambio alcanza a 10 y 11 mm.

Su límite inferior nos es conocido; es el ori-

ficio interno del cuello; su límite superior es más difícil de determinar cuando la mujer no está en trabajo, Sin embargo se le puede reconocer por lo siguiente:

1.º por la diferencia de espesor del músculo uterino, diferencia que por otro parte no es brusca sino progresiva;

2.º por la existencia en plena pared uterina de una gran vena circular descrita por los alemanes con el nombre de «Kranz-vene».

3.º por la manera de adherencia del peritoneo; la serosa no se adhiere sino de una manera muy débil al segmento inferior.

4.º por la primera rama transversa de la arteria uterina.

5.º por el límite de la íntima adherencia de las membranas ovulares en la cara interna del útero. Este límite superior del segmento inferior no está en un plano horizontal sino oblicuo de arriba abajo y de atrás adelante.

De las dos paredes del segmento inferior la

anterior, está mucho más distendida, siendo al mismo tiempo más ancha y más profunda debido a la presentación; en un corte resulta sumamente cóncava.

Sucede de este modo, que el orificio interno del cuello está más próximo a la pared posterior, lo que es fácil constatar por el tacto vaginal; si se prolongara el eje longitudinal del útero, se vería que este eje atraviesa la pared anterior del segmento inferior pasando completamente por delante del cuello.

Hime y Edis también la ensayan en esa fecha en Inglaterra, pero no fueron más felices en sus resultados.

Fué abandonada nuevamente hasta nuestros días podemos decir, en que los progresos de la técnica, de la asepsia y de la antisepsia, permitiendo salvar graves inconvenientes, abrieron a la nueva operación, más amplios y halagueños horizontes.

Las primeras observaciones de la operación cesarca segmentaria desde que ella se ha convertido por los progresos introducidos en su téc-

nica, en una operación, podemos decir bien reglada, datan del año 1906 fecha en la que Frank publicaba siete casos de mujeres operadas por un procedimiento nuevo, que él describía.

Desde esa época el asunto interesa nuevamente a los cirujanos, de Alemania sobre todo; y las críticas, los numerosos procedimientos y modificaciones que se proponen, se suceden, profusamente, señalando una nueva era en este capítulo de la cirugía obstétrica.

El primitivo procedimiento de Fritz Frank, no era exclusivamente extra peritoneal (comunicación al congreso de Lisboa de 1906) puesto que si bien en el curso de la operación, según su técnica, se abría el peritoneo era para evitar la infección de su gran cavidad, y con tal objeto usaba de un «artificio operatorio», que consistía en aislarla por medio de suturas. Con este medio entendía Frank evitar el principal peligro de la cesarea clásica, sobre todo cuando las párturientas llegan a la Clínica en avanzado trabajo de parto, y lo que es peor para el caso, habiendo sufrido varios tactos, que en la mejor de las con-

diciones son siempre sospechosos; y quizás también alguna intervención.

La técnica de Franck, tendia a hacerse ejecutable en cualquier caso y evitar en lo posible la muerte del niño como también sustraer á la madre de los peligros de la muerte por infección.

CAPÍTULO II

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS PARTICULARES A LA MUJER ENCINTA

Antes de proseguir en la descripción de los métodos operatorios, creo conveniente hacer algunas consideraciones sobre las relaciones que guardan los órganos pelvianos de la mujer en estado de embarazo; porque a primera vista y considerando a la mujer normal, fuera de ese estado, parecería imposible, hallar una brecha suficiente, que sin herir el peritoneo permitiera extraer el feto, y sobre todo atacando el segmento inferior solamente, puesto que es la porción del útero que, una vez operada la mujer, expone menos, o nada quizás, a los peligros post-operatorios

de la cesares clásica, que abarca gran parte de la cara anterior del útero.

Veamos pues, como se modifican estas relaciones en la mujer encinta y que es el segmento inferior del útero.

El embarazo y el parto modifican las relaciones de la anatomía normal, por el hecho del reblandecimiento del tejido celular pelviano, y por lo tanto de las zonas de adherencia del peritoneo, que también por la distensión de la matriz, disminuyen algo de extensión, a tal punto, que arrastrado en su evolución por el útero, deja en parte descubierto a ciertos órganos de la pelvis, que estos se hacen, puede decirse subperitoneales.

Desde este punto de vista importa sobre las relaciones que guarda con la vejiga. Debido a esta hipertrofia del útero y de su serosa, y del ascenso que experimenta el peritoneo, también por la distensión de la pared ventral, la vejiga se va descubriendo diremos así, de su relación con la serosa, al extremo que el útero del quinto al sexto mes del embarazo ha arrastrado una por-

ción de peritoneo vesical que correspondería a los de dos tercios de su serosa; hacia el fin del embarazo una porción igual a tres cuartos, y en el **periodo de dilatación, el peritoneo solo recubre el fondo de la vejiga.**

A consecuencia de esto, el fondo de saco vésico-uterino disminuye también considerablemente de profundidad y extensión.

En lo que se refiere particularmente a la relación del útero con la vejiga, varían también; la vejiga durante el embarazo está aplanada y dividida en dos bolsas: abdominal y pelviana, formando lo que se llaman vejiga en reloj de arena. Las adherencias intervésico-uterinas se vuelven sumamente laxas, lo que hace perder a la vejiga uno de sus medios de fijación, y por lo tanto facilita mucho la separación en la pequeña parte que aún queda en relación.

El peritoneo del útero llega según la expresión de Bonnaire, a flotar como un velo echado sobre la vejiga, quedando solo adherido al nivel del anillo de Bandl.

De modo pues, que gracias a todo este des-

plazamiento de la serosa, hay una porción de la cara anterior del útero que al termino de la gestación, queda completamente descubierta de peritoneo; esta porción que mide 7 a 8 cm., medidos desde el orificio interno del cuello, abarca todo el segmento inferior del útero.

Precisemos ahora lo que es el segmento inferior del útero, que como vemos adquiere en la nueva operación una tan grande importancia.

Es por esta razón, que he creído útil y necesario alargar este capítulo, para hablar de él. Con tal motivo resumiré lo mucho que se ha escrito desde que se ha comenzado a estudiar especialmente la anatomía del útero, transcribiendo uno de los mejores trabajos que existen a su respecto, debido a Jeannin, y publicado en la *Presse Médicale* de Febrero de 1908, que me fué gentilmente cedido por el jefe de Clínica Doctor J. B. González.

«Entre las múltiples modificaciones que imprime el embarazo al órgano de la gestación, hay una que merece llamar especialmente la atención del clínico: es la diferenciación en la parte

media del útero, de una zona intermedia al cuello y al cuerpo, que se llama el segmento inferior. Netamente individualizado por su aspecto exterior y por sus relaciones, teniendo una estructura especial el segmento inferior desempeña tanto durante el embarazo, como durante el parto, un papel importante en las circunstancias fisiológicas, importancia que adquiere aún mas valor en condiciones patológicas.

Las relaciones del segmento inferior deben ser estudiadas con gran cuidado, pues permiten comprender toda la importancia que adquieren los traumatismos ejercidos en esta porción del útero. Hacia adelante tenemos el peritoneo, debilmente adherido al útero; la zona desprendible es tanto mayor cuanto más avanzado es el embarazo, si bien la distancia que separa la línea de inserción fija del peritoneo, del orificio interno varía de un mes a otro del embarazo. Según Hofmeier y Benkiser, es de 2 cm., a los 2 meses, de 3cm., a los 3 o 4 meses, de 4 cm., a los 6 meses, de 5 cm., a los 7 meses, de 7 cm., a los 9 meses. Esta facilidad con que se deja desprender

del útero la serosa abdominal, explica la formación de esos voluminosos hematomas subperitoneales en las desgarraduras de la pared anterior del segmento inferior.

La pared posterior de la vejiga, que está separada del útero por el peritoneo, en toda su porción superior, está unida abajo por un tejido celular particularmente laxo, lo que facilita también grandemente su separación. Cuando la vejiga está vacía, se esconde detrás del pubis; cuando está llena, por el contrario, remonta hacia el abdomen tironeando la uretra, o bien se desarrolla en la pelvis haciendo bombear la pared vaginal anterior; o también puede ocupar a la vez el abdomen y la pelvis disponiéndose en forma de reloj de arena.

Por otra parte, el reservorio urinario queda muy deformado por el segmento inferior ocupado por la cabeza fetal: Bar y Lays han constatado algunas veces por medio de la citoscopia, que en la mujer encinta, la vejiga se hace cóncava por aplastamiento ántero-posterior, resultando así dos divertículos laterales; a veces se produce un ver-

dadero pliegue transversal del trigono, que separa la uretra colocada por delante, del pliegue de los uréteres, que se encuentran por detras. Al fondo de saco vésico-uterino pueden descender las asas intestinales, pero esto ocurre solo en los primeros meses.

Lateralmente, el segmento inferior corresponde a las vainas hipogástricas, las cuales contienen, la arteria que corre a un centímetro del borde uterino; el uréter, y las venas uterinas.

Las diversas ramas que nacen de la uterina, anastomosándose en la línea media, concurren a formar un círculo arterial alrededor del limite superior del segmento inferior.

A cierta distancia tenemos por fin los nervios sacros y los vasos iliacos.

Hacia atrás, el peritoneo recubre en toda su altura al segmento inferior, descendiendo aún, hasta la parte superior de la vagina; aunque mucho menos adherente que al cuerpo, su adherencia en esta cara no es tan laxa como en la anterior. En ciertos casos dicha pared puede encontrarse en relación con asas del intestino del-

gado que han descendido al fondo del saco de Douglas, cosa que es posible a causa de la anteversión normal del útero; mas lejos encontramos el recto, los nervios sacros y el sacro.

La estructura del segmento inferior participa a la vez de la del cuerpo y de la del cuello. La musculosa es aquí menos gruesa que en el resto del útero y este espesor va disminuyendo a medida que avanza el embarazo, según ha sido bien constatado por Hofmeier.

Este adelgazamiento del segmento inferior es debido a la rarefacción a este nivel, de los elementos musculares que existían al nivel del cuerpo uterino. Según los autores clásicos, la capa media o plexiforme, que es la más importante, se detiene a nivel del límite inferior del cuerpo, de modo que el segmento inferior solo se encuentra constituido por las capas internas y externa. Hofmeier da un esquema un poco diferente; considera que las capas musculares muy apretadas en el cuerpo, se alargan y se ensanchan, de modo que en el segmento inferior no se encuentran casi mas que láminas verticales y para

lelas. Varnier hace notar que en las dos regiones la musculosa tiene un aspecto laminar, pero esta capa se hace siempre más delgada y más fácilmente dissociable a medida que se aproxima al orificio interno del cuello. La terminación inferior de las fibras musculares ha sido bien estudiada por Bayer, que ha descrito fibras longitudinales dispuestas en una serie de laminillas que terminan a nivel de la pared uterina anterior sobre la cara interna del útero; las fibras más externas que son también la más largas descienden hacia el cuello y la vagina.

Al nivel de la pared posterior, las fibras descienden hacia el orificio externo. Esta disposición explica fácilmente el papel que desempeña el segmento inferior en el borramiento, después de la dilatación del cuello.

Junto al tejido muscular, el segmento inferior contiene una notable cantidad de tejido conjuntivo con predominio de elementos elásticos; según Kreitzer, Acconci, Fieux, este tejido formaría la casi totalidad de la pared uterina, pues el elemento muscular no persistiría sino a nivel de la cara externa.

La mucosa uterina p6see a la altura del segmento inferior, los mismos caracteres que en el cuerpo; es caduca lo mismo que esta; diferenciándose **netamente por esta raz6n, de la mucosa del cuello; sin embargo, puede en ciertos lugares y sobre todo en su porci6n inferior revestir los caracteres de esta.** La diferencia no obstante es menos marcada que lo que se pensaba antes. En lo que se refiere al segmento inferior durante el trabajo, los cambios mas interesantes son los concernientes a las dimensiones del segmento inferior; su espesor disminuye progresivamente mientras que su altura por lo contrario, aumenta debido al ascenso de su limite superior. Este que al principio del trabajo ocupa un limite paralelo al estrecho superior y correspondiente al tercio superior de la s6nfisis, se encuentra en el momento de la dilataci6n completa, a tres travezos de dedo del pubis, es decir, a igual distancia de la s6nfisis y del ombligo; la distancia que le separa del orificio uterino es entonces de 12 cm.

En una palabra hay una elongaci6n y adelgazamiento del segmento inferior.

Cuando el trabajo dura un cierto tiempo, sobre todo cuando las membranas se ha roto la diferenciación entre el cuerpo y el segmento inferior se hace muy clara, gracias a la formación a este nivel de una onda muscular fisiológica, fácil de constatar por la introducción de la mano en el útero de la parturienta, pues no persiste en el cadáver: es el anillo de contracción de Schoeder, también llamado anillo de Baudl. Cuando el anillo de contracción es muy pronunciado imprime al útero la forma de un reloj de arena: su papel patológico es considerable.

Una vez terminado el trabajo, el segmento inferior vuelve a cambiar de dimensiones: su altura, comprendido el cuello, no es mas que de 5 a 7cm.; su espesor, de 8 a 10mm., mientras que la del cuerpo es entonces de 3cm.: su aspecto es el de un saco blando flotante lo que le ha valido la comparación con un trozo de intestino grueso. El segmento inferior es, entonces, aplastado y como apretado por el cuerpo uterino que se aplica sobre él. La relación más interesante es la que contrae con la vejiga; este órgano pue-

de estar completamente separado del útero, y en este caso, el fondo de saco peritoneal vésico-uterino desciende hasta la vagina.

Cuando la involución uterina ya hace tiempo que ha comenzado, hacia el tercer día, por ejemplo, se puede ver en las primíparas, ciertos repliegues peritoneales, descriptos por Duncán, que indican que la serosa no ha podido volver tan fácilmente como el músculo, a sus dimensiones primitivas.

Maygrier y Demelin han observado en un caso, un gran repliegue seroso, transversal, que persiste 15 días después del parto y que ocupaba bastante exactamente el límite superior del segmento inferior.

Si ahora examinamos el útero por su superficie interna, se distingue netamente 3 zonas, que corresponden a las 3 regiones de la matriz: una zona superior, de superficie violacea y tomentosa que es el cuerpo uterino con su area placentaria; una zona media, mucho más rosada y lisa, que es el segmento inferior, y por último, una zona inferior irregular, negruzca equimótica, que es el cuello.

ORIGEN DEL SEGMENTO INFERIOR

El término de segmento inferior es solamente obstétrico; no se le emplea ni en anatomía ni en cirugía. ¿Es, entonces, una región propia del estado puerperal? No la podemos suponer como una neoformación; es necesario, pues; que provenga de una de las porciones ya constituidas del útero, ya sea del cuerpo, ya del cuello. Los autores antiguos admitían el origen cervical del segmento inferior. Para Mauriceau, Levret, Boivin, Velpeau, etc., el cuello se borraría a partir del sexto mes del embarazo, e incorporándose al cuerpo, constituiría de esa manera, el segmento inferior. Para Stoltz, Jacquenier, Schroeder ocurriría el mismo fenómeno, pero, únicamente en los últimos quince días de la gestación. Bandl, Bayer, opinan que solo se borra la porción supravaginal. Blanc, pensaba que estaba formado

en parte por el cuerpo y en parte por el cuello. Von Dittel, que es partidario de esta opinión, considera este origen como muy variable, estando en relación con el grado de elasticidad uterina.

Actualmente la mayor parte de los autores tienen tendencia a admitir, según Hofmeier, Müller Waldoyer Pinard, Varnier, etc., que el segmento inferior proviene del cuerpo del útero. Esta opinión reposa sobre comprobaciones anatómicas, sobre comprobaciones clínicas, pues, el tacto permite reconocer que el cuello guarda casi siempre toda su longitud hasta el fin del embarazo; reposa también sobre constataciones histológicas, la mucosa del segmento inferior se convierte como la del cuerpo en decidua; en fin, reposa sobre la anatomía comparada; en el conejo, por ejemplo, el cuerpo uterino, bicornio, comunica con un largo canal tapizado de caduca, que está separado del cuello por el orificio uterino. En último análisis, el útero puerperal con sus tres zonas, cuerpo, segmento inferior y cuello, corresponde al útero no grávido que posee igualmente

3 zonas: el cuerpo, el itsmo y el cuello. El segmento inferior, parte intermedia, corresponde al itsmo; ocupa su lugar; por lo tanto de él proviene.

PAPEL FISIOLÓGICO Y PATOLÓGICO DEL SEGMENTO INFERIOR.

El estudio anatómico que acabamos de hacer nos permite ser muy breves sobre el papel que desempeña el segmento inferior tanto desde el punto de vista fisiológico como patológico. Nos limitaremos, pues, a una enumeración somera y rápida.

a) Papel fisiológico. Durante el embarazo el segmento inferior se presta al desarrollo del huevo y a la acomodación del feto.

Al término de la gestación ciertos autores han creído encontrar en él, la causa primera, aun misteriosa del parto; Ruge había notado que en esta región la unión de las caducas ovular y parietal es por mucho tiempo imperfecta; Litzman admitió que hay allí, un debridamiento prematuro del polo inferior del huevo, a consecuen-

cia de alternativos alargamientos y acortamientos de esta porción del útero; finalmente, el huevo convirtiéndose para este segmento, en cuerpo extraño, excitaría su contracción. De cualquier manera que sea, se sabe que la excitación artificial del segmento inferior, (como por ejemplo, por la introducción del balón de Tarnier) es uno de los mejores medios de provocación artificial del parto.

Durante el trabajo, el segmento inferior desempeña un papel más pasivo que activo; constituye, junto con el cuello, la porción flácida del útero, por oposición al cuerpo, que es la parte activa, contráctil. En realidad, no sucede exactamente así, cuando el trabajo dura desde algún tiempo, pues al principio el segmento inferior se contrae, y si estas contracciones no son tan poderosas como las del cuerpo, no por eso tienen menos utilidad en lo que concierne, a la buena dirección y actitud de la presentación.

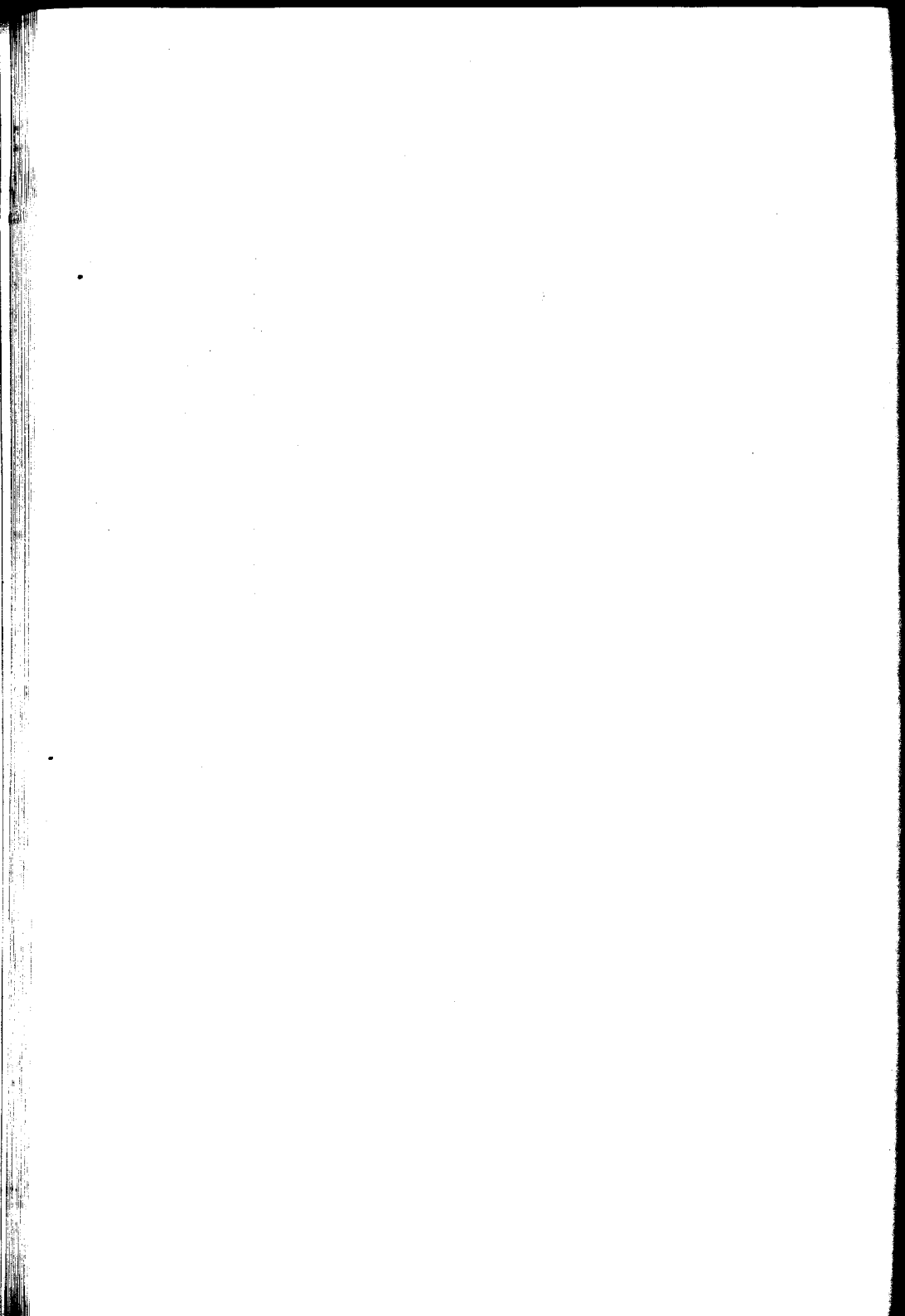
b) Papel patológico.—Durante el embarazo, la inserción del huevo en el segmento inferior puede ser considerado como un accidente de gra-

ve pronóstico fetal y aun materno; es esa, en efecto, la causa de muchos abortos y es con frecuencia el punto de partida de terribles hemorragias por inserción viciosa de la placenta.

Durante el trabajo, además, se puede observar una extrema lentitud en la dilatación, debida a la fijación anormal del huevo en el segmento inferior, lo cual puede ir hasta transformarse en una verdadera sínfisis. Mucho mas importante es el papel que desempeña el segmento inferior en la patogenia de la ruptura uterina; es gracias al alargamiento y al adelgazamiento de esta región, que puede ocurrir este tan grave accidente, por lo menos en la gran mayoría de los casos.

De manera que el partero debe conocer perfectamente la semiología del segmento inferior para preveer y evitar en lo posible, la distocia de esta región del útero.»

No menos importante, puedo agregar yo, es conocer bien sus caracteres, para saber conducirse frente a él, en los casos que deba practicarse una cesarea segmentaria. Todo lo dicho excusa más razones.



CAPITULO III

INDICACIONES

El capítulo de las indicaciones, es quizás el más interesante, y a mi juicio el más difícil de tratar; solo al pensar en los casos en que puede estar indicada esta intervención, acuden a mi memoria los largos capítulos de la patología obstétrica; releo las opiniones de los maestros, nuestros y extranjeros, pero a pesar de ello siento para desarrollarlo, un enorme claro que con todo de todo no puedo llenar. pues faltame la sanción de dos justos y buenos maestros; el tiempo y la experiencia.

No por eso dejaré de empeñarme para escribir lo mejor posible esta parte de mi tesis, para que si alguna vez alguien acude a sus páginas

con ánimo estudioso, puede encontrar, sino algo nuevo, por lo menos, una revista de hechos que le permitan comparar o criticar.

Decía, la indicación es la parte más difícil, porque antes es necesario establecer con exactitud el diagnóstico, y en el no solo, creo yo, se ha de comprender la distocia o la causa que justifique a prima facie una cesarea segmentaria, sino también, habrá de tenerse muy en cuenta las condiciones que derivan de la enferma y del medio.

¿Cómo decir sin temor de equivocarse, que la cesarea segmentaria está indicada con exclusión de toda otra intervención obstétrica, en tales o cuales casos, que han sido operados con éxito, en determinadas circunstancias, si estas, por ser variables, pueden en otras hacerla fracasar?

Resulta pues de estas consideraciones, que la indicación de esta operación debe resultar de la apreciación exacta de cada caso. Este caso, podrá ser una estrechez pelviana, podrá ser una procidencia del cordón, un feto demasiado grande, un forceps en el estrecho superior; podrá in-

dicarse si se quiere en lugar de una pulbiotomía; pero esto no autoriza a decir, según mi manera de apreciar, que la cesarea segmentaria esta indicada en todos los casos de estrechez, de prociencia, etc. Sería esto demasiado absoluto y en detrimento de la operación, que no por entrar en discusión con otras intervenciones, pierde sus títulos y derechos para constituirse en capítulo independiente en la cirugía obstétrica.

Veamos como juzgan la indicación los diversos autores.

Ante todo nuestro maestro el Profesor Zárate; cuanta prudencia antes de llegar a decidir esta operación, en su primer caso operado, el cual puede presenciar, caso que publicó y del cual entresacó las siguientes líneas.

«¿Porque nos hemos inclinado en el caso en cuestión a practicar una cesarea suprasinfisiaria? Del examen practicado a la parturienta durante el trabajo y en el cual comprobamos la existencia de un tumor de evolución pelviana y en íntimo contacto con el ítsmo ulterino, tumor de dimensiones apreciables y capaz de producir

una estrechez absoluta de orificio pelviano. tumor inmóvil y fijo al útero, tumor difícil de movilizar y enclavado en el estrecho superior por el trabajo del parto, tumor irregular de exquisita sensibilidad y seguramente, sólido, llegamos a la conclusión de que se trataba de un tumor previo del segmento inferior, fatalmente distócico.

¿Que conducta seguir? ¿Cesarea clásica? La serie de tactos que la paciente había sufrido, tanto por el personal subalterno que desconoció la existencia del tumor, como por el personal médico que estableció el diagnóstico, colocaba a la enferma en la categoría de tacto sospechoso por las múltiples operaciones y largo trabajo.

¿Cesarea tardía con drenaje? La técnica especial de este método no hubiera sido posible realizarlo, a no ser que se hubiese abandonado el tumor sin extirparlo, lo que hubiera sido una incorrección quirúrgica.

¿Cesarea e hysterectomía? Mutilación inaceptable tratándose de una primigesta.

¿Extirpación del tumor por vía vaginal? El diagnóstico era inseguro, el tumor era sólido, pero

se desconocían sus relaciones y las dimensiones que el presentaba; la intervención por esta vía era incierta y podían surgir dificultades insalvables que obligaran a terminar la operación por una laparatomía.

¿Ablación abdominal del tumor sin cesarea prévia? Esta era la indicación mas seductora: por un lado eliminación del tumor y por otro abandono del parto a las fuerzas naturales; idea ya emitida por Markwald y realizada por Spencer Williams, Guinard, Couvelaire, Sauvage y algún otro, pero este método tenía también sus inconvenientes. Para la extirpación del tumor era necesario la exteriorización del útero pues solo así podría hacerse accesible la región del istmo uterino, pero esta eventración del útero no es tan inofensiva para el feto (caso de Sauvage) y la luxación del globo uterino puede traer como consecuencia un desprendimiento prematuro de la placenta según algunos, y según otros alteraciones graves en la circulación placentaria por alargamiento de los pediculos vasculares y que darán, como resultado el sufrimiento y la muerte del feto.

Pero aun cuando esta maniobra en ciertos casos puede ser compatible con el nacimiento del niño, abandonando el parto a su acción fisiológica no da ella una garantía absoluta pues exige una condición importante y es la rapidéz operatoria para poder reintegrar pronto el útero dentro de la cavidad abdominal, condición que en nuestra enferma era difícil de realizar y preveer por no conocer la naturaleza íntima y posibles adherencias y conexiones del tumor.

Analizando todos estos problemas de cirugía obstétrica y valorando sus ventajas e inconvenientes, es que creíamos poder aplicar al caso en cuestión una técnica operatoria distinta de las precedentes y con la cual creíamos poder eliminar los inconvenientes que aquella nos presentaba. Nuestra conducta debía ser la siguiente: utilizar la incisión de la cesarea suprasinfisiaria con el objeto de ver si era factible la eliminación del tumor sin eventración del útero en cuyo caso se dejaría que el parto siguiera su marcha fisiológica y en caso contrario por la incisión suprapubiana se practicaba una cesarea segmentárea con protección de la cavidad abdominal.

Por la lectura de la observación se ha podido ver que fue imposible extraer el tumor previamente, por encontrarse rechazado hacia la excavación y comprimido por la cabeza del feto y recién después de la cesarea fue ello posible a causa de la inclusión del tumor en la base del ligamento ancho. Extirpado el tumor y antes de suturar la pared abdominal, fué muy interesante observar que de la herida hecha en el segmento inferior solo se percibía una sutura de 2 o 3 cm. oculta en el fondo de saco vesico-uterino, quedando todo el cuerpo del útero indemne de lesión alguna.

La sutura de la pared abdominal hecha con seda en un solo plano ha dejado trasudar algo de sangre, por la coaptación no muy íntima de la hoja peritoneal y es debido a esa causa la histeropexia pasagera que se observó.

Esta operación que en el presente se impuso como una indicación de necesidad puede, según nuestro concepto, discutirse con ventajas en distocias por tumores y aún en casos reputados como sospechosos, mereciendo también ser considerada como menos traumatizante que la cesarea clásica

y con la ventaja indiscutible de respetar el cuerpo uterino en su porción activa.»

Veamos ahora la opinión de otros autores.

Dice el Dr. Carlos Ernesto Lanbenburg (de Reinscheind):

«No quiero disputar en manera alguna los peligros de la abertura amplia del peritoneo y debo confesar sinceramente que los esfuerzos de Sellheim, de Pfannenstiel, Baumm, Doederlein, Latzko, Dührssen, Bumm y otros investigadores que pretenden constituir un método de operación cesarea que ofrezca todas las seguridades, merecen todo reconocimiento si consideramos lo que han conseguido. Pero lo que debo tambien decir es el hecho de que todos consideran el problema de la cesarea desde un solo aspecto, y es el del peligro de la operación por ser una laparotomía.

Alrededor de este punto gira todo ahora, y se descuidan sensiblemente las otras exigencias capitales de la cesarea, cuales son: sencillez de la técnica, pocas exigencias de asistencia y preparativos de la operación, conservación de la asepsia es decir, la garantía del resultado primario y mas

importante de la operación. Este es a grandes rasgos un método que se adapta en lo posible a todas las indicaciones y exigencias y sin embargo garantiza el buen resultado para la madre y el niño.

Me pongo aquí en el mismo concepto que expresó Veit en el Congreso de naturalistas y médicos, celebrado el año pasado, diciendo que la cesarea debe ser en lo posible sencilla en su técnica, porque deberá también ser practicada por parteros que no todos los días practican una laparotomía. ¡Cuán lejos de este axioma están las proposiciones últimamente enunciadas, como las de Latzko y Dührssen por ejemplo, las cuales por ingeniosas y anatómicamente correctas que sean, son por esa misma razón, solo propias a adaptarse a los manos experimentadas del especialista y para ser practicadas solo en su clínica.

Siempre quedarán en este problema contrastes difíciles de borrar o compensar.

Se ve, pues, qué diferencia entre el clínico técnicamente seguro que cuenta con todos los recursos de la enfermería, y el práctico mas o me-

nos experto, y aún el especialista, al cual la urgencia de la operación obliga a tomar el bisturí en la casa de la parturienta con todas sus restricciones obligado a establecer por si solo la indicación de la cual dependerá la operación obstétrica en general, y luego la elección entre los diferentes métodos.

La cesarea clásica es apropiada para todos los casos, y yo he podido practicarla tanto en la clínica como en la practica particular, en una serie relativamente grande de casos con los mejores resultados para la madre y para el niño. En ninguno de ellos he podido hacer una severa elección ni grandes preparativos especiales. Se trataba siempre de casos de estrechez pelviana y muy pronunciada en las que la indicación operatoria era absoluta.

En la mayoría de los casos se trataba de multiparas y primiparas, que había sufrido previamente numerosos tactos, algunas con las bolsas de las aguas rotas, otras con tentativas de parto con forceps o por versión, y en un caso una con temperatura, en la que se debía necesi-

riamente evitar la embriotomía y conseguir un niño vivo.

Según las comunicaciones de otros parteros y según mi experiencia adquirida en la clínica y en la práctica del público acerca del nuevo procedimiento, dudo de que el antiguo procedimiento clásico pueda en general ser pronto reemplazado por otro método que tenga todas las cualidades y ventajas que más arriba establecimos.

Tampoco disputo sus desventajas sobre todo en lo que concierne a la abertura amplia de la cavidad peritoneal con todos sus peligros, las fuertes hemorragias eventuales, las heridas grandes y la larga duración de la operación que es su consecuencia; y si la investigación y experiencia clínica progresiva inventase otro método que compensase o disminuyese estas desventajas indiscutibles sin tener que renunciar a su sencillez clásica, la facilidad de control y la aplicabilidad general, ese método sería un progreso verdaderamente eminente en la era quirúrgica de la obstetricia.

Pero temo que los métodos extraperitonea-

les recomendados hasta ahora, alcancen apenas este objetivo. Hasta ahora todos son demasiado complicados, técnicamente difíciles, suponen en el operador muchos conocimientos especiales de cirugía y anatomía, dan espacio y ocasión para varias lesiones secundarias, sin evitar con seguridad la abertura del peritoneo, lo que se considera su ventaja principal.

Los peligros del antiguo procedimiento, puede evitarlos el práctico bien instruido en cuanto a la asepsia, pero tendrá mayor dificultad en proveer a las complicaciones, que según todas las publicaciones de la prensa especialista con tanta frecuencia no pueden evitarse en el procedimiento extraperitoneal segmentario; por ejemplo las profundas rasgaduras laterales, las hemorragias tan difíciles de cohibir en la profundidad, las lesiones de la vejiga, etc.

Todos estos son accidentes peligrosos y desagradables según puedo asegurar por mi propia experiencia. Por eso falta mucho aún para que este método pueda tener las cualidades de brevedad, sencillez y seguridad que puedan hacer

una operación clásica basada en axiomas generales aplicable en cada caso e igualmente realizable para todos los parteros que piensan y obran quirúrgicamente. Pero en manos del especialista y sobre todo en la clínica permanecerá como una operación de valor duradero.

Ideada originariamente por Frank, solo para los casos infectados, su aplicación en todos los casos, como lo pretenden muchos parteros y cirujanos, es aún prematura. Hasta el presente yo he tenido oportunidad de practicar cuatro veces la operación; una vez en la clínica y tres veces en la práctica del público. casos en los que he necesitado por las exigencias de la rapidez, sencillez, poca ayuda y seguridad para la madre y para el niño; he procedido de la manera siguiente:

Después de vaciada la vejiga y colocado la pelvis en posición alta practiqué una incisión mediana de la piel, de doce a quince ctms. de largo a partir de la sínfisis pubiana. Un ayudante comprime lateralmente los bordes de la incisión contra el útero; se practica una incisión longitudinal, de 3 a 4 ctms. de largo, en el perito-

neo uterino, junto á su inserción en la vejiga, para de este modo, ayudándose con el dedo o el mango del bisturi, poder separar el útero de la vejiga, que es rechazada hacia abajo; si la cabeza del niño es muy grande y dificulta este desprendimiento, se practica una pequeña incisión transversal.

Hecho esto se abre en el radio de la incisión peritoneal, la pared del útero en una extensión de varios centímetros, prolongándose la incisión hacia arriba hasta la musculatura del cuerpo, mientras el ayudante con los dedos ó con una valva plana rechaza hacia abajo la vejiga.

La longitud de la incisión uterina debe ser relativa al tamaño de la cabeza fetal. Se trata de cohibir las hemorragias que se presenten, y se procura hacer salir la cabeza por medio de una cuchara de forceps si es necesario.

Queda todavía por practicar el alumbramiento; para ello empleo el masaje del útero y en caso de no conseguirlo extraigo artificialmente la placenta, metiendo una mano dentro de la cavidad uterina, empleando para desinfectar la heri-

da y contener la hémorragia, un abundante lavado de la misma con solución fisiológica, ergotina por vía subcutánea y compresas calientes (40 o 50 grados) aplicadas directamente sobre el útero, comprimido contra la herida abdominal. Por fin sutura con seda en varios planos.

La compresión del útero contra los labios de la incisión tiene sobre todo por objeto evitar la salida del intestino; pero en el caso en que esto aconteciera ya sea por una narcosis defectuosa o por cualquier otro accidente. antes de reponerlo dentro de la cavidad, práctico una abundante irrigación del intestino que se ha exteriorizado, con una solución salina isotónica y lo más caliente posible.

A pesar de todos los escrúpulos teóricos y los remordimientos que surgían a veces a mi mente, por las recomendaciones de otros operadores, he procedido según mi criterio y no he comprobado ningún inconveniente en mi procedimiento.

En los cuatro casos por mi operados, de los que tres lo fueron en la práctica externa, eran

casos impuros, pues habían mediado ya diversos tactos, transcurrieron sin embargo con toda felicidad. Según la impresión recogida en los casos por intervenidos, puedo decir, que esta operación corresponde absolutamente a los principios de la cesarea clásica. Es rápida en su ejecución, sencilla en su método, y siempre que no se pase de los límites de su indicación, las complicaciones son casi siempre evitadas. En determinadas circunstancias puede resultar muy simple, como en mi penúltimo caso (primípara de 30 años, pelvis raquitica plana C V 7 1/2. 5 horas de dolores, bolsas rotas) que confié la anestesia clorofórmica a la partera y con un médico ayudante terminé el parto suprasinfisiario, rápida y seguramente.

Este puede ser considerado como un caso típico, que a pesar de lo apurado de los preparativos, las condiciones defectuosas de la casa del obrero muy lejana, un hora avanzada de la noche, con luz apenas suficiente, pudo ser técnicamente terminada con resultado satisfactorio para la madre y para el niño.

Si antes pensaba que la cesarea clásica era

un método adaptado a todos los casos, utilizable en todos los momentos del parto, y a todas las indicaciones, ahora pienso que ella puede ser reemplazada por el procedimiento segmentario que mas arriba describí, en el caso siguiente: pelvis estrecha, cabeza alta, segmento inferior del útero, bien distendido por una larga acción de los dolores; entonces el procedimiento resulta sumamente sencillo en su técnica, sin complicaciones, rápido y seguro en su ejecución y en sus resultados, y tan útil en la clinica como en el público.

Se ve por lo que he dicho que he renunciado a la protección de la cavidad peritoneal, por proceder extraperitonealmente, o como lo propone por ejemplo Veit, protegiendo la cavidad por una sutura provisoria de la incisión peritoneal.

Este último procedimiento no alcanzaria practicamente su objetivo porque no representa una protección absolutamente segura, pues, en muchos casos, se afloja o se rompe por la extracción de un niño demasiado grande.

Ademas, requiere demasiado tiempo, y esto es un serio inconveniente en la práctica externa, para

el desprendimiento, sutura y descostura ulterior de las hojas del peritoneo parietal y visceral. Como he comprobado, considero que la reunión provisoria con broches no tiene absolutamente ningún valor.

Si consideramos que hoy se practican, observadas las reglas de la asepsia, innumerables laparotomías con buen resultado, siempre que sean evitadas las sobreexcitaciones peritoneales y sean suturadas las heridas de esta serosa, debemos llegar a la convicción de que el peritoneo no lesionado, no necesita un cuidado tan grande.

Lo que pretendo no es la exigencia exajerada de proteger la herida con compresas u otros medios complicados, sino una asepsia puramente subjetiva, como ser el empleo de guantes delgados no solo durante la intervención sino en todos los exámenes ginecológicos en el consultorio o en cualquier parte.

Además, creo deber atribuir una gran parte de mis buenos resultados en las cesareas y en las laparotomias puras en general, a la circunstancia de que limpio esmeradamente e irriego con abun-

dancia las heridas parietales y las intraperitoneales, así como los órganos abdominales que durante la operación puedan haberse puesto en contacto con las manos, con solución fisiológica de sal, caliente.

Que en los preparativos de la operación las medidas generales principales de protección de las heridas, son rechazadas con demasiada ligereza a cambio de preceptos detallados y especializados en demasía, lo ha demostrado Fritshs, hace dos años, y ha exigido métodos practicamente mas sencillos.

Mis observaciones de laparotomías y de cesáreas me han impulsado a deliberar sobre estos problemas y desde ya, para ser breve, he de plantear un problema: ¿Con qué objeto en la cesarea segmentaria, ha de emplearse un procedimiento extraperitoneal, que violenta las exigencias quirúrgicas generales de aplicación, rapidéz y seguridad?

En todas las otras operaciones ginecológicas no existe el temor de abrir el peritoneo; millares de laparotomías se practican cada año en Alema-

nia con un resultado realmente notable. No quiero aquí hablar de la mía que por ser buena me ha llevado a esta convicción.

Por eso someto mis ideas al juicio de todos los parteros que anhelan el progreso de la ginecología, y propongo un método uniforme de cesarea.

Hay que distinguir entre la clínica con sus recursos suficientes, y la casa de la parturienta con sus restricciones e inconvenientes; entre el especialista y el médico mas o menos práctico el cual a veces necesitará atreverse a practicar una cesarea; para el práctico y en la práctica, la cesarea clásica o la modificación cervical arriba descrita; para la clínica, cualquier método por elección, que se adapte a las circunstancias.

Unas palabras todavía respecto a la indicación. Aquí es difícil dar un fallo concluyente.

Se trata de la diferencia entre los casos limpios diremos, sospechosos y directamente infectados, febriles.

En la urgencia de la práctica no siempre he podido establecer grandes diferencias y ya varias

veces he arriesgado la cesarea en casos muy sospechosos, con fiebre elevada, con el mejor resultado tanto para la madre como para el niño. Me guiaban en mi proceder las razones siguientes: Si una parturienta ha sufrido ya varios exámenes y tactos, si tiene fiebre a consecuencia de tentativas de parto por forceps o versión, el lugar de la infección estará con toda probabilidad en el orificio o en el canal cervical (en las multiparas, tambien en la vagina). Si el parto se prolonga mucho tiempo despues de la ruptura de las bolsas, el líquido amniótico contenido dentro del útero puede tambien estar infectado. Entonces las siguientes contingencias pueden ocurrir: o conseguimos atenuar el proceso infeccioso por lavajes repetidos de la vagina y del cuello, o el proceso sigue desarrollándose hasta producir una grave septicemia, o bien queda existente como inflamación local, cuyo transcurso es variable según la virulencia de los bacterios infectantes, según la gravedad del parto, las contusiones de las partes blandas, etc. Una operación practicada muy por encima de la zona de infección y en un momen-

to en que el foco de inmigración y pululación de los bacterios es bastante limitado, puede, a mi parecer, entrañar grave peligro. Las heridas peritoneales se han unido ya, despues de algunas horas y son tambien protegidas por el poder de los leucocitos. En estos partos operatorios por pelvis estrecha, se presenta la peritonitis mortal con bastante frecuencia entre el cuarto y el octavo día. Según mi estadística, los casos fatales ocurridos por esta ayuda artificial asciende a un 40 % al desprendimiento manual de la placenta y 20 % a otras causas diferentes.

Al contrario, he hecho en dos casos infectados, intencionalmente, la cesarea, en primer lugar para salvar el niño, pero tambien, para atacar mejor el canal del parto, infectado. Creí no deber contentarme con los lavajes desinfectantes practicados por la vagina, sino que consideré tambien que era conveniente practicarlos por la herida abierta de la cesarea, para limpiarla, de los agentes infecciosos, líquido amniótico y sangre derramada, para de este modo, si no conseguir evitar la infección, por lo menos atenuarla. El resultado correspondió

en ambos casos a mis esperanzas; la fiebre se atenuó rápidamente despues del alumbramiento.

Sería un exceso aconsejar la laparotomía sin escrúpulos en los casos infectados, aunque cómo se ve, se han practicado ya varias en Alemania y en Francia.

Pero esto se debe también tener en cuenta para la cesarea extraperitoneal, salvo en el caso en que el parto no haya durado demasiado tiempo y por consecuencia los bacterios no se hayan mayormente propagado a los tejidos.

En la práctica, puede decirse en resumen, que de vez en cuando ha de practicarse la perforación.

Por último, quiero repetir una vez más, que la cesarea, como todas las laparotomías pertenece propiamente a la clínica.

Pero siempre se presentan casos, en que es necesario practicarla fuera de ella, y en estas circunstancias considero que el procedimiento mejor es el más rápido y el mas sencillo.

El método extraperitoneal, cuando haya alcanzado una técnica fácil y sencilla, será el me-

por para los casos del pelvis estrecha. Este criterio seguirá sin duda otras nuevas direcciones, cuando entre los médicos y en el público llegue a dominar la idea de que la pelvis estrechas y su tratamiento obstétrico, pertenezca a instituto de esta naturaleza.

En este último tiempo esto lo han hecho notar con razón Hegar y Dührssen. Solamente en estos institutos podemos someter estas complicaciones obstétricas a procedimientos especiales. Entonces también, las madres en alto grado raquíticas u osteomalácicas, tendrán la perspectiva agradable de tener hijos vivos y sanos. lo que por otra parte constituye también un gran progreso social.»

Veamos ahora lo que dice, Lasko, de Viena.

«La cesarea extraperitoneal es un procedimiento de competencia, con la pubiotomía, sinfiotomía la cesarea clásica, la operación de Borro, y la perforación.

Las ventajas son: independencia del grado de amplitud del campo operatorio, sin tener que

limitarse a casos limpios. Es una operación liberadora, y no una operación preparatoria como la pubiotomía. Deja á las fuerzas naturales su mas amplio poder; es, pues, una operación conservadora en el sentido mas amplio de la palabra.

Admite un dominio completo de su técnica en todas las circunstancias; esto en comparación con la sección de la pelvis, en la cual el peligro de lesiones secundarias así como el de infecciones será más grande.»

Habla ahora Otto Kutsner, de Munich, después de hacer diversas consideraciones sobre ciento tres casos operados en su clínica.

«Desde la primera cesarea extraperitoneal por mi operada, solo hemos hecho 1 caso de pubiotomía, además, unas pocas cesareas clásicas, algunas de Porro, algunas con extirpación del útero, por cancer, pero nunca la perforación de un niño en el cual todavía eran perceptibles signos de vida.

Esto quiere decir que la cesarea extraperitoneal ha dejado vencidos todos los procedimientos

que puedan serle competidores. Ha sido hecha exclusivamente por estrechez pelviana, en los casos que era evidente, en que por esa razón el niño no podía pasar vivo por la pelvis.

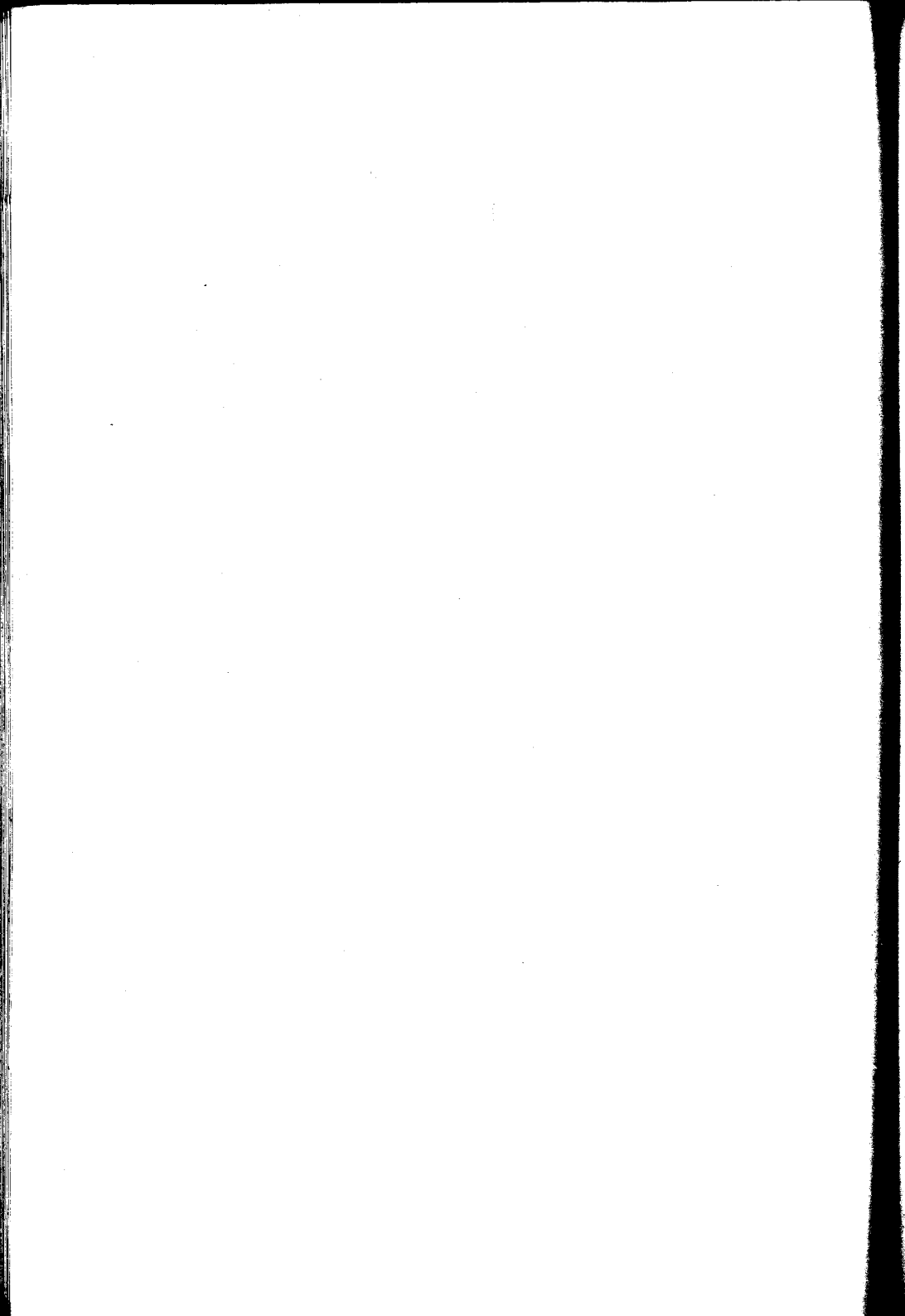
Como según nuestras experiencias, no hemos observado un caso de herida que ponga en peligro la vida ó la amenace, la cesarea extraperitoneal, como lo hemos ejecutado nosotros, tiene un rendimiento que no puede ser superado tal vez ni tampoco alcanzado por ningún otro procedimiento. Lo demuestran ya las estadísticas.

Pero lo mas importante es esto: las cesáreas extraperitoneales han sido hechas en mi clinica sin elección en todos los casos en los que el niño probablemente ni habría podido atravesar vivo la pelvis, sin preguntar si la parturienta estaba infectada o no, y sin examinar el grado a que había alcanzado la infección.

Casi parece supérfluo poner todavía en comparación la cesarea clásica. En la mitad de nuestros casos, más o menos, no habría debido haberse hecho si los casos eran infectados o sospechosos de algo, pero no solo sospechosos sino gravemen- infecto-

tados, y ninguna madre ha sucumbido a una infección puerperal.

Que esto también se pueda conseguir con incisiones profundas transperitoneales, me parece difícil; ello no resulta de mis experiencias, ni tampoco de la de otros operadores.»



CAPITULO IV

APÉNDICE AL CAPÍTULO DE LAS INDICACIONES

Fiel a mi propósito de tratar de la mejor manera posible aún a costa de mayor extensión el difícil capítulo de las indicaciones, puesto que aún se halla en estudio y necesita la consagración de pacientes investigaciones y del sumo «magister» la experiencia con ese propósito digo voy a establecer un paralelo analizando su valor con respecto a otras operaciones obstétricas.

I

LA CESAREA SUPRASINFISIARIA EN LA ECLAMPSIA

He sabido que llegada la mujer embarazada

ecláptica a cierto periodo de esta grave complicación está indicada para salvar la vida de la madre, la interrupción del embarazo como supremo recurso terapéutico.

Ahora bien ¿es mejor en este caso emplear una cesarea suprasinfisiaria o cualquier otro procedimiento? Aquí al entrar en competencia con la cesarea clásica, la cesarea vaginal de Durssen y el parto forzado.

La estadística nos sirve de gran ayuda: la cesarea suprasinfisiaria ha sido practicada en ocho eclápticas hasta el año 1909 de las cuales cuatro han fallecido. Es verdad que son hasta ahora muy pocos los casos operados en estas condiciones, pero sin embargo se prestan a ciertas consideraciones. Dos casos operados por Sellheim estaban ya muy graves, la primera murió veinte y tres horas despues de la operación, la segunda al día siguiente.

Una operada de Kroemer, murió al sexto día en cama; en un caso de Fromme el deceso ocurrió al día siguiente. Hammerchlag, cuenta dos éxitos en dos casos por él operados y Pfannens-

tiel, tiene tambien dos éxitos podemos decir en dos eclámpticas operadas de las que una falleció al catorce día por una embolia pulmonar, encontrándose ya levantada la mujer.

En cuanto a la cesarea clásica en caso de eclampsia su mortalidad alcanza cuarenta y siete por ciento término medio; este porcentaje que resulta enorme, sin duda es debido a la poca resistencia que con respecto a las infecciones ofrecen las eclámpticas razón por la cual esta compensación es justamente tenida. A tener en cuenta esta sola circunstancia la cesarea suprasinfisiaria resultaría superior a la clásica.

La cesarea vaginal ha sido empleada y se emplea con éxito en muchos casos; yo la he visto practicar a mi profesor en clase, con muy feliz resultado es rápida tiene la gran ventaja de respetar el peritoneo; el schok es menor; es quizás un poco ciega, pero a pesar de todo, parecería superior a la suprasinfisiaria.

El parto forzado por último juzgado a priori, parece seductor; sin embargo, no es aplicable a todos los casos y puede ser causa de gravísimos

treumatismos, por cuya causa es prudente no emplearlo en una primiparia, con cuello no borrado; en este caso es mejor la cesarea suprasinfisiaria.

II

LA CESAREA SUPRASINFISIARIA EN LA PLACENTA PREVIA

Siete casos presenta Sellheim de placenta previa, operados por la cesarea suprasinfisiaria todos con feliz resultado tanto para la madre como para el niño.

Sellheim se cree autorizado a plantear como principio, que esta operación debe ser practicada en toda mujer en la cual, despues de una hemorragia, se ha podido diagnosticar la existencia de una placenta previa y siempre que el niño esté vivo y sea viable. Sellheim considera que la gran ventaja del método es la de poner inmediatamente a la vista, la región que sangra, lo que permite asegurar mejor y más rapidamente la hemostasia.

Conociendo las ventajas e inconvenientes de la cesarea clásica, de la cesarea vaginal de Duhrssen y del parto forzado, parece evidente, en términos generales, la superioridad de la cesarea suprasinfisiaria en los casos de placenta previa.

III

LA CESAREA SUPRASINFISIARIA EN LAS ESTRECHECES PELVIANAS

En los casos de estrechez pelviana, cabe establecer el paralelo entre la cesarea suprasinfisiaria, la cesarea clásica, la pubiotomía y la sinfiotomía. La lucha sostenida en este terreno es ruda y tenaz.

Es a mi juicio, imposible pronunciarse a priori, sobre la superioridad de una u otra operación, pues todas reclaman por sus ventajas, el primer puesto. Pienso que para responder a este punto con la mas aproximada exactitud, es necesario tener en cuenta como punto capital, el grado de

estrechez pelviana; sobre este elemento de juicio ha de basarse una división que ha de permitir establecer para tal ó cual grado de estrechez la primacia de tal o cual procedimiento.

Sin embargo, no es este el único aspecto del problema; hay que tener en cuenta otras circunstancias que voy a examinar.

Veamos primero, la cesarea clásica, frente a la cesarea suprasinfisiaria.

A juzgar por las estadísticas, la ventaja correspondería a la suprasinfisiaria, sobre todo en lo que consierne a la madre, pues vemos que a la cesarea clásica corresponde una mortalidad materna de 6.32 % y una mortalidad fetal de 5.45 %, mientras que a la suprasinfisiaria corresponde una mortalidad materna de 5.45 % solamente y una mortalidad fetal de 5.58 %. Estas cifras sin embargo son susceptibles de una objeción, cual es la de que la estadística de la cesarea clásica se ha hecho sobre un número mucho mayor de dos años que la de la suprasinfisiaria.

Hay sin embargo otros elementos de juicio que hay que tener en cuenta y ellos son:

1.º Facilidad y duración del acto operatorio, a este respecto podemos decir que la clásica exige una técnica menos complicada, es por consiguiente mas fácil que su rival y por lo tanto de ejecución mas rápida.

2.º Accidentes en el transcurso de la intervención.

Teóricamente, es superior la suprasinfisiaria pués ella no ataca mas que el segmento inferior del útero que es mucho menos vascularizado que el cuerpo, pero la práctica a desmentido mas de una vez esta aserción por diversas razones que dependen del sujeto de la técnica del operador, y de la anatomía justamente. En cuanto al peligro que existe de herir órganos vecinos, ambas se encuentran en igualdad de condiciones, podemos decir, la una, hace correr riesgos al intestino, la otra a la vejiga.

3.º *Modo del parto*.—Parece evidente que el parto es mejor con la suprasinfisiaria; en

ella no se ataca el elemento contráctil del útero o sea las fibras musculares del cuerpo; por lo tanto, la matriz conserva a ese respecto, su integridad, lo que representa una enorme garantía para los embarazos ulteriores.

Sellhein dice: que el parto con cesarea suprasinfisiaria se asemeja mucho al parto fisiológico por que no se hiere el elemento contráctil del útero.

4.º *Riesgo de infección*; Si tenemos en cuenta los numerosos casos de cesarea suprasinfisiaria practicadas con todo éxito en mujeres no solo sospechosas de infección sino ya manifiestamente infectadas la preferencia le corresponde sin disputa. Es que precisamente uno de los fines principales de esta operación es evitar a la parturienta los riesgos de la infección. Pero no hay que olvidar, que a este respecto no todos son éxitos como lo atestiguan los casos de Baumm, Kronig, Sellheim, Kutsmer, etc., en los cuales estos

operadores se decidieron por razón de la infección de la cavidad uterina por la cesarea suprasinfisiaria sin que ella fuera obstáculo a su propagación.

Con todo podemos decir que ella es menos arriesgada que la clásica; si esos fracasos son debidos a un defecto de su técnica o de la asepsia, sin duda desaparecerá con su mejoramiento, y en estas condiciones pienso que la cesarea clásica ya no podrá disputarle la supremacía en ese terreno.

5.º *Accidentes ulteriores*; La operación cesarea suprasinfisiaria es una operación demasiado nueva para que podamos juzgar con criterio seguro, que sus bondades en lo que respecta al porvenir de la mujer en un nuevo embarazo.

Sin embargo pensando que ella solo se limita al segmento inferior respetando todo el resto del útero, estaríamos autorizados a pensar que no puede hacer correr el riesgo del temible accidente de la ruptura uterina, porque siendo mucho menor la extensión de la herida menos serán las

adherencias que contraiga, siendo por consiguiente mayor la movilidad del útero.

Esto lo he podido comprobar en uno de los casos operados por mi profesor y ello resulta también de las manifestaciones por él formuladas en la publicación que hizo de su primer caso: «a los veinte y un días la enferma es dada de alta con su cicatriz en perfectas condiciones, siendo únicamente digno de llamar la atención la existencia de una adherencia de la pared uterina (cuerpo) a la cicatriz abdominal.»

«La enferma regresa un mes después para hacer atender a su niño y nos es permitido entonces comprobar la perfecta involución y movilidad del cuerpo uterino, libre de adherencias y en posición fisiológica.

No hay rastros de cicatriz cervical.»

IV

CESAREA SUPRASINFISIARIA, PUBIOTOMIA Y SINFISIOTOMIA

La indicación de la pubiotomía se plantea en todos los casos en que la cabeza, no obstante los esfuerzos expulsivos no consigue franquear el estrechamiento pero, a condición de que esta estrechez no sea muy pronunciada.

Desde este punto de vista sus límites más favorables están desprendidos entre 8 ctms. y $7\frac{1}{2}$ y 7.5 de diámetro sacro pubiano. Para Stroganoff debe ser de 7.5 para la pelvis planas y 8 centímetros para la pelvis generalmente estrechada. Por debajo de estas cifras la pubiotomía es una operación arriesgada.

La pubiotomía está sobre todo indicada en las múltiperas con trabajo avanzado y preferentemente en el periodo de expulsión no infectada y cuya pelvis mide alrededor de 8 cm., con su diámetro promonto-pubiano.

La sinfisiotomía no se debe emplear cuando el diámetro promonto-pubiano mínimo, mide menos de seis centímetros, su resultado es dudoso cuando mide de 6 a 7 ctms. y $\frac{1}{2}$ y es bueno por arriba de esa cifra.

La pubiotomía es una intervención sencilla cuando se domina su técnica, poco traumatizante, casi sin peligro en lo que se refiere a la posibilidad de herir órganos vecinos, da poca sangre y sus resultados postoperatorios son excelentes para la mujer.

La sinfisiotomía es aún más simple ella puede realizarse completamente en blanco, la herida que necesita es sumamente pequeña y se hace imperceptible después de la cicatrización, como puede observarlo en un caso operado por mi profesor el Doctor Zárate; puede hacerse hasta sin anestesia; casi podría decir que todos sus secretos consisten en practicarla 3 o 4 veces en el cadáver, dura muy pocos minutos, 2, 3 y 4 minutos para quien ya es práctico en su técnica que puede limitarse al simple filo de un bisturí.

En resumen; es a mi juicio un excelente e

insustituible recurso operatorio cuando llega el caso de su indicación.

Ahora bien intentemos la mencionada división teniendo solo en cuenta el grado de estrechez.

Tenemos tres pelvis cuyo diámetro promonto-pubiano mínimo mide 6 cm., otra cuyo mismo diámetro sea de 7.5 y una tercera oblicua sobre un promonto-pubiano mínimo de 8 cm.

Por lo que ya deja expresado más arriba sería inútil y peligroso practicar una pubiotomía o una sinfisiotomía en una mujer cuyo promonto-pubiano mínimo no pase de 5 cm. ese grado de estrechez desecha su indicación, por lo tanto, admitidas las otras condiciones, la cesarea supra-sinfisiaria entra en primera línea. Pero en los otros dos casos en los que por la separación del pubis podríamos conseguir un aumento del diámetro promonto-pubiano mínimo suficiente para permitir el paso de la cabeza fetal ¿qué ventaja nos ofrecería la suprasinfisiaria? Me atrevo a declarar francamente siguiendo la ilación de mi razonamiento que ninguna y que solo una gran pre-

dilección por esta operación o un exajerado entusiasmo quirúrgico podrían justificar su empleo en semejantes casos.

Creo pues firmemente, que en un determinado grado de estrechamiento pelviano la cesarea suprasinfisiaria no puede de ninguna manera substituir á una pubiotomía o a una sínfisiotomía.

CAPITULO V

TÉCNICA DE LA CESAREA SUPRASINFISIARIA

Las técnicas propuestas para esta operación son ya numerosas. Para proceder con mayor claridad y método es necesario establecer una división de la siguiente manera:

a) Método extraperitoneal: En este el peritoneo parietal y el peritoneo uterino son suturados y vueltos a su posición primitiva después de la operación.

1.º) *Primer procedimiento de Frank, ó parto suprasinfisario ó histerotomía transperitoneal.*—Incisión transversal de la pared abdominal ó dos traveses de dedo encima de la sínfisis. La enferma, en posición de Trendelemburg. El útero se

deja en la cavidad abdominal. Incisión transversal del peritoneo parietal y del repliegue vésico uterino. En seguida incisión transversal del segmento interior en una extensión de 8 cm.

Por último sutura.

2.º) *Segundo procedimiento de Frank.*—Llegado al peritoneo se practica en él una ventana y se sutura peritoneo parietal y visceral. Luego se continúa como el precedente.

Este procedimiento fué seguido por Fromme, Vert y Baumm.

3.º) *Primer procedimiento de Veit y Fromme.*—Se comienza como el primer procedimiento de Frank. Solo después de la sutura del útero se deshace la sutura peritonil temporaria se vuelve a suturar los 3 trozos de peritoneo uno con otro para darle su disposición natural con el fin de evitar adherencias.

4.º) *Segundo procedimiento de Veit y From-*

me.—Incisión longitudinal mediana de la pared abdominal en una extensión de 12 cm. Movilización del peritoneo e incisión longitudinal. Se pinza el peritoneo uterino con el peritoneo parietal sobre los bordes de la herida cutánea. Incisión longitudinal del segmento inferior—después de la sutura del útero se restablece la disposición anatómica del peritoneo.

5.º) *Procedimiento de Pfanmenstiel u operación cesarea cervical.*

Incisión transversal de la pared. Abertura transversal del pliegue vésico-uterino incisión longitudinal del segmento inferior y del cuello. Reposición del peritoneo en su primitiva disposición.

6.º) *Primer procedimiento de Sellheim.*

Posición alta de la pelvis. Inciso transversal y ligeramente concava hacia arriba o sea incisión de Pfanmestiel, por arriba del pubis, hasta llegar a la fascia aponenrótica, incisión transversal de esta aponeurosis; se desprenden los dos colgajos superior e inferior que se fijan hacia

arriba y hacia abajo, descubriendo así la línea blanca en una extensión de 20 cm.

Incisión longitudinal de la lía blanca; desprendimiento del peritoneo y de la fascia propia de la cara posterior de los músculos rectos. La vejiga ha sido previamente distendida para poder apreciarla.

Desprendimiento del peritoneo de la vejiga, por medio de los dedos y si es necesario con tijeras hasta llegar al cuello uterino; desprendimiento de la vejiga hasta la vagina con incisión de las adherencias vésico-cervicales; desprendimiento del peritoneo uterino hasta el cuerpo uterino. La vejiga es retenida contra el pubis por medio de una valva.

Incisión vertical y mediana del cuello y del segmento inferior.

Parto por expresión uterina; con alumbramiento artificial; taponamiento del útero si es necesario.

Sutura uterina con catgut en surget.

Sutura de la pared en varios planos.

7.º) Segundo procedimiento de Sellheim.

Incisión transversal de la pared procediendo como en el primer método hasta llegar al peritoneo; despues en lugar de desprender este, incisión de su hoja parietal, a nivel de la inserción vesical. Entonces levantándolo por medio de pinzas, se sutura por un doble surget el labio inferior de la serosa parietal al pliegue así formado y llegado a este punto incinde el fondo de saco vésico-uterino en su parte más declive para penetrar en el espacio superitoneal precervical. Se termina la operación como en el caso precedente.

8.º) Tercer procedimiento de Sellheim. Se procede como en los dos primeros hasta el peritoneo, luego incisión transversal del peritoneo parietal al nivel de su inserción vesical, que se prolonga hasta el punto en que el ligamento redondo penetra en el canal inguinal.

Incisión transversal del peritoneo uterino lo mas cerca posible del fondo del pliegue vésico uterino de manera que las extremidades de esta incisión se confundan con las serosa parietal.

Sutura de los bordes inferiores de las dos ho-

jas parietal y uterina por un doble surje. Desprendimiento del peritoneo preuterino para descubrir el espacio subseroso pre-servical.

Incisión vertical del cuello del segmento inferior de modo que se prolongue lo mas abajo posible.

Parto como en el primer método, dejando en la medida de lo posible, que el útero expulse al feto de manera de imitar al parto natural.

Sutura uterina como en el caso anterior.

Fijación de la vejiga por puntos separados al nivel de la sutura del cuello uterino.

Se rebate el repliegue peritoneal, artificialmente constituido por delante del segmento inferior y se sutura al colgajo peritoneal que ha quedado adherido a la vejiga.

Puntos transversales sobre el tejido selular y cierre de la pared como en el caso precedente.

9.º) *Procedimiento de Baum.*

Semejante al primer procedimiento de Veit con remplazamiento de la sutura de los bordes peritoneales por pinzas.

10) *Procedimiento de Rubeska.* — Incisión

abdominal mediana. Aislamiento de la gran cavidad por medio de suturas. Vía transperitoneal.

11) *Procedimiento de Hoffmeier.*

Se procede como en el segundo método de Veit con sutura seroserosa. Se deja drenaje. Vía transperitoneal. Reposición del peritoneo.

12) *Procedimiento de Freund.*

Incisión transversal de los ligamentos. Técnica transperitoneal, desprendimiento de abajo hacia arriba y en las partes laterales del peritoneo uterino. Incisión mediana longitudinal del segmento inferior y del cuello.

13) *Procedimiento de Fraipont.*

Incisión longitudinal suprasinfisiaria de la pared y del peritoneo parietal.

Sutura en surjet, seroserosa uniendo el peritoneo uterino con el peritoneo parietal alrededor la herida abdominal colocada a 3 cm. por fuera del borde de la serosa parietal.

Incisión del peritoneo visceral que se desprende lateralmente de manera de reunir los dos col-

gajos así formados a los dos bordes del peritoneo parietal por medio de pinzas.

Incisión vertical del útero en una longitud de 9 cm. sin desprendimiento previo de la vejiga.

Parto ayudado por presiones laterales. Alumbramiento artificial. Taponamiento uterino. Sutura uterina por puntos separados con seda.

Ablación de las pinzas que sostenían el peritoneo y sutura seroserosa con catgut.

Ablación del surjet que se había colocado sobre el peritoneo parietal que se cierra con catgut, reponiendo la serosa en su posición primitiva.

Cierre de la pared por planos.

B).—Método. Transperitoneal.

1.º) *Primer procedimiento de Sellheim ya descrito.*

2.º) *Procedimiento de Czyzewicz.*—Incisión mediana a través de la pared abdominal hasta el peritoneo. Luego se procede como en el primer procedimiento de Sellheim.

3.º) *Segundo procedimiento de Hoffmeier.*

Incisión mediana de la pared abdominal por encima de la sínfisis.⁵Vía transperitoneal.

C) Método preperitoneal.

Después de haber llenado la vejiga rechazar el peritoneo sobre un costado entre la vejiga y el útero.

1.º) Procedimiento de Latzko, u operación cesarea peritoneal.

Incisión de Pfanenstiel. Constatar la separación de los músculos rectus mayores. Se llega al tejido celular prevesical. Se reconoce la vejiga que está por encima del pubis debido a su distensión. Observar a que lado está inclinada para continuar la operación del lado opuesto. Desde un ángulo de la herida y sobre la cara anterolateral del útero, se busca por entre el tejido grasoso disociado a dedo, el pliegue blanquecino hacia la línea media desprendiéndolo de la cara anterior del útero y si es posible de la cara posterior de la vejiga, rechazándolo hacia arriba. Desprender el útero de la vejiga, prosiguiendo este desprendimiento lo más abajo posible.

Incisión del segmento inferior de la línea media, mientras un ayudante reclina durante este tiempo la vejiga hacia arriba y hacia afuera; la incisión ha de ser suficiente como para permitir el paso del puño del operador.

Si la bolsa de las aguas está intacta se rompe antes de la operación para no inundar el campo.

Extracción del niño si es necesario ayudándose con un forceps. Alumbramiento artificial si es necesario, de lo contrario se deja librado a las vías naturales.

Por último sutura en diversos planos.

2.º) *Procedimiento de Döderlein.*

Incisión de Pfannenstiel. Separación de los músculos rectos sobre la línea media.

Distensión de la vejiga en este momento. Se introduce la mano a la derecha entre la pared anterior y la pared lateral de la pelvis, para desprender el tejido celular laxo, como se hace en la pubiotomía, pero mas ampliamente.

Se reclina la vejiga hacia la línea media de

derecha a izquierda. La parte lateral del fondo de saco vésico-uterino se rechaza hacia arriba.

Incisión longitudinal del segmento inferior, no con la línea media sino lateralmente.

Parto normal si es posible ó de lo contrario con forceps.

Sutura de lútero con catgut. Cierre de la pared.

Este procedimiento fué imitado por von Rosthom, Schauta, Fuchs, Scheidler, Rosenfeld y Kutsmer.

D).—Método de la fistula útero abdominal de Sellheim y Couvant.

Incisión mediana de la pared abdominal por encima de la sínfisis, hasta el peritoneo.

Incisión vertical del peritoneo parietal, luego sutura de los labios de este peritoneo con los labios de la incisión abdominal por medio de un surjet.

Incisión mediana y sagital del peritoneo uterino, desprendimiento lateral de las dos hojas y sutura sero-serosa que reuna los dos labios del

peritoneo visceral con el peritoneo parietal ya fijado a la herida abdominal.

Desprendimiento de la vejiga que se atrae hacia adelante. Incisión vertical y mediana del segmento inferior de arriba hacia abajo, se procede plano por plano, tomando a medida que se corta los labios de la herida uterina, de modo de invertirlos para poderlos fijar por medio de pinzas al contorno de la incisión abdominal.

Parto por presiones o con forceps. Alumbramiento artificial si es necesario. Taponamiento de la cavidad uterina.

Se reemplazan entonces las pinzas que fijaban los labios uterinos por suturas. El útero queda así mas marsupializado. Si la fístula no cura espontaneamente se procede a cerrarla y se separa la pared abdominal. Este procedimiento había tenido por precursores en Francia a Tarnier y Gueniot. Fué imitado por Rubeska y por Pfamenstiel.

E).— Láparo-colpo-histerotomía de Solms-Dührssen o Flankenkaisernicht de Solms o parto a la Budda de Dührssen.

Es una combinación de la gastro elitrotomía

de von Ritgen y de la cesarea vaginal de Dührssen.

Inguinotomía derecha. Desprendimiento de la vejiga y del peritoneo sin abrirlo. Incisión por la vagina del lado derecho del útero. Extracción del niño por la vía abdominal.

Extracción de la placenta por la vagina.

Este procedimiento como se vé ofrece muchas dificultades.

Todos estos procedimientos podrian pues dividirse en dos grupos principales según que el operador cree una via hacia el útero caminando bajo el peritoneo o atravezando la serosa tratando de aislar de la gran cavidad. De modo que podriamos considerar los métodos extra peritoneales y los transperitoneales.

Los métodos extraperitoneales reposan en el principio de que el peritoneo vésico-uterino es desprendible de la mujer en trabajo, pero los operadores han procedido de distinta manera para obtener mas fácilmente este desprendimiento.

- 1.º) Se procura el desprendimiento del fondo de saco vésico-uterino de bajo hacia

arriba el tipo de este método es el primer procedimiento de Sellhein.

2.º) Se desprende el peritoneo lateralmente procediendo desde uno de los lados hacia la línea media. De este método son jemplos los procedimientos de Freund, Döderlein y Latzko.

3.º) En fin hay que clasificar aparte la operación de Dührssen, Solms, en la que se comienza igualmente por desprender el peritoneo lateralmente en la que se hace la incisión uterina por vía vaginal. En cuanto a los métodos transperitoneales su fundamento reposa en esta doble comprobación:

1.º El desprendimiento del peritoneo es con frecuencia muy difícil y aún imposible de realizar sin romper la serosa.

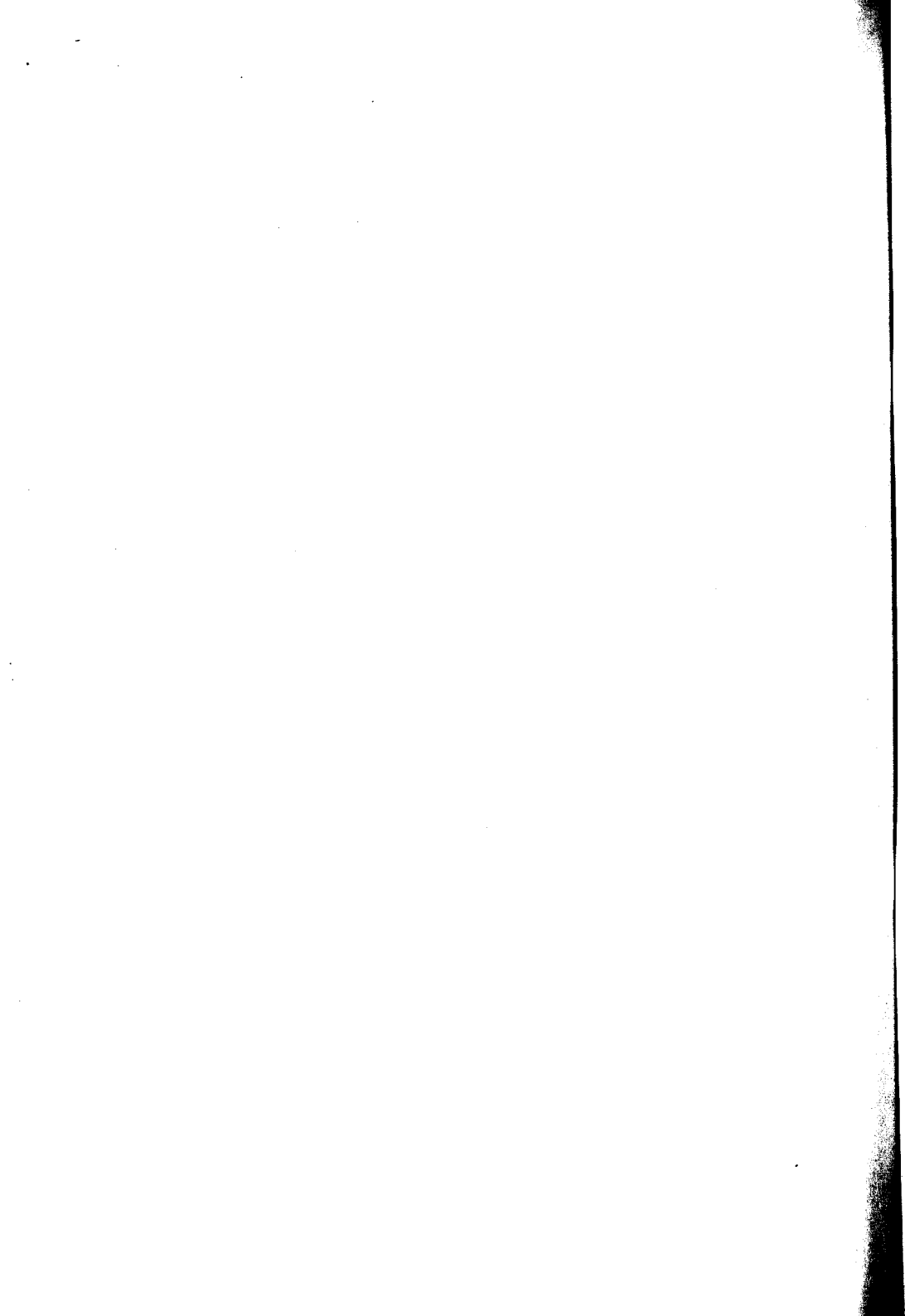
2.º En que se puede aislar la gran cavidad peritoneal por artificios operatorios.

La incisión del peritoneo ha variado mucho; unos la hacen longitudinal, otros transversal. Lo

mismo para el cierre unos emplean pinzas mientras que otros emplean suturas temporarias.

Lo que es más interesante de observar es de conocer la actitud que han adoptado los distintos operadores con respecto al peritoneo así modificado en su disposición. Los métodos intraperitoneales podrían desde este punto de vista subdividirse en dos grupos; Unos en los que se restablece la disposición anatómica del peritoneo una vez que el parto a terminado como en los procedimientos de Baumm, Fromme, Veit y Fraipont.

I otros en los que se deja sobre el peritoneo la sutura que circunscribe el campo operatorio. Son ejemplos el procedimiento de Frank y Sellheim, 2° y 4° y el procedimiento de la fistula úfero parietal de Sellheim que ocupa un lugar aparte.



CAPÍTULO VI

MORTALIDAD POST-OPERATORIA

La mortalidad post-operatoria en la cesarea suprasinfisiaria podemos decir que es reducida según se deduce de las estadísticas. Por ejemplo: en una estadística basada sobre 1025 casos de cesarea abdominal inferior, resulta 69 muertes lo que representa un porcentaje de 6.7 %.

Ahora bien, de estos 69 casos de muerte hay que tener en cuenta que 37 son debidos á la infección o sea un 3 % de mortalidad por infección; pero este porcentaje queda aún mas reducido si se tiene en cuenta que 7 muertes no son imputables a la operación.

Según una estadística de Latzko resultan de 152 casos once muertes lo que equivale a un

7.33. % y si se considera que 8 muertes son debidas a la infección en lo que a esto respecta, el porcentaje de muertes queda reducido á 5.33 %.

Se observa según esta estadística que sobre 148 casos, los once decesos, o sea una proporción de 7.45 %; y teniendo en cuenta únicamente las muertes por infección el porcentaje queda reducido a un 3.4 %.

De manera que considerando estas y otras estadísticas que merecen fé, podemos decir que la mortalidad post-operatoria por infección, oscila bastante exactamente alrededor de unos 4 a 5 o/o.

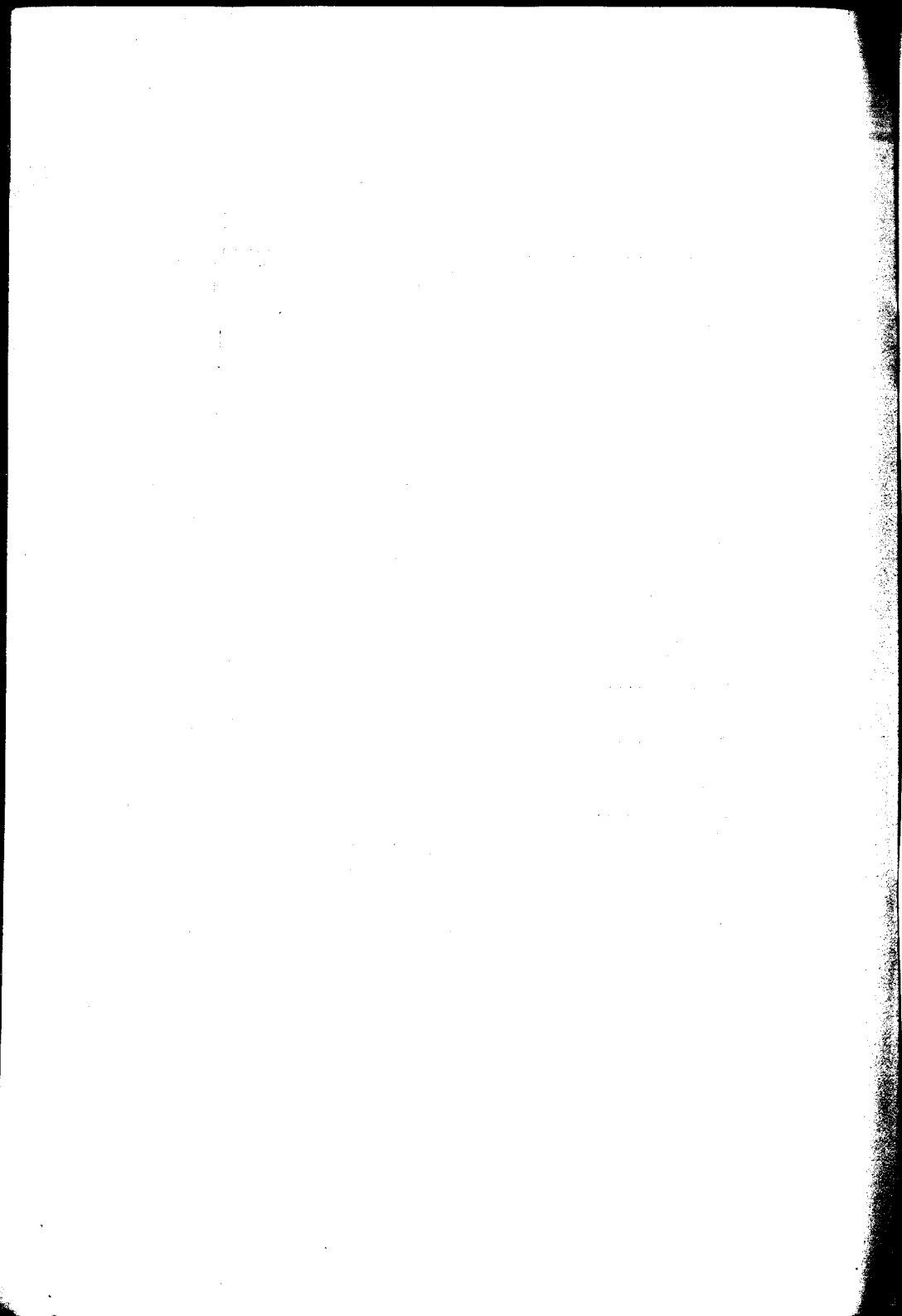
Es interesante tener en cuenta también el carácter de los accidentes infecciosos en los casos mortales. He aqui algunos ejemplos:

En un caso de Baumm, la enferma sucumbió al tercer día de la operación a consecuencia de un pelvi-peritonitis, con un enorme flemón de la herida operatoria.

En otro caso de Shllheim, la enferma murió al 7 día de una peritonitis generalizada, con supuración de la herida operatoria.

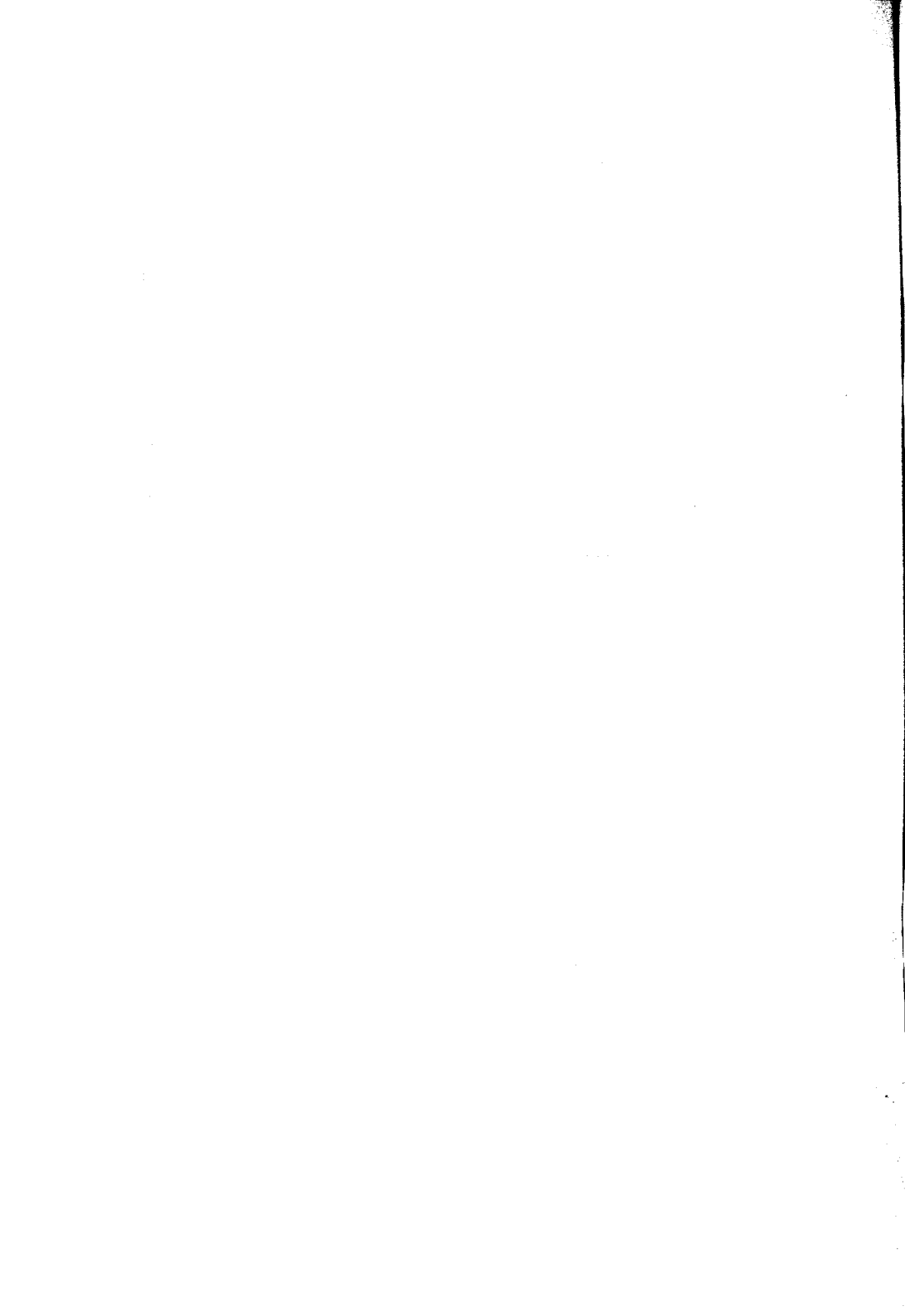
HE AQUÍ LA ESTADÍSTICA DE LATZKO

NOMBRE DEL OPERADOR	NÚMERO de OPERACIONES	MUERTOS POR:		
		Infección	Eclampsia	CAUSAS DIVERSAS
Baumann.....	25	1	—	—
Blumreich.....	1	—	—	—
Bumm.....	9	1	—	—
Cryzewicz.....	1	—	—	—
Döderlein.....	2	—	—	—
Engelman Scheidler.....	6	—	—	—
Fraipont.....	6	—	—	—
Frank.....	13	—	—	—
Franqué.....	3	—	—	—
Freud.....	1	—	—	—
Hammerschlag.....	3	—	—	—
Hofmeier.....	3	—	—	—
Jung.....	2	—	—	—
Kahin.....	1	—	—	—
Kleihands.....	1	—	—	—
Koslowski.....	1	—	—	—
Kröning.....	3	1	—	—
Kütsner.....	5	1	—	—
Latzko.....	4	—	—	—
Lutschinger.....	1	—	—	—
Pfannenstiel.....	4	—	—	—
Puppel.....	1	—	—	—
Rosenfeld.....	1	—	—	—
V. Rosthorn.....	15	1	—	—
Rubeska.....	1	—	—	—
Schauta.....	2	1	—	—
Sellhein.....	23	1	2	1
Solms Dühorssea.....	1	—	—	—
Spath.....	1	—	—	—
Uthmöller.....	1	—	—	—
Veit.....	10	1	—	—
Wiemer.....	1	—	—	—
TOTAL:	152	8	2	1



HE AQUÍ OTRA ESTADÍSTICA DE JEANNIN

NOMBRE DEL OPERADOR	NUMERO de OPERACIONES	MUERTOS POR:		
		Infección	Eclampsia	CAUSAS DIVERSAS
Franck.....	13	—	—	—
Fromme.....	10	—	1	—
Sellhem.....	23	1	2	1
Baum.....	8	1	—	—
Pfannenstiel.....	4	—	—	1
Kütsner.....	4	—	—	—
Rubeska.....	1	—	—	—
Cryzewicz.....	1	—	—	—
Hofmeier.....	2	—	—	—
Lutschinger.....	1	—	—	—
Wiemer.....	1	—	—	—
Bumm.....	5	—	—	—
Uthmüller Dühorsen.....	1	—	—	—
Hammerschlag.....	3	—	—	—
Kahu.....	1	—	—	—
Döderlein.....	2	—	—	—
Jahreiss.....	1	—	—	—
Latzko.....	3	—	—	—
Freud.....	2	—	—	—
Dolbert.....	2	—	—	—
Fuchs.....	1	—	—	—
Fraipont.....	12	—	—	—
Kraemer.....	9	—	—	—
Koslowski.....	1	—	—	—
Spaeth.....	1	—	—	—
Scheidler.....	6	—	—	—
Solms-Dührssen.....	1	—	—	—
Franz.....	6	—	—	—
Ballerini.....	1	—	—	—
Schauta.....	2	1	—	—
Pisacek.....	3	—	—	—
Blumreuth.....	1	—	—	—
Krönig.....	3	1	—	—
V. Franqué.....	1	—	—	—
V. Rosthorn.....	13	1	—	—
TOTAL:	149	5	4	2



Una operada de Sdhauta, falleció por un tumor supurado del tejido celular pelviano.

En un caso de Körng la muerte sobrevino a causa de la supuración de la herida uterina abceso retrovesical y peritonitis generalizada.

Una enferma de Von Rosthom murió dos meses después de la intervención.

Llama pues la atención en estos casos la intensidad y la constancia de los accidentes locales al nivel de la herida operatoria.

En lo que respecta a la morbilidad podemos hacer algunas consideraciones sobre una estadística de Jeannin, basada en 104 observaciones.

La naturaleza de los accidentes observados podemos descomponerla así:

1.º Accidentes infecciosos. Se han observado de 26 casos es decir una proporción del 25 o/o y de una intensidad muy variable.

2.º Accidentes diversos: Han reunido en los 7 casos siguientes:

Sellheim, edema de los órganos genitales externos durante los primeros días.

Uthömler: Hematunia en los primeros días.

Fraipont: Hemorragia utero-vaginal algunas horas después de la intervención.

Franz: fistula vésico-vaginal.

Rosthom: infiltración prevesical (2 casos)

Kahn: Perturbaciones urinarias.

Vemos según lo que antecede que la morbilidad alcanza a un 30 o/o, y en las observaciones referentes a accidentes diversos, los mas frecuentes son los del aparato urinario, sobre todo de la vejiga, lo que se explica fácilmente dadas las relaciones anatómicas.

CAPITULO VII

CONSECUENCIAS DE LOS PARTOS Y COMPLICACIONES

Las consecuencias desagradables, que para la madre pueden ocurrir, son ante todo, las que pueden presentarse en cualquier intervención, como congestiones, bronquitis neumomía, etc.. etc., y algunas especiales como la infección, que por el hecho de haber sido observada por algún autor, con relativa frecuencia, ha llegado a decir que el tejido celular pelviano no resiste tan bien como el peritoneo, y el traumatismo es capaz de despertar en él fenómenos inflamatorios con mayor facilidad.

Holzapfel se ha ocupado en hacer una estadística sobre este asunto, basándose en la observación de 162 casos y encuentra lo siguiente:

Abcesos de la pared abdominal . . .	21 casos	
Fijación uterina hacia adelante . . .	6	»
Pneumonía	3	»
Fistula vesical.	3	»
Flemon del tejido celular pelviano . .	2	
Fistula útero abdominal	2	»
Peritonitis	1	»
Incontinencia de orina.	1	»
Erisipela	1	»
Flebitis	1	»
Expulsión del hilo de suturas por la vajina	1	»

Otros accidentes podría consignar, recojidos en diferentes observaciones. Así por ejemplo tenemos un caso de inversión uterina ocurrida a Kutsner el procedimiento de Sellheim; embolia pulmonar, ataque de manía en ecláptica, supuración uterina, trombus icteria, etc.

En cuanto a las consecuencias tardías, la mujer en general, deja la clínica en buenas condiciones; el útero en buena posición, quizás un poco grande todavía, fácilmente movable no doloroso, en una palabra, en sus primitivas relaciones anatómicas. Esto siempre que no haya habido

supuración, porque de lo contrario hay formación de tejido cicatricial, que trae adherencias, que fijan el útero en versión o en flexión.

Cuando la inflamación ha sido grave, que se ha acompañado de flemón, se suele ver después de la curación, que una gran porción del útero se fija a la pared abdominal, trayendo así una venfro-fijación.

El cuello está entonces muy arriba en la pelvis y el cuerpo en retroflexión.

Es natural que esta fijación del útero, puede constituir una causa de distocia, para los embarazos ulteriores; pero a este respecto no podemos decir aún hasta que punto de gravedad puede alcanzar esta distocia, pues las observaciones son todavía escasas.

Según Strazsmann, no tendrían consecuencias, pues el reblandecimiento fisiológico haría desaparecer las adherencias, como el ha podido observar en una mujer, operada de tumor ovarico, un año y medio después de haber sufrido una cesarea extraperitoneal con supuración de la herida abdominal.

Como la distocia es mayor, cuando el fondo del útero se fija mas abajo, algunos autores han propuesto, para evitar este inconveniente, en la posible, hacer la incisión transversal del segmento inferior, en lugar de mediana y longitudinal, otros proponen hacer lateral y longitudinal, lo que solo traería adherencias de un costado.

Holzapfel, recomienda el masaje del útero, practicado desde muy temprano, para combatir las fijaciones anteriores con retroflesión.

Siendo la supuración, la causa que mas favorece la formación de las adherencias, facil es comprender que el peligro ha de disminuir, tratando de evitarla, es decir operando entonces con la mas estricta asepsia.

CAPITULO VIII

CESAREAS EXTRAPERITONEALES ITERATIVAS

Los casos referidos por los autores son favorables hasta el presente. Sellheim lo constató en mujeres en las que practicó nuevas laparotomias, despues de la cesarea segmentaria comprobando que la curación era buena y las relaciones anatómicas normales.

Hatmann, Frank, Sheffzeck, Baumm, Kutsner, afirman por sus experiencias que ningun embarazo es dificultado por repetir la operación por la misma via sin abrir el peritoneo.

Estos operadores la hicieron en 46 casos con resultados satisfactorios. Estos 46 casos se descomponen así:

35	mujeres	operadas	2	veces
9	»	»	3	»
2	»	»	4	»

Seillhein vió una vez el segmento inferior reducido a 3 milímetros en toda su extensión es decir no solo sobre la cicatriz, que no encontró y esto a pesar de una larga espera en los dolores.

Trangott en un caso de placenta previa lo vió distendido hasta no tener mas de 1 milímetro.

Los cinco casos referidos por Sheffzeck representan desde este punto de vista un interés particular porque la cicatriz ha resistido un largo periodo de dolores, 11, 26, 49 y 68 horas en casos infectados con buenos resultados.

A pesar de estos casos felices, es prudente como dice Baumm no prodigar esta intervención en una misma mujer; cuando una enferma termina diciendo Baumm, la ha sufrido dos veces, yo eligiria la cesarea clásica que permitirá hacer una operación esterilizante.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

Después de todo lo dicho y de lo que he visto en los casos operados por mi profesor el Doctor Zárate, llegó a las siguientes conclusiones.

1.º La operación cesarea suprasinfisiaria o la operación cesarea extraperitoneal, tienen por principal objeto evitar los terribles peligros de la infección de la gran cavidad peritoneal, al mismo tiempo que siendo menor la proporción del útero atacada, disminuye los inconvenientes de los embarazos ulteriores.

2.º Ella debe ser tomada seriamente en cuenta en caso de una intervención obstrica

pues constituye una operación con títulos propios que tiene plena justificación en determinados óasos.

3.º) Su éxito depende de la circunstancia, que nacerán del estudio conciente y exacto de cada caso, así como de la técnica y habilidad del operador.

4.º) Ella puede ser aplicada no solo en los casos dudosos sino también en los manifiestos de infección, en los cuales no podría ser ejecutada una cesarea clásica.

ADOLFO D. RIVARA



Buenos Aires, Junio 2 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Eliseo Cantón, al profesor titular Dr. Miguel Z. O'Farrell y al profesor suplente Dr. Faustino J. Tronógó para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º. de la "Ordenanza de exámenes".

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Junio 22 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta No. 3149 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Paralelo entre la cesarrea extra-peritoneal y la pubiotomía.

E. Cantón

II

Indicaciones de la cesarrea vaginal.

O'Farrell

III

En el caso de una ruptura del segmento inferior del útero ¿podría utilizarse esa solución de continuidad para efectuar una cesárea segmentaria?

F. J. Trongé

