



Año 1914

Núm. 2778

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# CESÁREA TARDÍA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

por

**JOSÉ DE PEREIRA REGO**

Ex-practicante Externo del Hospital «San Roque» (1908-1904)  
Ex-practicante Interno del «Hospital Nacional de Allenadas» (1907)  
Ex-practicante Menor Interno del Hospital «José M. Bosch» (1908-1909)  
Ex-practicante Menor de la «Casa Central» de la Asistencia Pública (1909-1910)  
Ex-practicante Honorario del «Instituto Jenner» (1912-1913)  
Ex-practicante Mayor interno del Hospital «Dr. C. Durand» (1913-1914)  
Ex-Médico Interno (en comisión) del Hospital «Dr. C. Durand» (1913-1914)  
Ex-Médico Interno (en comisión) del Hospital «Pirovano» (1914)  
Vice-Presidente del «Círculo Médico Argentino» y Centro Estudiantes de Medicina  
(1913-1914)



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRAFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1078

1914

*Alm. B. G. M.*

CESÁREA TARDÍA



AÑO 1914

NÚM. 2778

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# CESÁREA TARDÍA

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**JOSÉ DE PEREIRA REGO**

Ex-practicante Externo del Hospital «San Roque» (1903-1904)  
Ex-practicante Interno del «Hospital Nacional de Alienadas» (1907)  
Ex-practicante Menor Interno del Hospital «José M. Bosch» (1908-1909)  
Ex-practicante Menor de la «Casa Central» de la Asistencia Pública (1909-1910)  
Ex-practicante Honorario del «Instituto Jenner» (1912-1913)  
Ex-practicante Mayor interno del Hospital «Dr. C. Durand» (1913-1914)  
Ex-Médico Interno (en comisión) del Hospital «Dr. C. Durand» (1913-1914)  
Ex-Médico Interno (en comisión) del Hospital «Provano» (1914)  
Vice-Presidente del «Círculo Médico Argentino» y Centro Estudiantes de Medicina  
(1913-1914)



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRAFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1976

1914

*Man  
B. B.  
J. P. R.*

---

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. ANTONIO C. GANDOLFO

### Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

### Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. " " JACOB DE TEZANOS PINTO
3. " " EUFEMIO UBALLES
4. " " PEDRO N. ARATA
5. " " ROBERTO WERNICKE
6. " " PEDRO LAGLEYZE
7. " " JOSÉ PENNA
8. " " LUIS GÜEMES
9. " " ELISEO CANTÓN
10. " " ENRIQUE BAZTERRICA
11. " " ANTONIO C. GANDOLFO
12. " " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. " " DANIEL J. CRANWELL
14. " " HORACIO G. PIÑERO
15. " " JUAN A. BOERL
16. " " ANGEL GALLARDO
17. " " CARLOS MALBRAN
18. " " M. HERRERA VEGAS
19. " " ANGEL M. CENTENO
20. " " DIÓGENES DECOUD
21. " " BALDOMERO SOMMER
22. " " FRANCISCO A. SICARDI
23. " " DESIDERIO F. DAVEL
24. " " DOMINGO CABRED
25. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

" " MARCELINO HERRERA VEGAS



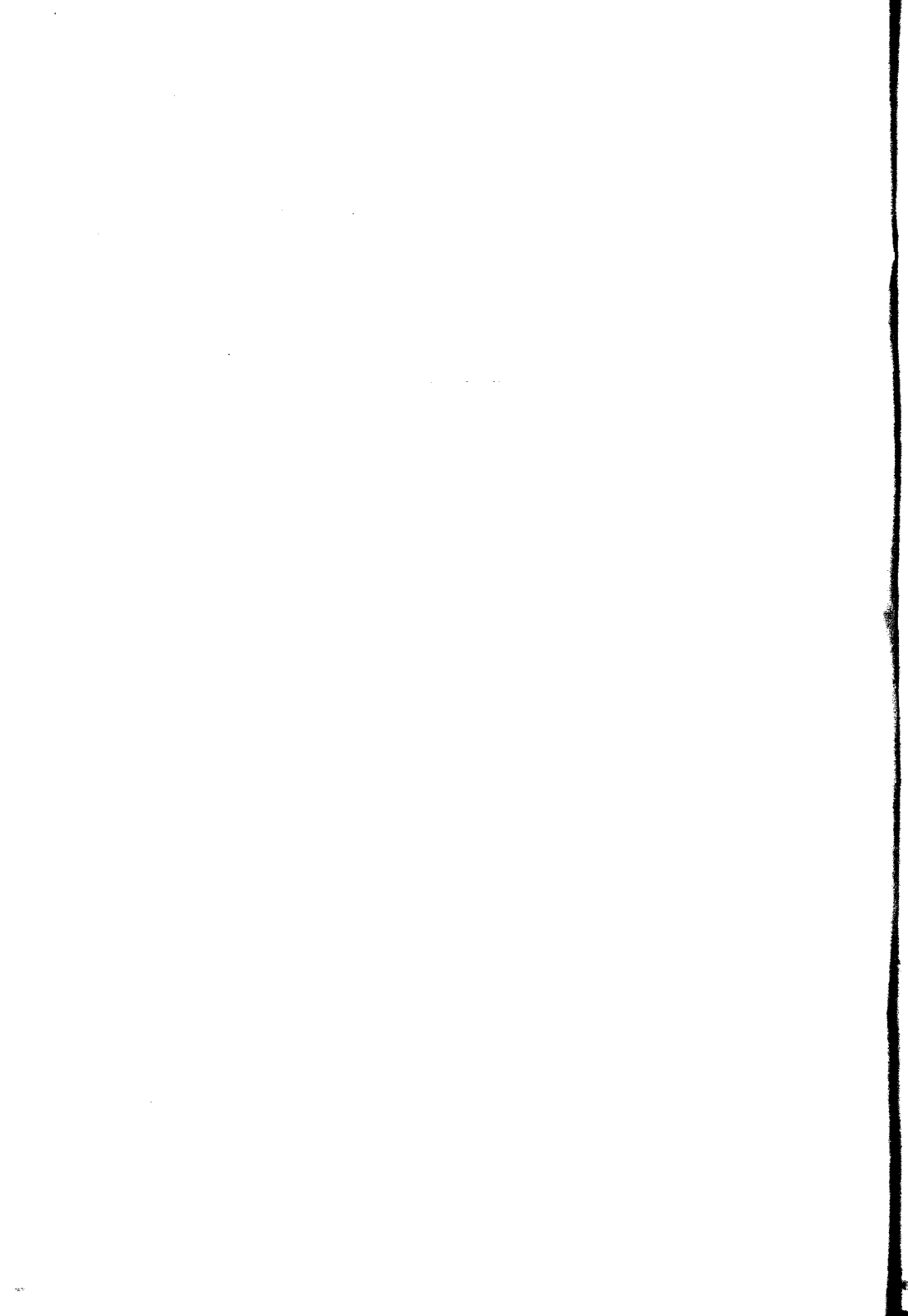
# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. " " TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL



## FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

### **Decano**

DR. D. LUIS GÜEMES

### **Vice-Decano**

DR. D. EDUARDO OBEJERO

### **Consejeros**

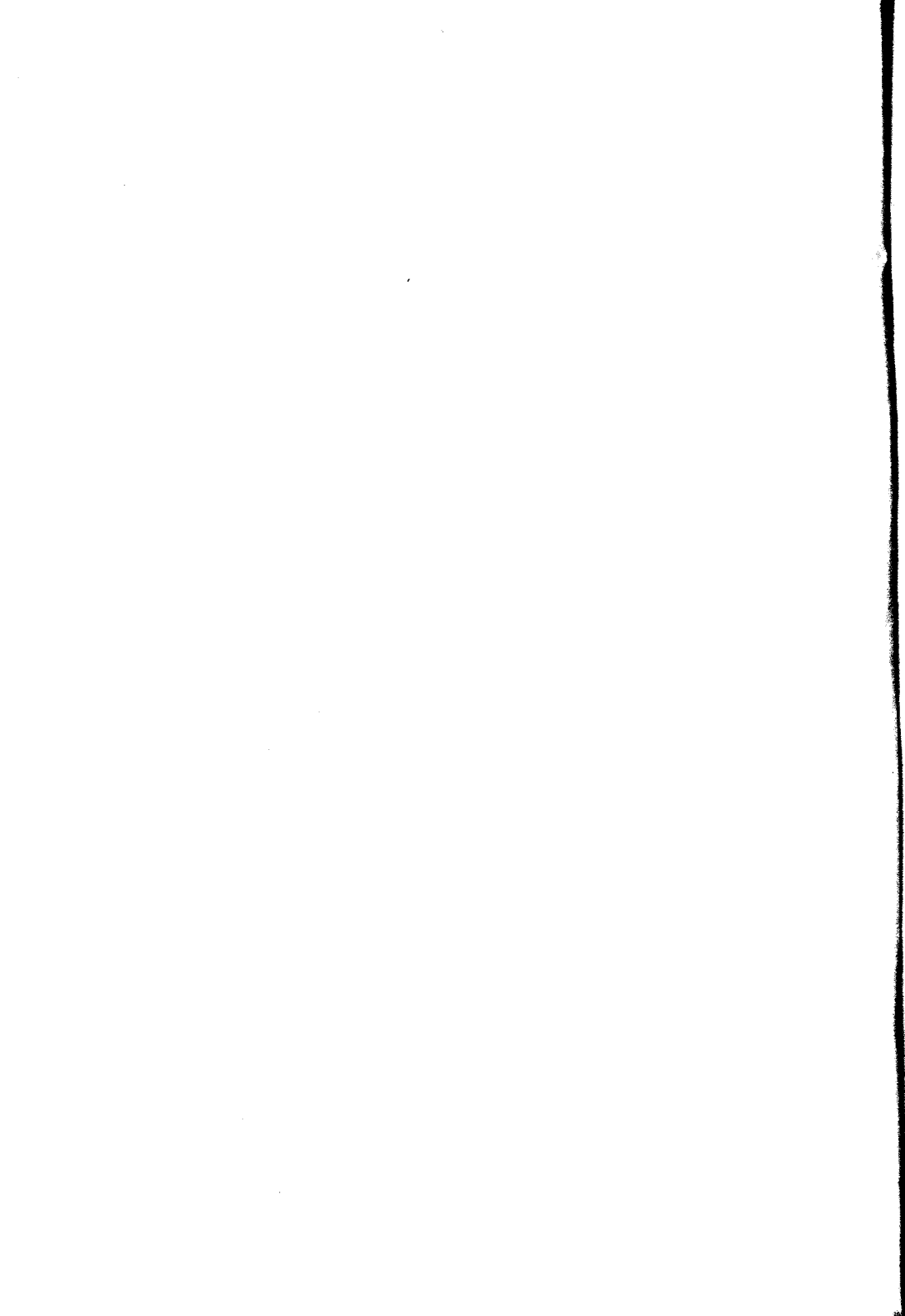
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- „ „ FRANCISCO SICARDI
- „ „ TELÉMACO SUSINI
- „ „ NICASIO ETCHEPAREBORDA
- „ „ EDUARDO OBEJERO
- „ „ LUIS GÜEMES
- „ „ ENRIQUE BAZTERRICA
- „ „ JUAN A. BOERI (suplente)
- „ „ ENRIQUE ZÁRATE
- „ „ PEDRO LACAVERA
- „ „ ELISEO CANTÓN
- „ „ ANGEL M. CENTENO
- „ „ DOMINGO CABRED
- „ „ MARCIAL V. QUIROGA
- „ „ JOSÉ ARCE
- „ „ ABEL AYERZA

### **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

„ „ JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ J. T. BACA

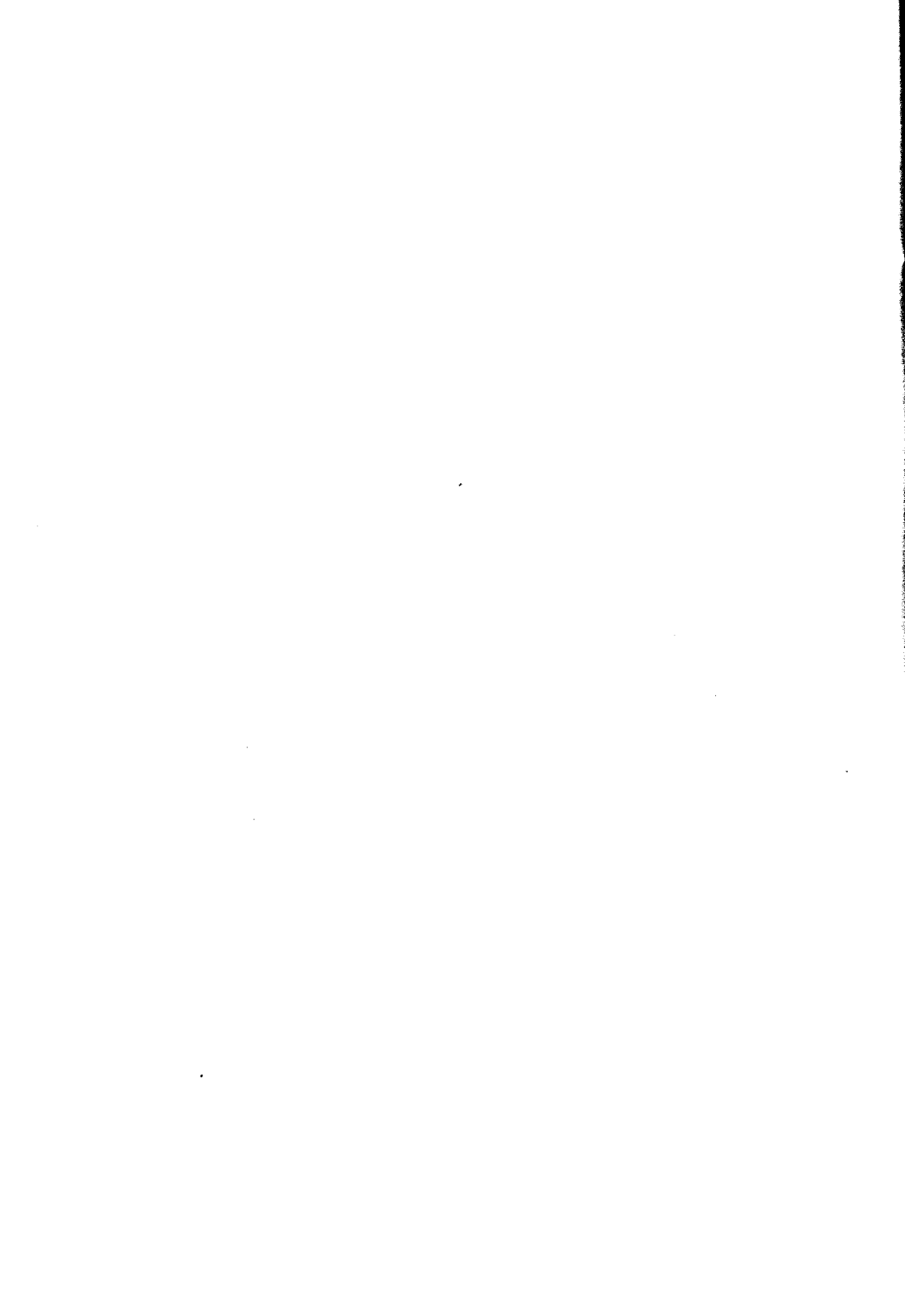
„ J. Z. ARCE

„ P. N. ARATA

„ F. DE VEIGA

„ ELISEO CANTÓN

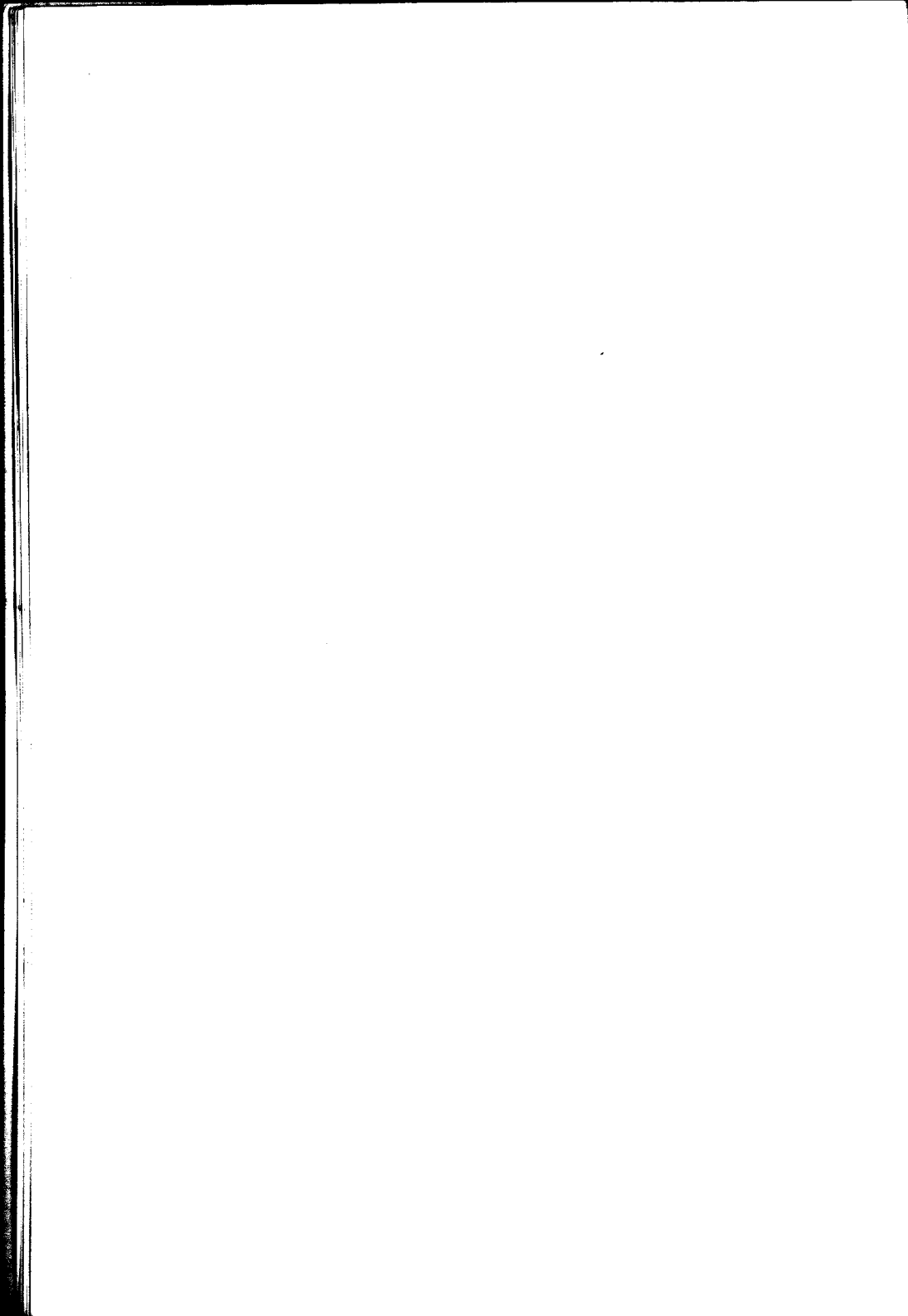
„ J. M. RAMOS MEJÍA



## ESCUELA DE MEDICINA

---

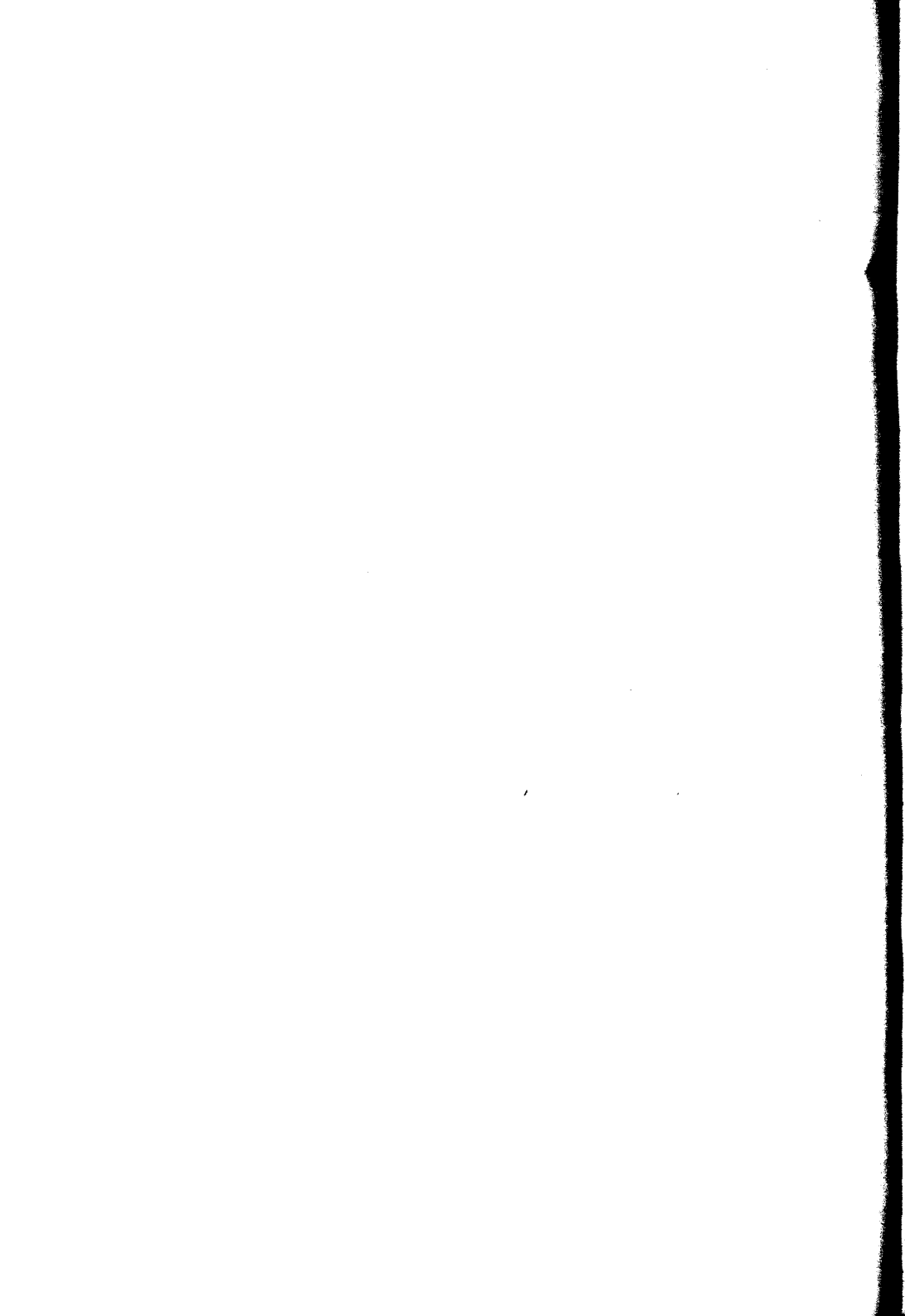
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	" LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva .....	" RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	" JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica .....	" ATANASIO QUIROGA
Histología .....	" RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	" ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ...	" HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	" CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica ...	" PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada .....	" RICARDO SCHATZ
Semeiología y Ejercicios clínicos .	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
	" DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	" AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica .....	" TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia .....	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	" DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	" LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	" BALDOMERO SOMMER
" Génito-urinaria .....	" PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental .....	" JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica .....	" JOSÉ PENNA
" Oto-rino-laringológica ...	" EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	" MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica .....	" PASCUAL PALMA
" Oftalmológica .....	" PEDRO LAGLEYZE
" Quirúrgica .....	" DIÓGENES DECOUD
" Médica .....	" LUIS GÜEMES
" Médica .....	" FRANCISCO A. SICARDI
" Médica .....	" IGNACIO ALLENDE
" Médica .....	" ABEL AYERZA
" Quirúrgica .....	" ANTONIO C. GANDOLFO
" Neurológica .....	" MARCELO VIÑAS
" Psiquiátrica .....	" JOSÉ A. ESTEVEZ
" Obstétrica .....	" DOMINGO CABRED
" Obstétrica .....	" ENRIQUE ZÁRATE
" Pediatría .....	" SAMUEL MOLINA
Medicina Legal .....	" ANGEL M. CENTENO
Clínica Ginecológica .....	" DOMINGO S. CAVIA
	" ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología Médica .....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica .....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO UBIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica .....	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica .....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica .....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica .....	„ JOSÉ R. SEMPRÚN
	„ MARIANO ALUBRALDE
Clínica Psiquiátrica .....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica .....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica .....	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna .....	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica .....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica .....	„ JOSÉ T. BORDA



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica .....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ (en ejer.)
Anatomía descriptiva .....	" PEDRO BELOU
Zoología médica .....	" GUILLERMO SEEBER
Histología .....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana .....	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica .....	" FELIPE JUSTO
Semciología .....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica .....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica .....	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia .....	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria .....	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa .....	" JOSÉ MORENO
Clínica Dermato-Sifilográfica .....	" PEDRO CHUTRO
" Génito-urinaria .....	" CARLOS ROBERTSON
Clínica Epidemiológica .....	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna .....	" PEDRO L. BALIÑA
Clínica Oftalmológica .....	" BERNARDINO MARAINI
" Quirúrgica .....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Médica .....	" FERNANDO R. TORRES
" Pediatría .....	" PEDRO LABAQUI
" Ginecológica .....	" LEONIDAS JORGE PACIO
" Obstétrica .....	" ENRIQUE DEMARÍA
Medicina legal .....	" ADOLFO NOCETI
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" M. R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. FRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" J. C. RISSO DOMINGUEZ
	" JOAQUÍN V. GNECCO



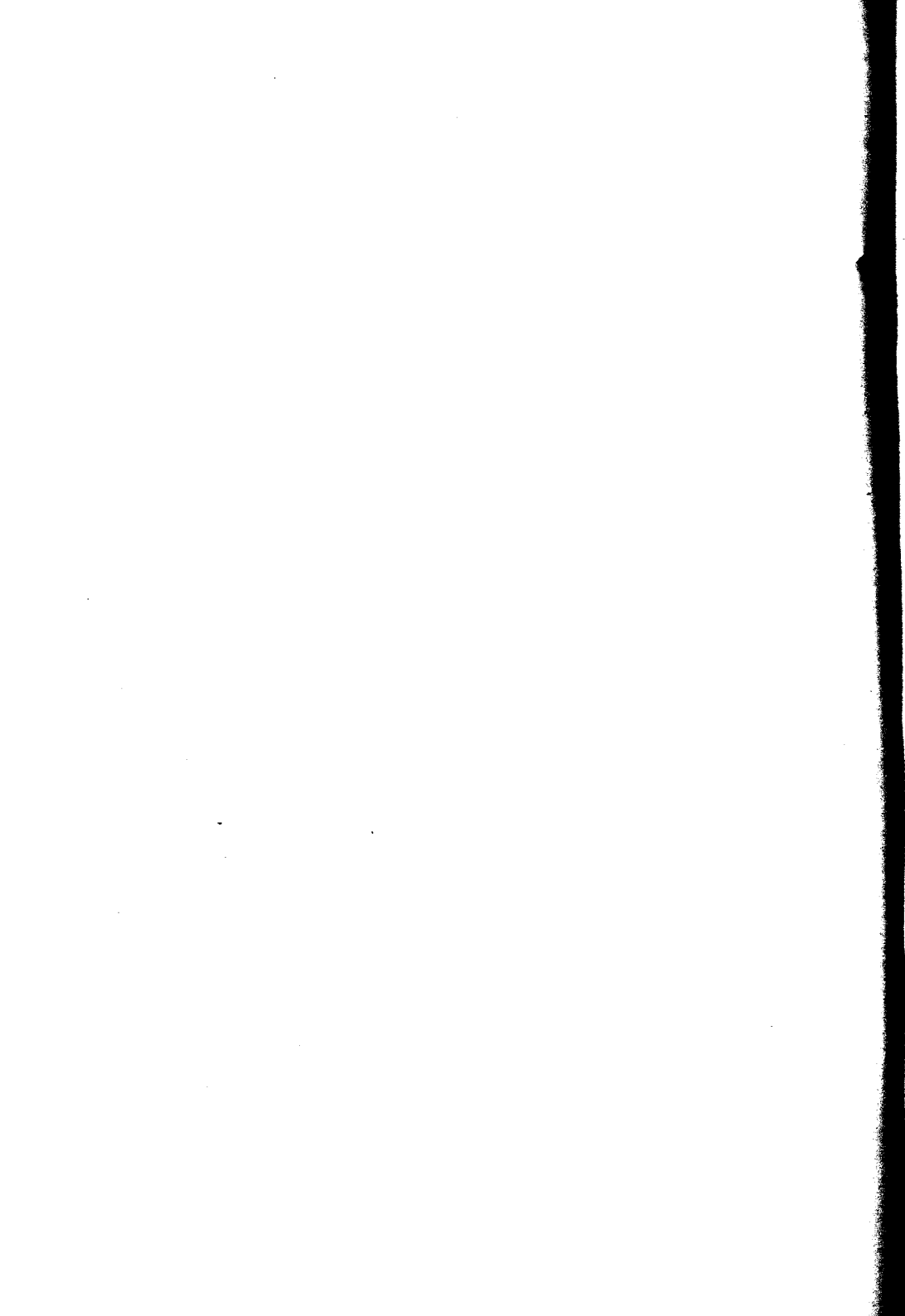
## ESCUELA DE FARMACIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada .....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía .....	„ ADOLFO MUJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada ....	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada .....	„ FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas .....	„ JUAN A. BOERI
Física farmacéutica .....	„ JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso) .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica .....	„ J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas .....	„ RICARDO SCHATZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Farmacognosia y posología razonadas .....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Técnica farmacéutica .....	} „ PASCUAL CORTI „ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas .....	
Física farmacéutica .....	DR. OSCAR MIALOCK
Química orgánica .....	„ TOMÁS J. RUMI
Química analítica .....	„ PEDRO J. MÉSIGOS
Química inorgánica .....	„ JUAN A. SÁNCHEZ
	„ ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .....	} DR. MIGUEL Z. O'FARRELI.
Partido distócico y Clínica Obstétrica .....	

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .....	} DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica .....	

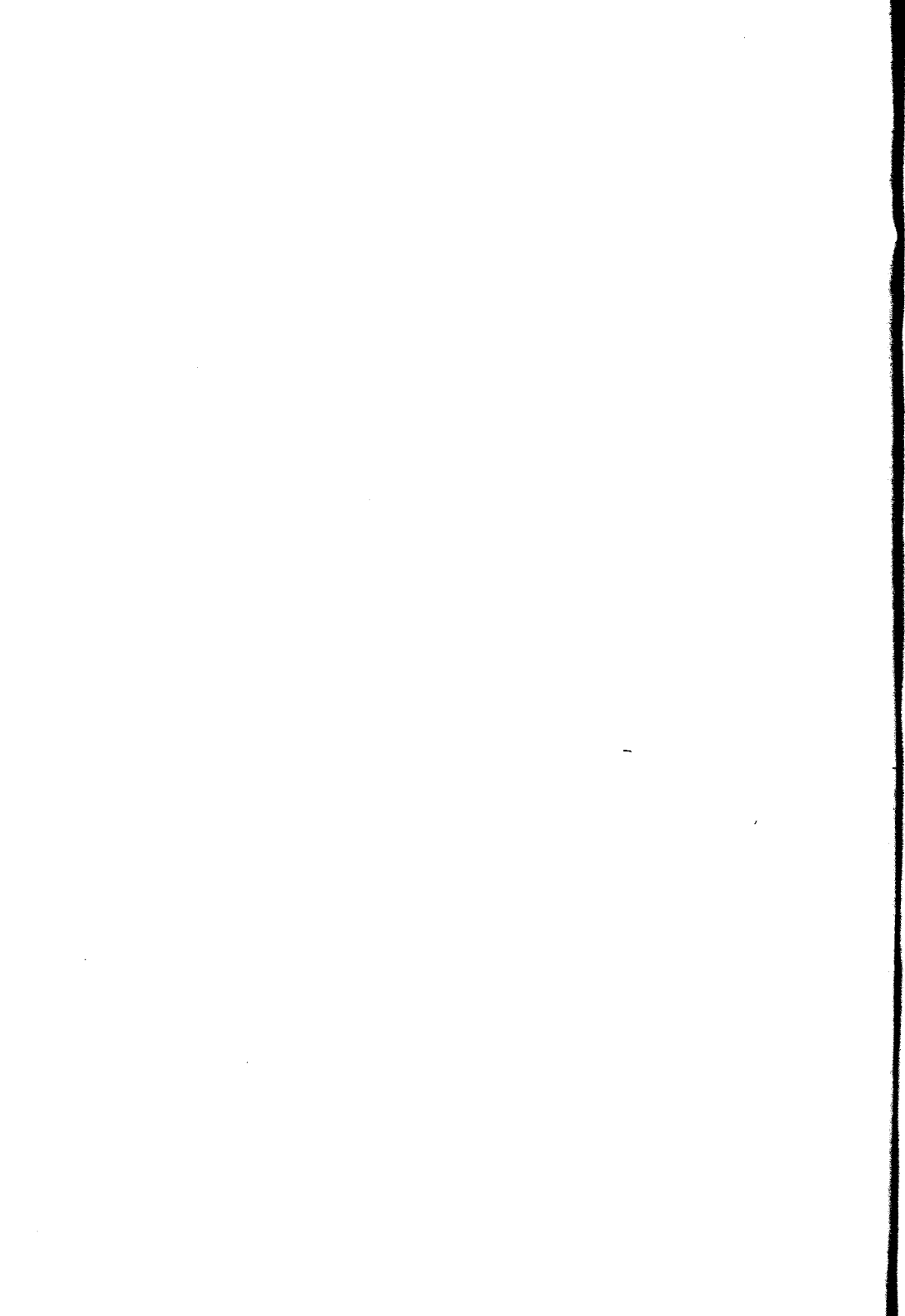
---

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año .....	„ LEÓN PEREYRA
3.er año .....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protésis Dental .....	SR. ANTONIO GUARDO

### **Catedrático sustituto**

DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS :

*Dr. Enrique Lázate*

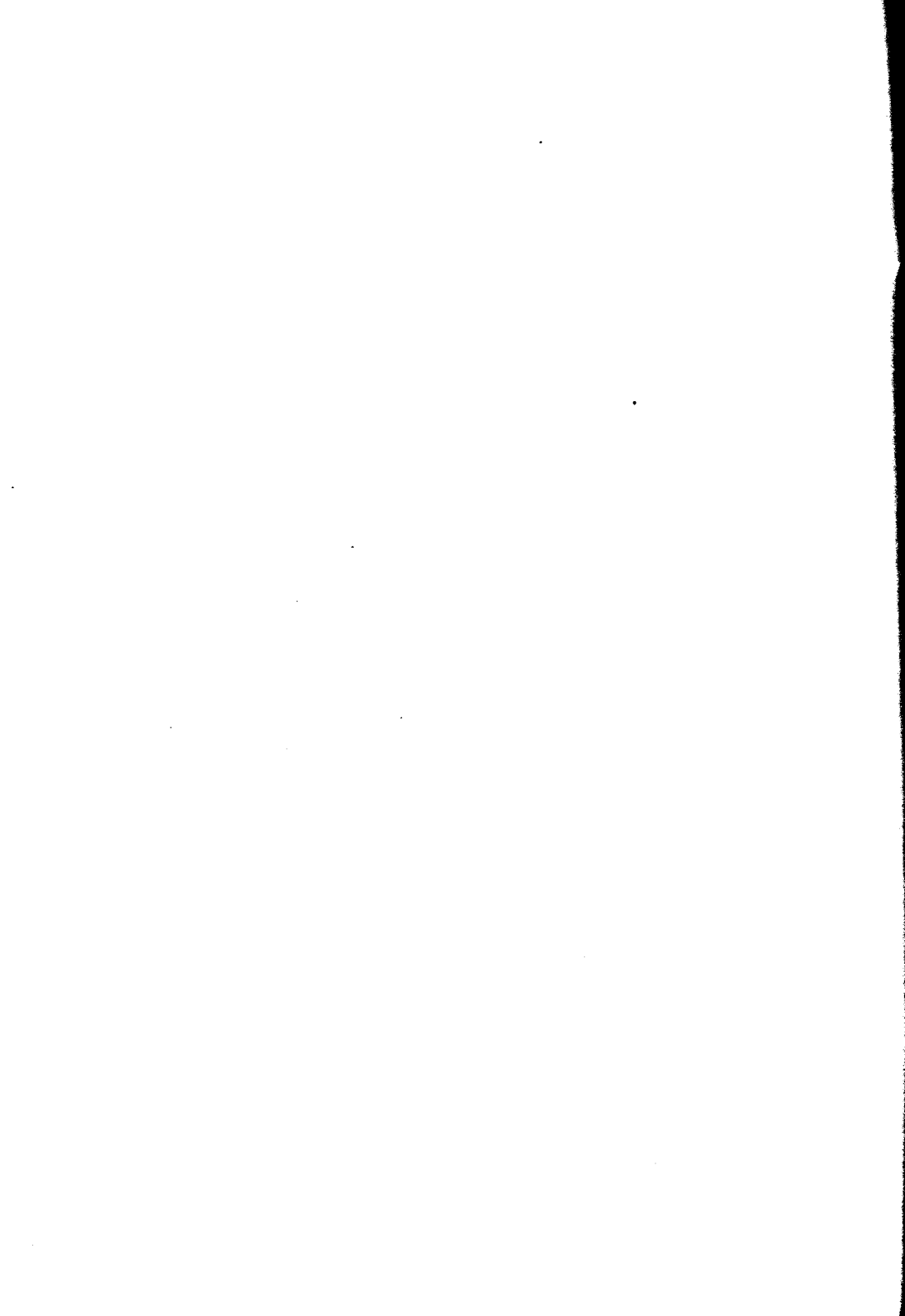
Consejero de la Facultad de Medicina  
Profesor Titular de la Cátedra de Obstetricia



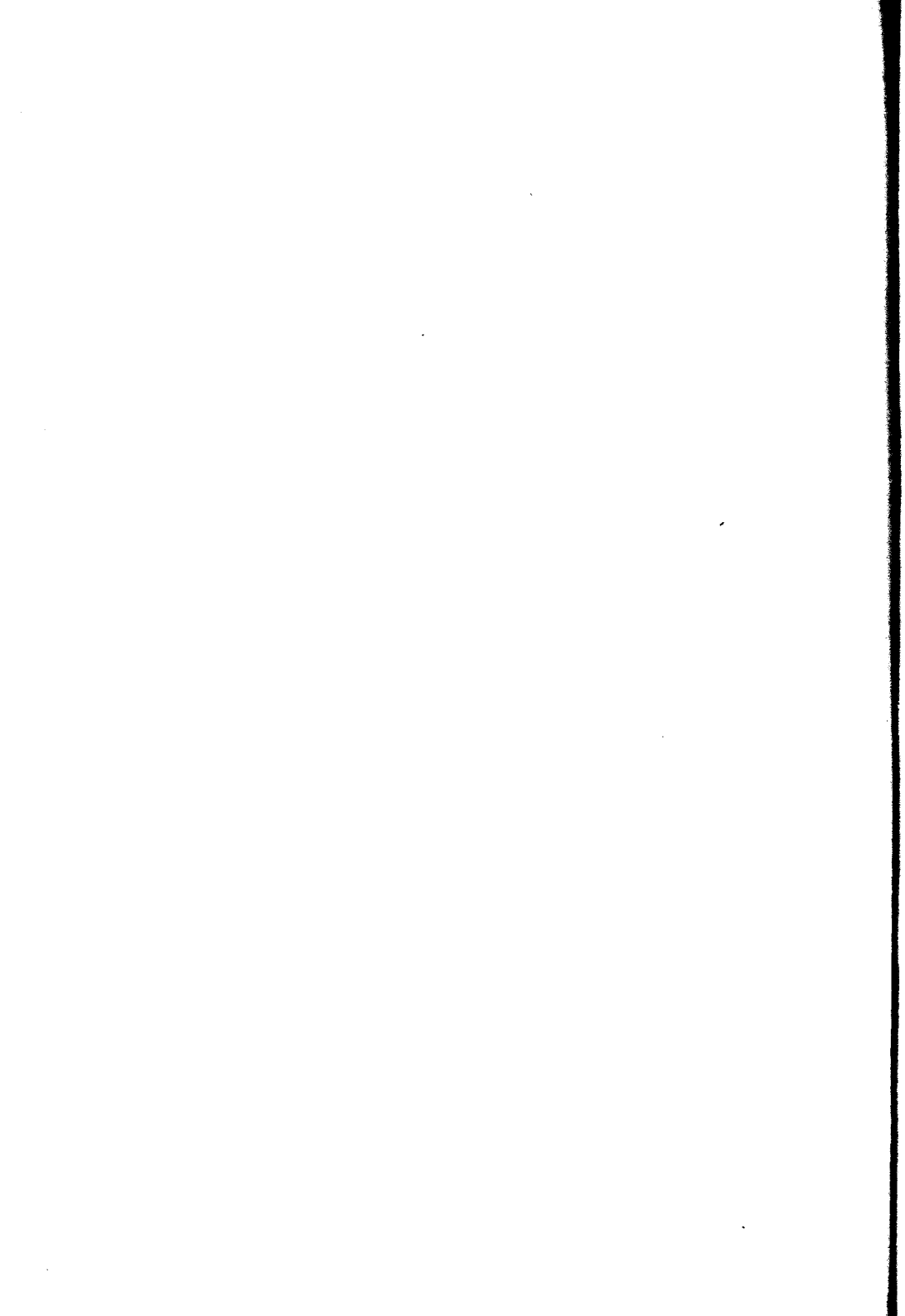
A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE



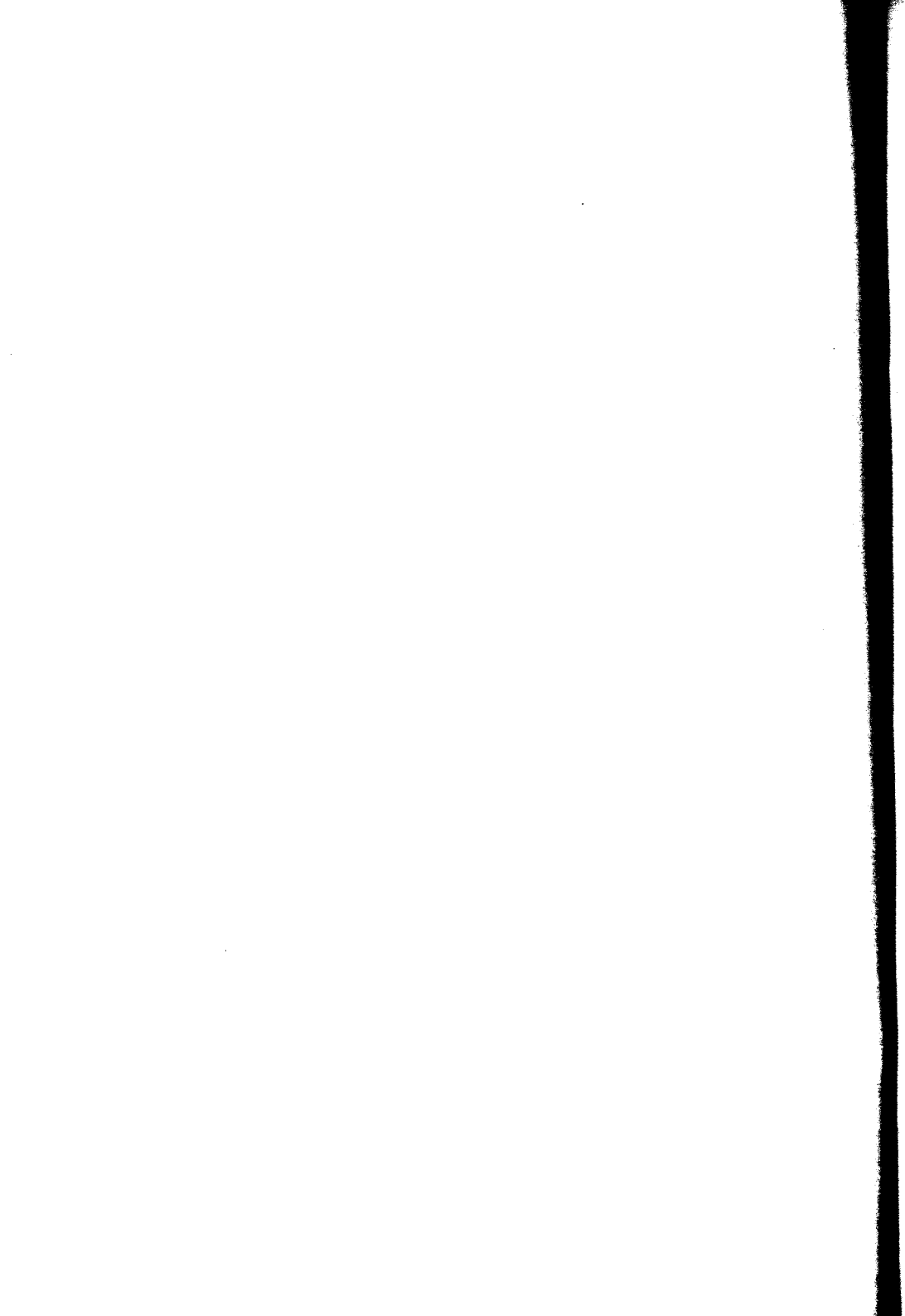
A LA MEMORIA DE MI VENERADO ABUELO  
J. JACINTO ROLON  
EN PRUEBA DE MI ETERNA GRATITUD



A LA MEMORIA DE MI QUERIDO  
HERMANO OSCAR



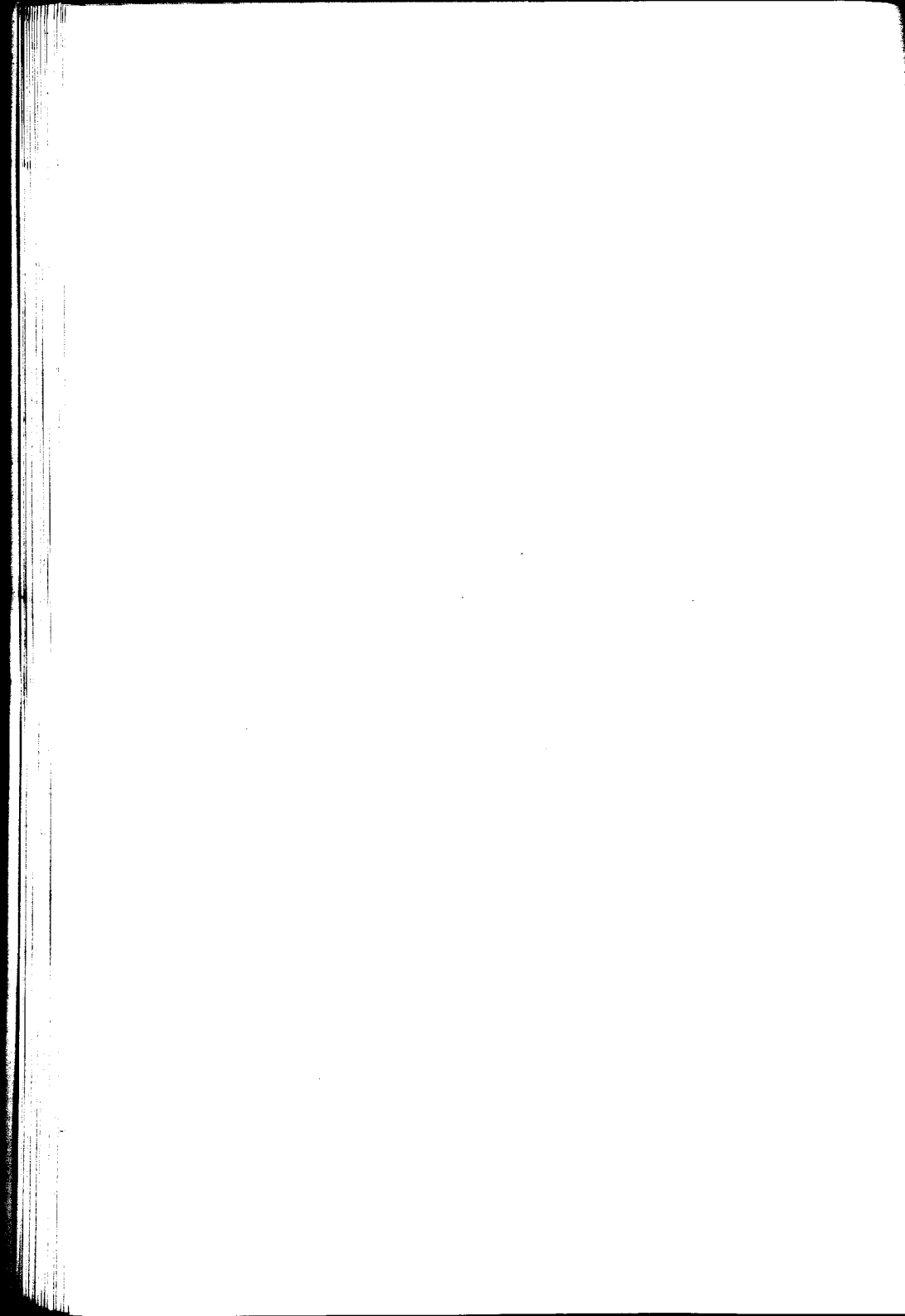
A MI PADRE



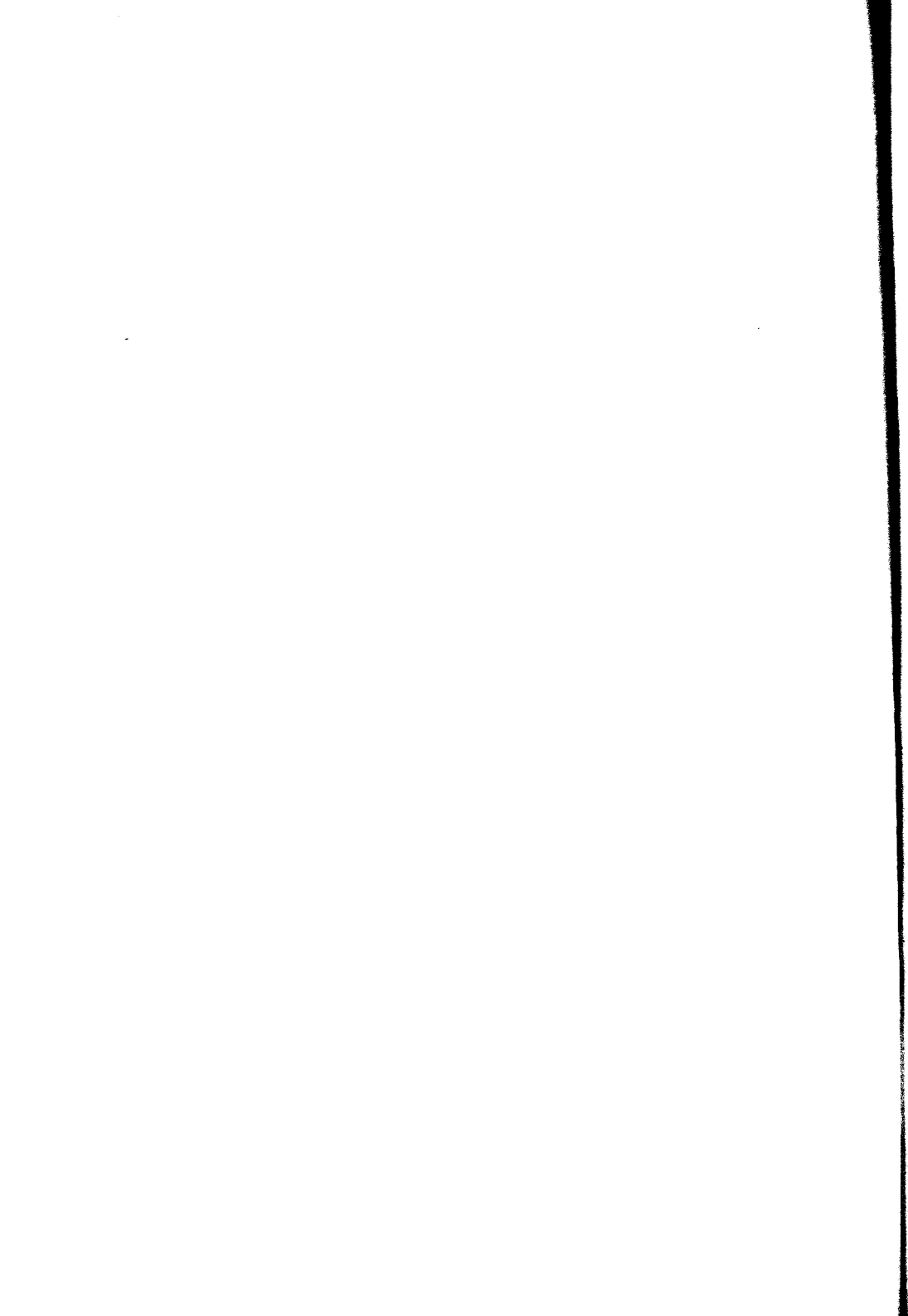
A MI NOVIA



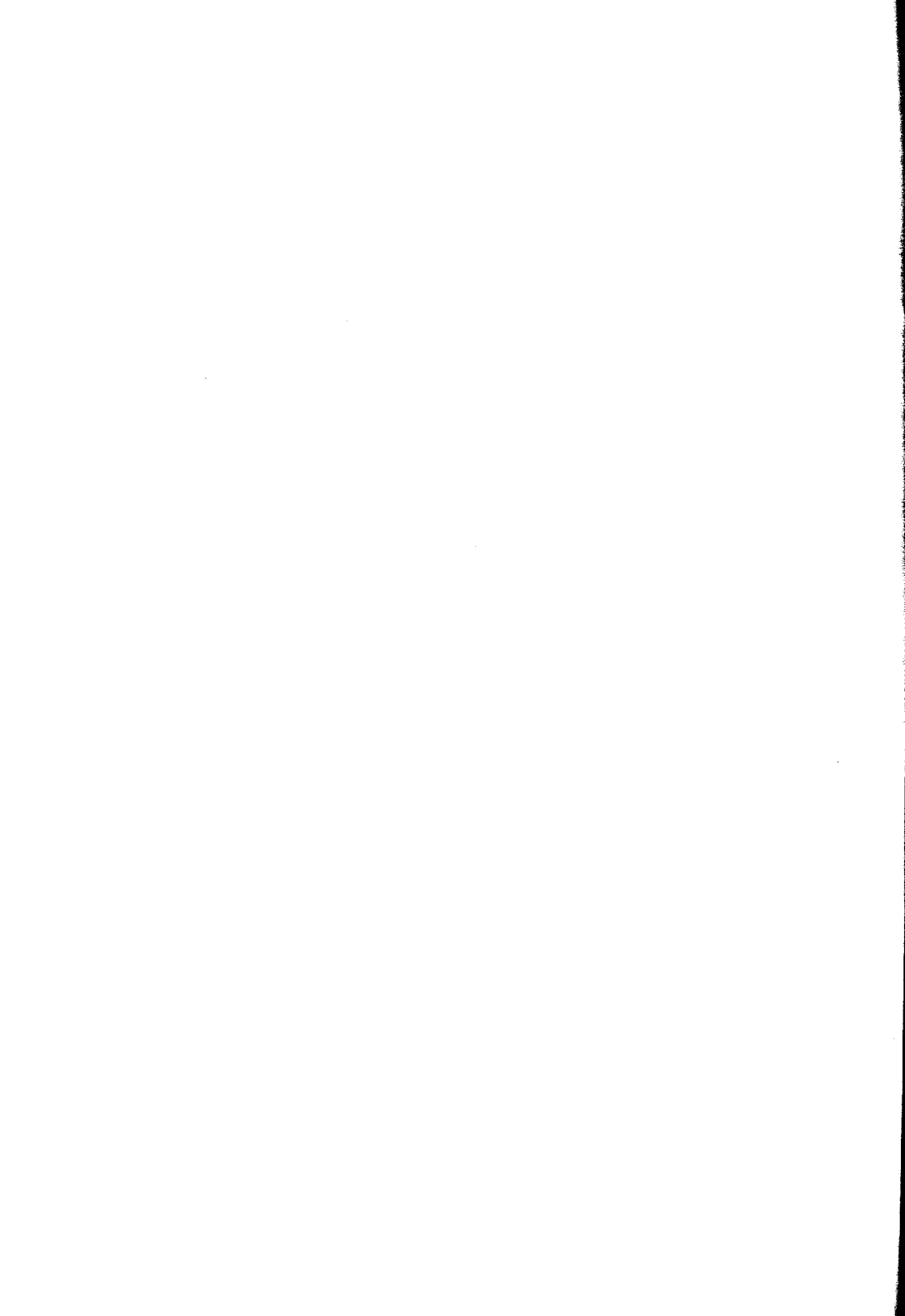
A MI QUERIDO HERMANO HORACIO  
EXPRESIÓN DE MI CARIÑO



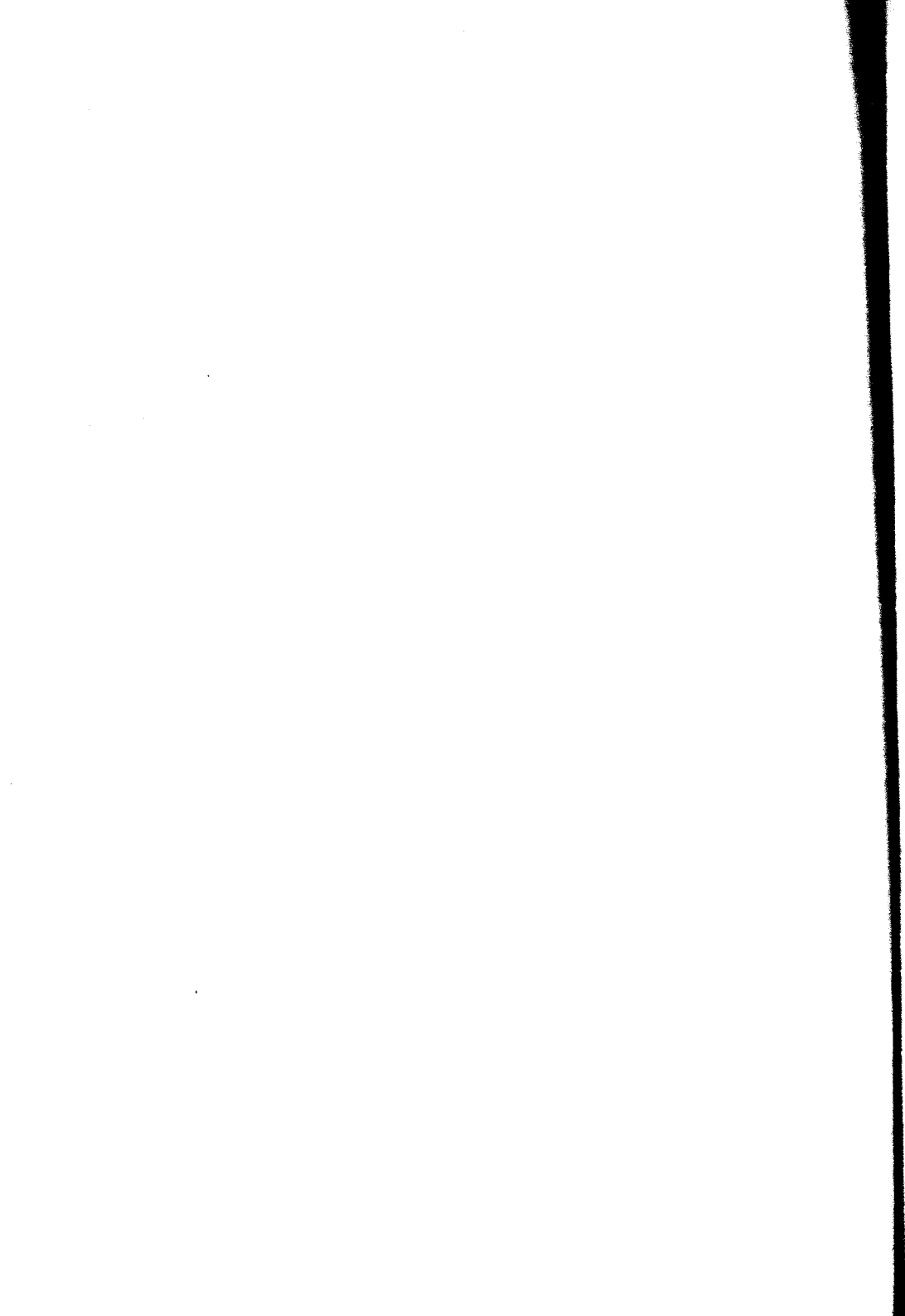
A MI TIO CARLOS DOMINGO ROLON  
MI RECONOCIMIENTO



A LOS DOCTORES ANGEL G. GALLO, MARIANO  
R. CASTEX Y EDUARDO BRUCHOU  
EN HOMENAJE A LA MEMORIA DE MI QUERIDO  
HERMANO OSCAR



AL DOCTOR ALVARO J. NEWTON Y MIS  
COMPAÑEROS DE INTERNADO DEL HOSPITAL  
"DOCTOR CARLOS DURAND"



AL "CIRCULO MEDICO ARGENTINO Y CENTRO  
ESTUDIANTES DE MEDICINA"



*Señores Académicos:*

*Señores Consejeros:*

*Señores Profesores:*

Al someter esta Tesis a vuestra elevada consideración, doy cumplimiento a la disposición del Reglamento, que así lo exige, a los que tenemos el alto honor de pertenecer, como ex-alumnos, a la Facultad de Ciencias Médicas.

Es muy sensible para mí al dar cima a mi carrera de estudiante, que el trabajo que presento no esté a la altura del discípulo que debía corresponder a tales maestros.

Me alienta, sin embargo, la esperanza, de que vuestra benevolencia se hará presente, y habréis de juzgarlo entonces, no con el criterio grave de vuestras testas encanecidas en la labor científica, sinó con la bondadosa complacencia que tienen los que llegaron a la cúspide, con los que recién comienzan a repechar la cuesta.

No pretendo para este trabajo el sello de la originalidad. Penetrado cada vez más de esta Medicina

tan grande pero tan enigmática todavía a veces, he visto decrecer mis juveniles optimismos, a medida que me iniciaba en sus secretos, y si he de hacer mi profesión de fé hoy que me alejo de esta Escuela, permítaseme decir que al pie del lecho de dolor, he de tener, cuando menos, para el que sufre, el “siempre consuela” del gran médico francés.

Creo que el médico tiene el deber constante, ineludible, de adaptar su criterio a las modalidades de su época. Que debe, por todos los medios a su alcance, propiciar el adelanto de la Ciencia que le cupo en suerte cultivar, consagrando sus esfuerzos a este fin. Así, y sólo así, cumplirá su misión sin jactancia y con altura.

Al referirme a la rama de las ciencias médicas que motiva esta tesis, sin el propósito por mi parte de desarrollar doctrinas médico-filosóficas, estimo conveniente traer a la memoria, el recuerdo de hechos que siempre serán de actualidad. Hago alusión al gran problema que el tocólogo debe resolver, y en el que están en pugna, por singular designio de la naturaleza, los vitales intereses encontrados de una madre y de su hijo.

A la mejor solución de tal problema consagro este trabajo, recogiendo de mi maestro Zárata un procedimiento nuevo, y mis propósitos se verían colmados si hallaran eco en los más capacitados que yo para difundirlo cual merece.

Y para terminar, escuchadme, que traicionaría mis sentimientos más íntimos, si no os dijera, que adonde quiera que me arroje la ola del destino, ha de vivir conmigo, perdurable e inmutable, la gratitud que os profeso.

---

Al Consejero Profesor Doctor Enrique Zárate, mi maestro de Obstetricia, que ha querido honrarme aceptando el padrinazgo de esta tesis, mi más íntimo reconocimiento, y las seguridades de mi respetuosa amistad.

A mi maestro de Clínica Quirúrgica, el Doctor Pascual Palma, mi gratitud por sus sabias lecciones.

Al Doctor Juan B. Señorans, cuya caballerosidad y probidad científica reconozco, mi homenaje.

Al Profesor Doctor Peralta Ramos y al Doctor Enrique A. Boero que supieron inculcarme los conocimientos de Obstetricia práctica al lado de la enferma, mi agradecimiento.

Al Doctor Palacios Costa que, como Médico Interno de la Clínica Obstétrica del San Roque, me ha facilitado amablemente el examen de las enfermas, mi reconocimiento.

Y al Doctor Alvaro J. Newton, Director del Hospital Durand, y a mis compañeros de internado, que

en las tristes circunstancias que precedieron mi salida de esa casa, supieron darme pruebas de su abnegada amistad, cábeme decirles que en mí, encontrarán siempre un corazón agradecido.

JOSE DE PEREIRA REGO.

Abril 1914.

## INTRODUCCION

Nos proponemos, al estudiar la "Operación Cesárea Tardía", contribuir a ensanchar la esfera de las indicaciones de la Cesárea Clásica.

No compartimos la opinión de aquellos cirujanos que pretenden que es por medio de otras operaciones, las más de las veces complicadas, que ha de encontrarse la solución a problemas ante los cuales el tocólogo muchas veces hállase perplejo para decidirse en el sentido que más convenga a la distocia. Por el contrario, ~~esta~~ ~~mos~~ ~~convencidos~~ que es la clásica cesárea perfeccionada en su técnica, la que habrá de darnos la solución.

Son estas las ideas que trataremos de desarrollar en nuestra tesis. Hemos de recordar primero las distintas etapas por que ha debido atravesar la operación cesárea clásica desde sus orígenes, señalando de paso a breves rasgos los perfeccionamientos que la acompañaron durante esta evolución hasta llegar a la época presente en que ha adquirido prestigios que nadie osaría discutir. Analizaremos luego sumariamente las distintas variantes de cesáreas que tuvieron a la clásica

como madre, así como también pasaremos revista a dos operaciones ampliatorias de la pelvis: la sinfisiotomía y la heboosteotomía o pubiotomía. Una vez tratados estos tópicos entraremos a estudiar la cesárea tardía, recorreremos su historia, muy breve por cierto, puesto que ella data de poco tiempo a esta parte, discutiremos sus indicaciones, y daremos a conocer enseguida la técnica operatoria ideada por el profesor doctor Enrique Zárate, y que se practica en la Clínica Obstétrica del Hospital San Roque, cuya técnica constituye a nuestro modo de ver el desideratum de esta materia. Por último, las historias clínicas que completarán este trabajo, proceden todas de dicho servicio, donde hemos tenido el honor de presenciar la intervención de todas ellas y seguir luego la marcha clínica de las operadas.

## CAPITULO PRIMERO

### Historia de la Operación Cesárea Clásica

La Mitología nos refiere dos casos de operaciones cesáreas, por cierto bien curiosos: la operación cesárea por el cerebro efectuada cuando Perseo cortó la cabeza de Medusa. En aquella circunstancia nacieron: Pegaso, el caballo alado, y Chysaor, el padre de Geryon, del tronco mutilado de la Górgona. No menos fabuloso fué el nacimiento de Dionisio, que a estar a lo que cuenta la mitología, nació del muslo de Zeus, después de haber allí permanecido nueve meses y a donde fuera introducido por Hermes, quien a su vez lo había extraído del seno de la Diosa Sémélé, *post mortem*.

Igualmente digno de mención por lo curioso es el nacimiento de Adonis. Refiere la mitología de la antigua Grecia, que Myrrha, hija de Cinyras, rey de Chypre, perseguida por la cólera de Afrodita, cuyos amores había rechazado, se enamoró de su propio padre y se unió a él, realizando así el primer caso de incesto de que se tenga noticias. Entonces el padre, sabedor de su deshonra, quiere castigar a su hija, y la persigue

espada en mano... Los Dioses se apiadan de ella y la metamorfosean en el arbusto que contiene la mirra, *smyrna*. Transcurridos que hubieron nueve meses, el árbol se entreabre y da origen a un niño de una singular hermosura: este niño era Adonis.

En la antigüedad, y ya no se trata de mitología, la operación cesárea ha sido practicada desde muchos siglos atrás, pero siempre sobre la mujer muerta.

En Roma existía una *lex regia*, llamada ley de Numa Pompilius, por la cual se prohibía enterrar toda mujer que hubiese fallecido en estado de preñez, sin antes de inhumarla extraerle el producto de la concepción, con el solo propósito de “conservar ciudadanos al Estado”. Se atribuye el origen del nombre de la operación, al hecho de que mediante ella, habían sido extraídos varios Césares, en tanto que otros historiadores atribuyen el origen de la palabra “cesárea” al verbo latino *cœdere* (cortar). La iglesia la señalaba como necesaria, con el propósito de extraer el feto para luego poder bautizarlo.

Es recién en el siglo XIV o principios del siglo XV que la operación cesárea se realiza por primera vez en la mujer viva. Según Sacombe, Enrique VII rey de Inglaterra ordenó que se extrajera del vientre de Juana Seymour, al que fué Eduardo VI, el cual alcanzó a vivir hasta la edad de diez y seis años. Esta operación costó la vida a la operada. Jacquemier sostiene que fué en el año 1491 que habría tenido lugar la primera operación

cesárea. Lo cierto es que, en el año 1500, un castrador de puercos, Nuffer, de Sigershausen (Thurgovia), abrió el vientre de su propia mujer que se hallaba en trabajo desde hacía seis días, consiguiendo extraer el niño vivo. Suturó luego la herida de la operada, llamada Elisabeth Alespachin, y ésta se restableció perfectamente habiendo dado a luz dos gemelos al año siguiente.

El primer trabajo serio a este respecto es el de Rousset (1581), quien la preconiza ardientemente tratando de demostrar que la operación cesárea no constituye una intervención quirúrgica necesariamente mortal. Sin embargo, ella es rechazada por la mayor parte de los tocólogos entre los cuales pueden citarse a Ambrosio Paré, Guillemeau, Mauriceau, los que la consideraban como casi fatal.

En el siglo XVIII, se opera una reacción favorable, merced a los esfuerzos de Auleau (1704), Simón (1761), Delamotte (1765), Levret (1770), Deleurye (1777), Lauerjat (1788). La mayor parte de estos cirujanos discuten sobre las indicaciones y sobre la dirección que debe darse a la incisión del útero y de la pared abdominal: los unos siguen el ejemplo de Mauriceau, quien no admitía la operación sino en la mujer muerta; otros preconizan incisiones transversales hacia el fondo del útero (Lauerjat); algunos, como Levret, hacen una incisión paralela a la línea media; ninguno se ocupa de suturar el útero.

La creación de la sinfisiotomía a fines del siglo XVIII, por Sigault, cuando aún era estudiante de medicina, vuelve a dar motivo para que se discuta la operación cesárea preconizada por los adversarios de Sigault, y entonces los parteros de la época quedan divididos en dos grupos: los cesaristas y los sinfisiotomistas. Baudelocque, que es de los primeros, trata de perfeccionar la técnica de la operación cesárea, rechaza las incisiones laterales para adoptar la incisión sobre la línea media y practica la sutura de la *pared abdominal*.

No obstante estos perfeccionamientos, durante más de dos tercios del siglo XIX, la operación cesárea da resultados tan deplorables que es casi completamente abandonada; sólo se recurre a ella en los casos de absoluta necesidad; si en la campaña curan algunas mujeres, en la ciudad todas sucumben. Tan es así, que en París, desde el año 1799 hasta el año 1877, no curó ninguna cesareada. Las estadísticas dan una mortalidad materna de sesenta u ochenta por ciento, muriendo la mayor parte de las mujeres, de septicemia; cuando llegan a salvar, la reunión de la herida no tiene lugar sino por segunda intención, se hacen frecuentemente adherencias entre la herida uterina y la pared abdominal o el intestino. Otras conservan trayectos fistulosos y no escasean tampoco las fístulas estercorales.

El primer cirujano que realiza con éxito esta operación, dado que todos los observadores estaban convencidos de la necesidad de practicar la sutura del úte-

ro; fué un profesor de cirugía de Mouilleron, Lebas (1769).

Wiel (1835), Godefroy (1840), Malgaigne, Scanzoni, Hasse (1856), practican la sutura uterina abandonando los hilos de la misma en la cavidad abdominal.

Estas suturas hechas con seda, crin, hilos de plata, hilos de fierro, catgut, son utilizados sucesivamente por Stoltz, Cazin, Haiss, Fochier; varios operadores tratan de traer a través de la herida abdominal una o las dos extremidades de los hilos de sutura; para proceder a la extracción de estos hilos, Tarnier tiene la idea de introducir cada una de las extremidades de un mismo hilo en un trócar capilar y de apretar con un bastoncito las dos extremidades así reunidas. En 1867, Lestocquoy practica una operación cesárea y sutura primero el labio uterino a la pared abdominal correspondiente.

Como decíamos más arriba, Lebas es el primer operador que ha practicado la sutura del útero después de la evacuación de su contenido. Primaban en esa época las ideas de Rousset (1851), así como también las de Levret, el cual, hablando de la sutura, escribía el año 1770: “Casi todos los cirujanos saben que, además de que ella sería perjudicial, se hace absolutamente inútil, a causa de la prodigiosa contractura que llega a este órgano muy poco tiempo después de la extracción del feto.”

Hasta 1882, los imitadores de Lebas fueron poco numerosos; sin embargo, todos los modos de sutura

que debían ser pregonados después del advenimiento de la práctica antiséptica han sido propuestos y utilizados, a veces con éxito por los muy raros partidarios de la sutura.

Es así que Pillore (1854) propuso la sutura útero-parietal con el fin de aislar la cavidad uterina de la gran cavidad peritoneal, y de asegurar su amplio drenaje. Esta técnica, que proporcionó un éxito a Lestocquoy (1859), debía ser repetida por Sellheim (1908).

Martino D'Avanzo (1860) y Van Aubel (1862) propusieron, para aislar realmente la cavidad uterina de la cavidad peritoneal, el primero una sutura de colchonero y el segundo una sutura sero-serosa, que se hacía posible por la disección de dos colgajos peritoneales sobre los labios de la incisión uterina.

Esta adaptación del método general de Lembert (1826), estaba llamada a ser de nuevo realizada por Sängner (1882).

A pesar de todos los perfeccionamientos aportados a la técnica de la operación cesárea, la mortalidad de ésta permanece elevada hasta 1876; causa entonces sorpresa que Porro practique con éxito, no solamente la incisión del útero, sino también la ablación de la mayor parte del órgano. Esta operación se hace con éxito en Francia por Fochier, Tarnier, Championnière, Guéniot. Estos dos últimos cirujanos hacen observar con razón que los éxitos obtenidos no son debidos tanto al manual

operatorio de la operación nueva como a las ventajas de una *antisepsia rigurosa*.

A partir de esta época, el pronóstico operatorio de la cesárea, con o sin ablación del útero, mejora cada día a medida que se perfecciona la antisepsia. En 1882, Sängér, asistente de Léopold, propone un medio más perfeccionado de sutura de la pared uterina, y una resección parcial de los bordes de la herida que facilita el afrontamiento de los mismos y permite así obtener una reunión más rápida.

Poco tiempo fueron utilizadas estas modificaciones; toca a Léopold y a Sängér el honor de haber probado los resultados excelentes que podían obtenerse realizando asépticamente la operación cesárea. Potocki hace conocer en Francia la técnica operatoria de Sängér. Con todo, sólo rara vez se practica allí esta operación, fuera de los casos de indicación absoluta; el renacimiento de la sinfisiotomía parece eliminarla en numerosas estrecheces de la pelvis, para las cuales ciertos parteros alemanes practican la operación cesárea.

La *histerotomía abdominal*, practicada para extraer el feto, comprende diversos procedimientos operatorios según que se conserve o no el útero, que se sutura y se deja en su sitio; es la operación cesárea conservadora u operación cesárea propiamente dicha. Puede ser practicada: a) sobre la mujer viva, o b) *inmediatamente* después de la muerte de la mujer.

Cuando después de la extracción del feto se ampu-

ta el útero arriba del cuello, se realiza entonces la “Operación de Porro” (1876). (Ribemont-Dessaigues & Le-page).

**Historia de la Primera Operación Cesárea  
practicada entre nosotros por el Dr. Molina.  
(29 de Mayo de 1892), en su servicio del Hos-  
pital Rivadavia**

Se lee en la Tesis de Doctorado del Dr. Enrique Zárate, quien en el año 1893, decía refiriéndose a esta operación: “Presento dos casos prácticos, los únicos observados en nuestras clínicas; las investigaciones que he hecho en procura de otros han resultado infructuosas; no he podido obtener datos auténticos acerca de operaciones de esta misma naturaleza; por consiguiente, creo que la primera operación cesárea ha sido llevada a cabo el 29 de Mayo de 1892, y la segunda el 14 de Septiembre del mismo año. La primera fué practicada en el Hospital Rivadavia con éxito desgraciado para la madre; los datos concernientes a ella me fueron facilitados con toda galantería por el Dr. Molina.” Más adelante agrega: “La segunda fué practicada por el doctor Lagarde en la Maternidad del San Roque, siendo yo el ayudante principal como practicante mayor del servicio; la operación fué coronada por el mejor éxito, tanto para la madre como para el niño.” La historia

de la primera operación es la siguiente, que extractamos de la misma tesis:

“Genoveva Fernández, de 23 años, española, mucama, constitución buena, entró a la Maternidad el 28 de Mayo de 1892. Ningún parto anterior, menstruación normal de dos o tres días de duración. Última aparición de las reglas en Septiembre 1.º de 1891. Epoca de la preñez: nueve meses. Accidentes y complicaciones: aparato digestivo: náuseas. Aparición de los primeros dolores: 2 a. m. del día 28 de Mayo. Ruptura de las membranas: 10 a. m. del día 29. Dilatación completa: 7 a. m. del día 29. Presentación: O. I. I. A. Caracteres de la placenta: circular. Caracteres del cordón: espiral interl. Duración del trabajo: 37 horas 10 minutos. Niño del sexo femenino, a término, peso: 2.940 gramos; largo, 0,53 centímetros. Diámetro O. F.: 0,10 cm.; O. M.: 12 cm.; B. P.: 0,08 cm.; S. O. B.: 0,08 cm.

Esta mujer entró al servicio en trabajo con dilatación de tres traveses de dedo, la bolsa íntegra. Pasa la noche muy agitada; a las 7 a. m. se hace la dilatación completa; a las 10 a. m. se rompen las membranas; no hay encajamiento de la cabeza; a las 11 a. m. se hace aplicación de forceps Pajot, sin resultado, debido a la gran disminución del diámetro antero-posterior; se hacen lavatorios vaginales calientes y taponamiento con gasa yodofórmada. La vejiga está muy distendida. Se sonda, pero para introducir la sonda es necesario levantar la presentación. Se resuelve hacer la operación

cesárea y se prepara la enferma para las 2 p. m. del mismo día. A la 1 p. m. la enferma tiene 96 pulsaciones, 20 respiraciones y 37° de temperatura. Está muy agitada. El feto tiene 120 latidos por minuto. A las 2.30 p. m. se hace la incisión de la pared abdominal desde dos traveses de dedo por encima de la sínfisis del pubis hasta tres traveses de dedo por encima del ombligo; se abre el útero en una extensión de diez centímetros siguiendo la línea media. En la extremidad inferior de la herida de la pared abdominal se ve hacer hernia a la vejiga que está muy distendida y sumamente delgada. La herida de la pared del útero da poca sangre a pesar de estar muy vascular. La abertura hecha en el útero deja ver el dorso del niño y se le hace en esta parte una herida de la piel y capa muscular en una extensión de cuatro a cinco centímetros. Se extrae el niño sin dificultad, sacando primero las extremidades inferiores, se liga el cordón y se hace una irrigación abundante con ácido bórico al 4 o/o; enseguida se extrae la placenta por su cara fetal; ésta se encontraba en la pared posterior del útero y en el segmento superior.

Después de la extracción de la placenta se hace nueva irrigación con ácido bórico y enseguida taponamiento de la cavidad uterina con gasa iodoformada de seis centímetros de ancho; una de las extremidades se hace salir por el orificio vulvar.

Se sutura la pared del útero con dos planos de catgut, dejando la mucosa libre; los planos son de su-

tura continua. En la pared abdominal se ponen tres planos de sutura, dos profundos de catgut y uno superficial de seda; esta última a puntos entrecortados. A las 3.30 p. m. se termina la operación. La enferma pasa la tarde bien. 7 p. m. 37°4; pulso: 140. A las 8 p. m. se queja de un poco de dolor al bajo vientre. Se le hace una inyección de morfina de 0gr.01 centígramo. Ha vomitado dos veces.

Día 30. — Ha pasado la noche bien, está muy tranquila, hay un poco de timpanismo y de dolor en la herida; a las 4 p. m. está muy inquieta, hay mucho timpanismo, expulsa muchos gases y se alivia. 5 p. m. Se le saca un metro y medio de la gasa del taponamiento; ésta está manchada de sangre con algunos coágulos pequeños, sin fetidez ni pus. Toma por la noche cuatro sellos de salol y magnesia; temperatura 38°2.

Día 31. — Ha pasado la noche un poco inquieta: ha dormido poco; a las 9.30 p. m. se le hace un enema de glicerina; expulsa gases solamente. Sigue con timpanismo, se queja de ardor al estómago y se le administra magnesia; se le saca toda la gasa del tapón y se le hace una irrigación vaginal abundante con bicloruro de mercurio y se tapona la vagina con gasa yodoformada; a las 5 p. m. tiene sudores abundantes, timpanismo enorme y olor a orina en la parte inferior de la herida que se encuentra abierta. Se le da naftol con salicilato de bismuto; a las 8 p. m. tiene delirio; temperatura 36°4; pulso: 136.

Junio 1.º — Ha pasado la noche muy mal. No ha dormido; ha delirado mucho. A las 8 p. m. pulso inconstante, sudores copiosos, enorme distensión del vientre, náuseas. Inyección de cafeína 0gr.40 centigramos; a la 1 p. m. sigue lo mismo; se le hace otra inyección de cafeína; temperatura: 36°8; respiraciones: 28.

Junio 2. — Pasa la noche agitadísima, delira mucho. A las 7 a. m. muere.

Autopsia. — La herida está abierta en la parte inferior, por donde sale un líquido claro amarillento con color a orina; el útero está muy reducido; la sutura bien. El interior del útero no presenta nada de particular. En la pared posterior de la vejiga hay un pequeño orificio que deja pasar una sonda; el fondo de saco vésico-uterino está con orina. Hay peritonitis. Uremia''. (Zárate). — 1893.

## OPERACIÓN CESÁREA CLÁSICA

### Indicaciones

Antes de entrar a hacer el estudio de las indicaciones de la Operación Cesárea Clásica es conveniente pasar revista a las variadas concepciones clínicas que se disputan la primacía en el campo de la obstetricia, en lo que a la oportunidad operatoria de esta operación se refiere. Al efecto, hemos de analizar las distintas escuelas que tienen como sostenedores más brillantes a

los Profesores Pinard, Bar, Doléris, Lepage, Léopold, Couvelaire, etc. Veremos cuál es la importancia que ellos atribuyen a la oportunidad de la intervención, la forma en que tratan de resolver los variados casos clínicos que a diario se les presentan, teniendo en cuenta que no siempre ha sido posible obtener las mayores garantías de antisepsia, así como tampoco pudieron ser seleccionados; y es esto precisamente lo que nos tocará, como prácticos, resolver a diario.

Del punto de vista del momento en que se practica la operación, teniendo en cuenta el factor tiempo de la preñez, dos son las divisiones clásicas que se conocen: cesárea primitiva y cesárea tempestiva.

Bar, Doléris, Boissard, Fournier, son defensores de las cesáreas primitivas, sin dejar por eso de reconocer sus peligros, considerándolas operaciones prematuras, quizá inútiles; y al reconocer estos inconvenientes es casi inscribirse para renunciar a exponerse a ellos.

El citado Doléris observa que actualmente se hace la cesárea voluntariamente en el curso del trabajo, cuando éste ha demostrado la imposibilidad del parto espontáneo, lo que tiene el gran inconveniente, agrega, de exponer a la infección materna, cualquiera que sea la precaución que se tome, lo que habrá de traducirse por infección inmediata o complicaciones tardías. El infiere de esto, que es ventajoso practicar la operación fuera del trabajo, considerando como secundarias las objeciones hechas a este modo de proceder, en lo que respecta

a la posibilidad de obtener un prematuro, a la probable atonía uterina, etc.

Cree este autor que la cesárea primitiva es la única que casi está exenta de peligros. Pinard lo acompaña en este orden de ideas, pero sólo del punto de vista teórico, pues se pregunta: “¿Cuáles son las indicaciones operatorias de la cesárea primitiva, fuera de los casos de estrecheces extremas de la pelvis?” Doléris no admite la cesárea primitiva sino en aquellos casos de extrema estrechez de la pelvis, aquéllos para los cuales la experiencia de los partos distócicos anteriores es suficientemente instructiva, los casos de angustia a los cuales tampoco no podría ser aplicados sino la sección de la cintura ósea de la pelvis, o el sacrificio del niño en el momento del término. La cuestión de las pelvis límites, podría ser suscitada en rigor, pero por inclinado que esté en estos casos a la espectación, se pregunta si la cesárea primitiva no conviene a la mayor parte de estos casos, no obstante lo aleatorio del parto.

Audebert y Fournier (de Toulouse), preconizan tres tiempos pre-operatorios para la cesárea: asepsia de la pared, asepsia cérvico-vaginal y preparación del intestino; refiriéndose a la desinfección cérvico-vaginal, dicen que no puede obtenerse extemporáneamente en los pocos minutos que preceden a la operación, cuando se trata de mujeres que llegan del público en malas condiciones de antisepsia, después de haber sufrido tactos múltiples, con la bolsa de las aguas rota, etc., sin que

hubiesen sido sometidas a una preparación previa para la operación. Por consiguiente, consecuentes con sus ideas, se abstienen de practicar la cesárea conservadora tardía, pues interpretan que todos los fracasos que han sufrido en las operadas en las condiciones anotadas, han tenido como punto de partida una infección que del útero pasó a la gran cavidad peritoneal. Para estos autores, la cuestión de las cesáreas se resume en la siguiente fórmula: cesárea tardía o arriesgada igual a cesárea mutilatriz; cesárea preparada igual a cesárea conservadora a término.

Boquel, Lepage, son los defensores de la cesárea tardía, las cesáreas de los casos malos; para ellos la práctica de estas operaciones puede conducir a fracasos que den mucho que pensar, fracasos que pueden intimidar a los cirujanos, en ciertos casos, hasta llegar por temor a ellos, a hacer peligrar la vida de la madre en interés de la conservación del útero. Reconozco cuán difícil es establecer dónde comienza el caso sospechoso, cuál debe ser el límite de la sospecha, dado que en la práctica no se está al tanto de la infección, sino por las consecuencias de los acontecimientos.

Entre estos partidos extremos se colocan los partidarios del justo medio, aquellos que esperan, aseptizando a la parturienta y evitando infectarla, no solamente al término de la preñez, sino tan pronto como las contracciones uterinas del trabajo hayan rechazado la cabeza del feto obligándola a medir la pelvis; en estos

casos es necesario decidirse a intervenir antes que el feto sucumba en el transeurso de una espera demasiado prolongada, o que el útero se rompa bajo esfuerzos desesperados. A estas operaciones el Profesor Pinard las llama “les operations césariénnes d’attente”.

Bar opera, cuando puede, antes del trabajo, hacia el fin de la preñez. Pinard objeta este proceder diciendo que muchas veces obrando así se realiza una operación inútil, puesto que no se sabe nunca si la mujer no parirá sola. Es necesario entonces tratar de determinar de una manera precisa los casos en los cuales el parto espontáneo es imposible, siendo éste un punto de práctica que queda por resolver.

El mismo Bar opina que la operación cesárea clásica es fácil, lógica, desde el momento que ataca el cuerpo del órgano espeso, musculoso y no el segmento inferior; cree que es muy difícil proteger el peritoneo, por cuyo motivo no se decide de lleno a practicarla sistemáticamente.

Lepage es partidario de la cesárea tardía “quand rien n’est compromis pour la mère et pour l’enfant”.

Fournier (de Amiens), sostiene que el peligro de la cesárea está en la infección y es lo que debe evitarse, tomando las precauciones del caso; cree, como Bar, que el líquido amniótico puede estar bastante a menudo infectado y contaminar el peritoneo. Evita la salida de aquél, por medio de un procedimiento que le es personal: “la enucleación del huevo”. Otra causa de infec-

ción, según él, es la insuficiencia del drenaje uterino, pero es necesario precisar. En las múltiparas no es necesario, pues el cuello permanece abierto después de la cesárea; pero en las primíparas, caso habitual, tratándose de mujeres que nunca han parido por las vías naturales, el cuello permanece cerrado y juzga insuficiente el drenaje de la compresa pasada al través del cuello durante o después de la operación. Estima que los dos medios de disminuir la infección que amenaza a las operadas y por consiguiente reducir al mínimum posible el porcentaje de mortalidad de la operación cesárea son: la enucleación y el drenaje.

Boquel (de Angers), cree que la cesárea tiene sus ventajas y sus inconvenientes como toda intervención hecha de urgencia en condiciones desfavorables, y dice: que así como hay fracasos después de la embriotomía, del mismo modo se ven morir mujeres después del parto sin intervención. Entre tanto viendo triunfar a la cesárea muy a menudo en condiciones evidentemente malas, la realiza en el curso del trabajo del mismo modo que la sinfisiotomía. Que la enferma estuviese desde largo tiempo en trabajo que hubiese sufrido maniobras, poco le importa, siempre que, punto capital, haya estado vigilada desde el principio y substraída tanto como hubiese sido posible a toda causa de infección. Es cierto que esta manera de proceder se presta a ambigüedades desde el momento que ya no se trata de la operación tardía, como la llamó Lepage, sino de la operación tem-

pestiva, como él la llama. Declara que en estas condiciones ha obtenido éxitos constantes y las enfermas han curado tan bien como las que han sido operadas al principio del trabajo. Cree que el momento más oportuno para intervenir, cuando se trata de pelvis límites, las únicas que considera interesantes, es durante el curso del trabajo, agregando que la operación cesárea tardía ya ha dado pruebas de su valor, pudiendo, por consiguiente, ser opuesta con ventaja a la cesárea precoz.

El Profesor Pinard se manifiesta en completo desacuerdo con Bar y Doléris, los cuales, como se sabe, preconizan la operación cesárea que llaman primitiva, es decir, la practicada antes de todo principio de trabajo. Es indudable, dice, que las operaciones practicadas en esas condiciones darán resultados superiores a las operaciones cesáreas practicadas en las mujeres en trabajo, entendiéndose que entonces la practicarán poco a menudo, puesto que las estrecheces extremas de la pelvis son raras y se hacen tales cada día más, o sino la practicarán d'emblée, en los casos de pelvis límites (Pinard).

Siguiendo esta doctrina, ¡cuántas mujeres que hubieran podido parir espontáneamente serán cesareotomizadas! Esto lo juzga doblemente peligroso, primero porque hace nacer un prematuro; segundo porque conduce a practicar una operación que habría podido ser inútil, y en todo caso, deja un útero herido para siempre. Se declara, pues, adversario de la operación

cesárea llamada primitiva y considera que la operación cesárea no debe ser practicada sino en la mujer en trabajo. Dice que debe esperarse y realizar lo que él llama la operación cesárea d'attente. Es entendido que, si durante este período de espera apareciese un síntoma que anuncia un peligro para la madre o para el niño, debe intervenirse inmediatamente. Refiriéndose a las cesáreas iterativas, y haciéndose eco de las conclusiones de Couvelaire, cuya opinión es que no se puede impunemente practicar varias operaciones cesáreas en una misma mujer, opina que el partero no tiene el derecho de imponer la esterilidad sin el consentimiento de la mujer. Tiene simplemente el deber de mostrarle los peligros a que está expuesta en caso de recidiva, y sólo cuando así actúe el partero, será un verdadero médico.

Expuesta así brevemente la cuestión de la oportunidad de la intervención cesárea, siempre teniendo en cuenta como se ve el factor tiempo de la preñez, procuremos exponer cuáles son las indicaciones de la operación cesárea clásica y veamos si nos es posible realizar nuestro deseo de ensanchar el vasto campo de ellas, tratando siempre de proceder con el criterio clínico y quirúrgico de la época.

Hoy, merced a los beneficios de la antisepsia, ha dejado la operación cesárea de ser temida como en otras épocas. La esfera de sus indicaciones aumenta proporcionalmente con la disminución de sus peligros.

Las indicaciones más frecuentes son originadas por



estrecheces de pelvis de origen raquíico, osteomalásico, o bien por neoplasmas que puedan obstruir la pelvis, imposibilitando el paso del producto de la concepción. También se encuentran indicaciones nacidas a raíz de rigideces del cuello uterino, de atresias vaginales, et-cétera, pero éstas son raras y algunas de entre ellas discutibles.

Es clásico dividir las indicaciones de la operación cesárea clásica, según que se presten o no a discusión, en indicaciones absolutas e indicaciones relativas.

*Indicaciones absolutas.* — Existe una indicación absoluta todas las veces en que no sea posible el pasaje del feto por las vías naturales y no puede, por consiguiente, realizarse ninguna operación que no sea la cesárea, conducente a conseguir la extracción del feto, sea vivo o sea muerto.

Algunos operadores como Léopold, aceptan como tales, los casos de diámetro útil abajo de 6 centímetros. Estas cifras son admitidas por la mayoría de los autores. Sin embargo, Budin hace notar que la basiotripsia es aún posible con un P. P. M. de 4, 5 centímetros y hasta de 3, 5 centímetros. En estos casos debe pensarse que la embriotomía es tanto o más peligrosa que la cesárea para la madre. Por otra parte, el mismo Budin dice: “La indicación absoluta de la cesárea clásica en las estrecheces de la pelvis está de hecho realizada cuando no se puede recurrir a la basiotripsia sin

hacer correr a la madre riesgos mayores que con la cesárea misma”.

Además de las estrecheces de la pelvis por raquitismo, constituyen causa de indicación absoluta: los tumores implantados sobre el cuello uterino o sobre las paredes de la pelvis que hacen imposible la extracción del feto aún después de triturado, por las vías naturales. Tarnier refiere que el año 1887 tuvo oportunidad de tratar una mujer que presentaba un fibroma localizado en la cara posterior del útero y salía por la vagina. Si estos tumores están implantados en el segmento inferior se hacen voluminosos e intersticiales, por consiguiente poco movilizables y poco susceptibles de sufrir un movimiento de ascensión; luego surge en estos casos la indicación absoluta de practicar la cesárea. Otro tanto puede decirse de los quistes ováricos *plongeants* a los cuales no es posible ni rechazar ni incindir, ni puncionar. Basta citar de paso los tumores del recto, los de la vejiga, los fibromas y cánceres de las partes blandas de la excavación que han podido, a veces, impedir completamente la marcha del parto. En todos los casos que dejamos citados, únicamente la cesárea puede ser practicada con las mayores probabilidades de éxito.

Sin embargo, en presencia de todos estos casos que constituyen indicaciones absolutas de practicar la histerotomía, cabe preguntarse si en alguno de ellos, se debe o no, una vez extraído el feto, conservar el útero

estrecheces de pelvis de origen raquíico, osteomalásico, o bien por neoplasmas que puedan obstruir la pelvis, imposibilitando el paso del producto de la concepción. También se encuentran indicaciones nacidas a raíz de rigideces del cuello uterino, de atresias vaginales, etcétera, pero éstas son raras y algunas de entre ellas discutibles.

Es clásico dividir las indicaciones de la operación cesárea clásica, según que se presten o no a discusión, en indicaciones absolutas e indicaciones relativas.

*Indicaciones absolutas.* — Existe una indicación absoluta todas las veces en que no sea posible el pasaje del feto por las vías naturales y no puede, por consiguiente, realizarse ninguna operación que no sea la cesárea, conducente a conseguir la extracción del feto, sea vivo o sea muerto.

Algunos operadores como Léopold, aceptan como tales, los casos de diámetro útil abajo de 6 centímetros. Estas cifras son admitidas por la mayoría de los autores. Sin embargo, Budin hace notar que la basiotripsia es aún posible con un P. P. M. de 4, 5 centímetros y hasta de 3, 5 centímetros. En estos casos debe pensarse que la embriotomía es tanto o más peligrosa que la cesárea para la madre. Por otra parte, el mismo Budin dice: “La indicación absoluta de la cesárea clásica en las estrecheces de la pelvis está de hecho realizada cuando no se puede recurrir a la basiotripsia sin

hacer correr a la madre riesgos mayores que con la cesárea misma”.

Además de las estrecheces de la pelvis por raquitismo, constituyen causa de indicación absoluta: los tumores implantados sobre el cuello uterino o sobre las paredes de la pelvis que hacen imposible la extracción del feto aún después de triturado, por las vías naturales. Tarnier refiere que el año 1887 tuvo oportunidad de tratar una mujer que presentaba un fibroma localizado en la cara posterior del útero y salía por la vagina. Si estos tumores están implantados en el segmento inferior se hacen voluminosos e intersticiales, por consiguiente poco movilizables y poco susceptibles de sufrir un movimiento de ascensión; luego surge en estos casos la indicación absoluta de practicar la cesárea. Otro tanto puede decirse de los quistes ováricos *plongeants* a los cuales no es posible ni rechazar ni incindir, ni puncionar. Basta citar de paso los tumores del recto, los de la vejiga, los fibromas y cánceres de las partes blandas de la excavación que han podido, a veces, impedir completamente la marcha del parto. En todos los casos que dejamos citados, únicamente la cesárea puede ser practicada con las mayores probabilidades de éxito.

Sin embargo, en presencia de todos estos casos que constituyen indicaciones absolutas de practicar la histerotomía, cabe preguntarse si en alguno de ellos, se debe o no, una vez extraído el feto, conservar el útero

o extraerlo por histerectomía, tales aquellos casos por ejemplo, en que al médico se le plantea la cuestión de si una preñez ulterior sería de fatales consecuencias para la madre, por tratarse de una tuberculosa, de una mitral, o bien porque media una infección manifiesta. ¿Débese en estos casos, decidirse por una histerotomía conservadora o bien recurrir al Porro?

*Indicaciones relativas.*—Son muy difíciles de precisarlas todas. Hoy tienen bien conquistados sus derechos dos operaciones que compiten con la cesárea clásica la esfera de sus indicaciones relativas. Sin embargo, trataremos brevemente de establecer en qué casos se puede tratar de una indicación relativa para practicarla.

Desde luego debe tenerse en cuenta que al lado de los casos en que hay una indicación absoluta se encuentran aquéllos en que sólo existe una indicación relativa y en los cuales el tocólogo tiene que elegir el procedimiento a adoptar entre varios de ellos, según la circunstancia que tome en cuenta. Por ejemplo: la cesárea clásica si sólo tiene en cuenta el interés del niño; la sinfisiotomía, el parto provocado, la basiotripsia misma, si sólo se preocupa de la madre.

Todas estas indicaciones relativas nacen a raíz de estrecheces pelvianas por vicios de conformación, rigidez del cuello por cicatrices cesáreas anteriores, etc. Esto es hablando en tesis general. Ahora, no es fácil entrar a decidirse en un caso dado, entre la cesárea y

la sinfisiotomía, desde el momento que son dos operaciones entre las cuales no siempre se puede establecer un paralelo por las condiciones mismas en que ellas son practicadas.

Es indudable que la primera, cuando se practica en condiciones ideales, da excelentes resultados, tanto para la madre como para el niño, pero en cambio tiene en su contra, que los riesgos operatorios inmediatos (hemorragia, shock, etc.) son mayores en ella que en la sinfisiotomía. Debe asimismo tenerse en cuenta para practicarla, el medio en que se actúa, el grado de antisepsia, etc., todo lo cual hace a la cesárea más peligrosa que la sinfisiotomía en igualdad de circunstancias. En cambio, cuando es practicada asépticamente, ofrece menos peligros, pues según dice Bar, no hay que tener en cuenta con ella los riesgos que pudieran resultar de la extracción del feto. Sin duda; pero la gran inferioridad de la operación cesárea es que ella zanja de una manera prematura, según Pinard, el problema tan complejo y tan difícil de la posibilidad de un parto espontáneo, al través de una pelvis estrechada. La sinfisiotomía, al contrario, presta sus servicios no solamente a los niños de las mujeres en las cuales ella es practicada, sino también aquéllas que tienen la pelvis viciada, que paren espontáneamente y en las cuales se espera los efectos de la contracción uterina antes de intervenir. Sin embargo conviene no exagerar los beneficios que pueden obtenerse de la sinfisiotomía recu-

riendo a ella en las pelvis cuyo P. P. M. es inferior a 7 centímetros y sobre todo a 6, 5 centímetros.

Pinard dice que desde hace tiempo la experiencia nos enseña que en el curso del trabajo, en las mujeres atacadas de estrechez de pelvis, debe esperarse con tanto más confianza, dado que tenemos a nuestra disposición para terminar el parto, en caso de necesidad, dos procedimientos operatorios que nos dan resultados satisfactorios. No se trata de cuestión de milímetros para predecir si el niño pasará. Esta especie de geometría del espacio, a la cual se había recurrido para determinar la forma y las dimensiones de la pelvis y que era como el evangelio de los antiguos parteros, debe ser completamente abandonada (Pinard).

Actualmente la terapéutica aplicada a la distocia causada por las estrecheces de la pelvis está fundada sobre la sínfisiotomía o la pubiotomía por un lado, y por el otro la cesárea, sobre esta última especialmente, pues permite intervenir sea al principio del período de dilatación, sea aún con una dilatación completa. (Pinard)

Las indicaciones dadas por los tumores de la pelvis o por los tumores de vecindad son discutibles; en los casos dudosos en que la extracción por las vías naturales parece no poder ser realizada fácilmente, es a la operación cesárea que debe recurrirse.

En el Congreso de Amsterdam, Léopold, el año 1889, ha precisado las indicaciones relativas de la cesárea, en los casos de estrecheces pelvianas, procedien-

do distintamente según se encuentre en presencia de una primípara o de una múltipara.

En las primíparas aún cuando el C. V. sea superior a 7 centímetros y a 7,5 centímetros recurre a la cesárea todas las veces que la cabeza no se encaja o se encaja mal.

En las múltiparas, practica solamente la cesárea cuando el C. V. es inferior a 7,5 centímetros. Arriba de 7,5 centímetros no emplea esta intervención sino en los casos en que la cabeza no se encaja y en los que la tetanización del útero hace peligrosa la versión.

Bar, con un diámetro de 81 a 90 milímetros dice que debe tentarse la versión. De 71 a 80 milímetros conviene preferir las intervenciones cruentas. Allí no se detienen las condiciones requeridas para tener el derecho de practicar la cesárea. Estas indicaciones puede decirse, son debidas a la imposibilidad que hay de hacer salir el feto por las vías naturales; pero hay otras relativas a la madre, al niño y al huevo mismo.

Para Léopold, hay contraindicación a la operación cesárea, cada vez que la mujer está en trabajo desde un cierto tiempo, que las membranas están rotas, o bien cuando no se tiene la convicción que la vagina no está habitada por el gonococcus. Es en parte para ponerse al abrigo de estas causas de fracasos que el Profesor Bar opina, no debe esperarse que la mujer esté en trabajo e intervenir en los últimos días de la preñez. Le ha parecido que el momento más favorable de-

bía ser “antes del principio del trabajo, en un momento en que el cuello encontrándose aún ocluido, no podía existir infección del huevo”. Además ha pensado que practicando la operación a fecha determinada, lo más tarde que fuera posible, pero antes del principio del trabajo, se evitaba operar en un momento incómodo.

Veit sólo halla indicación relativa cuando en el curso de un parto casi imposible de terminarse por el forceps o la versión, se encuentra en condiciones tales, que puede responder de la madre y del niño. En estos casos el cirujano debe consultar mucho más el medio en el cual va a operar, los recursos de que pueda disponer, su habilidad, que el estado de la pelvis materna.

Para Tarnier y Budin hay indicación relativa todas las veces que la pelvis no permita el pasaje del niño vivo a término; admiten la cesárea entre 6,5 centímetros y 7 centímetros de diámetro P. P. M.

En cuanto a las indicaciones absolutas las encuentran ellos en todos los casos de pelvis generalmente estrechada cuyo P. P. M. sea igual o inferior a 6 centímetros, y en las pelvis aplanadas de un P. P. M. de 6,5 centímetros. No son únicamente las malformaciones óseas de la pelvis las que obligan al partero a recurrir a la cesárea, hay otras circunstancias que llegan a imponerla hasta de una manera absoluta. Analicémoslas: tumores de los órganos genitales externos, felizmente raros. Cítase el caso de Tschuersky el que se vió obligado a practicar una craniotomía en un caso

de elefantiasis vulvar. Otro tanto diremos del cáncer de la vulva, el que por su dureza o por su volumen puede constituir un obstáculo infraqueable al parto normal, así como también el cáncer de la vagina especialmente en los casos en que se sitúa en la parte superior de este conducto.

La atresia congénita de la vagina también puede ser causa de indicación absoluta.

El cuello uterino atacado de esclerosis sífilítica que se ha extendido al segmento inferior dándole una consistencia cartilaginosa, así como también en aquellos casos en los cuales sobre él se ha injertado un neoplasma maligno, comunicándole una rigidez extrema.

También pueden ser causa de indicación relativa las ectopías renales que muchas veces han dificultado por completo la marcha del parto.

## **Operación Cesárea Clásica**

### **(Técnica Operatoria)**

La operación cesárea comprende los tiempos siguientes: 1.º Incisión de la pared abdominal; 2.º Incisión del útero; 3.º Extracción del feto; 4.º Alumbramiento manual; 5.º Sutura del útero; 6.º Sutura de la pared abdominal.

1.º *Incisión de la pared abdominal.* — La incisión mediana debe ser bastante larga para permitir no solamente el pasaje de la cabeza fetal, sino la exterior-

rización del útero grávido. El medio de la incisión debe corresponder al nivel del ombligo. Lo mejor es incidir primero la región infraumbilical, como en una laparatomía mediana ordinaria. Esta incisión no presenta ninguna dificultad. La distensión y el adelgazamiento de la "línea blanca", la separación de los músculos grandes rectos la facilitan. No hay por otra parte, en los casos habituales ningún órgano interpuesto entre la pared abdominal y la pared uterina.

Hacia abajo, la incisión debe quedar distante del vértice de la vejiga previamente vaciada, a cuyo efecto deberá tenerse cuidado de explorarla y reconocerla con el dedo introducido para apoyar y deslizar las tijeras que habrán de completar abajo la incisión de la pared abdominal. Arriba, se introducen el índice y el medio separados ligeramente bajo la pared abdominal, teniendo cuidado al seccionar con las tijeras esta pared, remontando hacia el epigastrio, de permanecer distante de las ansas intestinales.

Una vez que la mano derecha, empalmado el fondo del útero, puede hacerlo bascular adelante y afuera, deberá ser considerada como suficiente la incisión anterior. Atrás del útero tienden a salir afuera las ansas intestinales las que deberán ser aisladas con una gran compresa, y si fuera necesario, se practicará provisoriamente una sutura, con dos puntos, de la incisión abdominal, la que efectuada, contendrá eficazmente dentro del abdomen las ansas intestinales. Se inter-

ponen dos compresas laterales entre el útero y la pared abdominal. Se insinúa otra en el fondo de saco vésico-uterino, en el ángulo inferior de la herida. El útero libre se ofrece por su cara anterior y su fondo. Debe ser incindido.

2.º *Incisión del útero.* — La incisión clásica es la incisión mediana anterior. Esta incisión puede remontar sin inconveniente hacia el fondo, pero no debe *sobrepasar los límites del segmento inferior* (parte del útero que cofia el polo fetal inferior).

Teniendo en cuenta la delgadez de la pared del útero grávido (medio centímetro), se comienza la incisión por su límite inferior, en el punto que se ha elegido. Se hace con la punta del bisturí una punción del útero, de manera a poder introducir el índice en esta botonera. Sobre este dedo guía se continúa la incisión francamente con tijeras, sobre la línea media, hacia el fondo del útero. La cabeza debe pasar al través de la brecha uterina y hay interés en que, en el momento de su pasaje, no sea detenida por los labios retráctiles de una incisión demasiado corta. Este tiempo de la operación no presenta ninguna dificultad.

Cuando la placenta no se implanta sobre la cara anterior del útero, sucede que la botonera de punción no ha interesado las membranas del huevo, y que el dedo las desprende o las rechaza a medida que sube acompañado de las tijeras hacia el fondo del útero.

Cuando la placenta está al nivel de la incisión,

desde que el útero es puncionado, sale un chorro de sangre. Sin perder tiempo debe proseguirse esta incisión uterina y penetrarse de golpe en el huevo a través de la placenta. Esta hemorragia que puede ser abundante, no debe impresionar al operador, no debe pretenderse en este caso hacer hemostasia directa. Hay que proceder rápidamente. Una vez que haya sido extraído el feto, podrá dominarse la situación.

3.º *Extracción del feto y de los anexos.*—Puncionado el huevo a través de las membranas o a través de la placenta, será ampliamente abierto, sea durante, sea después de la histerotomía, por la mano que penetra en el huevo. Esta mano va en busca de los pies. El feto es extraído rápidamente, pero sin brusquedad. Si el pasaje de la cabeza fuese dificultado, debe agrandarse la incisión de la pared uterina, con tijeras, hacia arriba, y no dejar a la cabeza el cuidado de agrandarse por desgarradura.

Se secciona el cordón arriba de una pinza de forcipresura, se entrega enseguida el niño a un ayudante. Oportunamente indicaremos el rol de este ayudante.

4.º *Alumbramiento manual.* — Después de la extracción del feto, el alumbramiento manual debe ser practicado, y nada más fácil que separar a cielo abierto la placenta y después las membranas. Debido a la retractilidad uterina, la placenta tiende, por otra parte, a presentarse, ofreciéndose entre los labios de la brecha uterina. Se debe efectuar el desprendimiento

de las membranas con lentitud, pues es muy importante que el alumbramiento sea bien completo. Si las membranas se desgarrasen, deben desprenderse con los dedos los pedazos que queden adheridos. Se pasa enseguida una compresa seca por la cavidad de la matriz, y así se extraen los coágulos sanguíneos que pudieran quedar en ella. Se pasa una mecha de gasa de la matriz hacia la vagina. El extremo superior de esta gasa quedará en la cavidad uterina, haciendo oficio no de tapón sino de drenaje. La extremidad inferior de esta gasa será ulteriormente tirada hacia la vagina, con una pinza, que deberá introducirse por la vulva una vez terminada la operación.

Durante el alumbramiento y la toilette del útero, es bueno que el ayudante, teniendo a mano llena el segmento inferior entre el pulgar y los cuatro dedos de la mano izquierda, sostenga el útero y lo presente al operador. Esto será muy ventajoso en el momento de practicar la sutura del útero.

De otro punto de vista, la mano del ayudante podría, en caso de hemorragia grave, realizar la hemostasia por compresión directa del segmento inferior. En efecto, la superficie de inserción placentar y los labios de la sección uterina, pueden, en casos a la verdad muy raros, sangrar de manera a comprometer la vida de la mujer. Esta eventualidad puede conducir a practicar inmediatamente la operación de Porro.

Los riesgos de hemorragia por atonía uterina an-

tes de la extracción del feto y de la placenta, son reducidos al mínimum: 1.º Si no se ha ejercido constricción al nivel del segmento inferior (ligadura de caoutchout, correa, etc.), como se practicaba antes. Lo mejor es por otra parte practicar rápidamente la sutura del útero; 2.º Si se ha tenido la precaución útil de hacer a la operada, inmediatamente antes de la intervención, una inyección subcutánea de ergotina.

5.º *Sutura del útero.*—Las suturas complicadas, antes aconsejadas, son inútiles. Con una aguja curva e hilos de catgut o de seda, se colocan una docena de suturas, comprendiendo todo el espesor de la pared muscular. Se punciona francamente con la aguja a un centímetro aproximadamente del borde del labio de la herida, se atraviesa todo el espesor del músculo, y se sigue en sentido inverso el mismo trayecto del lado opuesto. Se pasa el hilo, se fijan las dos extremidades del mismo entre los dientes de una pinza de forcipresura, y una vez pasados todos los hilos, será fácil anudarlos, después de haber afrontado tan perfectamente como fuese posible los labios de la sección uterina. Colocadas estas suturas profundas, conviene para regularizar la línea de sutura, sea poner puntos superficiales separados, sea hacer un surjet peritoneo-muscular con un hilo más delgado.

Puede suceder que al nivel de uno de los puntos en que el útero ha sido atravesado por la aguja, se produzca un derrame sanguíneo. Haciendo la sutura

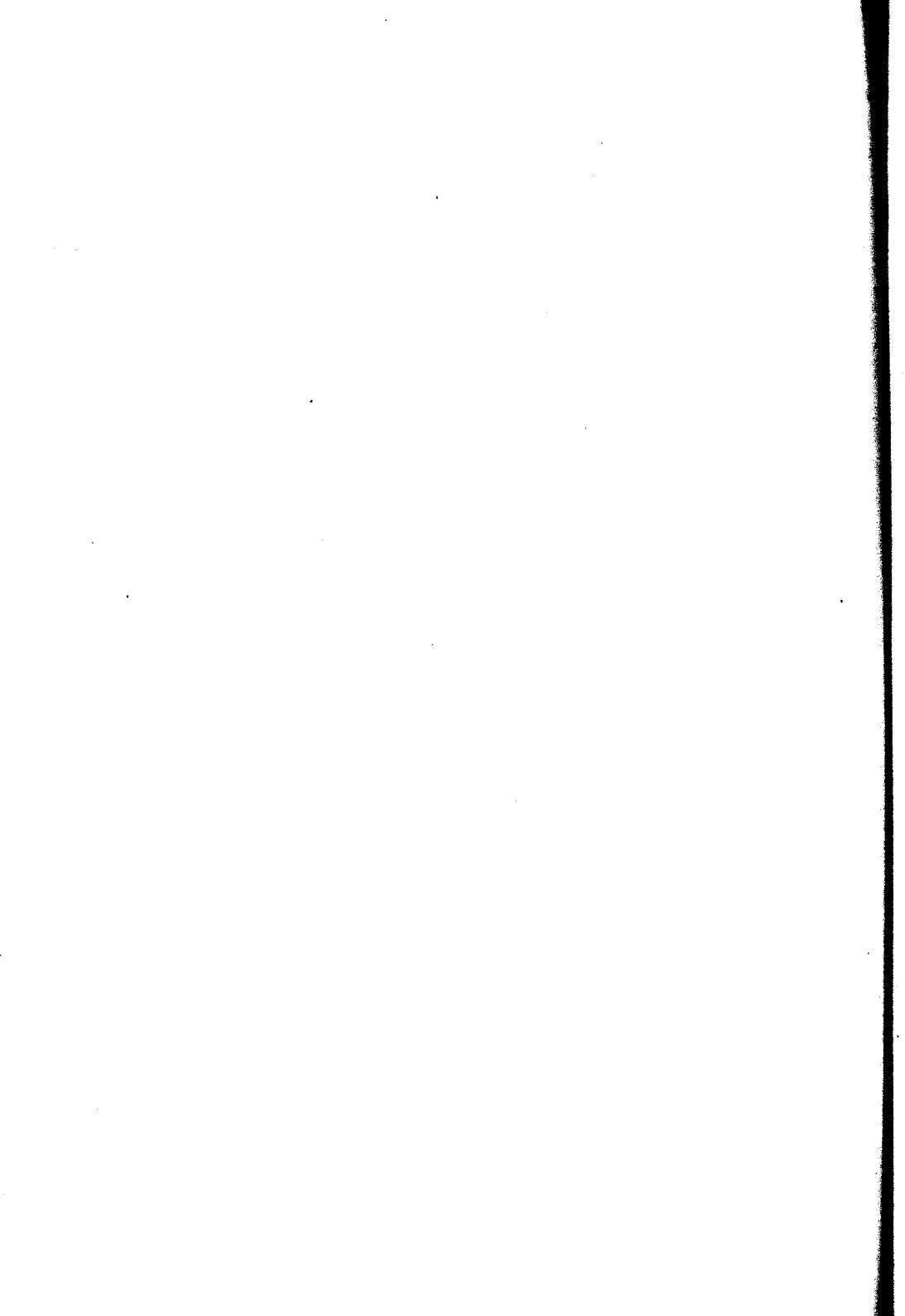
superficial es fácil pasar el hilo afuera del punto que sangra; así se detendrá esta pequeña hemorragia.

Una vez colocadas las suturas, el útero que se ve y se siente que se contrae, ya no sangra. Se lo limpia con una compresa embebida en agua esterilizada o en alcohol y se vuelve a colocar dentro del vientre.

Habiéndose realizado toda la operación afuera del vientre, la toilette de la cavidad peritoneal, será simple. No debe dejarse ningún coágulo en el vientre, y el operador al colocar el útero en su sitio, deberá inspeccionar, compresa en mano, el fondo de saco vésico-uterino, el fondo de saco posterior, donde un poco de sangre, habría podido acumularse. Sólo queda por hacer la sutura de la pared abdominal.

6.º *Sutura de la pared abdominal.* — Esta sutura podrá ser hecha sea de un solo plano, sea en tres planos, como en toda laparotomía. Cuando la operación ha sido practicada sin incidente, que no ha habido derrame sanguíneo, más vale no drenar sistemáticamente.

El tratamiento ulterior de la operada, es el que se impone después de toda laparotomía. (Brissaud-Pirard y Réclus).



## CAPITULO II

### **Otros métodos de Operación Cesárea Fístula Utero-Abdominal de Sellheim**

El Doctor Sellheim refiriéndose a la operación cesárea clásica se expresaba, en una comunicación dirigida a la Academia de Medicina en los siguientes términos: “En la cesárea clásica, particularidad notable, no hay por así decir apariencia de los esfuerzos modernos para ejecutar más cuidadosamente esta operación al amparo de la asepsia. Ella es actualmente una operación casi tan poco rodeada de reflexión como en la época de la edad media: incisión en el bajo vientre, incisión del útero en el punto más delicado y en un trazo para mayor comodidad del operador y sin ninguna preocupación de la pérdida de sangre. Y nuestros principios de división circunspecta de la pared abdominal, consideraciones para con ciertos órganos importantes del punto de vista funcional, ahorro de sangre, empleo de materiales de sutura reabsorbible, apenas si se los adivina en esta operación obstétrica grave”. (H. Sellheim).

Labusquiére, refiriéndose a estas palabras de Sellheim, dice que: “Si esta apreciación, no unánime, es justificada, razón hay de esforzarse en edificar métodos mejores, y bajo este punto de vista nadie como Sellheim ha aportado mayor contribución” (1909).

Vamos a tratar de pasar en revista el método de Sellheim, llamado de la “Fístula útero-parietal”, y que este autor ha ideado para los *casos no puros, infectados, o muy sospechosos de infección* . . . . . en los cuales es necesario esforzarse en impedir una *extensión de la infección*, así como también las consideraciones que sobre él hace el citado Labusquiére, al referirse a los otros procedimientos, tales como la pubiotomía, sinfisiotomía, etc., en los casos en que desproporciones insuperables entre el producto a expulsar y los diámetros pelvianos, obligare a adoptar, siempre en beneficio de la salud del niño en los últimos, y de la madre principalmente cuando de cesárea se trata. Afirma que en la operación cesárea clásica quedan abiertas dos cavidades: la uterina y la abdominal. Con la operación de Porro, no se marcha mejor. En el parto suprasinfisiario a la Franck, en la cesárea extra-peritoneal y en una talla uterina, extra-peritoneal, se busca ciertamente cerrar la cavidad abdominal, pero resulta que abrimos tanto más ampliamente el tejido celular pelviano.

En la sección de la pelvis se aleja, en los casos felices, la herida de las partes maternas del tractus ge-

nital infectado, pero se deja mucho más tiempo, a los agentes infecciosos para dañar al niño... Cree que es realizable sin comprometer en lo más mínimo la vida del niño, hacer parir a la parturienta febriciente a favor de una herida mínima y de una protección tan perfecta como sea posible de la herida abdominal, de la cavidad abdominal y del tejido celular pelviano; total: creación de una fístula útero-abdominal a través de la cual se hace el parto. Para establecer esta fístula es necesario elegir una región, al nivel de la cual, las heridas de la pared abdominal y del útero, correspondan o puedan suficientemente ser llevadas a corresponder, y, condición esencial, que puedan continuar correspondiendo no obstante retracciones inevitables del útero en el transcurso de las consecuencias del parto. Ahora, eso es posible con una incisión sagital mediana, a través de la pared abdominal inmediatamente arriba de la sínfisis y con una incisión sagital mediana en la porción estirada del útero ya correspondiente o llevada a corresponder. Se reduce al minimum esta herida (*verwundung*) por la elección de la línea blanca en la pared abdominal y del medio de la porción estirada del útero (*des distrahierten uterusabschnittes*). La herida de la pared abdominal es reunida por una sutura continua del peritoneo parietal con el borde de la incisión cutánea y cubierta contra la penetración de los agentes infecciosos. La cavidad abdominal es cerrada por una sutura entre el peritoneo parietal y el peritoneo

uterino. La oclusión debe ser espesa, amplia, sólida. El peritoneo uterino y el peritoneo sobre la parte limitante de la vejiga se deja, con una incisión sagital mediana, fácilmente movilizar hacia sus partes laterales y tirar bastante lejos para que sea posible suturar ampliamente su borde de incisión, por una sutura continua con la piel, a la cual el peritoneo parietal está ya fijado. De este modo se obtiene una superficie uterina bastante amplia, para que sea posible incidirla, tomarla, y tirar sus bordes adelante de la pared abdominal, pero es necesario tener cuidado de asegurar bien un contacto, un afrontamiento amplio del peritoneo uterino con el peritoneo parietal, y como el peritoneo, movilizable al nivel del útero, no alcance al ángulo superior del orificio abdominal ribeteado, es necesario, por una sutura continua que tome el peritoneo parietal y el peritoneo uterino con la capa muscular subyacente, completar la oclusión y asegurarla aún, en el ángulo superior de la herida, por algunas suturas a puntos separados que cierren sólidamente el útero y la pared abdominal. Pero conviene reservar este acto para el final, justo antes de la evacuación del útero, porque eventualmente podría sobrevenir una hemorragia más abundante e incómoda.

En cuanto a la vejiga, basta libertarla suficientemente para poner a descubierto una superficie suficiente de la porción estirada del útero para la incisión. Si se hace esta liberación sobre todo siguiendo

la línea media, se tiene la ventaja que a este nivel la subserosa precervical está aislada del tejido celular pelviano por una laminilla conectiva espesa (Rosthorn). La mayor dificultad consiste en proteger en el curso de la incisión uterina contra la invasión de los gérmenes infecciosos, el espacio entre el útero y la vejiga, y el surco entre la incisión uterina y el peritoneo desprendido. Los riesgos del derrame del líquido amniótico, de las secreciones uterinas, serían por otra parte, notablemente disminuídos, utilizando la posición declive de la pelvis. La incisión del útero es hecha en el punto más elevado de la parte llevada a la herida abdominal, aproximadamente a tres centímetros del ángulo superior de la herida de la abertura abdominal y prolongada hacia abajo. Incindiendo prudentemente, capa por capa la pared uterina se puede, antes de abrir la cavidad de la matriz tomar con unas pinzas anchas, amplios clamps, los labios de la herida uterina y levantarlos, tirándolos hacia afuera. Después de abertura del útero y de secar los bordes de la herida, se toma vigorosamente con pinzas el punto más elevado del órgano infectado, y se le exterioriza adelante de la herida abdominal. Prolongación de la incisión uterina tan bajo como sea necesario y aplicación de nuevas pinzas. Después reversión, afrontamiento tan completo como sea posible por medio de pinzas, de la abertura uterina y de la abertura abdominal, coaptación que se obtiene siempre sin gran dificultad. Es ne-

cesario notar la ventaja que esta fístula útero-abdominal es capaz de prestar, amplificándose hasta cierto grado bajo la influencia de tracciones. Después del nacimiento del niño, se puede, según el caso y la necesidad, fijar los bordes invertidos del útero al borde de la herida cutánea. Cuando la fístula no cura por sí misma, cura mal espontáneamente; cuando se hace la sutura de los bordes desunidos del útero y la sutura por planos de las paredes abdominales, proporciona un restablecimiento completo de la mujer, pero si se retardase demasiado esta reparación de las paredes abdominales, se podría tener una gran hernia abdominal capaz de comprometer la “restitutio ad integrum”.

Reflexiónese que el fin de esta operación de necesidad es salvar la vida fetal sin poner en peligro la de la madre, y se convendrá que con el restablecimiento consecutivo de la madre el resultado puede ser clasificado: *bueno*. Así me parece indicado, termina diciendo Labusquiére, en el estado poco satisfactorio de las cosas, esforzarse por nuevos perfeccionamientos de este método de parto por una fístula útero-parietal”. A este respecto agrega Sellheim en otra comunicación: “Para los casos *infectados*, se justificaría hablar de indicaciones absolutas de operación si nuestros medios de diagnóstico permitiesen distinguir a priori, los hechos que pudieran corresponder a uno de estos tres grupos: 1.º Posibilidad de parir la mujer por la incisión sin poner su vida en peligro; 2.º Posibilidad de

salvar la madre por la perforación del niño; 3.º Mujeres condenadas irremediamente a la muerte. Siendo esta distinción imposible, sería necesario en los casos de los grupos 1 y 3, operar por la incisión en interés del niño; y en 1 sin peligro para la madre, en 3 sin querer impedir el destino de la madre. A falta de la posibilidad de esta clasificación, el parto por la incisión, en los casos dudosos, se reduce a un verdadero juego, de naturaleza a comprometer la vida de la madre que se podría salvar con la perforación del niño, y este riesgo de la madre en vista del interés de un niño ya quizá irremediamente comprometido. No se debe pues en tal caso, correr tal ventura sino excepcionalmente, cuando, por ejemplo, la salud del niño tiene una importancia excepcional reconocida por la madre, y en este caso, uno se esforzará de circunscribir al máximo la infección existente (fístula útero-abdominal). (H. Sellheim).

### **Cesárea supra-sinfisiaria**

“Le peritoine est toujours le réactif le plus sensible de la rigueur de notre antiseptie”. (Latzko).

Actualmente ya no se discute sobre la idea inicial de Franck (1906), que es a menudo clasificada de genial, pero se lucha sobre todo sobre un punto de la cuestión cuya importancia es apreciada tan diversa-

mente por los autores, algunos de los cuales la estiman nula, mientras que otros como Latzko, por ejemplo, la juzgan capital: es necesario esforzarse, en la cesárea abdominal inferior para realizar una operación estrictamente extra-peritoneal. Sí, declaran Latzko, Kustner, Kneisse, etc. Nó, afirma por ejemplo Thorn; es una puerilidad han afirmado algunos “nur eine spielerei”.

Sellheim, escribe Latzko, ha querido substituir a la oclusión por sutura de la cavidad peritoneal abierta, una barrera peritoneal que no haya sido cortada por el desprendimiento y la elevación de la cofia serosa de la vejiga, por el despliegue de la serosa vesical del repliegue véstico-uterino y del peritoneo uterino en la medida necesaria para descubrir suficientemente la parte del segmento inferior de la matriz y del cuello, sobre el cual debe hacerse la incisión (método de Sellheim), técnica que en suma tendía a realizar el máximo de este objetivo principal de Franck. Supresión de los peligros de peritonitis por mantenimiento de la cavidad peritoneal afuera del acto quirúrgico. Desgraciadamente sucedió en la práctica que, a causa de la fuerte adherencia de la serosa vesical, este principio de la intervención extra-peritoneal había sido varias veces, con esta manera de proceder, *forzosamente* violado; también Sellheim, así como otros operadores, ante estos fracasos al menos relativos renunciaron a este principio y adoptaron la vía transperitoneal, a veces

aún sin oclusión consecutiva de la cavidad abdominal, pero limitando exclusivamente este modo de intervención a los *casos no sospechosos de infección*. Ahora, aceptar esta restricción, escribe Latzko, equivaldría a reducir la hermosa idea de Franck a una simple modificación de la incisión uterina, análoga a la incisión transversal de Fritsch. Sería como si se quisiese conducir todo el esfuerzo hacia una ampliación fecunda de las indicaciones obstétricas en favor de la madre y del niño a un simple perfeccionamiento de la técnica, ya de por sí exagerada de la cesárea clásica. Los parteros que fundan su opinión sobre una larga serie de casos, obtienen por la limitación de la cesárea a casos puros una mortalidad de 0 o/o. ¿Qué más se quiere? Precisamente una ampliación de las indicaciones a los casos seguramente puros. (Se sabe que Sellheim ha ideado para los casos no puros, sospechosos, el procedimiento de la fístula útero-abdominal). Ahora, este desideratum no es realizable por las operaciones transperitoneales, lo mismo que por las operaciones extra-peritoneales.

Y si contra esta condición reclamada por el acto operatorio, de quedar extra-peritoneal, se ha objetado, exagerándolo mucho, el peligro de infección del tejido conjuntivo atribuyendo al contrario al peritoneo una facultad extraordinaria de matar los gérmenes virulentos, esto es, en realidad, una paradoja en desacuerdo con las observaciones generales de la cirugía: una he-

rida conjuntiva, a tratamiento abierto o bien drenada, se defiende mejor contra una infección existente que el peritoneo: "Le peritoine est toujours le réactif le plus sensible de la rigueur de notre antisepsie." En resumen, todas las ventajas implícitamente contenidas en la idea inicial de Franck serán conferidas al procedimiento operatorio que permita una operación extra-peritoneal sin peligro de herir al peritoneo. Y, continúa Latzko, yo he aplicado con éxito, basándome sobre nociones anatómicas un procedimiento de esta especie, por la primera vez, el 26 de Abril de 1908. (Comunicación a la K. K. Gesellsch der Arzte in Wien, 3 Mai de 1909).

Observación. 1.<sup>a</sup> — Mujer de 28 años, secundípara, primera preñez terminada a los cinco meses por aborto. Pelvis chata, C. V. 8 cms. Presentación de vértice, primera posición, orificio externo: 4 centímetros. Ruptura de las membranas veinte horas antes. Trabajo activo: 18 horas. Bosse sero-sanguínea grande. Cabalgamiento de los huesos del cráneo. Después de 4 horas de observación, trabajo en el mismo punto. Temperatura 37°5; expulsión de meconium. Teniendo en cuenta los exámenes internos efectuados (parteras, varios médicos) y por el hecho de la ruptura de las membranas 24 horas antes: cesárea extra-peritoneal.

*Técnica.*—Inyección en la vejiga de 150 c.c. de líquido; incisión longitudinal de 12 centímetros arriba de la sínfisis y siguiendo la línea blanca hasta el peri-

toneo. Separación de los músculos rectos. La vejiga flácida, situada arriba de la sínfisis es desprendida (lo que no aconsejo), actuando sobre su derecha, del cuello, y reclinada a la izquierda. El decolamiento de la vejiga por abajo y por arriba de la serosa laxa, da un espacio suficiente para incidir el cuello y el segmento inferior del útero longitudinalmente. Después de extracción del niño de 3.600 gramos de peso y de la placenta, la herida uterina es suturada al catgut; la vejiga abandonada a sí misma entra espontáneamente a su lugar, y después del cierre de la pared abdominal, salvo en un punto para el drenaje, son restauradas las condiciones anatómicas normales. En los primeros días post-operationem: temperatura 38°3. El día 21 salida de la enferma curada.

Observación 2.<sup>a</sup> — Mujer de 39 años, primer hijo, salida espontánea, muerto; segundo hijo extraído con forceps, asfixia profunda, reanimado, pero muerto después de algunas horas. La madre desea vivamente un hijo vivo. Pelvis plana raquítica, C. V. 9 centímetros. Presentación de vértice, segunda posición. Después de 24 horas de trabajo (exámenes internos frecuentes por la partera), 8 horas después de la ruptura de las membranas, quedando la cabeza fetal en el estrecho superior y con los signos de una ruptura inminente, cesárea extra-peritoneal que se ejecutó como en el primer caso, pero más fácilmente, por la razón que a favor del largo estiramiento del segmento inferior del útero el replie-

gue vésico-uterino quedó casi desapercibido. Después de incisión mediana de la piel y de los músculos bastó actuando por la izquierda, rechazar la vejiga a derecha para incidir, inmediata y longitudinalmente, el cuello distendido y extraer, como jugando, el niño de 4.200 gramos de peso que presentábase por la espalda. Terminación de la operación como en el primer caso. Duración total de la operación: 20 minutos.

Observación 3.<sup>a</sup> — Mujer de 37 años, secundípara, primer parto 10 años antes, terminado por craniotomía. Pelvis generalmente estrechada. C. V. 7 centímetros; 30 de Junio a las 3 de la mañana principio del trabajo. A las 2 de la tarde derrame de las aguas; presentación de vértice, primera posición; el 1.<sup>o</sup> de Julio a las 12.30 de la mañana, cesárea extra-peritoneal, estando muy distendido el segmento inferior del útero. Técnica como en el caso segundo. Un cordón blanquecino que de la vejiga se dirigía a la izquierda fué incidido después de doble ligadura. El peritoneo no fué apercebido. Incisión longitudinal del cuello. Extracción con el forceps de un niño que pesaba 3.800 gramos. Asfixiado, pero reanimado. A la revisión del campo operatorio, constatación de una herida de la vejiga, causada por el separador empleado. Sutura al catgut, drenaje, a causa de este accidente, del espacio retro-vesical y cateter permanente. Consecuencias regulares. Exeat: 19 días post operationem.

Este procedimiento operatorio que surge netamen-

te de la sola lectura de estas observaciones se distingue, escribe Latzko, de los empleados hasta aquí por el hecho de que él es *estrictamente extra-peritoneal*. No se tiene, por así decir, nada que hacer con el peritoneo, o tan poco, que se puede sin lesionarlo, por la simple presión digital, rechazarlo arriba. Y esto le da una superioridad sobre el de Sellheim, en el cual, a causa de la fuerte adherencia de la serosa a la vejiga, es necesario realizar un decolamiento difícil, no romo, lo que, ya aun sin heridas verdaderas, hace al peritoneo menos apto para luchar eventualmente, contra los gérmenes venidos de la subserosa, vésico-uterina, que el repliegue peritoneal suavemente desprendido y no turbado en su nutrición.

El acto quirúrgico no es fácil, como lo ha dicho también Bumm del método de Sellheim, sino *cundo el parto está avanzado*. Mas el segmento inferior del útero está estirado y más arriba es llevado el repliegue vésico-uterino, menor es la hemorragia, y tanto mayor el espacio utilizable para la incisión. Es una ventaja más de este método extra-peritoneal que permite más que ningún otro, más que la hebstotomía o que la sinfisiotomía, dejar más largo tiempo el trabajo a los esfuerzos de la naturaleza, bajo esta reserva sin embargo, que ni la madre ni el niño sufran con esta expectación. Cuando se es obligado a operar estando el segmento inferior poco distendido, la intervención es de una ejecución forzosamente más difícil. Y esta utilidad de esperar largo

tiempo para beneficiar de una técnica más fácil, aseguraría forzosamente, en los casos puros, una ventaja a la cesárea clásica.

Kustner declara: “Veo en la cesárea extra-peritoneal o transperitoneal con reunión cuidadosa del peritoneo, un progreso considerable. Estos procedimientos operatorios nos permiten salvar niños en condiciones en que no se osaría más tentar la cesárea clásica (líquido amniótico derramado desde hace tiempo, tactos sospechosos, fiebre). Así ellos entran en concurrencia con la hebestotomía, eventualmente con el Porro. Pero sólo una experiencia más prolongada permitiría mejor precisar sus indicaciones y los límites de sus dominios.”

Otto Kneisse (de Halle), en un artículo titulado: *Zur frage der extra-peritonealen Kaiserschnitts*, del *Munch. med. Wochensch.*, 1909, n.º 36, pág. 1844, insiste para que se dé de manera precisa el calificativo justo de tal o cual procedimiento. Numerosos cirujanos continúan llamando extra-peritoneal un método en realidad transperitoneal. El procedimiento estrictamente extra-peritoneal es aquel en el cual la serosa no es abierta. Ahora, a su parecer, en lo que se relaciona con el pronóstico, cuando se *trata de casos sospechosos*, éste es mucho menos severo cuando el peritoneo queda intacto, no es abierto. Como Latzko, niega formalmente que la gran serosa esté dotada de un poder de resistencia tan grande contra los agentes virulentos y guiado por su

gran experiencia de los resultados obtenidos en el tratamiento de afecciones severas del aparato uropoético (procesos supurados de los riñones, de los uréteres, de la uretra), que necesitan grandes deterioros del tejido conjuntivo, afirma que algunos ginecólogos no tienen razón de comparar a los efectos graves de las efracciones del peritoneo aquellos deterioros conjuntivos; gracias al tratamiento abierto de estos deterioros y del *drenaje*, se evita, casi con seguridad, las complicaciones serias. Por otra parte, la experiencia muestra que el peritoneo, por bien suturado que esté después de haber sido abierto, no podría constituir una barrera tan sólida a la invasión de los gérmenes virulentos como cuando no ha sido cortado. Pero el nudo de la cuestión está en esto: ¿Quieren operarse casos infectados o sospechosos de infección? Es la única razón de ser de la cesárea a la Franck. Si es necesario sistemáticamente mantener la cavidad peritoneal afuera del campo operatorio, la *intervención debe ser estrictamente* en el sentido anatómico de la palabra extra-peritoneal, y a más, en caso de infección existente, es necesario *drenar*.

“Yo tengo, escribe el autor citado, este principio de la intervención estrictamente extra-peritoneal por tan importante, *que eventualmente preferiría sacrificar* un pedazo de la pared vesical y dejarla adherente a la serosa, que correr el riesgo de abrir esta última. Puedo, en efecto, sin peligro y sin ninguna consecuencia enojo-

sa para la enferma, suturar la vejiga, mientras que la cfracción del peritoneo aun reparada permanece llena de consecuencias en los casos dudosos: mieux vaut une accouchée conservée avec une vessie suturée qu'une vessie intacte chez une accouchée perdue.”

### **Cesárea de Doderlein**

Según Wallich, es una variante del procedimiento de Latzko: ataca el segmento inferior del útero por la parte lateral del abdomen, por medio de una incisión paralela al ligamento de Poupert y que se extiende del borde externo del músculo gran recto del abdomen a la espina ilíaca anterior y superior. Decola el peritoneo, rechaza sobre la línea media la vejiga distendida por 150 gramos de líquido e incinde lateralmente el segmento inferior. La operación practicada por él diez veces es simple, rápida, sin peligro. Dos veces, en *casos sospechosos de infección*, ha practicado con éxito la sutura de los labios de la herida uterina a la herida abdominal, para constituir una fístula útero-abdominal.

### **Cesárea Vaginal de Dührssen**

Las histerotomías practicadas sobre el cuello uterino pueden ser limitadas a la porción vaginal del cuello, o ser extendidas a la porción supra-vaginal del cuello y al segmento inferior (Couvclaire).

La histerotomía vaginal de Dührssen (histerotomía practicada sobre el cuello y el segmento inferior), tiene por objeto conseguir en pocos minutos una amplia vía de acceso a la cavidad uterina, que permita la extracción inmediata del feto por las vías naturales.

Concebida y preconizada bajo el nombre de “Cesárea Vaginal” por Dührssen, en el año 1895, fué practicada por primera vez por Accenci en 1895. La denominación propuesta por Hofmeier y por Bumm de *Histerotomía vaginal anterior* corresponde a una simplificación de la técnica que merece ser conservada.

La brecha obtenida por sección franca quirúrgica de la pared uterina debe permitir, sin desgarradura, el pasaje de las grandes circunferencias de la cabeza fetal, circunferencias que miden 32 a 33 centímetros sobre la cabeza del feto a término. Cuando el cuello no está ni borrado ni relajado, la incisión debe necesariamente remontar hasta la parte del útero que está en relación con la gran circunferencia sub-occipito-frontal. Su límite superior se elevará de 6 a 10 centímetros arriba del orificio interno.

Esta incisión no puede ser lateral, puesto que a 3 o 4 centímetros del fondo de saco vaginal lateral se daría con el pedículo uterino y los vasos cérvico-vaginales, repartidos en abanico sobre los flancos del cuello. La incisión debe ser mediana, es decir, practicada en la zona de vascularización mínima.

El acceso a la cara posterior del segmento infe-

rior se hace difícil por su convexidad posterior adelante del sacro y del recto. El acceso a la cara anterior es, por el contrario, fácil. Ella puede ser directamente accesible en una gran parte de su extensión al dedo y al ojo. La histerotomía será, pues, *mediante y anterior*.

La incisión a cielo abierto de la cara anterior del cuello y del segmento inferior no es posible sino después de la liberación de la zona de vejiga adherente al cuello y al segmento inferior.

El hocico de tenca debe ser tomado con dos pinzas, de sus comisuras laterales; se tira de estas pinzas hacia abajo, y se consigue así exponer ampliamente el labio anterior del cuello y la pared vaginal anterior, para practicar a cielo abierto la desinserción vaginal y el desprendimiento progresivo de la vejiga. El máximum de campo será obtenido por una incisión en T invertida, cuya rama horizontal se extenderá transversalmente en el fondo de saco sobre una longitud de 3 centímetros y cuya rama vertical se extenderá en el plano sagital sobre la pared vaginal anterior, en una longitud de 3 a 4 centímetros.

El plano de clivaje cérvico-vesical, una vez encontrado, se desprende lentamente la cara posterior de la vejiga.

Este desprendimiento es habitualmente fácil en razón de la laxitud del tabique vésico-uterino, laxitud aumentada por la imbibición gravídica. El riesgo de hemorragia grave, en el curso de estas maniöbras es

mínimo, si se está en el buen plano de clivaje. Entre los dos planos vasculares uterino y vesical, sólo se corre el peligro de herir algunas venas, susceptibles de dar lugar a una hemorragia en napa, en cuyo caso deberá tratarse por compresión directa con un taponamiento. Sin embargo, se conocen publicaciones de muerte por esta causa. Excepcionalmente se ha desgarrado en el curso del clivaje útero-vesical, sea la vejiga, sea el segmento inferior. El desprendimiento debe hacerse en una extensión de 3 centímetros. Llegados arriba del vértice de la vejiga, los dedos continúan penetrando en el espacio decolable peritoneo-uterino hasta su límite superior. No siempre este límite superior coincide con la región ocupada por la gran circunferencia de la cabeza. Si el segmento inferior no es distendido al máximo, puede suceder que la incisión uterina mediana, limitada a la zona de desprendibilidad del peritoneo-anteuterino no sea insuficiente.

Esperar obtener en estas condiciones un espacio suficiente para la extracción del feto, hendiendo la cara posterior del cuello, es un error (Bumm), pues no es a este nivel que está el obstáculo, está arriba, al nivel del cuerpo, y si no se quiere correr el riesgo de irregulares y peligrosas desgarraduras intra-peritoneales del músculo uterino, sería necesario deliberadamente, remontar los límites de la incisión arriba del segmento inferior, no más en la región subperitoneal, sino en plena cavidad peritoneal.

Se concibe que, en estas condiciones, la extracción de un feto voluminoso se haga una operación particularmente difícil, arriesgada, así como lo ha indicado muy justamente Bar.

La incisión mediana del cuello espeso (1 centímetro) y del segmento inferior delgado (3 a 5 milímetros), no da lugar a una hemorragia importante. El calibre de los vasos arteriales es mínimo y muy inferior al de las arterias del fondo del cuerpo uterino. Las venas sólo son grandes en las partes altas, retráctiles del segmento inferior.

Sin embargo, en los casos de inclinación a derecha y de dextro-torsión del útero grávido, la incisión sagital no sería mediana con relación al útero y remontaría oblicuamente hacia la superficie lateral izquierda del segmento inferior. Con el fin de evitar el riesgo de hemorragia que resulta de esto, convendría inclinar hacia la derecha la incisión del segmento inferior.

En los casos en que la placenta se inserta sobre la pared anterior del segmento inferior, se puede, en el curso de la histerotomía, observar hemorragias graves. Bumm, Kronig, han tenido en estas condiciones, casos de muerte.

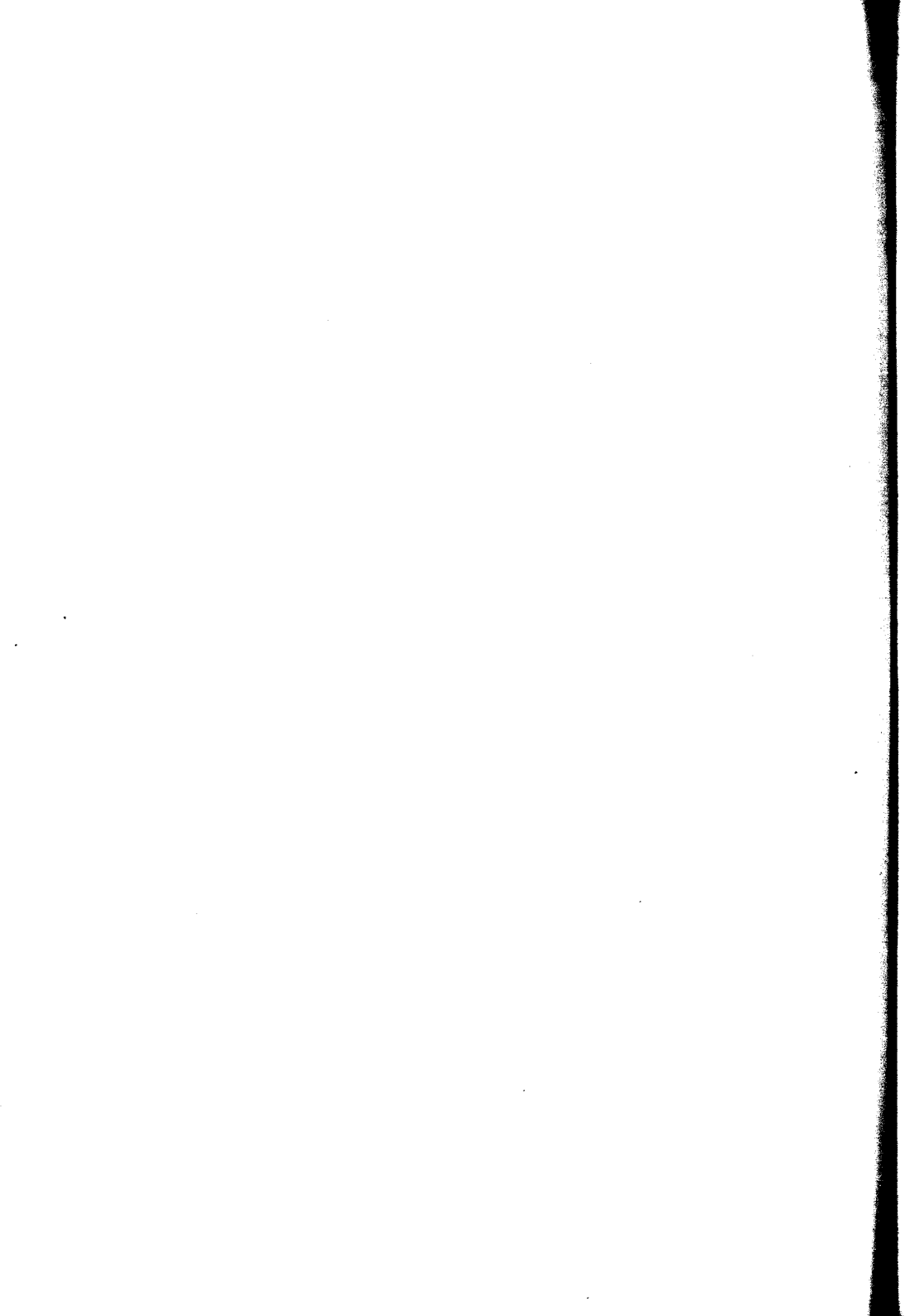
Las maniobras de descenso del útero por dos series de pinzas colocadas sobre el cuello (hocico de tenaca y región del orificio interno), la exteriorización del segmento inferior detrás de una válvula que cargue la vejiga y la rechace detrás del pubis, su incisión bajo el

control de la vista, la extracción del feto por forceps o versión, la reparación de la herida uterina por suturas, sólo son fáciles cuando la vagina es amplia y el feto es pequeño.

Se podría, por medio de un artificio, en las primíparas de vagina estrecha, practicando previamente una episiotomía lateral, procurarse amplio campo. Es de toda necesidad que la pelvis no sea ni estrecha ni obstruída por un tumor.

Los riesgos de hemorragia, de lesiones vesicales, de infección del parametrio, sin contar los riesgos de ruptura en partos ulteriores, en los casos en que la cicatrización de la herida uterina es anormal, no permiten considerar esta histerotomía como una operación anodina “fácil y sin peligro”, como lo repiten Dührssen y sus imitadores.

Las indicaciones reales de esta “Cesárea vaginal” son felizmente rarísimas (A. Couvelaire).



## CAPITULO III

### Métodos ampliatorios de la pelvis en concurrencia con la cesárea

#### SINFISIOTOMIA

Es una operación que tiene por fin el agrandamiento momentáneo de la pelvis ósea (Brissaud-Pinard y Réclus).

Imaginada por un francés, estudiante de medicina en esa época, Sigault, en el año 1777, fué después abandonada por todos los cirujanos, salvo por Morisani de Nápoles, y sólo se vulgarizó en Francia y en Europa después de los trabajos de Pinard, de Farabeuf y de Varnier (1892).

El agrandamiento momentáneo de la pelvis tiene por objeto hacer cesar la desproporción que pueda existir en el momento del parto entre las dimensiones de la cabeza fetal y las dimensiones de la pelvis.

La sección completa de la sínfisis y la separación simétrica de los pubis agrandan la pelvis por un doble mecanismo: a) el pubis desciende y se aleja del sacro; b) el espacio libre creado entre los pubis separados



casos en que se presenta como operación de elección, por la pubiotomía.

*Indicaciones.* — Deben siempre tenerse en cuenta estos tres factores: la pelvis ósea, el feto y la madre.

1.º *La pelvis ósea.* — La sinfisiotomía debe limitar su rol al agrandamiento de la pelvis ósea. Es peligroso recurrir a ella con el propósito de facilitar la dilatación de las partes blandas... y racional recurrir a la sinfisiotomía en la distocia causada por tumores de partes blandas.

Hay indicación de sinfisiotomía, cada vez que encontrándose el feto vivo, la dilatación completa, los esfuerzos de expulsión impotentes por consecuencia de la viciación absoluta o relativa de la pelvis ósea, el cálculo demuestre que una separación pubiana que no pase de 7 centímetros dará a la pelvis dimensiones ampliamente suficientes para la extracción del feto sin traumatismo (Farabeuf-Varnier).

En la práctica, son las pelvis simétricas aplanadas en el estrecho superior por el raquitismo y moderadamente estrechadas, que dan la indicación corriente de la sinfisiotomía.

El límite inferior del aplanamiento puede ser fijado en 7 centímetros de diámetro antero-posterior. Abrir una pelvis de menos de 7 centímetros es peligroso para las partes blandas. Eso equivale a decir que abajo de 9 centímetros de diámetro P. subpubiano (único diámetro clínicamente mensurable), la sinfisio-

tomía debe ceder el paso a la cesárea, a menos que las dimensiones de la cabeza, encontrándose por debajo del término medio, la desproporción relativa entre la cabeza y la pelvis, no sea considerable.

Las raras pelvis cifóticas, transversalmente estrechadas en el estrecho inferior, son justificables de la sinfisiotomía.

La asimetría de la pelvis, no complicada de sinostosis o de lesión sacro-iliaca, no es por sí misma, cuando es ligera, una contraindicación a la sinfisiotomía.

2.º *El feto.* — El feto debe estar vivo en el momento de la intervención. Cuando el cirujano abre la pelvis, busca reducir al mínimo el traumatismo que, fatalmente, la extracción artificial impone al organismo fetal. Debe obtener un niño vivo y bien vivo... Dejando a un lado los casos de muerte o de malformación del feto, casos para los cuales la sinfisiotomía está contraindicada, ¿existen contraindicaciones nacidas del estado de sufrimiento del niño en el momento de la intervención?

En principio, en tanto que el niño está vivo, debe ser considerado, cualesquiera que sean los indicios clínicos de su sufrimiento (expulsión de meconium, modificación de los ruidos del corazón), como justificable de una intervención que le dé el máximum de garantías contra un traumatismo que podría serle fatal.

Cuando, desde el principio del trabajo, se ha tomado la dirección del parto, cuando se ha seguido hora

por hora las reacciones del niño, se puede apreciar hasta cierto punto, el valor que conviene dar a tal o cual manifestación clínica. En el momento en que la dilatación es completa, el tocólogo se puede encontrar en presencia de un niño, en las condiciones banales de la aplicación del forceps, por sufrimiento del feto durante el período de expulsión. Madre e hijo son conocidos del partero. En tal caso, una modificación de los ruidos del corazón, la expulsión del meconium no deben impedir tomar inmediatamente el bisturí. Se salvaguarda en esta forma la vida del niño, con el *mínimum* de riesgos maternos.

Pero hay casos en que la duda es verdaderamente permitida; son aquéllos en que se han practicado intervenciones (aplicaciones de forceps infructuosas, etcétera), que han podido comprometer la vitalidad del niño (fracturas, hemorragias meníngeas, etc.) y que, hechas en condiciones de antisepsia insuficiente han podido traumatizar e infectar a la madre. La salud del niño, así como la de la madre, están entonces demasiado comprometidas, para que se pueda razonablemente hacer correr a esta última los riesgos de una intervención, que la experiencia ha demostrado en tales casos ser de un pronóstico grave.

3.º *La madre.* — Es bueno, y es a esta práctica que Pinard da la preferencia, seccionar la sínfisis cuando, siendo completa la dilatación, es posible la extracción inmediata del feto.

Cuando el período de dilatación no ha sido demasiado largo, cuando la bolsa de las aguas ha quedado intacta hasta la dilatación completa, cuando se han tomado precauciones antisépticas durante el trabajo, llegan a reunirse así las condiciones más favorables para asegurar el éxito operatorio.

Desgraciadamente no siempre esto es así; y en el momento en que, siendo completa la dilatación, está demostrado que sólo las fuerzas de la madre no permitirán pasar a la cabeza, puede suceder que el estado de la madre no realice el óptimum deseable para una intervención quirúrgica.

Estas condiciones desfavorables consisten esencialmente en la infección genital, cuya eclosión ha sido favorecida por una ruptura precoz o prematura de las membranas, una lentitud excesiva de la dilatación, y a fortiori por exploraciones, maniobras o tentativas de extracción.

Ahora, parece adquirido que la sinfisiotomía practicada en una mujer que tenga ya infección genital agrava el pronóstico de esta infección genital. No menos adquirido es que la infección puerperal es la causa principal de mortalidad de mujeres sinfisiotomizadas.

En consecuencia, practicar la sinfisiotomía sobre una mujer infectada, es hacerle correr un real peligro de muerte.

La dificultad práctica está en apreciar en su justo valor los signos clínicos de la afección genital, durante

el trabajo (elevación de temperatura, aceleración del pulso, etc.). En tales casos no se puede optar razonablemente por la sinfisiotomía, sino después de haber tenido la dirección exclusiva del trabajo, y poder interpretar debidamente la parte de surmenage inseparable de todo parto laborioso, así como también la infección del canal genital, con los signos clínicos que se presenten (Pinard.)

### **Hebosteotomía ó Pubiotomía**

**(Operación de Gigli)**

Esta operación de Gigli, syn. (talla lateralizada del pubis, hebotomía o hebosteotomía o pubiotomía), consiste en seccionar el pubis afuera de la sínfisis para producir el agrandamiento momentáneo de una pelvis estrechada, en el momento del parto.

Según el Profesor Cantón, fué ideada en el año 1814 por Stolz-Lacour, no consiguiendo durante mucho tiempo despertar mayor interés entre los cirujanos de esa época, y sólo a fines del siglo pasado el doctor Leonardo Gigli, médico italiano, se hizo su decidido propagandista, aportando varios casos de su clínica particular y hospitalaria a varios Congresos Científicos. Desde entonces se la ha discutido y se la discute. El Profesor Cantón, en una Comunicación presentada al IV Congreso Científico (Primer Pan-Americano) celebrado en Santiago de Chile en Diciembre de 1908,

propuso dar a esta operación el nombre de “Operación de Gigli”, teniendo en cuenta, decía, “que él la sacó del olvido, ideó un procedimiento, inventó apropiados instrumentos, la practicó en la mujer parturienta y la impuso como práctica casi corriente en las Maternidades, lo que valía tanto como si fuese su creador”.

Se practicó por primera vez en Sud América el 25 de Junio de 1904, en una española de 36 años, y después de 38 horas de iniciado el parto, en la Clínica Obstétrica y Ginecológica de Buenos Aires, y tres veces más en los meses de Septiembre y Octubre del mismo año (Cantón).

Entre nosotros, en la actualidad es corrientemente practicada en la Clínica Obstétrica del San Roque, dirigida por el Profesor Dr. Enrique Zárate, constituyendo, puede decirse, una de las más serias competidoras de la Operación Cesárea, cuando su indicación es relativa.

Mi propósito no es hablar de la técnica de esta operación, bien de todos conocida; diremos, sí, que el método subcutáneo es el que, siempre que sea posible, deberá seguirse, por presentar reducidos al mínimo, por no decir estar casi descartados en absoluto los peligros de infección.

Esta técnica operatoria es facilitada con la adopción de la nueva aguja ideada por el Profesor Zárate, la que permite penetrar en las partes blandas sin peligro para el operador de herir órganos importantes

como la vejiga, que, heridos extemporáneamente ocasionan infecciones enojosas, cuando no fístulas difíciles de curar.

Vamos a mencionar someramente las indicaciones de la pubiotomía, siguiendo en nuestra exposición al Profesor Cantón, en su comunicación al Congreso de Santiago de Chile, a que más arriba hicimos referencia.

*Indicaciones.* — En todos aquellos casos en que la cabeza de un feto vivo y normal no se encaja, por existir desproporción entre sus diámetros y los de la pelvis materna, la pubiotomía está indicada. Sólo cabe en estos casos la limitación, cuando el C. V. es de 7,5 centímetros, pudiendo entonces optarse entre la pubiotomía y la operación cesárea conservadora.

En igualdad de condiciones y por debajo de 7,5 centímetros de C. V., el Profesor Cantón opta por la cesárea conservadora y de 7,5 centímetros arriba, por la operación de Gigli.

Bien entendido, dice, que no pretendemos sostener que no pueda practicarse la pubiotomía en estrecheces pelvianas de 7 y 7,5 centímetros de P. P. M., sino que, contrabalanceando los peligros del corte cesáreo con los de la pubiotomía, cuando es necesario llevar la separación de las superficies óseas más allá de 6 centímetros, preferimos correr los primeros (Cantón).

De manera, pues, que aceptamos para las indicaciones de la pubiotomía un límite mínimo, pero no un máximo. En efecto, sea cuál fuese el grado de reduc-

ción del diámetro antero-posterior de la pelvis (8, 9, 10 o 10,50 centímetros), si terminado el período de dilatación o antes si el feto sufre, vemos que la cabeza no se encaja, porque su diámetro biparietal es de 11 o 12 centímetros, como se observa en los fetos grandes, la operación ampliatoria de la pelvis se hallará perfectamente indicada, pues ya sabemos que el forceps no deberá emplearse nunca como instrumento reductor de diámetros fetales, y en cuanto a la versión no siempre practicable, garante mucho menos la vitalidad del feto que la pubiotomía.

En otra forma fijaríamos nuestras ideas sobre tan interesante cuestión, diciendo que cada vez que el tocólogo calcule que con una separación del pubis que pueda variar de 2 a 6 centímetros se encajará la cabeza del feto, la operación de Gigli estará perfectamente indicada. No conviene llevar la separación más allá de 6 centímetros, porque aun ya con esta ampliación es muy difícil evitar las desgarraduras de las partes blandas y otras desagradables complicaciones.

Siendo verdad que por cada centímetro de separación del pubis se ganan 2 milímetros en el diámetro antero-posterior, se comprende que llegando aquélla a 6 centímetros, ganaríamos 12 milímetros para la C. V., los que unidos a 8 milímetros que puede ganar el parietal anterior del feto, encajándose por su convexidad entre ambas superficies de sección del pubis, se obtendrá una ampliación de 20 milímetros para el diámetro

antero-posterior de la pelvis, máximo de ampliación que prudentemente debe pedirse a la pubiotomía.

Ahora bien: como en la inmensa mayoría los diámetros biparietales son de 9,5 centímetros, se deduce que para una pelvis aplastada de 7 centímetros la pubiotomía, con sus dos centímetros de ampliación no proporcionará a la mayoría de las cabezas un encaje fácil y sin peligro, porque sin sufrir un serio modelaje reductor no pasarán 9,5 centímetros a través de una C. V. de 9 centímetros.

Por eso decíamos antes, que en igualdad de condiciones asépticas, el cirujano debe preferir la operación cesárea conservadora para las estrecheces inferiores a 7,5 centímetros, y la pubiotomía para todas las que superen o igualen esta cifra.

Bien entendido que hablamos refiriéndonos como ocurre siempre en medicina a la generalidad de los casos, pues no pretendemos sostener que se encuentre contraindicada la operación de Gigli en una estrechez de 7 centímetros si la cabeza del feto sólo mide 8,5 centímetros de biparietal.

Sin entrar en largas disertaciones comparativas entre la operación que nos ocupa y la sinfisiotomía que aun se bate en retirada, diremos que las ventajas palpadas a diario por aquélla son tan notorias (no se abre articulación alguna, menor peligro de infección de la herida por los loquios, menor frecuencia de desgarraduras vesicales y uretrales, menor hemorragia, falta

de incontinencia de orina, etc.), que no tardaremos en ver a la intervención de Cirugía Obstétrica puesta en boga por Morisani, ser completa y definitivamente reemplazada por la que últimamente sacó del olvido el malogrado Gigli.

Sólo tendrá que luchar aun por algún tiempo, difícil de estimar, con la operación cesárea conservadora, y esto solamente en los casos de estrecheces inferiores a 7,5 centímetros, como más arriba decíamos. Desde esta cifra en adelante, los inconvenientes de la pubiotomía son tan pocos y conjurables, que no permiten al observador establecer paralelismo alguno con los peligros inherentes a la operación cesárea.

Veamos lo que dice el Profesor Cantón en la misma comunicación, al referirse a la infección de la mujer parturienta.

¿La infección de la mujer parturienta contraindica la pubiotomía?

Pongamos un ejemplo: Pelvis estrecha de 7,5 a 8 centímetros de C. V., con feto a término bien desarrollado y vivo, con dilatación completa, sin encaje y ruptura precoz de la bolsa de las aguas como es la regla, que ha sufrido varios tactos sospechosos en el público y que entra a la Clínica con fiebre (38° o 39°), ¿qué se hace? La operación cesárea seguida o no de la histerectomía, arroja una funesta mortalidad materna, así como la operación de Porro. En la versión o en el fórceps no hay que pensar por ineficaces, pues se limita-

rían a matar el feto agravando la situación ya comprometida de la madre. Se preguntará: ¿y la embriotomía? Nuestras ideas sobre el particular son ya conocidas. Ni los padres, ni mucho menos el médico, tienen derecho hoy, dado el adelanto científico de nuestros días, de cometer un feticidio, pues la vida del feto hállase defendida por las leyes civiles y religiosas y por la conciencia de todo hombre honrado. ¿Qué recursos nos quedan, pues, para salvar o procurar salvar ambas existencias tan seriamente comprometidas?

Pensamos que solamente la pubiotomía. La sección del pubis, extremando las precauciones, puede llevarse a cabo en tales casos, en perfectas condiciones de asepsia y siendo las heridas cutáneas tan pequeñas, fácilmente se las protege contra la infección loquial. El peligro encuéntrase en una posible desgarradura de las paredes vaginales que llegue hasta la herida ósea, pero es éste un peligro conjurable en la inmensa mayoría de los casos, dejando a los solos esfuerzos de la naturaleza la terminación del parto, según nos lo ha enseñando la propia y ajena experiencia.

Bien sabemos que la sección de Gigli, en caso de infección, reviste una gravedad desconocida en otras condiciones, pero asimismo esa gravedad es menor en intensidad y menos frecuente observar que la gravedad que acompaña a las intervenciones por la vía abdominal.

Cantón sostiene también que la pubiotomía en las

multíparas no debe considerarse de ninguna manera injustificada. Para él, la multiparidad ni crea ni quita indicaciones, pero sí es, cuando la indicación existe, una circunstancia favorable a la pubiotomía, por cuanto las desgarraduras de las partes blandas son menos frecuentes en ella.

Respecto de los resultados de la pubiotomía, veamos cómo se expresa el Profesor Peralta Ramos en un trabajo publicado el año 1910, y referente a la observación de 18 casos en la Clínica del Profesor Cantón, entonces titular en ejercicio de la cátedra de Obstetricia.

1.º La impotencia funcional no existe; de común, las operadas se levantan a los 20 días y salvo una ligera pesadez del miembro inferior izquierdo que desaparece en horas, la marcha se efectúa sin dolor ni claudicación.

2.º El dolor de ciática, más o menos persistente, cuya causa en la pubiotomía está librada con el traumatismo de la articulación sacro-iliaca, ha sido observado una vez, aunque en este caso difícilmente imputable a la operación por las circunstancias de haber aparecido con idénticos caracteres en un parto anterior terminado por el forceps.

3.º El método operatorio, la buena elección e indicación oportuna de la pubiotomía, explican de por sí la ausencia de hernia inguinal, de perturbaciones fun-

cionales del aparato urinario y de prolapso genital, como consecuencias lejanas de la operación.

4.º En el proceso de consolidación de la sección ósea predomina la formación de callo fibroso, y fuera de las causas de orden general, no existe ley cronológica que rijan el proceso de osificación del callo, tanto que, en algunos casos, poco tiempo después de la operación, la osificación es completa o casi completa, mientras que, en otros, el callo es todavía fibroso después de varios años.

5.º Los medios de contención de la pelvis, cualesquiera que sean, no ejercen influencia directa sobre la naturaleza del futuro callo.

6.º El callo es siempre indoloro, no toma un desarrollo exuberante, y, por lo general, sus dimensiones oscilan de 0,5 a 1 centímetro.

7.º Sólo en un caso se puede admitir la ausencia del callo, constituyéndose una verdadera pseudo-artrosis, a pesar de lo cual no ocasiona ninguna perturbación de la marcha.

8.º Hoy por hoy, para sacar conclusiones acerca de la existencia real y más que todo útil de la dilatación permanente, es necesario poner bien en claro todas las circunstancias extrañas al estado del callo y que rigen la viabilidad del parto en pelvis estrechas; dimensiones, grado de flexión, osificación, configuración, posición y reductibilidad de la cabeza del feto y

aun todavía la intensidad de las contracciones uterinas, todo en relación con el parto anterior.

9.º La dilatación permanente de la pelvis, tal cual se presenta en una de nuestras observaciones, és el resultado de una mala consolidación de la sección ósea, la cual por el momento, mientras no exista un mayor contingente de observaciones, nada autoriza a favorecerla sin la seguridad de que a la larga no pueda acarrear las consecuencias de los callos deformes, tanto menos cuanto que la pubiotomía puede repetirse sin inconveniente en un segundo parto (Peralta Ramos).

## CAPITULO IV

### **Operación cesárea tardía**

Couvelaire, refiriéndose a la "Operación cesárea conservadora", dice: "A la histerotomía abdominal, transperitoneal, realizada sobre la parte alta del cuerpo uterino, seguida de la evacuación del útero y de la sutura de la herida uterina, se le da el nombre de operación cesárea conservadora (Couvelaire).

Ignoramos si la definición — podemos llamarla así — anteriormente citada, es personal del tocólogo de la referencia. De cualquier manera que sea, creemos que ella es deficiente por referirse únicamente a uno de los tantos aspectos de la cuestión. Es por nosotros bien conocido el concepto latino de que: "Omnia definitio periculosa est". Esto no obstante, y por el hecho de estar satisfechos con la definición del Profesor Couvelaire, formularemos otra, que a nuestro juicio abarca mejor todos los aspectos y caracteres de la operación que tratamos. Decimos entonces: Operación cesárea conservadora es toda histerotomía, trans o extraperitoneal realizada sobre cualquiera de los seg-

mentos uterinos, por vía abdominal, con el propósito de extraer el feto, seguida de la restitución de la pared uterina. (Usamos la palabra histerotomía como sinónimo de gastro-histerotomía, histerotomotokia, laparohisterotomía).

¿Qué debe entenderse por operación cesárea conservadora tardía? Operación cesárea conservadora tardía es aquella que se practica después que ha sido rota la bolsa de las aguas, y es natural, que cuanto mayor sea el tiempo transcurrido desde que la ruptura se produjo y el momento en que se opera, tanto más tardía será la cesárea. El tiempo mínimo fijado por algunos es de diez horas; como máximo se citan casos de diez a quince días. Entran también en la categoría de cesáreas tardías aquellos casos en que la mujer ha debido sufrir tactos sospechosos, o cualquier tentativa de maniobra tendiente a extraer el feto, tales como versión, forceps, etc.

## Historia

La historia de la operación cesárea tardía en rigor, es tan antigua como la operación cesárea clásica misma. Conviene nos expliquemos. Decimos que es tan antigua como la cesárea clásica teniendo en cuenta que cuando Nuffer, de Sigershausen (Thurgovia) abrió, el vientre de su propia mujer el año 1500, ésta se hallaba en trabajo desde hacía seis días lo que

quiere decir que en aquella época, naturalmente, se había practicado la primera operación cesárea tardía. Pero en esta época bacteriana, no podemos remontarnos a más de ocho o diez años atrás. Es con Boquel y Lépage que se inicia la historia de la operación cesárea tardía practicada con el concepto que actualmente de ella se tiene.

Sänger y Léopold establecen cuáles son las reglas que deben seguirse en la técnica de la operación cesárea clásica y dan a su vez las indicaciones de ella. Surgen la sinfisiotomía y más tarde la pubiotomía y pretenden reemplazarla cuando no restringir la esfera de sus indicaciones; pero es inútil, si bien es cierto que éstas disminuían, la operación cesárea debía imponerse.

Hemos analizado, en uno de nuestros capítulos anteriores, cuáles son las distintas operaciones que fueron ideadas con el propósito de resolver los variados casos clínicos que se presentaban a los tocólogos, y no constituían el ideal clásico para practicar las cesáreas: huevo íntegro, apirexia, ausencia de gonococia, mujer que no hubiese sufrido tactos sospechosos, etc. Y bien, todas aquellas operaciones tienen un porcentaje de mortalidad mucho más elevado que el de la cesárea clásica. Cualquiera de ellas es también mucho más complicada que la operación cesárea clásica. Consecuencia: ésta debía lógicamente reconquistar el lugar que le corresponde en obstetricia y es lo que noso-

tros sostenemos en esta tesis; aquellas operaciones tienen un porcentaje de mortalidad materna de 75 por ciento y la operación cesárea clásica sólo acusa el 1 o|o, lo que ya de por sí es una prueba elocuente de su superioridad sobre aquéllas.

Es en la Clínica de Dresde, a cargo del profesor Léopold donde este resultado ha sido obtenido y tén-gase en cuenta que allí fueron más de quince los operadores que intervenían, en cuyo caso no debe atribuirse este éxito a la habilidad de un cirujano determinado sino a la precisión con que fueron establecidas las indicaciones, y a la manera científica de reglar la técnica. La clínica de Schauta tiene 2 o|o de mortalidad sobre un total de 150 operadas.

Es en presencia de estos hechos clínicos tan elocuentes y demostrativos que el Profesor Dr. Enrique Zárate, creyó llegada la hora de que la clásica cesárea viera ensanchar el campo de sus indicaciones tratando de buscar en los detalles de su técnica operatoria, lo que las otras operaciones ideadas con el propósito de suplantar a la cesárea clásica, no podían lógicamente conseguir, dado lo complicado de su manual operatorio que lo hace, del punto de vista práctico, incomparablemente más difícil, por no decir imposible de practicar por todos aquellos médicos que, en campaña, por ejemplo, se vieran en la necesidad imprescindible de salvar la vida de un niño, sin ex-

poner a la madre a los peligros de una casi segura infección.

Así, el citado Profesor Zárate dice: ¿Qué hacer en una primípara cuya estrechez pelviana no ha sido reconocida durante la preñez y que viene a consultarnos después de un largo trabajo, con la bolsa de las aguas rota desde hacen dos días?

“Que intervención debe practicarse en esta misma mujer si además ella ha sufrido tactos sospechosos?” “Y en el mismo grupo de primíparas, ¿qué hacer en una coxálgica que tiene una desproporción fetopelviana y a más una afección gonocócica?”

“¿Qué hacer en una múltipara, cuyo feto en presentación transversa, y útero contracturado, comienza a perder meconium, y el brazo afuera de la vulva impide toda maniobra que no tenga por resultado sacrificar el niño?”

“Y si nos encontramos en condiciones semejantes o análogas de distócia pelviana, ¿cómo tratar a esta misma múltipara que encontramos en un estado subfebril con un útero contracturado y en inminencia de ruptura?”

“Las intervenciones ampliatorias de la pelvis en la primera clase de enfermas de que acabamos de hablar, no es de aconsejar; en cuanto a la segunda clase de enfermas, la oportunidad ha ya pasado o aún no se ha presentado, y querer hacer tal intervención sin la garantía de la vida del niño, es carecer de buen sen-

tido y actuar sin conciencia, pues no debe olvidarse que la operación tiene por fin salvar al niño”.

“ Y qué decir de toda esta serie de nuevos métodos, como la cesárea suprasinfisiaria, la extraperitoneal, la operación de Doderlein Latzko y la de Dührssen? ¿Podrán llenar este vacío?

“La hora actual es de duda y de desconfianza y sus mismos iniciadores se encuentran desilusionados porque los resultados no han estado de acuerdo con lo que ellos esperaban. Sus operaciones tienen una técnica complicada que no está al alcance del práctico, y la infección que se quería evitar a toda costa, ha sido más bien favorecida debido a las condiciones anatómicas de la región en que se practica la operación”.

“Los casos que llegan a las grandes clínicas y aún los que vemos en nuestra clientela de la ciudad, en que médicos sin experiencia no han sabido llenar la indicación exacta, son muy numerosos; y he ahí lo que hace que estas mujeres lleguen a solicitar nuestros cuidados en condiciones en que es imposible hacer una operación típica, con métodos definitivamente clásicos, en que la cirugía duda, porque ha pasado el momento de selección”.

“Es en estos casos en que el cirujano tiene necesidad de poner en juego su buen sentido clínico y quirúrgico para poder resolverse enseguida, y saber cuál es la intervención que tendrá más probabilidades

de salvar este niño que tiene el derecho de vivir. Pero no se puede exigir esta rapidez de elección precisa a un práctico, cuando se trata de practicar operaciones cuya técnica es difícil. Entonces, si los métodos suprasinfisarios aplicados a los casos sospechosos o febriles nos han fallado, si ni la pubiotomía o la sinfiotomía han podido llenar este vacío, justo es dirigir la vista atrás hacia la vieja operación cesárea como la más típica y elegante de todas estas intervenciones, y que domina sin contradicción la escena de la cirugía obstétrica. Al menos no se puede negar que sus resultados son alentadores, habiendo encontrado imitadores la habilidad de algunos operadores con sus resultados felices, y debe esperarse que el esfuerzo común nos dé la técnica fácil, al alcance de todos los casos en que la cesárea clásica era desechada y que las otras operaciones no podían ser ejecutadas”.

“Todas estas consideraciones nos han llevado a colocar la cesárea clásica conservadora con algunas modificaciones de su técnica, en presencia de los otros métodos operatorios, para los casos sospechosos, en los cuales los métodos suprasinfisarios querían poseer el primer lugar; y si se quisiese clasificar esta conducta de temeraria, nosotros no seríamos los primeros, pues allí están Poquel y Le Lorier, cuyos métodos seguimos”. (Zárate).

nos físicos característicos nos hacen sospechar un principio de infección. De esta manera podríamos presentar a los cirujanos a fin de decidirlos por la cesárea clásica, dos series de grupos: el primero compuesto de la serie aséptica en el cual la técnica definitiva y precisa debe prevalecer, y el segundo que englobaría los casos descuidados en que podríamos encontrar la bolsa de las aguas rota precozmente, tactos repetidos y sospechosos, un trabajo largo con maniobras instrumentales o manuales y aún para los casos de infección gonocócica del tractus vaginal; pero siempre empleando una técnica especial para la protección eficaz y segura de la cavidad abdominal, globo uterino y campo operatorio". (Zárate)

Antes de pasar a describir la técnica operatoria del Profesor Dr. Enrique Zárate, analicemos las contraindicaciones de la operación cesárea tardía sin que pretendamos en este ligero análisis abarcarlas todas.

Dos son los factores que hemos de tener en vista al tratar este asunto: el estado de la madre y el estado del hijo. A su vez la madre puede estar, sea agotada por un largo trabajo, sea infectada.

La mayor parte de los autores pretenden ponerse de acuerdo para abstenerse de practicar la operación cesárea tardía cuando el trabajo se ha prolongado demasiado. Ya hemos visto cómo se expresa Bar a este respecto. Para él, el dilema que se presenta es: embriotomía o sección cesárea. Dice que sería necesario

que el trabajo hubiese sido rápido, que las membranas estuviesen intactas o rotas de poco tiempo atrás, que no hubiese ningún signo de sufrimiento del niño y que pareciese demasiado aventurado tentar su extracción por una aplicación de forceps o por versión, para practicar una cesárea. Cree que en esos casos debe proponerse una operación cruenta sea cesárea, sea sinfisiotomía, optando por la primera, y se pregunta: ¿es común encontrarse en presencia de casos tan favorables? Lo más frecuente es que cuando se plantea la cuestión de la embriotomía el trabajo dura desde largo tiempo atrás, las membranas están rotas y el niño está sufriendo. No es raro que a esto se agreguen: tentativas de extracción, tactos sospechosos, etc., todo lo cual viene a colocar en condiciones de menor resistencia a ambos organismos.

Así y todo, hay parteros como Pestalozza, Léopold y el mismo Pinard que comparten la opinión de Bar. Este ha llegado a decir: “conviene considerar a todo niño que sufre como a un niño muerto”. Y Pestalozza se expresa diciendo que, si los signos de sufrimiento del feto son evidentes no debe pensarse ni en la sinfisiotomía ni en la cesárea. “De donde se deduce que el estado de sufrimiento de la madre constituye una contraindicación grave a la cesárea, y el estado de sufrimiento del niño, una contraindicación absoluta. Si los dos sufren se impone la embriotomía”.

Tratemos de resolver el problema de la embrio-

tomía la que felizmente va perdiendo partidarios día a día, desde que Pinard pronunció su frase lapidaria: “l’embriotomie sur l’enfant vivant a vecu”.

Hacer el proceso de esta intervención sería tarea larga; que se la acepte en ciertos casos sobre niño vivo o que se la condene deliberadamente, todo el mundo está de acuerdo en considerarla como una necesidad deplorable que sólo circunstancias muy especiales pueden imponer.

Los partidarios de la embriotomía dicen que ésta es una operación inofensiva para la madre, la que no corre ningún riesgo de muerte inmediata. Suponiendo que ella sea una operación inofensiva, no por eso sustrae a la madre a los peligros de una infección que puede ser su consecuencia, cuando no, perforaciones del útero, traumatismos de la vejiga y del recto, ruptura del útero, o varias de estas causas reunidas. Si a esto se agrega la creencia generalizada, entre cirujanos de menor renombre, de que la embriotomía es una operación sencilla, no todos son lo suficientemente prudentes para rodearse de las precauciones necesarias; de donde resulta que practicada una embriotomía, mutilado quizá injustamente un feto al que hubiese posiblemente salvado una operación cesárea tardía, todavía quedarán por conocerse sus consecuencias, tales como la infección, y nada fuera que allí cesaran ellas, pero, ¿quién responde de la vida de la madre?

He hablado más arriba del estado de agotamiento físico de la mujer en trabajo, y bien: dos o tres días de trabajo no son suficientes para crear un estado de menor resistencia para soportar el shock operatorio. Es indudable que en estas condiciones se interviene desventajosamente, pero, así y todo, se tiene el derecho de esperar una curación, sobre todo cuando se ha procedido con rapidez y se ha evitado una gran hemorragia.

Por lo que respecta a la infección, es muy justo temerla, pero ¿debe siempre contarse con ella, cuando aún no se ha netamente declarado?

Convelaire, dice a este respecto que la infección gonocócica de las glándulas de Bartholin de la uretra, de la vagina y del cuello, es desde largo tiempo considerada por Léopold como una contraindicación absoluta a la conservación del útero.

Dos casos pueden presentarse: o bien la parturienta está sana y entonces la cesárea no presenta mayor gravedad que cualquier laparotomía, o bien la infección se está incubando y amenaza estallar de un momento para otro. Nos encontramos en presencia de líquidos uterinos más o menos ricos en gérmenes, susceptibles por lo tanto de infectar el peritoneo. ¿Será ésta una causa suficiente para renunciar a la operación?

Desde luego la infección no es segura. No ha habido ni escalofríos, ni ascensión de temperatura, sim-

plenamente se tiene duda de la pureza del caso. La intervención es un poco aventurada, sin duda, pero diariamente vemos practicar en los servicios de cirugía operaciones que no lo son menos, y entonces, ¿por qué el niño no ha de sacar beneficio de esta duda? Ya Doleris dijo que: “le peritoine est un mangeur de microbes”.

Aislando el útero durante la intervención, de la cavidad peritoneal, y drenando enseguida la cavidad uterina, creemos que es suficiente para impedir en la medida de lo posible, el contacto de los líquidos presumidos sépticos, con la serosa peritoneal. Esta precaución es muy fácil de tomar en el curso de una cesárea, como lo veremos al describir la técnica operatoria. Y es precisamente de esta hipótesis de que el partero puede proteger el peritoneo contra los agentes sépticos, que nació la idea de la operación cesárea tardía.

“Todo niño que sufre es un niño muerto”. . . . .  
Yo pregunto, en tal caso, ¿qué operación que no sea la cesárea tardía, puede brindar al niño mayores probabilidades de vida?

Sin ignorar cuán difícil es pronosticar si un niño en tales condiciones podrá o no vivir, muchas mujeres evidentemente fatigadas y en las cuales se tenía derecho de temer la infección, han sufrido con todo éxito la operación cesárea tardía, y muchos niños irreme-

diablenamente condenados a morir han tenido su salvación en ella.

Muy lejos nosotros de pretender afirmar la inocuidad absoluta de esta operación, pero por lo menos que ella tenga derecho de cita y sea practicada con más frecuencia en los casos en que se halla indicada.

Tampoco pretendemos limitar el campo de ejecución de esta operación a los lugares expresamente destinados al bisturí: las maternidades, sanatorios, etc. Por el contrario creemos que ella debe ser una operación ejecutada con más confianza que lo que lo ha sido hasta hoy, y tenemos la esperanza que resurgirá con todos los prestigios que merece una vez que sea más practicada.

Puede discutirse su superioridad sobre tal o cual otra intervención, pero ya nadie piensa negarle sus éxitos, ha dejado de ser, mediante la práctica de una asepsia rigurosa una operación temible, y es basado en estas consideraciones, y en presencia de los éxitos palpados a diario, que creemos que los cirujanos deben propender a preferirla a las otras operaciones que pretenden reemplazarla.

Le Lorier dice a este respecto: “Cabe preguntarse, si bien consideradas las cosas, la cesárea clásica, aún en casos dudosos, no es superior a los procedimientos llamados extraperitoneales, de una ejecución más delicada y por consiguiente de una aplicación práctica menos extendida”.

Debo a la gentileza del Dr. Enrique A. Boero, el poder hacer referencia en este trabajo a una indicación poco común de la operación cesárea tardía. Es la falta de ampliación del segmento inferior durante el embarazo, por presentación de hombro primitiva, en útero cordiforme.

Se trataba en este caso de una primeriza de 26 años, argentina, casada, sin profesión conocida, de pelvis normal, vulva y vagina amplias, elásticas, con segmento inferior angosto y altamente colocado en la excavación, no ampliada durante el embarazo; el cuello era pequeño, de 1,5 centímetros, de orificio puntiforme, el útero ligeramente cordiforme, de paredes tensas, bien aplicadas sobre el feto, en presentación de hombro izquierdo, dorso anterior, contracciones débiles y alejadas, latidos normales, estado general excelente, pulso 80, temperatura 36.° 6. Ruptura prematura de la bolsa, tres días antes de la iniciación del trabajo. Se le practica cesárea conservadora tardía, a los tres días de haberse roto la bolsa de las aguas, obteniéndose un niño del sexo masculino, de 3.800 gramos de peso, cerrando la herida per primam.

Y para terminar diremos: no creemos que los casos que presentamos como pruebas, sean obra del azar, para ser tenidos en cuenta. Pero ahí están ellos demostrando cómo puede esperarse el éxito más concluyente del perfeccionamiento de la técnica operatoria de la clásica cesárea, sin necesidad de recurrir a mé-

todos más complicados y por consiguiente no al alcance de todos los prácticos, conforme lo creen algunos autores, Couvelaire por ejemplo, al decir: “no es en un perfeccionamiento de la técnica que es necesario buscar la mejoría del pronóstico de estos casos, sino en otro modo de intervención”.

Creemos sí, que la cesárea conservadora tardía está llamada a salvar muchos niños, sin comprometer demasiado la vida de la madre, y debemos procurar entre tanto llegue el día en que las futuras madres se preocupen de su estado de embarazo haciendo higiene y profilaxia del mismo, que la cesárea conservadora vea ensancharse cada vez más la esfera de sus indicaciones, y si fuese aún necesario, llegar a perfeccionar la técnica operatoria que describiremos.

## **Operación cesárea tardía**

### **Técnica operatoria**

La técnica operatoria empleada en la Clínica Obstétrica del San Roque bajo la dirección del Profesor Dr. Enrique Zárate es la siguiente:

Asepsia con tintura de yodo del campo operatorio; estando colocada la mujer sobre una mesa de movimiento universal que permite la posición de Trendelenbourg; asepsia rigurosa de las manos del operador y de sus ayudantes para el caso en que sea necesario sacarse los guantes largos de Chaput, con los cua-

les se debe operar durante el segundo tiempo de la operación. Además de los instrumentos y de los accesorios necesarios para la intervención, se debe tener una caja con compresas de 50 centímetros de largo y otra de lienzo o una tela de 1 metro cuadrado, o bien una sábana esterilizada.

Incisión sobre la línea media y a partir de tres traveses de dedo arriba del pubis y en una extensión de 25 o 30 centímetros, más o menos. Exteriorización del útero por medio de la maniobra corriente; después de esto, el ayudante principal toma dos pinzas criques de dos dientes, y las coloca, una sobre el borde derecho y la otra sobre el izquierdo de la incisión abdominal, entrecruzándolas rápidamente para que de esta manera el operador cierre con otra pinza, los labios de la herida evitando la eversión de los intestinos. Enseguida se colocan compresas protectoras sobre el abdomen para dejar reposar sobre ellas el útero, y entonces se emplea la gran compresa o sábana cubriendo completamente el globo uterino y se coloca a la mujer en posición de Trendelenburg.

El ayudante debe tratar de *adaptar íntimamente* la gran compresa aisladora que cubre el útero y todo el campo operatorio manteniéndola bien *tensa y bien aplicada sobre la pared uterina sin abandonar esta actitud, sobre todo durante la retracción rápida que sigue a la evacuación uterina, y hasta que sea extraída la placenta.*

Sobre la sábana que cubre el útero y en su parte superior y mediana, se hace una incisión longitudinal de 2 o 3 centímetros hasta llegar a la cavidad amniótica, entonces se toman las tijeras y con tres golpes se corta el útero con su cubierta aisladora; y mientras el cirujano toma un miembro del feto para extraerlo, el ayudante debe mantener la compresa aisladora bien tensa, tomándola con una mano por el fondo uterino y con la otra a la altura del segmento inferior para que ella quede aplicada a la pared uterina en el momento de su retracción, después de la salida del feto, protegiendo así todo el globo uterino del contacto del líquido amniótico que podría ser sospechoso o infectado.

Para la extracción de la placenta y de las membranas se emplean compresas secas que facilitan su desprendimiento; enseguida se toma una gasa embebida en una solución de alcohol y de tintura de yodo a partes iguales, y se hace la toilette intra-uterina si el cuello se encontrase bien dilatado; en caso contrario, se taponan con la gasa la cavidad, habiendo tenido la precaución de hacer penetrar una de sus extremidades hacia la vagina. Los labios de la herida uterina y la pared de la parte que hubiese quedado sin protección, debe también ser limpiada con otra gasa embebida en la misma solución.

Terminado este tiempo de la operación y antes de pasar al segundo, es decir, a la sutura de la herida

uterina, se deben tomar las precauciones siguientes, que son el complemento de la operación aséptica: desde luego, retirar la sábana protectora, lo que permite verificar el útero retraído, libre de todo contacto con los líquidos de la cavidad uterina, reposando sobre compresas limpias; enseguida, abandonar los instrumentos empleados hasta entonces, así como los guantes del cirujano y de su ayudante principal. Después de haber tomado esta precaución, el ayudante toma dos compresas para cubrir y comprimir los labios de la herida, mientras que el cirujano se pone otros guantes, o bien, si el tiempo apremia, seguir la operación sin guantes, pues sus manos están bien asépticas. Ha llegado el momento de comenzar las suturas, lo que se hace con catgut n.º 2 o 3 de reabsorción lenta, colocando una sutura sero-muscular a puntos separados penetrando a 2 o 3 milímetros del borde peritoneal, comprendiendo una gran porción de tejido muscular, para salir en la vecindad del borde de la caduca; esta sutura debe ser cuidadosamente anudada, cerrándola enérgicamente, pero sin estrangular los tejidos, y los puntos deben ser colocados a un buen centímetro el uno del otro.

Terminado este plano de sutura y después de haber secado este trayecto *sin frotar*, la pared uterina, se pasa una gasa mojada en la solución yodo-alcoólica a todo lo largo de la sección uterina y se cubre todo el borde de la sutura profunda con un surjet sero-

seroso de Lembert, con catgut fino y a 2 o 3 milímetros del borde de la primera. Esta segunda sutura debe cubrir completamente a la anterior para impedir el derrame sanguíneo que se observa. Debe ser cuidadosamente hecha porque ella debe aislar los bordes de la herida del resto de la cavidad abdominal.

Cuando esta segunda parte de la operación ha terminado, se levantan las compresas que cubrían la pared del abdomen, se separan los bordes de la herida empleando las pinzas que hasta entonces cerraban la cavidad, y antes de introducir el útero se rechaza, si hay lugar, alguna porción de intestino delgado que hubiera podido insinuarse hacia la cavidad pelviana, para prevenir un posible ileus mecánico; enseguida se introduce el útero, adaptándolo bien en la excavación pelviana.

En los casos en que hubiese un poco de reacción febril 37°5, o que manos sospechosas hubiesen hecho tactos o maniobras, o bien las veces que se trata de una infección gonocócica o de la ruptura de las membranas de más de 24 horas, sería prudente y hasta necesario colocar un drenaje protector de gasa, cuyo fin no sería precisamente el drenaje, sino más bien el aislamiento de la gran cavidad peritoneal, de una herida que tendría quizá ciertos elementos infecciosos, evitando así una generalización de estos gérmenes. Es con este fin profiláctico que se debe emplear la gasa drenaje que se aplicará tomando una compresa de

gasa de tres traveses de dedo de ancho, en forma de bolsa, y con una seda en su interior, para invertirla en dedo de guante a la manera del Mickulickz en el momento de su extracción. Ella debe ser aplicada íntimamente a lo largo de la incisión uterina sacando su extremidad por la parte inferior de la herida.

Para conseguir la protección y el aislamiento que se persigue, debe permanecer allí, donde se la ha colocado; para eso el ayudante debe mantener el útero inmóvil en su posición, mientras se sutura en dos planos los labios de la incisión abdominal. Terminada la sutura, se vuelve a colocar a la enferma en posición horizontal y se coloca un vendage compresivo para mantener la inmovilidad del órgano. Para favorecer el reposo de los órganos abdominales se practicará a la enferma, cuatro o cinco horas después, una inyección de morfina.

La gasa de protección o drenaje debe ser retirada 48 horas después, y si hubiese un poco de reacción febril o secreción abundante, se colocaría en lugar de la gasa, un drenaje de vidrio o de cautchout.

La mecha intra-uterina debe ser retirada 24 horas después y transcurrido el segundo día, podrá colocarse a la enferma ligeramente sentada, para evitar la retención loquial.

## CAPITULO V

### **Conclusiones**

El Profesor Zárate, refiriéndose a la técnica operatoria que dejamos descripta, se expresa diciendo: “a pesar de que el número de observaciones no es numeroso y siendo dada la variedad de circunstancias que han decidido cada intervención y los éxitos obtenidos para la madre y para el hijo, se pueden hacer algunas consideraciones que serán de provecho para las conclusiones definitivas que deberán justificar esta técnica operatoria.

Lo que desde luego llama la atención, es la reacción térmica insignificante de los primeros días, la que puede confundirse con el estado post-operatorio de una laparatomizada por una cesárea clásica, lo que prueba que la operación ha sido hecha en condiciones asépticas y que la técnica empleada no ha llevado de la cavidad uterina al peritoneo gérmenes que pudiesen producir una infección peritoneal.

El método especial puesto en práctica, considerado en conjunto ¿ha podido tener una influencia en

los éxitos obtenidos? ¿Fué la exteriorización del globo uterino con la sábana de protección aisladora o el drenaje profiláctico, los que constituyen la base principal de esta técnica? Aunque este último haya servido de protección, aislando la herida del resto de la cavidad abdominal, el resultado del examen bacteriológico nos impide aceptarlo como elemento indispensable de la técnica, pues el examen de los cultivos de la secreción del drenaje reveló solamente la existencia de gérmenes no patógenos. El único caso en que el análisis bacteriológico descubrió la presencia de estreptococcus fué aquel en que por descuido de la partera se empleó la sábana de protección del útero, en condiciones sospechosas.

Por esta razón trataremos de controlar en el porvenir, haciendo uso de esta técnica sin drenaje; pues si con las otras precauciones tomadas uno puede abstenerse de él, habremos llegado a un método ideal para las cesáreas tardías o d'attente, porque él elimina la única desventaja que por el momento presenta, es decir, las adherencias útero-parietales que dejan una histeropexia que aunque laxa y móvil, no se puede precisar de antemano si será pasajera o si impedirá una completa involución uterina.

De todas maneras este inconveniente no es fundamental si consideramos el provecho que reporta a la enferma, con mayor razón si es joven, cambiando una operación mutilatriz por otra esencialmente conservadora.

Entonces, creemos que los perfeccionamientos y las modificaciones de la técnica de la Cesárea Clásica conservadora vendrán a ensanchar el campo bastante estrecho de sus indicaciones, permitiendo así que las cesáreas tardías puedan concurrir como ejecución y como resultado con cualquiera de los otros métodos extra-peritoneales y supra-sinfisiarios." (Zárate).

De todo lo expuesto resulta que:

1.º La operación cesárea tardía es conservadora.  
2.º La infección puede muchas veces ser latente, lo que no contraíndica la cesárea tardía, siempre que se tomen las precauciones de protección del peritoneo, conforme a la técnica aconsejada.

3.º La operación cesárea tardía puede practicarse aun después de varios tactos sospechosos, o después que haya transecurrido un tiempo que puede variar de horas, hasta diez o quince días de rota la bolsa de las aguas.

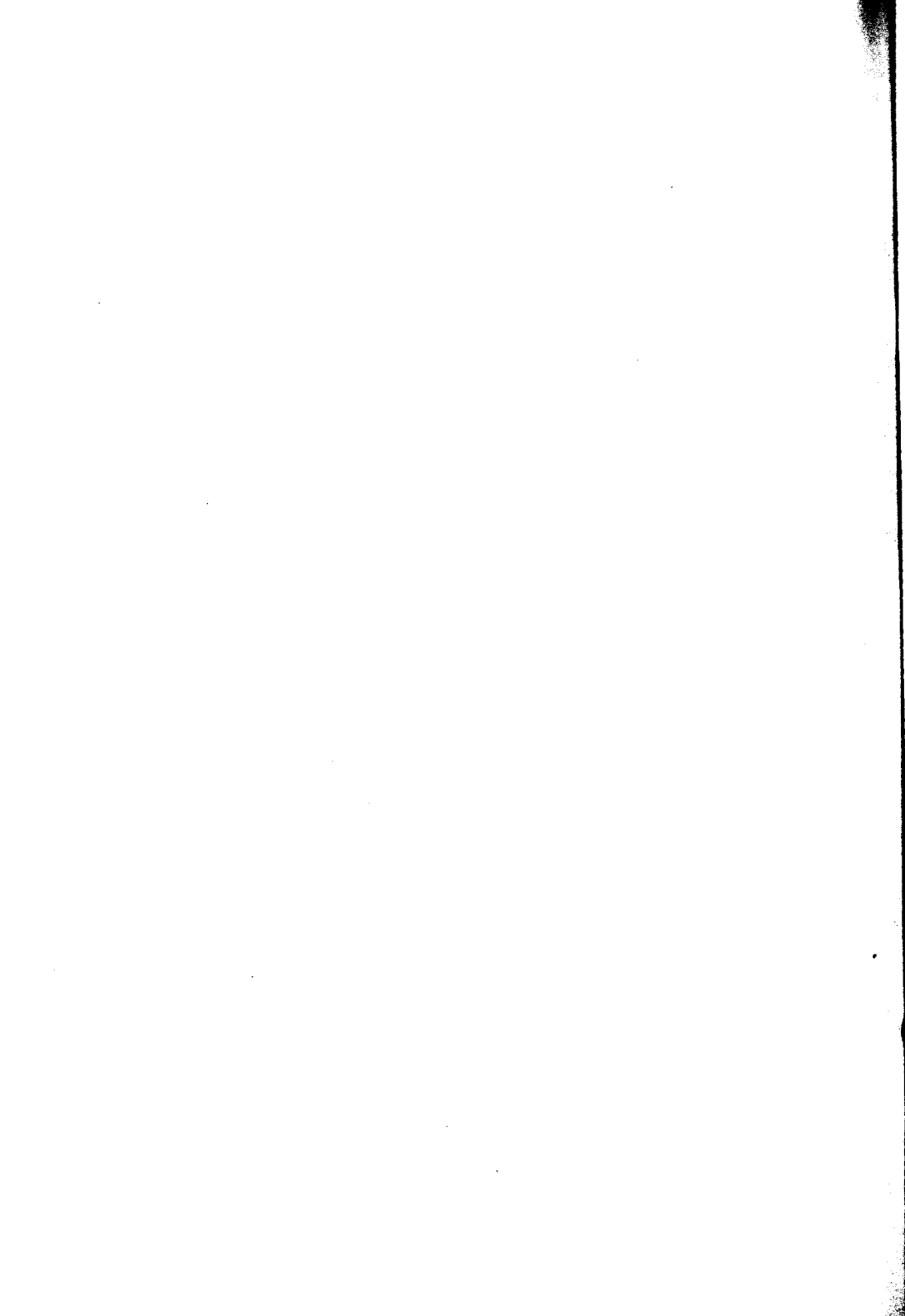
4.º Restringe el campo de la Operación de Porro, y tiende a suprimir la embriotomía sobre el niño vivo.

5.º La contraindicación es la infección neta, con gran elevación de temperatura, escalofríos, fetidez de los líquidos, etc.

6.º Las particularidades del manual operatorio son: a) Operar fuera del vientre; b) proteger rigurosamente el peritoneo; c) Drenar.

JOSÉ DE PEREIRA REGO

Buenos Aires, Abril 20 de 1914.



## CAPITULO VI

### Historias clínicas

#### Observación 1

«Clínica Obstétrica del San Roque». Historia N° 1428.  
Año 1913. CONTRACTURA UTERINA EN UNA SECUNDIPARA.—  
UTERO CORDIFORME.—CESÁREA DE URGENCIA.—MUJER CURADA —  
NIÑO VIVO.

G. G. de N., española, de 29 años de edad, primípara, entra a la Clínica el 31 de Octubre a las 5 de la tarde. La enferma ha caminado siempre bien. Reglada a los 15 años, ha tenido siempre reglas dolorosas. No tiene antecedentes patológicos. Su primer parto ha sido distócico. Se le hizo una versión interna; el hijo vive sano. La fecha de las últimas reglas es dudosa e ignora también la de la aparición de los movimientos activos. La preñez ha evolucionado normalmente y la enferma no presenta ni azúcar ni albúmina en sus orinas.

Llega en trabajo, iniciado 24 horas antes, y con la bolsa de las aguas rota precozmente. Fué atendida por una partera, la que, viendo que el parto no avanzaba, le aconsejó el ingreso a esta clínica.

Ha llegado en las condiciones siguientes: temperatura: 37°; pulso: 90, regular, poco tenso. Abdomen irregularmente globuloso, útero desviado a la derecha, en estado de contractura. Sus paredes están en contracción sobre el feto y el útero ha perdido su conformación ovoidea para hacerse cordiforme, lo que hace imposible la palpación. Los ruidos del corazón fetal son en número de 100 regulares pero sordos. El tacto practicado enseguida hace percibir la mano y el antebrazo izquierdo que salen de la vulva. El cuello uterino dilatado. Presentación transversa, retracción uterina intensa.

Pelvis raquílica aplanada y generalmente estrechada, con 9 centímetros de P. P. M. (La pelvis es canaliculada en su parte alta y el sacrum cóncavo en su extremidad inferior). Pérdida de meconium.

Una hora después de este examen, los latidos fetales sólo alcanzan a 80 por minuto; el Profesor Zárata decide evacuar inmediatamente el útero a fin de salvar el niño, no obstante su estado de sufrimiento, por medio de una cesárea, único medio impuesto por la excesiva retracción uterina y por el deseo manifestado por la madre de tener un hijo vivo.

Bajo anestesia clorofórmica, laparatomía supra e infra-umbilical de 30 centímetros de extensión. Exteriorización del útero con alguna dificultad y mucha precaución por temor de que al bascularlo se desgarre la pared posterior del segmento inferior a causa de la

contractura uterina. En su pared anterior y en la región que corresponde al lugar que ocupa la espalda del feto se percibe una equimosis de 2 centímetros.

Una vez que el útero es exteriorizado, se aproximan los bordes de la herida abdominal con pinzas de Musseux de 4 dientes y se coloca un lecho protector de compresas a fin de impedir la penetración del líquido a la cavidad abdominal. Con este mismo fin y también para proteger el peritoneo uterino se recubre totalmente el útero con una sábana que se fija a sus paredes con cuatro pinzas, encuadrando la región en la cual se hará la histerotomía. Esta se hace incindiendo al mismo tiempo la sábana y la pared uterina en su cara anterior, línea media (incisión clásica). Extracción de un feto en asfixia azul avanzada del sexo femenino, que se reanima en 15 minutos con el insuflador de Ribemont-Dessaignes. A la salida del feto la herida uterina se desgarró en forma longitudinal, sobre el segmento inferior, en una longitud de 5 centímetros.

Con la intervención de dos ayudantes, la enferma es colocada en posición de Trendelenbourg a fin de rechazar el paquete intestinal hacia el diafragma; cambio de guantes, instrumentos y material de gases. Colocación de una gasa embebida en una solución yodo-alcohólica en la cavidad uterina y cuya extremidad inferior sale por el cuello. Protección del cuerpo uterino con nuevas compresas. Sutura con catgut no reabsorbible, a puntos separados, de la pared sero-muscular.

Antes de recubrirla con un segundo plano (continua sero-serosa), se la toca con alcohol y yodo. Después de haber terminado todo esto y después de haber tocado la incisión con yodo, se aplica sobre la sutura uterina una gasa que debe salir por la extremidad inferior de la herida a fin de absorber la sangre que pueda derramarse y con el propósito de aislarla del resto de la cavidad abdominal. Se reintegra el útero a la cavidad abdominal después de haber rechazado todo el paquete intestinal de la excavación. Se cierra el abdomen en dos planos y se hace un vendaje compresivo para mantener el útero en la excavación.

La enferma queda en buenas condiciones.

*Consecuencias operatorias.* — Al día siguiente la enferma está en buen estado general con 37° de temperatura y 92 pulsaciones. Se retira la gasa intrauterina.

El 1.º de Noviembre se saca la gasa del drenaje que sale impregnada de una secreción sero-purulenta, y se coloca en su lugar un tubo de cautchout. El cultivo del pus ha dado estafilococcus piógenus albus solamente.

La consecuencia post-operatoria continuó siendo buena. La enferma se levantó 20 días después y el día de su salida de la clínica se observa al tacto, el útero en involución y en ligera anteversión, con movimientos limitados, a causa de las adherencias del drenaje.

**Observación II**

«Clinica Obstétrica del San Roque». Historia N<sup>o</sup>. 1365, año 1913. — OPERACIÓN CESÁREA TARDÍA POR ESTRECHEZ COXÁLGICA Y RETRACCIÓN UTERINA 62 HORAS DESPUÉS DE LA RUPTURA DE LAS MEMBRANAS. VAGINITIS GONOCÓCCICA. CURACIÓN DE LA MADRE. NIÑO VIVO.

A. L., 18 años, modista, argentina, entra a la Clínica el 18 de Octubre. Ha sido reglada a la edad de 12 años. La fecha de las últimas reglas es hacia fines de Enero. Los movimientos activos han hecho su aparición a los cinco meses. La enferma ha caminado bien hasta la edad de 7 años. A partir de esta época, cuenta, que jugando con otros niños, sintió un dolor agudo al pie izquierdo, que desapareció algunos días después, pero como sintiese dificultad para caminar, fué conducida al Hospital San Roque dos meses después de la iniciación de su enfermedad. Permaneció en el hospital, en cama, durante un año y tres meses, con la pierna en extensión continua, y a su salida debió marchar con muletas.

Al examen se constata una atrofia marcada de los músculos de la cadera, muslo izquierdo y pie izquierdo.

El miembro está en ligera flexión, abducción y rotación externa. El pie en extensión.

Haciendo efectuar al muslo movimientos de flexión y de extensión, éste y la cadera forman una sola pieza (ankílosis). Hay un acortamiento bien visible del

miembro enfermo (73 centímetros pierna izquierda y 77 centímetros la pierna derecha).

La línea bi-iliaca es oblicua. Cuando se colocan los muslos paralelamente, hay alargamiento aparente del miembro enfermo, se forma una ensellure lumbar y la espina iliaca antero-superior del lado izquierdo mira hacia abajo.

La marcha es acompañada de claudicación a oscilación lateral y la enferma marcha apoyándose sobre las puntas de los dedos del pie sin dolor y sin necesidad de apoyo.

Hay escoliosis compensatriz; los pliegues glúteos están a diferente nivel: el izquierdo más bajo que el derecho.

Hay asimetría del losange de Michaelis.

El 30 de Octubre fué sorprendida, a las 8, por la ruptura de la bolsa de las aguas que dió salida a una gran cantidad de líquido amniótico. Dos horas más tarde comienzan los dolores del parto. Un tacto practicado 10 horas más tarde, encuentra un cuello alto con principio de borramientó. Durante todo el día la enferma tiene pocos dolores. A las 8 de la noche (22 horas después del principio del trabajo), un nuevo tacto encuentra 1 centímetro de dilatación, cabeza no encajada, muy movible, en D. T., sin modelage ni bosse sanguínea. El parietal anterior no desborda la sínfisis pubiana. El trabajo sigue con la misma lentitud desesperante hasta las 9 del día 1.º de Noviembre. Es sola-

mente a partir de este momento que aparecen las contracciones eficaces, frecuentes y repetidas. Durante toda la noche de este mismo día el trabajo continúa y los tactos repetidos de la partera constatan un lento trabajo, cabeza no encajada. El 2 de Noviembre a las 10, es examinada por el Profesor Zárate, quien hace las observaciones siguientes: temperatura normal, pulso regular, igual, frecuencia: 86 pulsaciones por minuto.

El útero sobre la línea media está animado de contracciones frecuentes y vigorosas; a la palpación la retracción de las paredes del útero impide percibir los relieves fetales, salvo en el segmento inferior, donde, inmediatamente por arriba de la sínfisis, la cabeza hace proeminencia y desborda visiblemente el borde superior de la sínfisis.

El tacto permite constatar: vulva y vagina de primípara con lesiones gonocócicas, cuello con 5 centímetros de dilatación, infiltrado y poco dilatado. La presentación no apoya sobre él sino por medio de un tumor sero-sanguíneo redondeado y situado muy arriba en la excavación, que corresponde a una presentación cefálica modelada y movable. En tales condiciones y por falta de encajamiento de la cabeza para ser colocado el occipucio sobre la mitad menos amplia de la pelvis, y teniendo en cuenta el grado de retracción uterina y la aparente desproporción feto-pelviana, se decide intervenir por medio de una cesárea conservadora

tardía con drenaje, dejando de lado la versión interna por el grado de retracción uterina y la pubiotomía, dado que se trata de una primípara y de una coxálgica.

Bajo anestesia clorofórmica se hace una laparotomía mediana supra e infra-umbilical de 3 centímetros; colocada la enferma en posición de Trendelenbourg, se exterioriza el útero y se cierra con pinzas la cavidad abdominal. Se colocan compresas de aislamiento sobre la pared abdominal, donde deberá reposar el útero, y se cubre éste con una gran sábana esterilizada, practicando la histerotomía de Caruso a través de la sábana que se corta junto con el útero. Extracción del feto en buenas condiciones. El modelaje de la cabeza permite reconocer una presentación de cara. Alumbramiento artificial. Hemorragia operatoria y del parto avaluada en 500 gramos. Cambio de guantes; instrumentos y material de protección y de aislamiento. Sutura del útero con catgut grueso, a puntos separados sero-muscular. Se toca la incisión con yodo y se recubre completamente con otra sutura sero-serosa. Nueva limpieza de la incisión uterina con una solución yodo-alcohólica y colocación de una gasa de protección que recubre la sutura. La pared del abdomen se cierra con dos planos de catgut y se deja en su parte media una abertura para dar salida a la extremidad de la gasa drenaje.

La enferma quedó en buenas condiciones. El niño, que nació respirando muy bien, tuvo un acceso de as-

fixia azul grave, a causa de un espasmo de la glotis, pero fué reanimado por insuflación.

*Consecuencias operatorias.* — 3 de Noviembre. Estado general bueno. No hay reacción peritoneal ni temperatura. Se retira el drenaje y al sacarlo aparece una serosidad amarillenta que se hace examinar. El examen da microbios banales no patógenos. 5 de Noviembre. La víspera, hacia medio día, ha tenido 37°8 de temperatura y 100 pulsaciones. Al hacer la curación se encuentran las gasas impregnadas en pequeña cantidad de pus, que sale de donde se dejó el drenaje y que había sido cerrado con un punto de crin. Se saca el punto de sutura y se coloca de nuevo una mecha de gasa.

Las loquias son abundantes, purulentas y fétidas. Se hacen irrigaciones bicutidianas con permanganato y formol.

Hasta el 11 de Noviembre sale pus, aunque en pequeña cantidad, por la herida abdominal; ésta se cierra cinco días después. Las loquias continuaron siendo purulentas, pero el estado general ha sido siempre bueno.

Veinte días después la enferma se levanta y el niño es enviado a la “Casa de Expósitos”.

**Observación III**

«Clínica Obstétrica del San Roque», Historia N.º 174  
año 1914.—OPERACIÓN CESÁREA TARDÍA POR ESTRECHEZ PEL-  
VIANA Y PRESENTACIÓN TRANSVERSA, 12 HORAS DESPUÉS DE  
LA RUPTURA DE LAS MEMBRANAS.

M. L. de N., italiana, sirvienta. Entra a la Clínica el 3 de Febrero a la 1. Ha caminado siempre bien. Reglada a los 11 años. Ha tenido 12 preñeces: el primero del sexo masculino, distocia por prociencia del cordón, aplicación de forceps, feto muerto; el segundo, del sexo femenino, prociencia del cordón, muerto al nacer; el tercer parto normal, a término, feto vivo; el cuarto, sexo femenino, versión, decolación; el quinto sexo femenino, versión, decolación; el sexto sexo masculino, prociencia del cordón, aplicación de forceps, feto muerto. Ha tenido seis abortos, ignorando las causas. Todos son hijos del mismo padre.

Entra a la Clínica en trabajo iniciado tres horas antes y cuatro horas después de la ruptura de la bolsa de las aguas.

Temperatura 37°. Al examen se nota: abdomen globuloso, útero en la línea media, con su gran diámetro transverso. La palpación hace diagnosticar un feto en presentación transversa con su cabeza a la derecha. Auscultación, 140 latidos regulares. Al tacto, vulva y vagina de múltipara, amplia y elástica. Se toca fácilmente el promontorio y la medida del diámetro P. P. M. da 8 centímetros. Sacrum cóncavo. Los otros

diámetros un poco más reducidos. Pelvis generalmente estrechada y aplanada, pero no raquíica. Cuello con dos centímetros de dilatación. Bolsa rota, presentación de la espalda izquierda, dorso anterior, no encajada, por arriba del estrecho superior.

Juzgándose el parto espontáneo imposible, el Profesor Zárate se decide por la operación cesárea tardía con técnica aisladora, dejando de lado la pubiotomía, porque dada la presentación viciosa y la poca dilatación del cuello, ésta presenta más grandes desventajas para la vida del niño.

Bajo anestesia combinada de cloroformo y de éter, incisión abdominal supra e infra-umbilical, se exterioriza el útero y se cierra la cavidad abdominal con tres pinzas de cuatro dientes. Posición de Trendelenburg. Protección de la pared abdominal, protección aisladora del globo uterino con una gran compresa, incisión simultánea de la compresa y pared uterina. La incisión cae sobre la placenta, ésta se decola, y se extrae por su brazo derecho el feto que nace en estado de asfixia azul, pero que se reanima fácilmente. Inyección de hipofisina. Gasa embebida en una solución yodo-alcohólica adentro de la cavidad uterina, haciendo salir una de sus extremidades por el cuello.

Se cambia la compresa aisladora del útero, y con guantes limpios y nuevos instrumentos, se continúa la intervención haciendo una sutura a puntos separados con catgut grueso. Limpieza de la sutura uterina con

yodo, nueva sutura sero-serosa con catgut fino que recubre a la anterior. Ligadura de las dos trompas con seda. Colocación del útero en la cavidad abdominal y antes de proceder a la sutura del abdomen, se aplica una gasa para aislar y hacer el drenaje de la herida uterina.

*Consecuencias operatorias.* — El 4 de Febrero, temperatura 37°,8, pulso 125, timpanismo abdominal, pero insensible a la presión. Se saca la gasa y se recoge la secreción en un tubo esterilizado; en otro tubo se toma una pequeña cantidad de pus que aparece en uno de los puntos superiores de la sutura.

El examen bacteriológico da el siguiente resultado: en el primer tubo, estreptococcus, diplococcus grandes, diplococcus pequeños y estafilococcus. El segundo tubo da estafilococcus y diplococcus pequeños.

Durante el transcurso del día 6 de Febrero, la temperatura desciende a 37°2, pero el pulso se mantiene elevado y el timpanismo con la misma intensidad. Los lavages y los purgantes no dan resultado. Se coloca a la enferma en posición ventral, lo que la alivia considerablemente. La herida da pus y se coloca un tubo de drenaje. Durante los días siguientes la temperatura no llega a 38°, pero el pulso se mantiene elevado.

La incisión se cierra al cabo de 18 días y la enferma abandona el hospital con su hijo en buen estado de salud, después de 23 días.

Conviene hacer notar que durante el acto operato-

rio, y debido al aturdimiento de una de las parteras, la sábana de protección uterina fué colocada con manos que no estaban desinfectadas. No se tuvo conocimiento de este grave inconveniente sino una vez después de terminada la operación.

#### Observación IV

«Clínica Obstétrica del San Roque», Historia N.º 234, año 1914. — OPERACIÓN CESÁREA DE URGENCIA POR ESTRECHEZ PELVIANA, RETRACCIÓN UTERINA Y SUFRIMIENTO FETAL 4 HORAS DESPUÉS DE LA RUPTURA DE LAS MEMBRANAS. CURACIÓN DE LA MADRE. NIÑO VIVO.

P. D., modista, española, entra a la clínica el 16 de Febrero a las 10 de la mañana. Primípara, sin antecedentes patológicos. La fecha de las últimas reglas es del 20 al 24 de Mayo. La enferma ha caminado siempre bien.

Entra a la Clínica en trabajo iniciado a las 4 de la tarde del día anterior, aunque, según ella, sufría dolores lentos desde hacía ya dos días. A las 8 ruptura precoz de la bolsa de las aguas y entrada a la Clínica dos horas más tarde.

Llega en las siguientes condiciones: 36°6 de temperatura. Pulso: 84. Utero con contracciones regulares y enérgicas, desviado a derecha y muy retraído sobre el feto. La palpación hace diagnosticar una presentación de vértice, sin encage, y el parietal anterior

de pasa de un centímetro y medio el borde superior de la sínfisis. Latidos fetales: 128, con pérdida abundante de meconium.

Al tacto: vulva y vagina de primípara, cuello con tres centímetros de dilatación, dilatable, bolsa rota, presentación de vértice sin encage en I. T. y en asin-clitismo posterior.

Pelvis canaliculada con 8,8 centímetros de P. P. M.

Consultado el Profesor Zárata, aconseja la operación cesárea conservadora, con técnica especial, en provecho del feto, pues siendo dada la estrechez de la pelvis, primiparidad, retracción uterina y sufrimiento fetal, la pubiotomía y la versión deben ser excluidas. La operación es practicada por el Jefe de Clínica Doctor Boero, ayudado por la Doctora Señora Ferrari de Gaudino.

Bajo anestesia clorofórmica dada con el aparato de Ricard por el practicante Pereira Rego, laparotomía supra e infra-umbilical de 25 centímetros de longitud, exteriorización del útero total, cierre de la incisión abdominal con tres pinzas de Musseux, protección del abdomen, posición de Trendelenbourg, protección del útero con una gran compresa esterilizada, histerotomía mediana a través de la sábana, extracción del feto vivo, alumbramiento artificial.

Cambio de guantes, instrumentos y sábana uterina, fricción de la incisión uterina y del peritoneo uterino con alcohol, sutura en tres planos del útero, dos

profundos musculares y uno del peritoneo a la Lembert.

A causa de un mal entendido, la sutura más profunda se hace con seda, pero es recubierta con dos suturas de catgut.

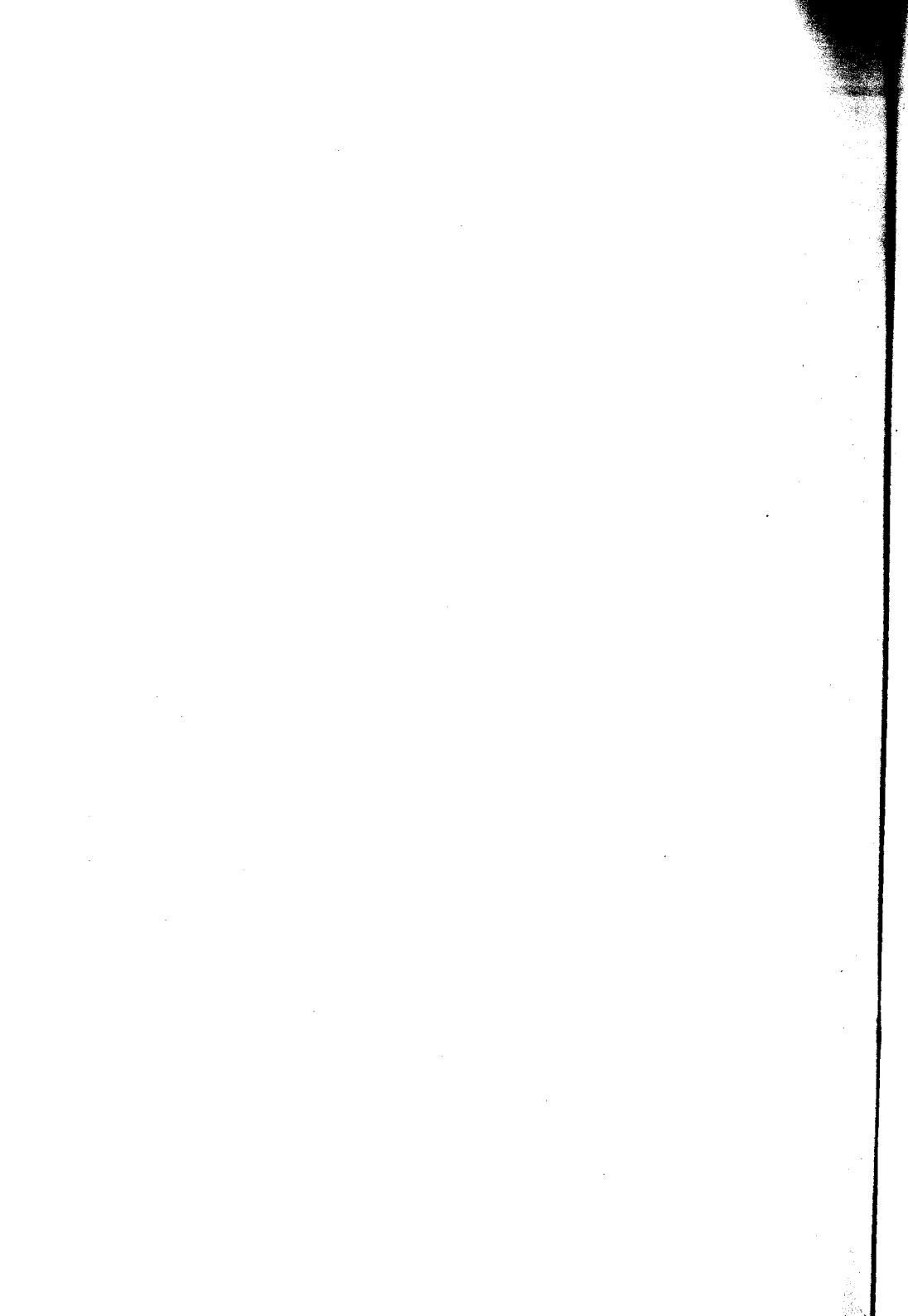
El útero bien retraído se vuelve a colocar en su lugar, poniendo una gasa drenaje que recubre toda la sutura uterina, y sale por la extremidad inferior de la incisión abdominal.

Cierre del vientre en dos planos. La enferma queda en muy buenas condiciones.

*Consecuencias operatorias.* — El 17 de Febrero tiene 39°4 y 120 de pulso, en buen estado, no ha tenido vómitos; ha tenido meteorismo doloroso que indica reacción del peritoneo.

El 18 de Febrero se saca la gasa del drenaje y por su orificio sale una cantidad considerable de secreción sero-purulenta. Temperatura 37°2, y 120 de pulso. El examen de esta secreción recogida en tubos de ensayo esterilizados, da el siguiente resultado: pus recientemente formado, cantidad sorprendente de células mononucleares de gran volumen. Hay dos especies de microorganismos, diplococcus y estafilococcus piógenus albus.

Después de 4 días de reacción térmica a 38°5, se encuentra una linfangitis del seno derecho, que algunos días más tarde fué incindido. Y a los 23 días, la enferma abandona la cama en perfecto estado de salud.



## BIBLIOGRAFIA

- Audebert et Fournier.* — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique—1910, pág. 820.
- Bar.* — De l'operation cesarienne.—Semaine Médicale—2 fevrier 1887, pág. 38.
- Bar.* — Leçons de Pathologie obstétricale, 1900, 2eme. leçon, pág. 13, 54.
- Bar.* — Technique actuelle de l'operation cesarienne classique.—Bulletin médicale, 10 juin de 1911, pág. 513.
- Berlin.* — Sur l'operation cesarienne.—Methodes et procédés d'exécution.—París, 1889.
- Billon Louis.* — L'Opération hors l'Hopital.—A. Maloine, édít. París, 1911.
- Blanc E.* — Sur l'Opération Cesarienne. — Archives de Tocologie, 1890.
- Boquel.* — La pratique de la dystocie, pág. 210, 1908.
- Boquel.* — Sur l'Opération Cesarienne d'urgence.— Bulletin de la Société Obstétricale de France.— 1904, pág. 123.

- Boquel.* — Annales de Gynécologie et d'obstétrique, vol. LXVI—pág. 56.
- Bouffe (de Saint Blaise).* — Sur le drainage.—Annales de Gynécologie et d'obstétrique—1911, pág. 490.
- Breau André.* — Contribution á l'étude de l'accouchement dans les bassins rétrécis. — A quel moment doit-on faire l'opération césarienne?—These—Paris, 1905.
- Brindeau.* — Des difficultés de l'opération césarienne répétée chez la meme femme. — L'Obstétrique, Janvier 1909, pág. 36.
- Brissaud, Pinard et Réclus.* — Pratique Médico-Chirurgicale, Masson et cie. édt. Paris, 1907.
- Brouardel.* — L'Infanticide.—Paris, 1897.
- Bué V.* — Hystérotomie et hystérectomie en Obstétrique.—Paris, 1903.
- Bué V.* — Les dangers des sutures utérines au catgut dans l'Opération Césarienne.—Société Obstétricale de France, 1908, C. R., pág. 164.
- Cantón Eliseo.* — 25 casos de Operación Cesárea Conservadora practicados en la Clínica Obstétrica (sin mortalidad materna).—Indicaciones y contraindicaciones. — Comunicación presentada al tercer Congreso Médico Latino-Americano, reunido en Montevideo del 17 al 24 de Marzo de 1907, E. Spinelli, édt. Bs. As. 1907.
- Cantón Eliseo.* — Sobre 17 casos de operación cesárea conservadora.—Estudio comparativo entre la in-

cisión longitudinal y la transversal del útero, Bs. As. 1905.

*Cantón Eliseo.* — Primera série de 24 casos de Pubiotomía publicados en Sud-América. — Comunicación presentada al IV Congreso Científico (Primer Americano) celebrado en Santiago de Chile en Diciembre de 1908. Bs. As. 1908.

*Couvelaire A.* — Introduction á la Chirurgie utérine obstétricale, París, 1913.

*Démélin.* — Six opérations cesariennes en cas de rétrécissement du bassin. — Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de París. — Juin 1908.

*Desnoues Robert.* — Doit on conserver l'accouchement prématuré provoqué dans le traitement de la dystocie par bassin rétréci? — These, Paris 1911.

*Doléris.* — Indications de l'Operation cesarienne. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. — 1910, pág. 117.

*Doléris.* — Moment et technique de l'Operation cesarienne conservatrice (cesarienne primitive aseptique). — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de París. — Juin 1909, pág. 189.

*Doléris.* — De l'Operation Cesarienne Classique. — Rapport présenté au V Congrès International d'Obstétrique et de Gynécologie Saint Petersburg, 1910, in Gynécologie. — Février 1911, página 81.

- Fournier.* — Reflexions sur 32 cas d'opération césarienne. — Société d'Obstétrique de Paris. — 19 Avril 1906.
- Gaignard Lion.* — Conduite à tenir dans le cas de contracture utérine au cours de l'accouchement. — These, Paris, 1910.
- Garnier M. et Delamare V.* — Dictionnaire des termes techniques de médecine. 5<sup>ème</sup> édition. A. Maloine, éd. Paris, 1912.
- Hartmann H.* — Gynécologie Operatoire. G. Steinheil, éd. Paris, 1911.
- Herrgott.* — Quelques considerations sur les sutures dans l'Operation césarienne. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1900, pag. 698.
- Kneisse Otto* (de Halle). — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1909.
- Latzko.* — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1909.
- Le Cointe.* — Contribution à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux d'origine congénitale. — Paris, 1908.
- Le Lorier.* — L'Obstétrique, 4<sup>ème</sup>. année, N. S. n.º 11 Novembre 1911.
- Lemoussu.* — Contribution a l'étude de l'Opération césarienne tardive, These. — Paris, 1908.
- Léopold.* — Monographie. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1911, pag. 51.
- Lepage.* — De l'Opération césarienne conservatrice

- chez une femme á terme. — Hemorragie par desunion totale de la paroi utérine. — Opération de Porro pratiquée 24 heures après l'Opération césarienne. — Guérison. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 15 Octobre 1906.
- Lepage.* — De l'Opération césarienne tardive. — Bulletin Médicale, 29 Mai 1907.
- Martell* (de Saint Etienne). — Hébotomie. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1910, pág. 826.
- Martínez, Mariano.* — Operación cesárea, pág. 5. — Manuscrito de 19 páginas con autógrafo del autor. Tesis de Doctorado, Bs. As. 1827. 1 volumen en 4.º
- Mercadé S.* — La periode post-opératoire. — Soins. — Suites. — Accidents. — Masson et Cie., éd. Paris, 1910.
- Mouchotte.* — Remarques concernant une série de quatorze opérations césariennes conservatrices. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 2ème. Série, Novembre 1908, pág. 633.
- Olshausen.* — De l'Opération césarienne et de ses indications dans les rétrécissements du bassin. — Congrès International de Moscou, Aout 1897. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Novembre 1897, pág. 377.
- Peralta Ramos, Alberto.* — Resultados alejados (funcionales y obstétricos) de la pubiotomía. — La Semana Médica. — Bs. As. 1910.

- Pinard.* — Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque dirigée par le Professeur Pinard, rédigé par Lepage et Mouchotte, publication annuelle, G. Steinheil, éd. Paris.
- Pinard.* — Therapeutique de la dystocie causée par viciation pelvienne a la Clinique Baudelocque (1889-1907). — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1907. — 2<sup>ème</sup> série. — Septembre, pag. 513.
- Potocki.* — L'Opération césarienne moderne. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Decembre 1889, pag. 428, et Fevrier et Mars 1890.
- Potocki.* — Opération césarienne pour rupture de l'utérus. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 2<sup>ème</sup> série, 1906, pag. 261.
- Pozzi A.* — Manuel d'accouchements. — Félix Alcan, éd. Paris 1902.
- Ribemont, Dessaignes et G. Lepage.* — Précis d'Obstétrique.—Masson et Cie. Paris 1904.
- Robert Auguste.* — Dystocie par atrésie cicatricielle du vagin. — These. — Paris 1904.
- Sellheim H.* — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique 1909.
- Singer.* — Des cicatrices césariennes abdominales classiques. — These, Paris 1908-1909, n.° 449.
- Tchébotarevsky.* — Dystocie par tumeurs du rectum. — These. — Paris, 1908.
- Van Leuwen.* — Anales de Gynécologie et d'Obstétrique, Octobre 1904, pag. 577.

*Vasseur.* — Q'advient-il d'un utérus gravide qu'a déjà subí l'opération cesariénne? — These de Lille, 1908, pág. n.º 21.

*Veit J.* — Der kaisersnicht in moderner, etc., Revue de Gynécologie, 1910, pág. 203.

*Witowski.* — Histoire des accouchements.

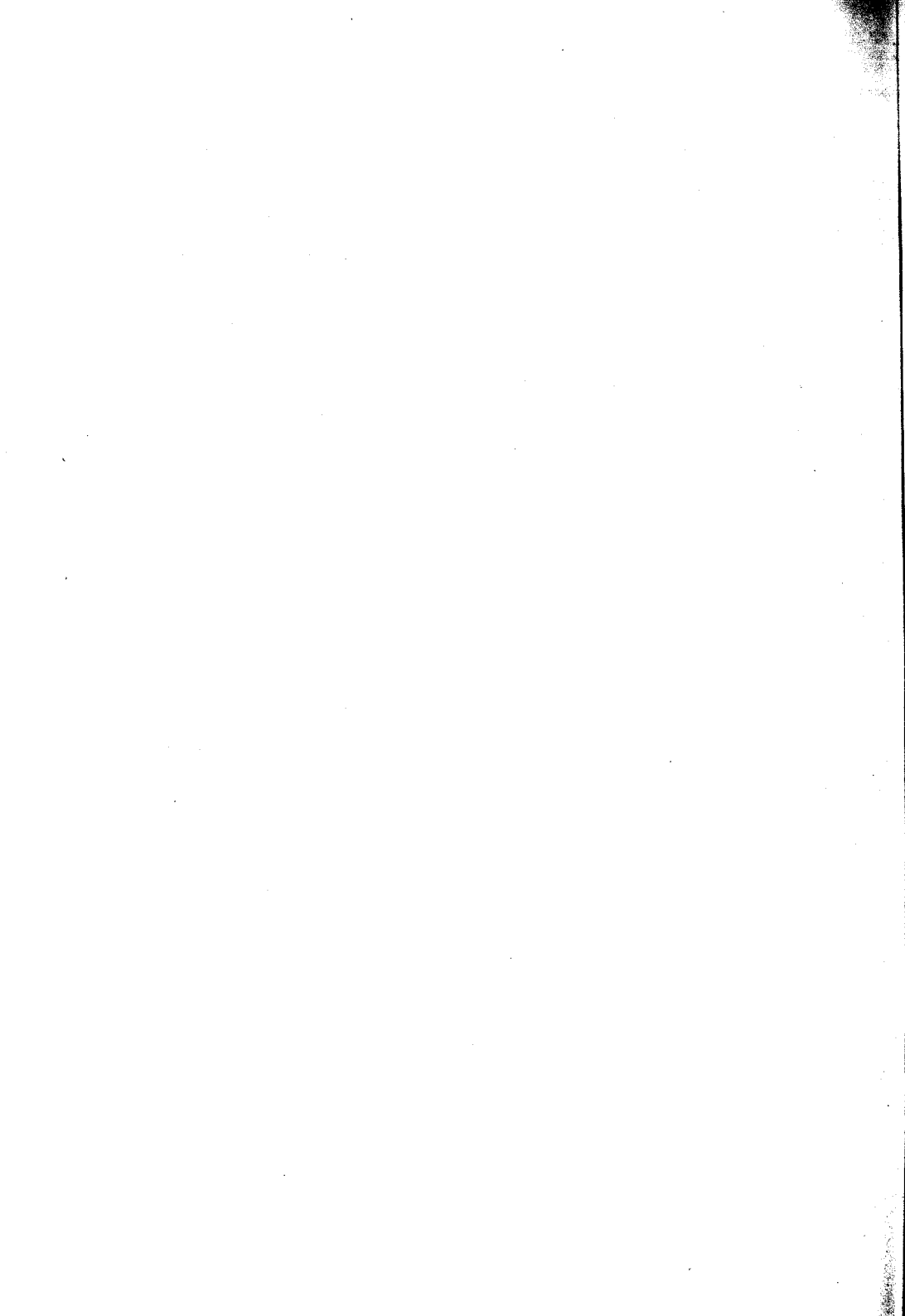
*Zárate, Enrique.* — Operación cesárea.—Tesis de Doctorado. Bs. As. 1893.

*Zárate, Enrique.* — Diversas técnicas de hebosteotomía (pubiotomía). — La Semana Médica, año XXI, n.º 10, pág. 533, Marzo 5 de 1914.

*Zárate, Enrique.* — Cesáreas tardías. — La Semana Médica, n.º 19, Mayo 7 de 1914.



30671



Buenos Aires, Abril 22 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Samuel Molina y al profesor suplente Dr. Faustino J. Trongé para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES  
*J. A. Gabastou*  
Secretario

---

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Indicaciones de la operación cesárea vaginal.

E. BAZTERRICA

### II

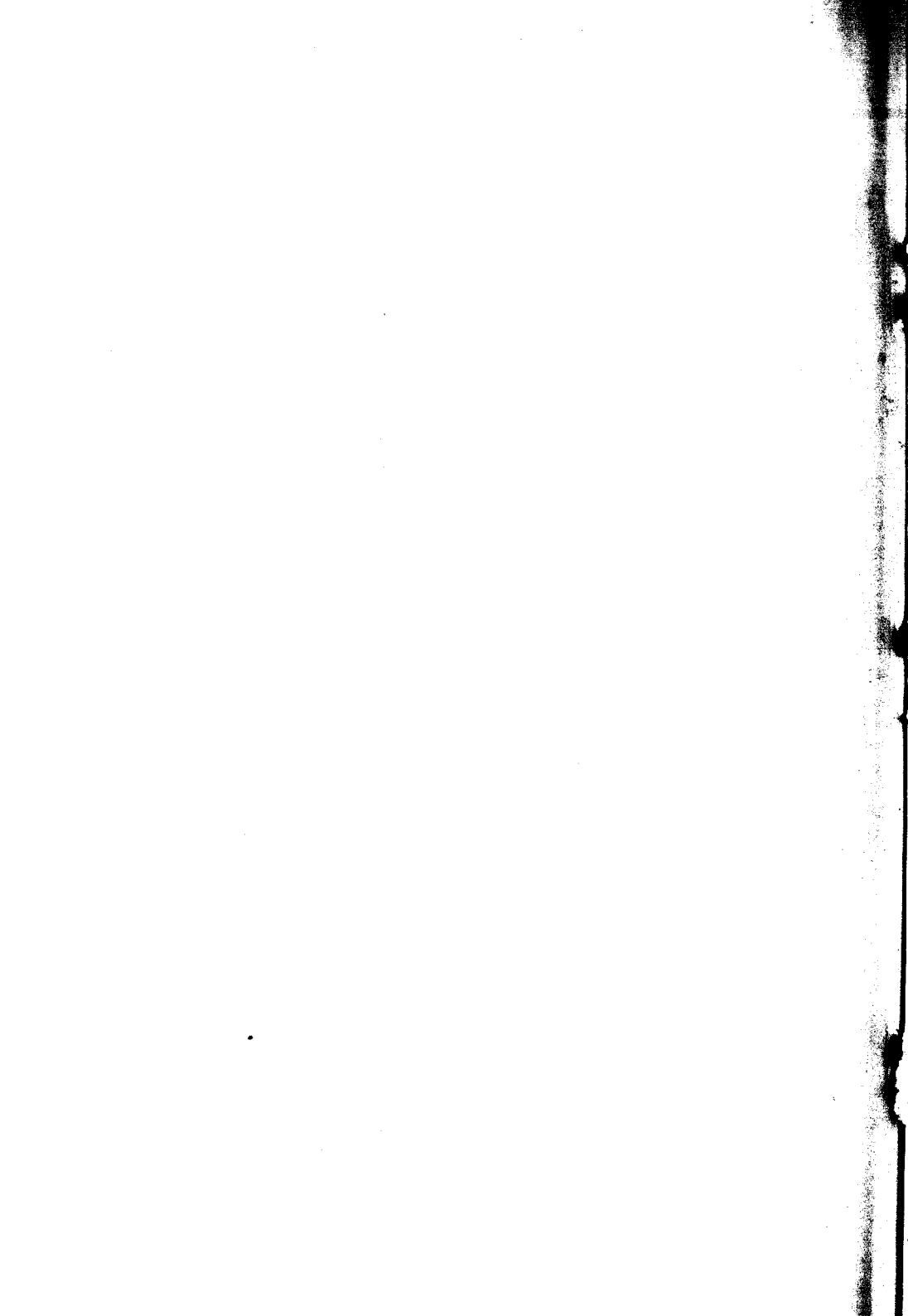
Budhatomía.

S. MOLINA

### III

Paralelo clínico entre la operación cesárea clásica y la operación cesárea tardía extra-peritoneal.

F. J. TRONGÉ



Buenos Aires, Abril 29 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2778 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES

*J. A. Gabastou.*

Secretario

---

