



Año 1916

Núm.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDIC

CESAREA SUPRASINFISIARIA
EXTRAPERITONEAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ISIDORO R. PALAVECINO



"LAS CIENCIAS"

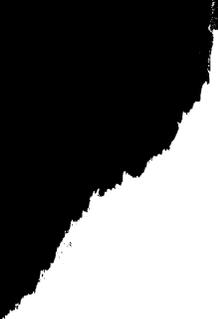
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

Mex. B. 1916

CESAREA SUPRASINFISIARIA

==== EXTRAPERITONEAL ====



Año 1916

Núm. 3062

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CESAREA SUPRASINFISIARIA

EXTRAPERITONEAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ISIDORO R. PALAVECINO



"LAS CIENCIAS"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

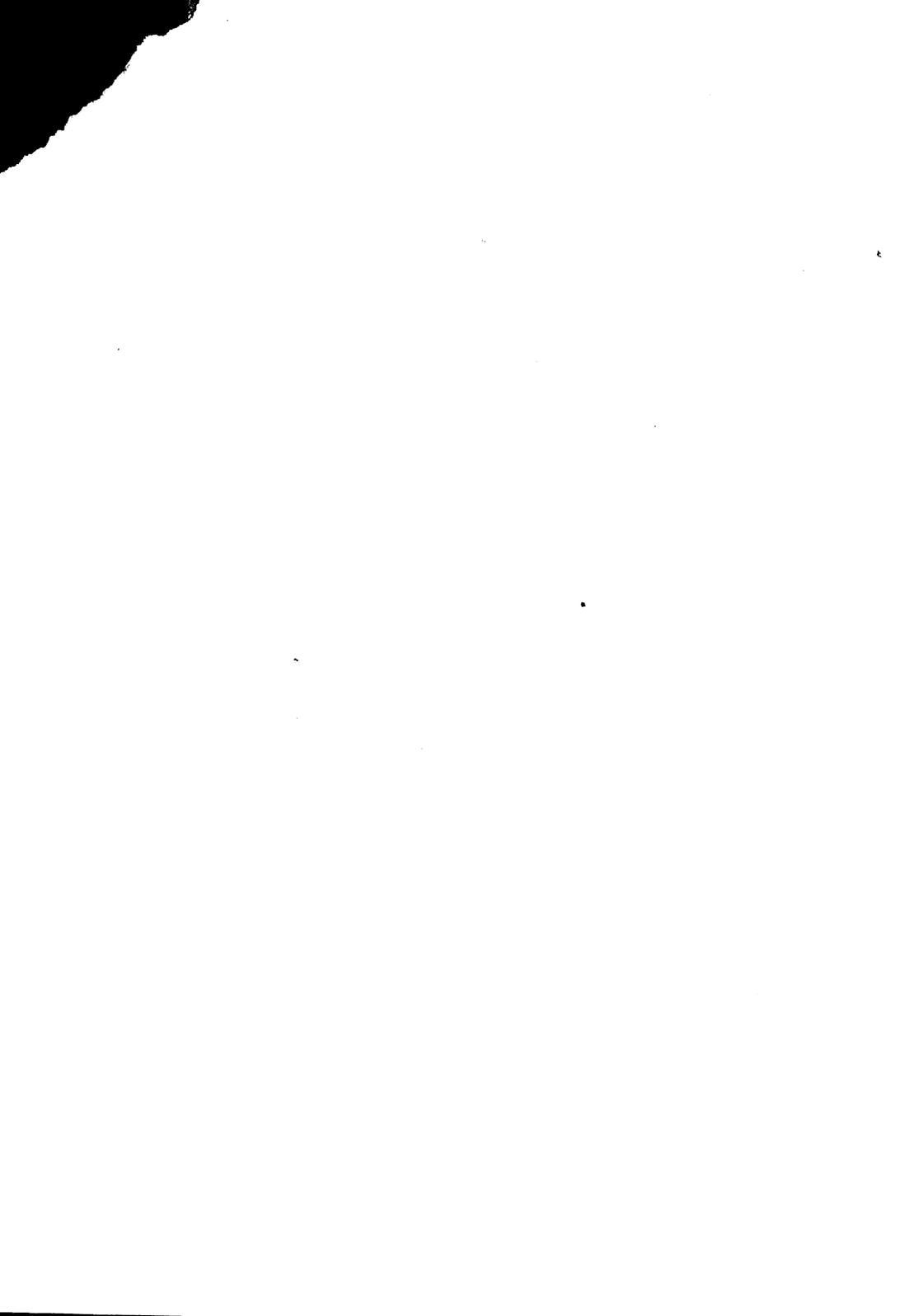
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
• • ENRIQUE BAZTERRICA
• • ENRIQUE ZÁRATE
• • PEDRO LACAVERA
• • ELISEO CANTÓN
• • ANGEL M. CENTENO
• • DOMINGO CABRED
• • MARCIAL V. QUIROGA
• • JOSE ARCE
• • ABEL AYPEZA
• • EUFEMIO UBALLES (con lic.)
• • DANIEL J. CRANWELL
• • CARLOS MALBRAN
• • JOSÉ F. MOLINARI
• • MIGUEL PUIGGARI
• • ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

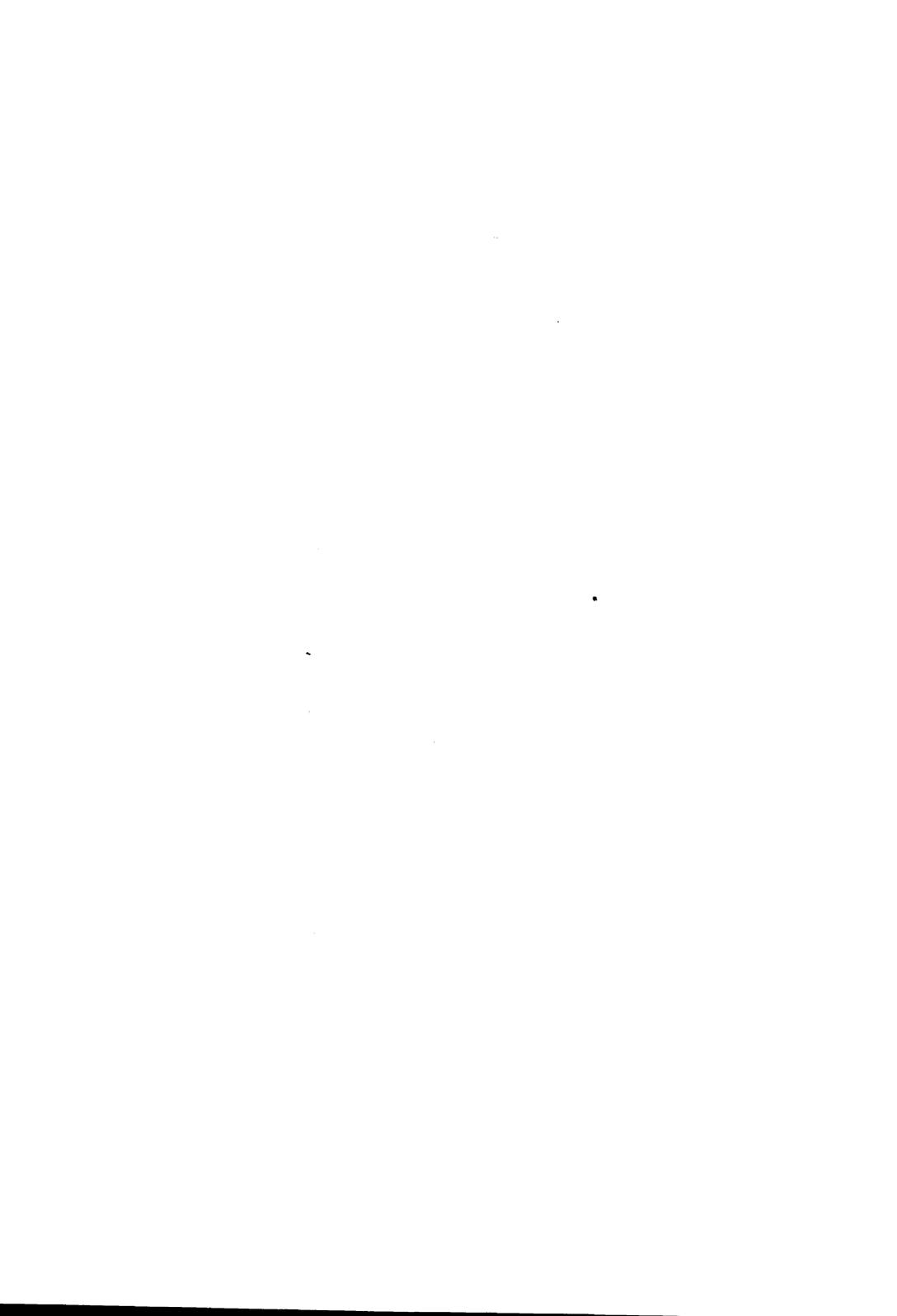
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
• • JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

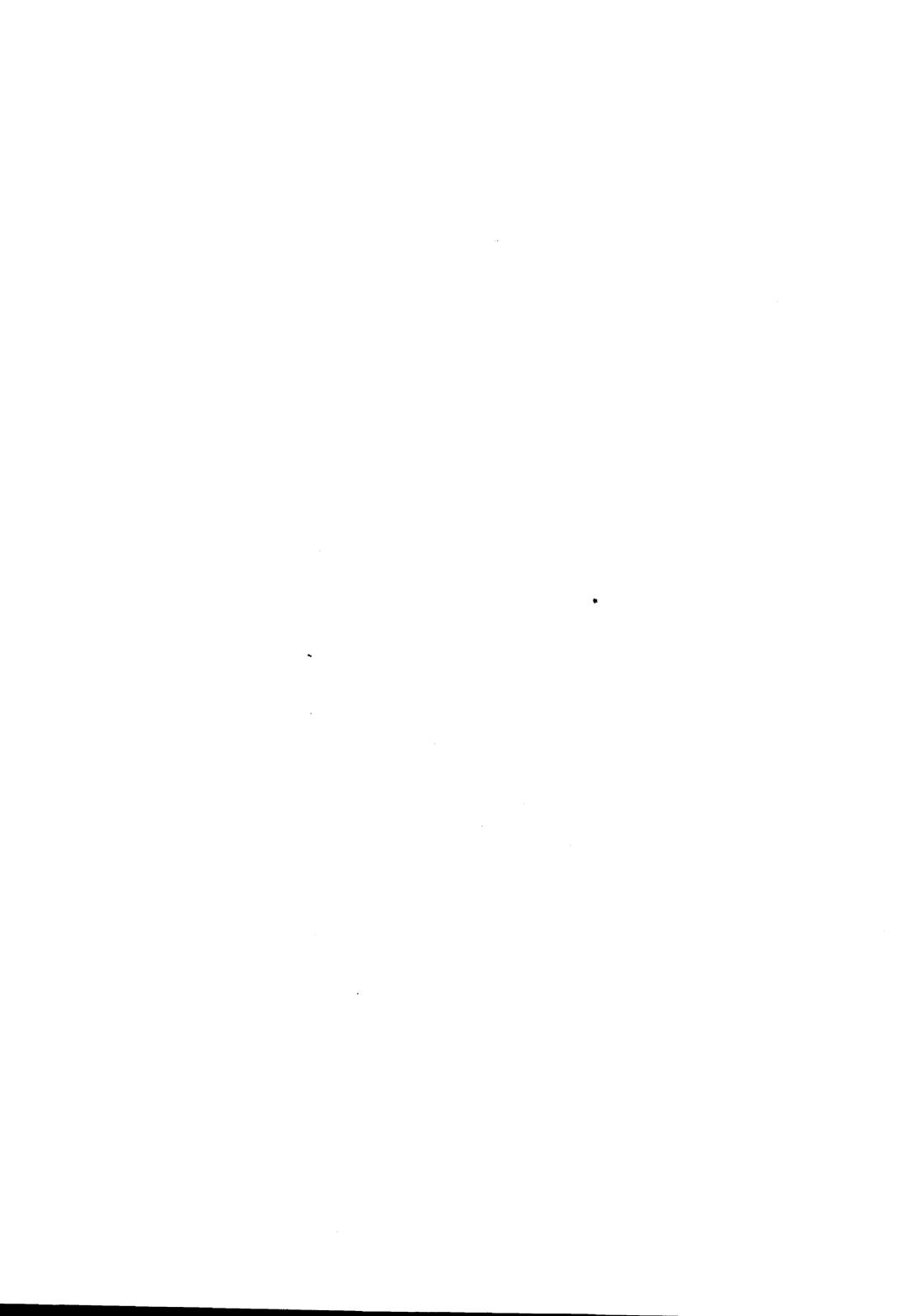
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- JUVENCIO Z. ARCE
 - PEDRO N. ARATA
 - FRANCISCO DE VEYGA
 - ELISEO CANTON
 - JUAN A. BOERI
 - » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIF
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIOGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

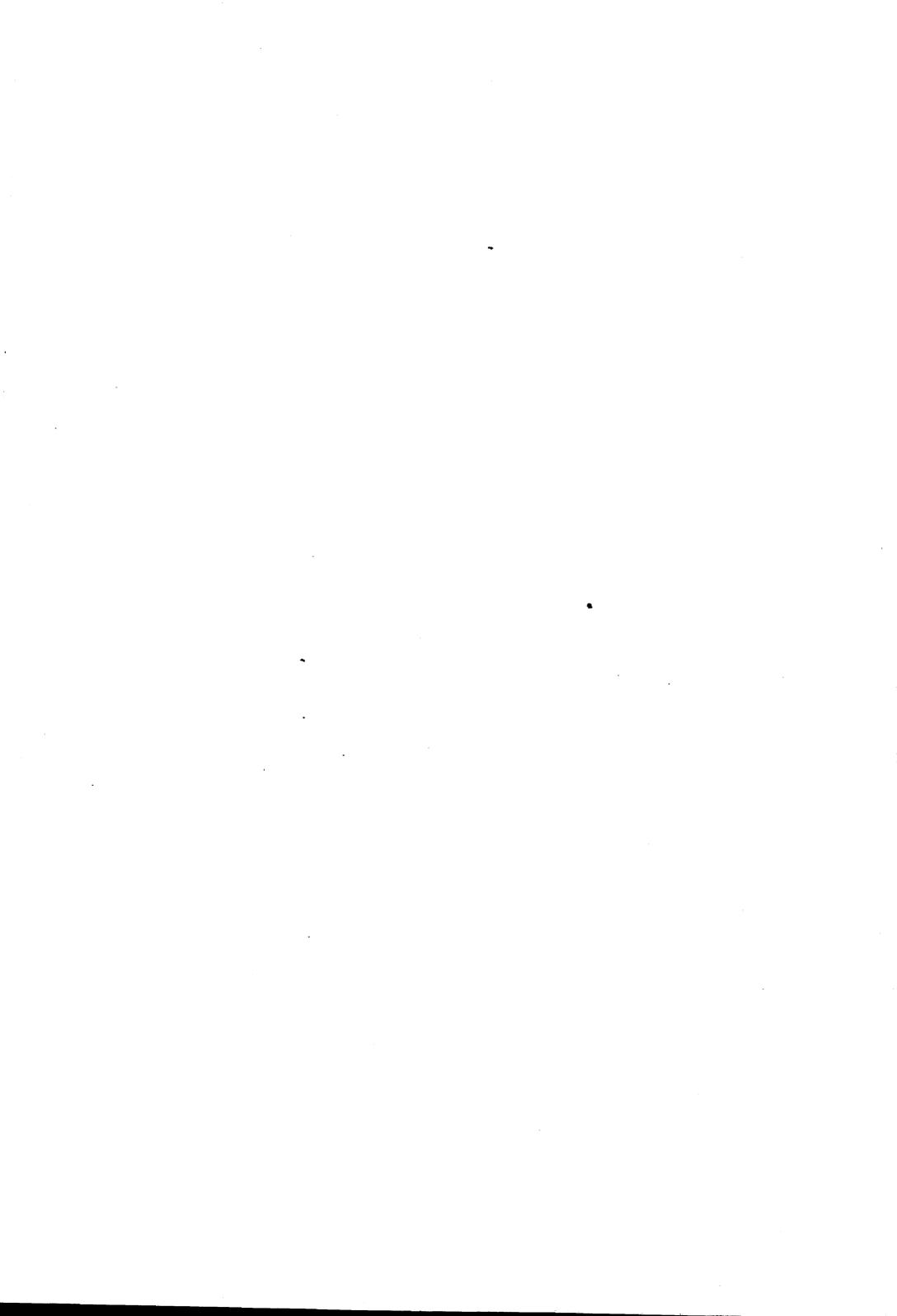
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. SAROLDI
	" EUGENIO GALLI
	" FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana.....	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALARCE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
Anat. Patológica.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	" ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria.....	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLAS V. GRECO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
» Epidemiológica.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
» Oftalmológica.....	" FERNANDO R. TORRES
» Oto-rino-laringológica.....	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
Patología interna.....	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARIÑO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
Clinica Quirúrgica.....	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
» Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
» Pediátrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
» Obstétrica.....	" FAUSTINO J. FROMGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
Medicina legal.....	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	DR. 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

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas.....	„ OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
	„ LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica.....	„ ANGEL SABATINI

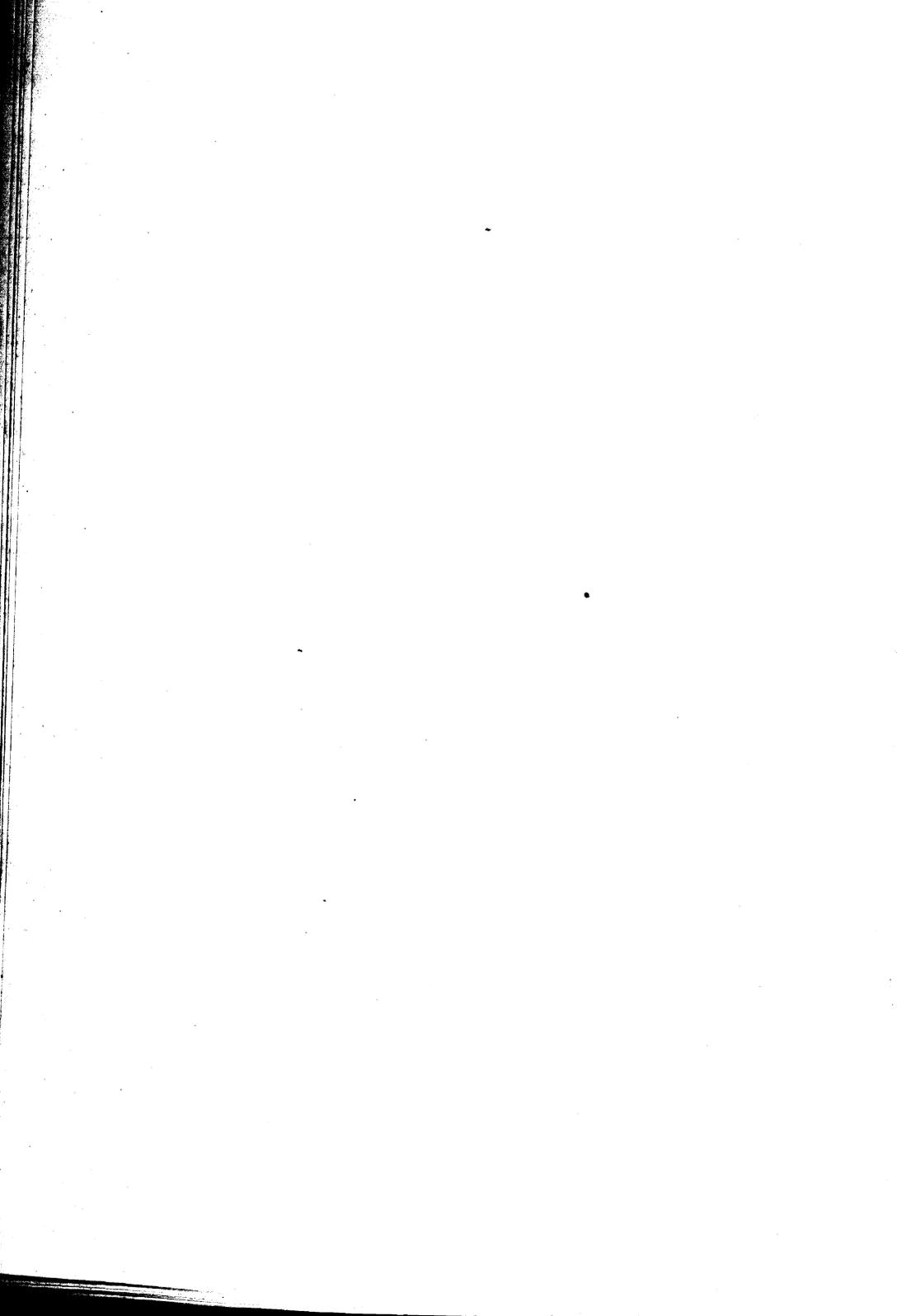


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

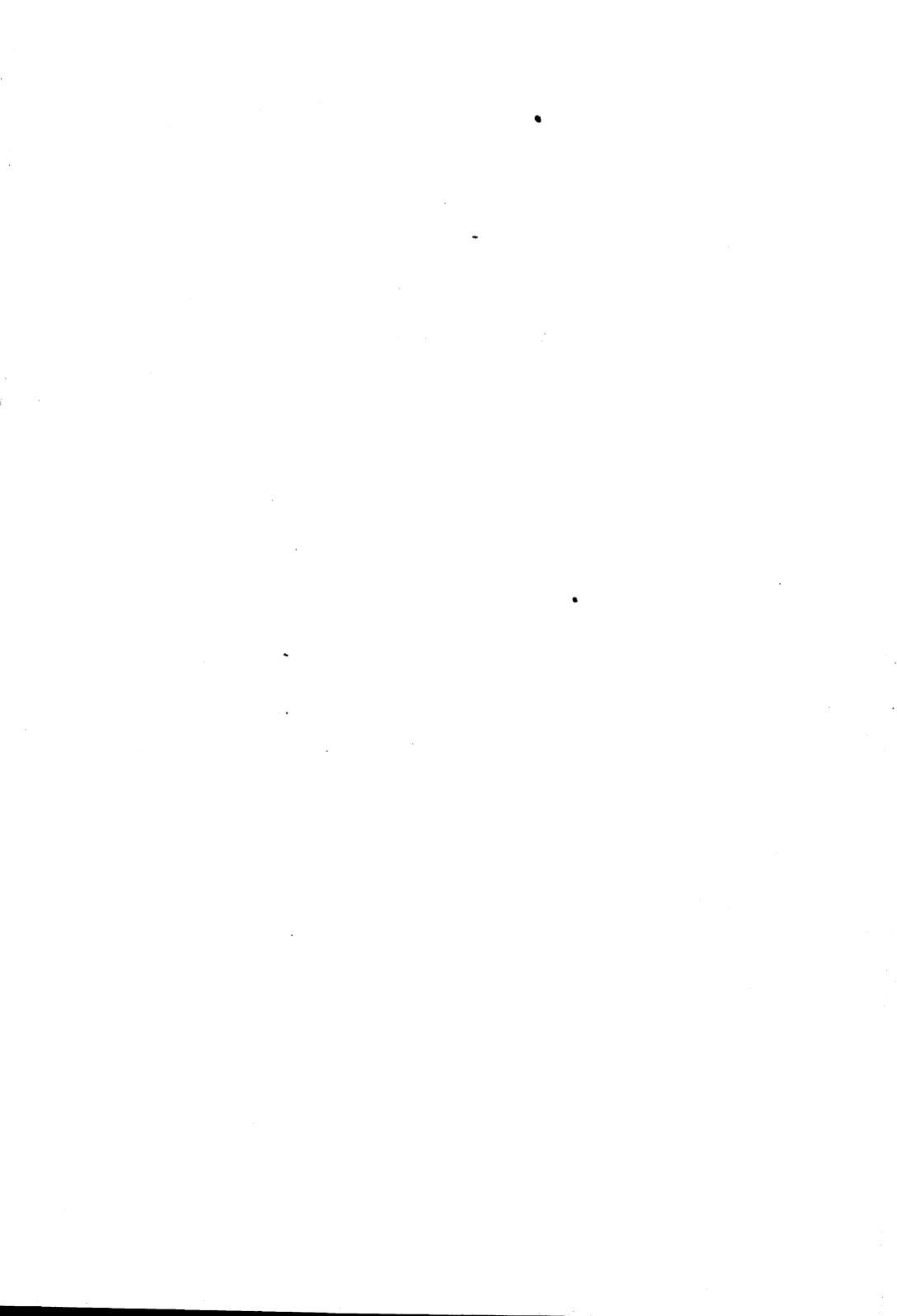
Catedráticos suplentes

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



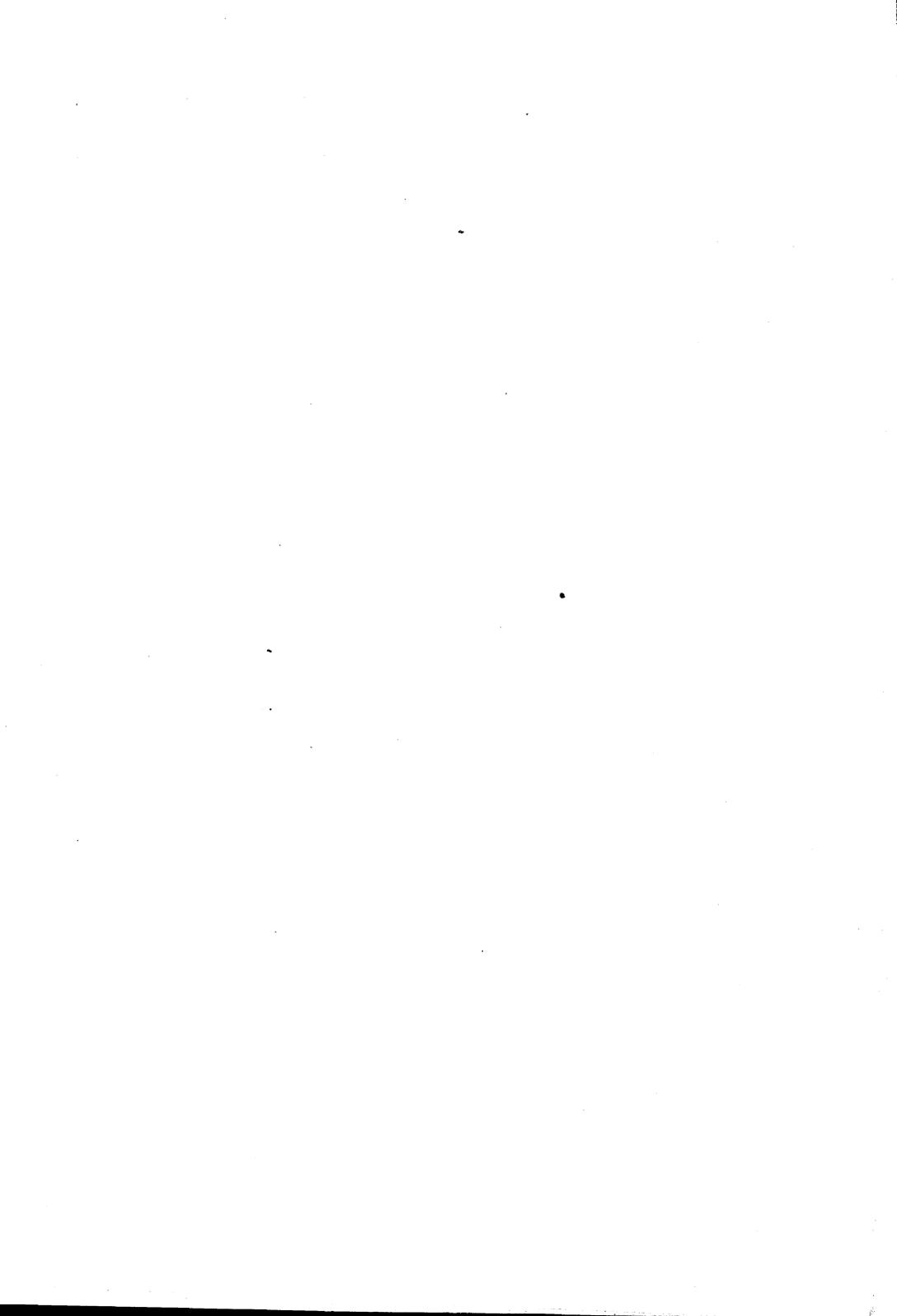
ESCUELA DE PARTERAS

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



PADRINO DE TESIS:

Dr. JUAN CARLOS RISSO DOMINGUEZ



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

El hecho de haber cumplido con la última obligación que los reglamentos de la Escuela imponen para conferir el título de doctor en Medicina, no quiere decir que ella ha terminado, si antes no va precedida de la exteriorización de un sentimiento de gratitud, que es síntesis de la vida de estudiante.

Por eso, yo no quiero irme de esa Escuela, sin dejar constancia de mi agradecimiento hacia todos los que fueron mis profesores, y en particular del que les reservo a mis Maestros los doctores Ignacio Allende y José A. Esteves, para quienes guardaré toda mi vida, el respeto del hombre y el cariño desinteresado del discípulo.

Debo agradecer también, al doctor Tomás A. Chamorro, a cuya gentileza debo el honor de presentar aquí, la historia de la primer operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal practicada por él

entre nosotros, en la Maternidad del Hospital Alvarez, servicio del profesor Enríquez, y al doctor Daniel Thamín, jefe de salas del Hospital Muñiz, quien nunca omitió un solo sacrificio, porque me fuera comprensible el estudio de la clínica epidemiológica.

El profesor suplente de Clínica obstétrica, doctor Juan Carlos Risso Domínguez, por doble motivo; por haberme enseñado y por dispensarme la amabilidad de acompañarme como padrino de esta tesis.

CAPITULO I

Historia de la cesárea

Pretender hacer historia de la operación cesárea, dejando de lado lo fantástico de su era mitológica, sería mutilarle sin consideración, todo lo que de interesante en su desenvolvimiento ella tiene, puesto que es ésta una operación que podríamos colocarla tal vez entre las más antiguas de la medicina y sin ningún temor como la reina y madre de las operaciones obstétricas.

Cuenta la leyenda que aquel Dios que personificaba al Sol, aquel popularísimo Dios de la Grecia, Apolo Deliano, producto del amor de Júpiter y Latona (según reza el himno homérico) fué el primero en practicar la operación cesárea, abriendo sobre la hoguera el vientre de Coronis en quien había concebido un hijo, naciendo allí y en forma tan

original el padre de la medicina Esculapio Corónidas, mezcla de hombre mítico y personaje real.

En verdad, la operación cesárea desde sus primeros tiempos, hasta el siglo XVI, se caracteriza porque ella fué únicamente practicada en la mujer muerta.

La obligación de abrir el vientre de la madre, para extraer el niño cuando éste era viable, estaba prescrita entre los romanos por una ley atribuída a Numa Pompilius, llamada *lex regia*.

Plinio dice, que el primero de los Césares, nació por esta operación, de donde, según diversas opiniones, le dió este nombre.

Más tarde la religión cristiana, recomendó se practicara con el fin de administrar al niño las aguas del bautismo, llegando la exageración religiosa a un grado tan extremo, que no sólo se abría el vientre de las embarazadas de los primeros meses, sino también que era ejecutada en toda mujer muerta, que se la sospechaba de tal.

Es así como se explica, el por qué durante mucho tiempo, esta operación haya sido realizada por los sacerdotes.

Según Sacombe, dice que Enrique VIII, Rey de Inglaterra, fué el primero que hizo extraer vivo del vientre de Juana Seimour a Eduardo VI, que vivió dieciseis años y que nació a costa de la vida de su madre.

En el concepto de Jacquemier, la primera operación cesárea se practicó en 1491, pero lo cierto es que en el año 1500, Jacques Nuffer de Sigershausen (Thurgovia), la practicó en su mujer Elisabeth Alespach a los cinco o seis días de estar de parto, con tan buenos resultados para el célebre esposo que oficiaba de castrador de puercos y cirujano, que a despecho de los que en la época se consideraban verdaderos, consiguió con todo éxito, la vida de la madre y del niño.

Desde esa fecha, queda la operación cesárea sumida en una especie de verdadero olvido, hasta que en el año 1581 aparece un tratado escrito por Rousset que se titulaba «Nuevo tratado de histerotomotokia o parto cesáreo», en el que decididamente llamaba la atención, sobre los beneficios que podía aportar la operación cesárea practicada en la mujer viva. Esta operación tan recomendada por Rousset fué llevada a cabo con toda desconfianza, no sólo por ser su técnica muy defectuosa, sino también porque la falta de higiene y el desconocimiento de lo que hoy llamamos asepsia y antisepsia, impusieron hasta el fin del siglo XVIII, fuese considerada como una operación de gran excepción.

En el año 1704 aparece para la operación cesárea, un estusiasta defensor, éste era Roullan, quien se esfuerza por demostrar la eficacia del método,

pero como Sigault practicara con todo éxito en 1777 la sinfisiotomía, dió lugar a que surgieran decididos partidarios de ambos procedimientos, siendo defensores de la operación cesárea Lauerjat, Simon y Beudelocque, dando como resultado final, un conflicto de opiniones tales que provocó la célebre controversia entre los sinfisianos y los cesareanos.

Durante todo el siglo XIX, la operación cesárea clásica, queda considerada y con justa razón, como la operación más temible de la obstetricia, y si bien es cierto que desde el 21 de mayo de 1876, puede decirse que data la era moderna de la cesárea en que Porro hace por primera vez seguir con todo éxito, la incisión uterina, de la amputación supraveginal del cuello, también es verdad que desde el 27 de febrero de 1877, día en que Lauerjat practica con toda felicidad la operación cesárea en la mujer de la calle Petits-Champs, hasta el 4 de julio de 1886, los cirujanos de París, no recogieron más que fracasos tras fracasos.

Los hechos reales y positivos obtenidos por Porro y auxiliados por los progresos de la antisepsia, formaron alrededor del partero de Pavia, un verdadero núcleo defensor de su procedimiento, hasta el punto de llegar a sospechase por un instante, que la operación mutiladora de Porro, reemplazaría defi-

nitivamente, a la más antigua de las operaciones obstétricas. Felizmente no fué así; porque los parteros en su eterno afán de realizar una cirugía honestamente conservadora, volvieron sobre sus pasos, deliberando individual y colectivamente sobre cuál sería la forma más razonada de imprimir a la clásica operación modificaciones y perfeccionamientos tales, que le permitieran guardar, de acuerdo con la bondad y eficacia del procedimiento, su viejo nombre de Cesárea.

Es de aquí que nacen nuevos métodos y de aquí también, la idea de abordar el útero por vía extraperitoneal, idea que la vemos más tarde llevada a la práctica por Von Jorg, de Leipzig, en 1806. Practícala Ritgen en 1821 y Physick en 1822, mientras Beaudelocque *neveu*, en cambio de la histerotomía, la realiza en 1823.

En el año 1870, la vemos aparecer con Thomas Gaillard, Skene y Gillete, que operan 6 casos en New York y en el mismo año con Hime y Edis en Inglaterra.

En esta época la mortalidad de la cesárea extraperitoneal era del 50 % para la madre y de 42,8 % para el niño; y mientras las estadísticas de la cesárea clásica, no daban en París ninguna curación, la mortalidad materna en la campaña llegaba al 80 %.

En nuestros días en el Congreso de Lisboa, Fritz Frank en 1906, da a conocer su método suprasinfisiario, presentando en su apoyo 7 observaciones.

Haciendo un resumen de la Cesárea Suprasinfisiaria, podríamos decir que su historia ha pasado por cuatro fases.

- 1.^a Creación por Frank de la cesárea suprasinfisiaria transperitoneal ;
- 2.^a Repetición por Sellheim de la antigua cesárea extraperitoneal ;
- 3.^a Abandono de este método y renacimiento de la vía transperitoneal ; y
- 4.^a Vuelta nuevamente al método extraperitoneal (Jeannin).

CAPITULO II

Concepto obstétrico de las cesáreas

Como hemos dicho ya, es la cesárea muy vieja, tan vieja, como su madre la obstetricia, quien tuvo la suerte de gestarla en horas felices para todas aquellas parturientas, en que habiendo una des-armonía tan manifiesta entre la pelvis materna y el feto o del feto con relación a la pelvis, necesitaron crear, a juicio de los antiguos cirujanos y modernos, un procedimiento tal que les permitiera colocar, dentro de las mayores garantías posibles, el sumum de probabilidades de vida, tanto para la madre como para el feto mismo. De ahí, la necesidad de perfeccionar la vieja cesárea y de ahí también, las distintas cesáreas con sus distintos nombres, sea clásica, vaginal, extraperitoneal, nada importa, todas ellas son ramas del mismo árbol, y todas han perseguido

y perseguirán en su adelanto, el más elogioso de los fines que en su vida se haya propuesto el médico partero, pretendiendo por su intermedio acercarse al parto natural, verdadero principio de la cirugía obstétrica.

¿Cuál es pues el concepto que debemos de tener de las cesáreas? La respuesta nos obliga necesariamente a desdoblar el pensamiento, puesto que, seríamos erróneos, si pretendiéramos incluir a la vez en ella misma, opiniones que por su índole distinta se rechazan, desde el momento que dicho concepto, no sólo depende del instante en que ellas se realizan, sino también del estado anátomo-fisiológico de la mujer por librar.

En nuestro modo de entender y ajustándonos a lo dicho anteriormente, creemos que en la hora actual, ninguna de las cesáreas pueden ni deben ser despreciadas, puesto que procederíamos muy mal después de las lecturas recogidas, si aconsejáramos sistemáticamente la cesárea extraperitoneal, a pesar de ser ella el tema de nuestra tesis. ¿Por qué? Porque como hemos dicho, cada una tiene sus indicaciones precisas, en momentos determinados, y si aceptamos que Baumm operó por el procedimiento de Dührssen, 12 enfermas casi todas por cáncer uterino, y aunque no estamos de acuerdo con Bar, Brindeau y Chambrelent, cuando dicen que la his-

terotomía puede llevarse a cabo en toda época del trabajo, no podemos tampoco dejar de reconocer, que la operación de Latzco, Döderlein y Küstner, tiene su perfecta indicación, en los casos sospechosos, de mujer infectada.



CAPITULO III

Consideraciones anatómicas del útero y las modificaciones que sufre en el estado de gravidez

Siguiendo la opinión del profesor Bar, diremos con Roberto Baudson, que el aparato genital de la mujer es una glándula con su canal excretor, glándula la cual está formada por los ovarios y cuyo canal excretor lo representan las trompas, el útero y la vagina respectivamente.

Es a esta parte del aparato genital, a la que le corresponde una doble función, no sólo porque debe retener el producto de la fecundación un tiempo determinado, sino también porque llegado ese término, está en la imperiosa obligación de lanzarlo al exterior.

Cada una de estas funciones, pertenece a un grupo particular :

1.º El huevo es conservado hasta su completa madurez; este papel le corresponde a la mucosa del cuerpo, mientras que el orificio interno del cuello, desempeña la función de barrera fisiológica del órgano, propia expresión de R. Baudson.

2.º Una vez que el huevo ha llegado a su completo desarrollo, es como hemos dicho ya, expulsado al exterior y el papel de órgano excretor que le queda por representar, está desempeñado por la capa muscular del cuerpo uterino, capa que termina hacia abajo en el espacio comprendido por el anillo de Bandl y el orificio interno del cuello. Por debajo de este orificio, el aparato genital está histológicamente constituido como lo está el cuerpo, por una mucosa y musculosa, que viene a formar el llamado canal vésico-vagino-perineal, mucosa y musculosa que son impotentes para poder realizar en el caso que a cada una le corresponde, el papel fijador del producto, como le estaría encomendado a la primera y de expulsión a la segunda, impotencia que resulta de la razón de que ellas únicamente desempeñan un rol de canal de tránsito, capaz de reblandecerse para dar paso al feto a término. Tan es así, que si dejáramos de lado las trompas que son las vías de acceso, sólo nos quedaría el cuerpo que es el que fija, nutre y expulsa al huevo, y por último, el cuello y la vagina que son en resumen, segmentos de extensión y de pasaje.

Debemos de hacer recordar aquí, que normalmente, toda la mucosa del cuerpo, no está en condiciones de actitud para prestar su inserción fisiológica a la placenta y que en el caso de sucederse, llevándose a cabo por debajo del anillo de Bandl, es decir, en la zona comprendida entre este anillo y el orificio interno del cuello, en todo lo que más tarde será segmento inferior, se producirán una serie de accidentes tanto más graves, cuanto más baja y central se haga dicha inserción. ¿Por qué? Porque si dicha placenta llegara a fijarse en la parte de mucosa que hemos dicho, será más tarde segmento inferior, sucederá que al distenderse éste por la razón misma del embarazo, tendrá también conjuntamente que dilatarse dicha placenta y como resulta para el caso que su tela es poca, se producirán necesariamente despegamientos de la misma, acompañada de hemorragias que podrán ser de mayor o menor intensidad. De aquí resulta, dice Baudson, que no hay concordancia entre los límites del aparato de injerto y del aparato de expulsión; un corto espacio los separa, ésta es la zona ístmica que como sabemos ya, está comprendida entre el anillo de Bandl y el orificio interno del cuello. A este le sigue la otra porción del aparato de expulsión que está formada por el canal vaginal-pe-rineal.

RELACIONES DEL UTERO CON LOS OTROS ORGANOS

El peritoneo parietal desciende de la pared abdominal anterior con la cual sus inserciones son poco marcadas y formando un ligero fondo de saco prevesical, pasa sobre el fondo de la vejiga, con la que contrae adherencias en una extensión que puede considerarse de 2 a 3 centímetros. Luego desciendo flojamente delante del útero para formar el fondo de saco vésico-uterino, pero sin alcanzar la parte más declive, o sea el orificio interno del cuello. Cuando el peritoneo se alza sobre la cara anterior del útero, él no se adhiere más que en su tercio superior, recubre el fondo de éste al que está íntimamente unido, desciende luego más bajo que el orificio interno por la cara posterior y forma el fondo de saco rectovaginal, el cual está situado en un plano mucho más inferior que el fondo de saco vésico-uterino. En esta cara posterior, el peritoneo se adhiere hasta la mitad del cuerpo. Sobre los bordes laterales, las hojas del peritoneo que recubren las dos caras, se aplican la una sobre la otra, para dirigirse en seguida hacia las paredes laterales de la pelvis, dando origen a una lámina regularmente cuadrilátera, cuyo borde superior libre, delgado y movable y cuyos bordes restantes son gruesos y se fijan por una

parte a la pared lateral de la pelvis y al suelo pelviano y por otra parte al útero. Esta lámina que forma a derecha e izquierda de la matriz como dos alas, las alas del útero, no es otra cosa más que el ligamento ancho (L. Testut). Por intermedio de los ligamentos anchos el útero se pone en relación con el segmento pelviano de los uréteres.

El peritoneo pone también en relación al útero, hacia adelante con la vejiga, hacia atrás con el recto, a los lados con los ovarios, las trompas, los uréteres, las arterias y venas uterinas y los fondos de saco laterales de la vagina. Además de todas estas razones que importan al peritoneo, existe también un sistema de sostén del aparato genital, el que puede dividirse : en aparato de suspensión, compuesto por los ligamentos anchos de los cuales nos hemos ocupado ya, por los ligamentos redondos anteriores que llevan el fondo del útero hacia adelante impidiéndole todo movimiento de vástula y por último los ligamentos redondos posteriores o ligamentos útero-sacros, que marchan del fondo del útero a la región sacra.

El aparato de sostén inferior, es el que en realidad proporciona al útero su estática ; él está constituido por un tabique de dirección antero-posterior, que se extiende del pubis a la región sacra, engar-

zando por decirlo así, en este recorrido, a órganos como la vejiga, el útero y el recto.

De un punto de la cara anterior y partes laterales que corresponde al nivel del orificio interno, parten del útero las fibras que forman los ligamentos útero-vésico-pubianos, que como su nombre lo dice, salen del útero y dirigiéndose hacia adelante, pasan por la vejiga para irse luego a insertar en la cara posterior del pubis.

Por la pared posterior, tenemos los ligamentos llamados útero-sacros de constitución mucho más resistente que la de los anteriores, ellos parten del sacro, pasan adhiriéndose al recto y terminan en el útero en el punto donde nacen las fibras de los ligamentos anteriores. Resumiendo podría decirse, que el sistema ligamentoso del útero, está compuesto por un aparato de sostén que fija el cuello uterino mucho menos por delante que por detrás y accesoriamente de un aparato de sustentación superior, cuya solidez es escasa hacia adelante y muy floja por detrás.

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS DEL ÚTERO EN ESTADO DE GRAVIDEZ

Fecundada la mujer, el huevo se fija a la mucosa del cuerpo, hasta el momento en que llega a su

completo desarrollo. Pero, hay un instante del proceso, en que el volumen del contenido sobrepasa los límites de capacidad del continente, y es entonces, en este tiempo, diríamos, del desarrollo ovular que se plantea el siguiente dilema : o el huevo se ve obligado a escapar al exterior o solicita del útero derecho de domicilio, derecho que al realizarse a expensas del reblandecimiento del cuello, el orificio interno empieza a ceder. Al mismo tiempo, al nivel del istmo, dicho reblandecimiento es tan intenso, que se produce el alargamiento de las fibras musculares, las que más tarde darán lugar a la formación de lo que entendemos por segmento inferior, el cual por ausencia de la capa media a ese nivel, le facilita un mayor aumento, debido a que sus capas externa e interna gozan de gran extensibilidad.

Como hemos dicho, será la zona del istmo, la que formará más tarde por alargamiento de sus fibras musculares, poco contráctiles a ese nivel, el segmento inferior y al mismo tiempo que esto suceda, el anillo de Bandl se irá elevando por sobre el orificio interno que aún en este instante permanece todavía inmóvil. El alargamiento del segmento inferior no es uniforme y es así como vemos, que mientras adelante el aumento se hace bien manifiesto, atrás en cambio, la extensión está dificultada por las sólidas inserciones peritoneales que ya

hemos tenido oportunidad de apuntar, las que, fijando fuertemente el órgano, le imposibilitan su ascenso, que es lo que en cierto modo contribuye también a facilitar dicho alargamiento.

Vemos pues, dice Baudson, que durante el embarazo se forma un nuevo elemento del canal excretor, elemento que desempeña un papel capital y preponderante en el momento del parto; es éste, el segmento inferior.

DEL SEGMENTO INFERIOR Y SUS VASOS SANGUINEOS

Como ya hemos dicho, la musculosa es impropia para la expulsión, ella es un canal de pasaje cuya flexibilidad permite la salida del huevo a término. Hemos visto también en el párrafo anterior que se distiende mejor hacia adelante, pudiendo tomar las dimensiones considerables, al llegar al término, de 12 centímetros por 4 milímetros de espesor.

Esta parte inferior del útero está desprovista de anastomosis vasculares sobre la línea media que es el punto de soldadura de los canales de Müller primitivos, siguiendo un espacio en forma de losange, cuyas extremidades agudas son una superior y

otra inferior y en donde está indicado llevar la incisión. Las redes venosas son laterales; la vena coronaria según Henning falta a menudo; por otra parte no podría ser alcanzada.

MODO DE COMPORTARSE EL PERITONEO

El peritoneo de la pared abdominal anterior va a la manera de un puente hacia la pared abdominal posterior, pasa por sobre la vejiga, se detiene un poco más sobre el fondo de saco del útero y se adhiere en mayor extensión a la cara posterior que a la cara anterior de éste. Los órganos pelvianos se hacen más o menos independientes los unos de los otros a causa del ablandamiento que sufre el tejido celular que los une y es atendiendo al relajamiento de los ligamentos y de las inserciones del peritoneo que el segmento inferior tiene mayor campo para desarrollarse, tomando las considerables dimensiones que hemos indicado ya, al mismo tiempo que se explica el por qué la serosa peritoneal no experimenta estiramientos ni efracciones.

Es de aquí, de estas dos razones anatómicas tan fundamentales, alargamiento y reblandecimiento y de la idea de evitar las peritonitis, que hace la ce-

sárea suprasinfisiaria de Frank, modificada luego por técnica más precisa, como lo es la del procedimiento Latzco-Döderlein y Küstne.

MODIFICACIONES QUE SE PRODUCEN ENTRE EL
UTERO Y LOS DEMAS ORGANOS

Hacia el fin del embarazo, el fondo del útero se encuentra de una parte, en relación con los órganos abdominales como consecuencia de su ascensión, mientras que de otra, al descender el cuello en la vagina, modifica las relaciones que este órgano mantiene con los vasos, hasta el punto que el cayado de la uterina puede, en ciertos casos, descender tanto, que explicaría por esta causa, la razón de como muchas veces las desgarraduras bajas alcanzando los paquetes vasculares, darían lugar a grandes hemorragias.

De la vejiga — Durante el embarazo, la vejiga está aplastada y dividida en dos sacos: abdominal y pelviano (Saexinger), por regla general asimétricos.

Las adherencias intervésico-uterinas se hacen muy flojas (Bonnaire), lo que hace perder a la ve-

jiga uno de sus medios de fijeza. Permanece unida a la vagina, y la separación del cuello uterino y de la vejiga se hace fácilmente sin pérdida de sangre.

De todo lo estudiado se deduce que durante el embarazo, las vías de pasaje bajo la tensión del útero van formándose lentamente, como sucede con el desarrollo del segmento inferior, el cual puede aumentar porque no se adhiere a nada por delante y porque no sólo los lazos que lo unen a la vejiga y al peritoneo aumentan en la mujer en cinta la flacidez que normalmente ellos tienen, sino también porque dicha flacidez, aunque pequeña, existe todavía hacia atrás y porque el límite de adherencia del peritoneo al útero, está fijado en la línea que corresponde al anillo de Bandl.

Modificaciones que se producen durante el trabajo — En este tiempo, interviene un gran factor que es la contractilidad del cuerpo uterino, la cual se lleva a cabo por intermedio de su capa muscular, que al entrar en función, arroja el huevo hacia el orificio interno con todo su poder, orificio que, obedeciendo a la causa misma del empuje, se borra y se abre distendiéndose. El canal cervical, sufre centrífugamente la misma distensión e idéntico es lo que al orificio externo le pasará, de donde resulta que estando el cuello primeramente borrado y lue-

go profunda y suficientemente dilatado, da paso al huevo, el que penetrando en la vagina también la estira y la distiende. El periné corre la misma suerte y presentando los mismo fenómenos, es el huevo expulsado al exterior.

CAPITULO IV

Indicaciones clínicas de la cesárea suprasinfisiaria - Contraindicaciones

Al abordar en este capítulo cuarto, el tema que corresponde a las indicaciones de la cesárea suprasinfisiaria, no podríamos dejar en modo alguno de declarar sinceramente, que es en justicia un tema que por su anarquía, nos ha obligado una y muchas veces a meditarlo antes de comenzar, puesto que, pretender contemperar con todas y cada una de las opiniones vertidas, sería tan imposible, que fatal y necesariamente caería con nuestra pretensión en el ridículo.

Es ésto a nuestro juicio muy verdad, porque aunque científico sea el punto, no ha podido escapar a los apasionamientos humanos, y como hombres somos y hombres fueron los que realizaron la

cesárea extraperitoneal, resulta que, en los diez años de existencia que ella tiene, ha creado admiradores tan exagerados, como exagerados son sus opositores, en igual medida y calidad. Y es así como tenemos autores, entre ellos Baisch y Sellheim por ejemplo, que quieren que sólo se intervenga por la cesárea extraperitoneal; mientras Kouwer de Utrech, no acepta de ninguna manera se quiera reemplazar la clásica cesárea por su hermana menor.

Bumm ha dicho en la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Berlín, «aquél que ha practicado la nueva operación, no querrá emplear más la técnica clásica», y Fraipont consolidando en cierto modo el pensar de Bumm, por la suya agrega: «en mi opinión, la sección cesárea suprasinfisiaria, con cierre provisorio de la serosa, ofrece tantas ventajas, que me parece debe ser empleada en todos los casos». Error grande en nuestro concepto, teórico si se quiere, puesto que él no es más que la consecuencia de hechos y observaciones clínicas entresacadas de lecturas repetidas, las que, analizadas sin prejuicios ni espíritu partidista, nos demuestran de una manera concluyente que pretender ser sistemáticos con la cesárea extraperitoneal, sería caer en una indisciplina de cirugía obstétrica, que en la hora actual de las cesáreas, es imposible poder aceptar.

Vistas y presentadas así las cosas, lógicamente

se comprende, aunque no lo hemos pretendido, que de haber conseguido desatar este nudo gordiano, no habríamos hecho más que contentar a unos, para desagradar a los demás, y es entonces, que atendiendo a circunstancias tan especiales, nos hayamos resuelto a agrupar sin mayores comentarios, las indicaciones clínicas de la operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal.

Las indicaciones que dió Frank cuando creó su procedimiento fueron: para los casos de mujeres infectadas, en aquellas que tienen fiebre, en las que están en trabajo hace mucho tiempo y en las que han sufrido varias intervenciones.

En un caso en que la mujer tenía 38° de temperatura, numerosos streptococos y stafilococos en la cavidad cervical y en el líquido amniótico, Bondy eligió la vía extraperitoneal, con resultados tan eximios para la madre, que le fué posible conservar este último hijo, después de haber tenido 4 muertos.

La cesárea extraperitoneal está indicada también de un modo absoluto, en las distocias óseas en que la mujer tiene por ejemplo una pelvis menor de 7 centímetros, en las estrecheces pelvianas de 8,5 centímetros, que van acompañadas de placenta previa, en las pelvis aplanadas en general y en las aplanadas que van seguidas de luxación congénita

doble de la cadera, en los estrechamientos transversales por anquilosis de las articulaciones sacro-ilíacas, en el enano raquíptico, en el condro-distrófico, en las raquípticas, en las pelvis justominor, sifótica, coxálgica, en las osteomalácicas, en las pelvis en embudo y finalmente cuando la cabeza no encajada, se mantiene fija por encima del estrecho superior.

Se habla de indicaciones relativas cuando el diámetro C. V. es menor que 8 centímetros y a propósito presentaremos las intervenciones que Richter dice haber realizado ; una vez por C. V. de 5 centímetros, 3 veces por 6 centímetros con 5, dos veces por 7 centímetros con 2, dos veces por 7 centímetros $1/4$, tres veces por 7 y medio centímetros, una vez por 8 centímetros y Bumm presenta 4 casos en que la operación extraperitoneal fué indicada por pelvis de 7 y $1/2$ centímetros.

Kouwer, cita por su parte 5 casos de indicación absoluta de cesárea por pelvis menor de 7 centímetros y ocho casos de indicación relativa por C. V. menor que 8 centímetros y aunque ellos no fueron operados sino por la cesárea clásica, creemos sin entrar a discutir como hemos dicho, que sería oportuno darlos como casos, que pueden también ser intervenidos por la cesárea extraperitoneal.

Resumiremos en el cuadro siguiente los casos en que Kouwer encontró indicación de la cesárea :

Indicación absoluta de cesárea menor que 7 centímetros	}	Estrechamiento transversal por anquilosis de las articulaciones sacro-iliacas	
		Enano raquítico..	C. V. 3—3,5 centímetros
		Condro-distrófico .	C. V. 4 »
		Raquítico	C. V. 6,5—7 »
		Raquítica	C. V. 6,5 »

La indicación no necesita comentario.

Indicaciones relativas a C.V. menor que 8 centímetros	}	C. V. 7 centímetros — Niño muerto
		C. V. 7 » — » »
		C. V. 7,25 » — Niño vivo
		C. V. 7,3 » — » »
		C. V. 7,5 » — » »
		C. V. 7,5 » — » »
		C. V. 7,7 » — » »
C. V. 7,5—8 » — » »		

Según las experiencias de Kouwer, estas pelvis no se prestan al parto prematuro artificial, mientras que por las vías naturales el nacimiento del niño a término es extremadamente inverosímil. Es por eso que de esas 8 mujeres tres veces operó demasiado pronto, mientras que en el resto se esperó de 18 a 108 horas.

Es precisamente en los casos de indicación relativa, que la cesárea extraperitoneal adquiere mayor valor, porque las mujeres pueden parir o no, un niño vivo; debe de esperarse, y si las fuerzas de la naturaleza faltan, entonces se opera.

Es igualmente indicación de la cesárea supra-sinfisiaria extraperitoneal, en aquellos casos en que

se presente una distocia de las partes blandas, como por ejemplo, en la rigidez del cuello, o en un periné, vagina o vulva demasiado estrecha y con tejidos muy resistentes. En los tumores uterinos, como miomas, sarcomas o carcinomas del cuerpo y del cuello, en el edema de éste o su obliteración, en los quistes del ovario, en los fibromas, en todo cáncer de la vagina, en la debilidad de las contracciones uterinas o su irregularidad, en los estrechamientos cicatriciales que hacen insalvable el canal, cuando el niño está comprometido por el caso de una prociencia de cordón o por una presentación de cara, etc., en los embarazos gemelares, en el caso de niño grande y pelvis pequeña, en las irregularidades del corazón fetal, en las prociencias de miembros y finalmente cuando hay presentación de hombro y especialmente de hombro abandonado según Pfannenstiel.

También es indicación de la cesárea que nos ocupa, en ciertas enfermedades; ejemplo: en la eclampsia amenazante, con fuerte edema de los órganos genitales y necrosis incipiente de la vulva, en la tuberculosis pulmonar, en el bocio acompañado de cardiopatía y en la meningitis.

Debe hacerse también cesárea extraperitoneal, en la placenta previa, que ha aumentado el terreno de las indicaciones, en las mujeres que han sufrido

repetidos embarazos y que siempre han terminado por la muerte del niño, cuando la madre se somete a cualquier intervención, pero bajo la condición que el médico partero le ha de entregar un niño vivo y sin que éste haya sido machucado por algún instrumento.

Creemos haber establecido aquí, las principales indicaciones de la cesárea sinfisiaria extraperitoneal y aunque estamos convencidos que aún el tema no queda de ningún modo agotado, concluiremos diciendo, que dicha cesárea está perfectamente justificada en las rupturas amenazantes o incompletas del útero.

CONTRAINDICACIONES

Frank y Küstner, no encuentran ninguna contraindicación a la cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal.

Bumm por su parte dice que durante el embarazo o al principio de la dilatación, el fondo de saco vésico-uterino es difícil de encontrar y rechazar y que en general este tiempo operatorio no resulta sin la abertura del peritoneo, por cuya razón la operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal está pues

contraindicada en estas condiciones. Lo mismo es para Küstner una contraindicación la infección del líquido amniótico y la fiebre. Aunque el peritoneo, dice, escape en este caso a la infección de los espacios conjuntivos pelvianos, abiertos por la operación y puestos en contacto con el líquido amniótico séptico.

Para Fuchs, los casos de infección manifiesta y progresiva que se han generalizado, no son del dominio de la operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal, porque los resultados no son buenos ni para ella, ni tampoco lo son para ninguna otra.

CAPITULO V

Ideas generales sobre métodos operatorios de cesárea suprasinfisiaria y sus distintos procedimientos

Después que Frank, de Colonia, en 1906, dió a conocer lo que él llamó parto suprasinfisiario, por el cual suponía disminuir considerablemente los peligros de infección del peritoneo por la herida uterina, en aquellas mujeres sospechosas, de trabajo muy prolongado, en que la bolsa de las aguas hacía muchas horas estaba rota y en las que los tactos habían sido muy repetidos, crea pues su método, que por la forma de comportarse con el peritoneo, recibe el nombre de método transperitoneal. Luego, y a pesar de sus buenos partidarios, se le agregan al método de Frank, nuevas modificaciones, hasta que Latzco, Döderlein y Küstner simultáneamente, no satisfechos con el modo de abordar el peri-

toneo, exponen un nuevo método, que recibe el nombre de extraperitoneal.

METODO TRANSPERITONEAL

La idea que dió margen a este procedimiento, nació de las dificultades, a veces insalvables, que presenta el peritoneo, para dejarse despegar, y como lo rigurosamente científico es no abrir la gran cavidad serosa, resultaba que dichos despegamientos comprometían formalmente su integridad.

Teniendo en cuentas estas circunstancias, se dijo: que con un medio artificial, como es suturar el peritoneo parietal al visceral, se estaba colocado por fuera de la cavidad serosa.

La forma de incidir el peritoneo ha variado, unos hacen el corte transversalmente, otros en sentido longitudinal. Sucede lo mismo, con el modo que tienen de cerrar la gran cavidad; pues, mientras unos cierran las dos hojas con suturas temporarias, otros, en cambio, lo hacen con pinzas como lo practica Baumm y como lo hizo Fraipont, en sus primeras operaciones, que luego reemplazó por el surjet.

Lo que interesa preguntar es lo siguiente: ¿Có-

mo se comportan los distintos operadores, frente al peritoneo modificado en su disposición? Baumm, Fromme, Veit y Fraipont, restablecen la disposición anatómica de la serosa, una vez terminado el parto y otros como Frank y Sellheim en su segundo y tercer método, dejan sobre el peritoneo las suturas que habían puesto, con el objeto de aislar la gran cavidad serosa.

Describiremos únicamente los principales métodos transperitoneales, pues hay muchos, que no son sino simples modificaciones de otros

Primer procedimiento de Frank (de Bovis).— Colocada la enferma en posición de Trendelenburg, se empieza por hacer una incisión transversal por encima del pubis, incisión que se continúa hasta el peritoneo inclusive; los músculos y aponeurosis, son seccionados a cierta distancia del huevo a fin de facilitar su reconstrucción por la sutura; el relajamiento de la pared y el útero una vez evacuado, hacen fácil coaptación, que previene toda probabilidad ulterior de la hernia.

En el curso de esta incisión, los vasos hipogástricos se reconocen y ligan fácilmente. La cavidad abdominal abierta, se incinde transversalmente el peritoneo del fondo de saco vésico-uterino, se le despega de la cara anterior del útero o de los li-

gamentos anchos y se lo levanta de modo que se haga abordable la porción subperitoneal del órgano, es decir, el segmento inferior.

No hay más que incidir transversalmente esta porción del útero y extraer el feto. Haciendo esta incisión, hay que tener cuidado de no herir la cabeza del feto, que a veces está muy pegada a la pared muy adelgazada del segmento inferior.

Pero antes de abrir el útero, se sutura el labio del colgajo peritoneal desprendido de su cara anterior, al labio superior de la incisión del peritoneo parietal, de modo que el resto de la operación pase fuera de la cavidad peritoneal.

Se podría, en efecto, ensayar, despegando el peritoneo del fondo de saco existente entre la pared y la vejiga, despegar el peritoneo de esta última y finalmente del útero; de este modo se evitaría la abertura de la serosa. Este proceder encierra, sin embargo, algunos inconvenientes: primero, que el despegamiento del peritoneo vesical, da a menudo lugar a hemorragias bastante abundantes y luego, que las relaciones de la vejiga y la pared, en caso de embarazo, no son suficientemente constantes. Ya la vejiga está toda entera en la pequeña pelvis, ya está en gran parte en el abdomen; también se ve en ciertos casos al peritoneo, pasar directamente de la pared ventral sobre el útero, sin formar fondo

de saco vésico-parietal y en otros, reflejarse detrás de la vejiga, antes de abordar la cara anterior del útero.

Es necesario reconocer estas relaciones con una inspección directa y es a esta necesidad que responde la abertura previa de la serosa. De todas maneras, cuando se llega al peritoneo, hay que cuidar mucho abrir la vejiga en vez de la cavidad abdominal; la primera se reconoce por la dirección de los vasos y la sensación de doble pared; en caso de duda, se abrirá lateralmente, a fin de estar seguro de no caer sobre la vejiga.

La evacuación de este depósito por el cateterismo, no es una garantía contra el accidente en cuestión, puesto que, la presión ejercida por el feto, separa a menudo la vejiga en dos bolsillos, uno abdominal, el otro pelviano, y es únicamente este último el que el cateterismo ha vaciado. Después de la extracción del niño, el útero vuelve sobre sí mismo y el segmento inferior, sobre el que se ha llevado la incisión, se encuentra en la pequeña pelvis.

Así se hará bien en pasar un hilo por cada uno de los labios de la herida uterina, a fin de prevenir un hundimiento, que haría muy difícil la sutura.

En los casos dudosos, que cita Frank, se drena el espacio preuterino; también se puede drenar

la cavidad uterina por la vía abdominal; lo peor que puede suceder será la formación de un fístula útero-abdominal, débil inconveniente, comparado con la peritonitis que da en estos casos la operación cesárea clásica. La ausencia de drenaje, podría traer el desarrollo de un absceso frente a la línea de las suturas uterinas, pero entonces no se tendría más que incindirlo.

Segundo procedimiento de Frank — Ventana en el peritoneo y sutura. Luego continuar como precedentemente, fuera del peritoneo.

Este procedimiento fué seguido por Fromme, Veit y Baumm.

Primer procedimiento de Fromme y Veit. — Proceden como Frank, hasta que llegan al peritoneo, después incinden la serosa longitudinalmente y aíslan la cavidad peritoneal, reuniendo de cada lado las dos láminas parietal y visceral de una manera temporaria y el útero suturado, reconstituyen la integridad de las láminas serosas visceral y parietal, volviendo a dar al peritoneo su forma anatómica.

Segundo procedimiento de Fromme y Veit. — 1º Después de la incisión de los tegumentos, se separan los labios de la herida parietal, para darle una forma ovular.

2º Sutura el peritoneo parietal, al borde de la herida cutánea, después sutura del peritoneo visceral a los tejidos así reunidos; resulta de la delimitación de la cara anterior del útero, un espacio ovalar, circunscripto por los lados por adherencias momentáneas, creadas entre la serosa y los planos superficiales. La incisión se hará en este espacio.

3º Después del parto, se restablece la disposición anatómica de los tejidos.

Procedimiento de Baumm.—Opera como Frank, pero en lugar de suturar el peritoneo, fija con ayuda de pinzas los bordes de la lámina serosa a los labios de la herida parietal. El parto terminado y el útero suturado, restablece la integridad del peritoneo visceral, después la del peritoneo parietal, volviendo la serosa a su disposición anatómica.

Procedimiento de Sellheim. — «Sección transperitoneal del útero».

Opera como en su primer procedimiento extraperitoneal del útero hasta el peritoneo; después, en vez de despegarlo, incide la serosa parietal al nivel de la inserción cervical.

Entonces, levantando con ayuda de pinzas, sutura con un doble surjet el labio inferior de la serosa parietal, al pliegue así formado y en este mo-

mento solamente, incinde el fondo de saco vésico-uterino para penetrar en el espacio subperitoneal precervical.

La operación se termina como en el primer procedimiento.

Procedimiento de Sellheim. — «Sección transperitoneal del útero».

La operación es conducida como en el primer procedimiento hasta que llega al peritoneo; luego empieza :

1° Incisión transversal del peritoneo parietal al nivel de la incisión cervical, esta incisión es prolongada hasta el nivel donde el ligamento redondo penetra en el canal inguinal.

2° Incisión transversal del peritoneo uterino, lo más cerca posible del pliegue vésico-uterino, las extremidades de esta incisión deben confundirse con las de la incisión de la serosa parietal.

3° Sutura de los bordes inferiores de las dos láminas parietal y uterina, con la ayuda de un doble surjet.

4° Despegamiento del peritoneo preuterino y puesto al descubierto el espacio subseroso precervical.

5° Incisión cervical del cuello y del segmento inferior, prolongándose lo más bajo posible.

6º Parto como en el primer procedimiento, dejando en la medida de lo posible, que el útero expulse espontáneamente al feto, de modo de imitar el parto natural.

7º Sutura uterina como en los procedimientos primeros.

8º Fijación de la vejiga con algunos puntos separados al nivel de la sutura del cuello uterino.

9º Repliegue peritoneal artificialmente constituido, es bajado delante del segmento inferior y suturado al colgajo peritoneal, que ha permanecido en la vejiga.

10º Puntos transversales sobre el tejido celular y cierre de la pared como en el procedimiento anterior.

Procedimiento de Fraipont. — 1º Incisión longitudinal suprasinfisiaria de la pared y del peritoneo parietal.

2º Sutura en surjet sero-serosa, pegando el peritoneo uterino al peritoneo parietal, alrededor de la herida abdominal y colocada a 3 centímetros por fuera del borde de la serosa parietal.

3º Incisión en este momento solamente del peritoneo visceral que se despega lateralmente, de modo de reunir los dos postigos formados en los dos

bordes del peritoneo parietal, con ayuda de pinzas.

4° Incisión vertical del útero, larga de 9 centímetros, sin despegamiento previo de la vejiga.

5° Parto espontáneo ayudado por presiones laterales. Alumbramiento. Taponamiento uterino.

6° Sutrua uterina con seda y a punto separado.

7° Ablación de las pinzas de forcipresión que agarraban el peritoneo y sutura sero-serosa de los dos postigos del peritoneo visceral con catgut.

8° Ablación del surjet, que había sido colocado sobre el peritoneo parietal que se cierra con catgut, de modo de dar a la serosa abdominal, su disposición primitiva.

9° Cierre de la pared en varios planos.

Procedimiento de Krönig. — La paciente es operada bajo la acción de la anestesia raquídea. Después de abrir la cavidad abdominal mediante la incisión en la línea alba o la de Pfannestiel se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg muy empinada, poniendo al descubierto el pliegue vésico-uterino. Entonces se coge éste con una pinza, y se incinde mediante unas tijeras curvas, en uno o dos centímetros de extensión. Luego se separa la vejiga del istmo y del cuello uterino, en parte obtusamente y en parte cortando, y se mantiene

reclinada sobre la sínfisis, mediante un separador. Luego se incinde el istmo y el cuello uterino distendidos, de modo que la incisión recaiga en parte en la porción retrovesical y en parte en la libre. La incisión se hace lo suficientemente grande para que permita el paso del feto. Si éste se halla en presentación de vértice, se introduce el índice por la incisión y se va en busca de la boca, haciendo girar la cabeza de modo que la cara aparezca a través de la herida. Una vez terminados dichos actos por el operador, el ayudante introduce el dedo en la boca del feto substituyendo a aquél para mantener la posición. El operador aplica un forceps corto a la cabeza fetal de modo que la concavidad de la curva pélvica del forceps mire a la sínfisis. Mediante una ligera tracción se extrae la cabeza, a la cual sigue sin dificultad el tronco.

A través de la incisión se desprende manual e inmediatamente la placenta. Si en alguna parte de los bordes de la incisión existe algún vaso que sangra abundantemente, se efectúa una hemostasia cuidadosa mediante circunfixión. Manteniendo a la vejiga reclinada sobre la sínfisis se suturan los delgados bordes de la incisión, que generalmente apenas sangran, mediante puntos sueltos con catgut, o también, si se quiere, mediante sutura. Una vez suturada la incisión de la zona de dilatación, se



desciende lentamente la posición de Trendelenburg, hasta que la vejiga que se hallaba situada por detrás del pbius, se sitúa por encima de la incisión. Como que la incisión es en parte retrovesical, una vez puesta la paciente en posición horizontal, la vejiga recubre una gran parte de la incisión cervical. Para aislar mejor la incisión de la cavidad abdominal, se estira un poco la vejiga, suturando su cúpula por encima de la extremidad superior de la incisión uterina mediante un punto suelto con seda fina. Luego efectuamos algunos puntos de sutura sueltos, igualmente con seda, uniendo los lados de la vejiga con el útero a fin de proteger mejor la incisión uterina. Si entonces descendemos más aún la pelvis de la paciente, de modo que esté por debajo de la horizontal, veremos desaparecer los puntos sueltos de seda, porque la cúpula vesical los recubre.

MÉTODOS EXTRAPERITONEALES

Los métodos extraperitoneales, están fundamentados en la razón que el peritoneo vésico-uterino, es despegable de los tejidos vecinos en toda mujer que esté en trabajo de parto. Este despegamiento es el que ha llevado a muchos operadores a usar de

diferentes procedimientos, creyendo cada uno que el propio, es el que lo realiza con más facilidad.

Uno de ellos es, por ejemplo, el primer procedimiento extraperitoneal de Sellheim, quien hacía el despegamiento del fondo de saco véstico-uterino de abajo a arriba, y otro, es el que siguen Latzco y Döderlein.

Ellos empiezan por despegar el peritoneo por uno de los costados de la vejiga para continuar luego hacia la línea media.

Describiremos al fin de este capítulo, la fístula útero-abdominal o cuarto procedimiento de Sellheim, así como también la operación de Dührssen-Solms, en la que si bien el despegamiento de la serosa, se hace lateralmente por vía abdominal, la incisión uterina se lleva por la vagina.

Primer procedimiento de Sellheim. — «Sección extraperitoneal del útero».

La mujer está en posición de pelvis elevada, vale decir, en posición de Trendelenburg.

1º Incisión transversal y ligeramente cóncava en alto, por encima del pubis, de todos los tegumentos hasta la aponeurosis; luego, incisión transversal también de ésta. Se desprenden los dos colgajos superior e inferior, que se fijan, uno arriba y el otro abajo, a la vejiga, quedando así desnuda

la línea blanca, en una extensión de veinte centímetros.

2° Incisión longitudinal sobre la línea blanca, despegamiento del peritoneo y de la fascia propia de la cara posterior de los rectos. La vejiga está ligeramente distendida a fin de poder apreciar fácilmente los contornos.

3° Despegamiento del peritoneo de la vejiga con ayuda de gasa y en caso necesario a tijera, hasta el cuello uterino; despegamiento de la vejiga hasta la vagina, con incisión de las adherencias vé-sico-cervicales, y luego, despegamiento del peritoneo uterino, hasta el cuerpo.

La vejiga se rechaza contra el pubis con ayuda de una valva.

4° Incisión vertical y mediana del cuello y del segmento inferior.

5° Parto por expresión del útero; alumbramiento manual y en caso de necesidad taponamiento uterino.

6° Sutura a punto separado con catgut y metida en un surjet.

7° Sutura de la pared en varios planos.

Procedimiento de Czyzewicz. — 1° Incisión mediana a través de la pared abdominal, hasta el peritoneo.

2º Después extraperitonealmente como en el primer procedimiento de Sellheim.

Procedimiento de Freund. — 1º Estando vacía la vejiga, se hace una incisión transversal de Pfannenstiel, hasta el peritoneo inclusive.

2º Exploración de la disposición que guarda la serosa parietal, para darse cuenta de la profundidad del fondo de saco y ver la región en que el despegamiento podría efectuarse mejor.

3º Torsión bimanual del globo uterino a través de la pared abdominal, hasta que la zona en que el peritoneo se hace más fácilmente despegable, se presente al campo operatorio.

4º Despegamiento del peritoneo de la cara latero-anterior del segmento inferior de abajo a arriba.

5º Incisión mediana y longitudinal del cuello y del segmento inferior.

La operación continúa después, como en el procedimiento de Latzco y de Döderlein.

Procedimiento de Döderlein. — 1º Incisión de Pfannenstiel; separación de los músculos rectos sobre la línea media; luego, corte leve en la incisión del recto mayor del lado derecho.

2º La vejiga se llena en ese momento; la mano

se introduce a la derecha, entre la pared anterior y la pared lateral de la pelvis, para despegar el tejido celular laxo como cuando se hace en una hebotomía, pero más ampliamente.

3° Se reclina la vejiga hacia la línea media, de derecha a izquierda. La parte lateral del fondo de saco vésico-uterino es rechazado en alto.

4° Incisión longitudinal del segmento inferior; esta incisión es lateral y no mediana.

5° Parto normal o ayudado de forceps. Alumbramiento.

6° Sutura del útero con catgut, empastamiento del tejido celular y cierre de la pared.

Procedimiento de Latzco. — 1° Distensión media de la vejiga, con ayuda de 150 c. c. de líquido.

2° Incisión longitudinal de los tegumentos suprasinfisarios, hasta el peritoneo.

3° Se reclina la vejiga, con su fondo de saco vésico-uterino de izquierda a derecha, despegándolo del cuello uterino y manteniéndola con ayuda de ancha valva, lo que pone al desnudo, una gran parte del segmento inferior.

4° Parto y alumbramiento.

5° Sutura uterina con catgut.

6° Se deja a la vejiga que vuelva a su lugar de

costumbre y se cierra la pared dejando un orificio, por si el drenaje se hiciera necesario.

Fístula útero-abdominal o cuarto procedimiento de Sellheim. — 1º Incisión sagital de la pared, partiendo de la sínfisis hasta el peritoneo.

2º Incisión vertical del peritoneo parietal, después sutura de los labios de ese peritoneo a los labios de la incisión abdominal con ayuda de un surjet.

3º Incisión media y sagital del peritoneo uterino, despegamiento lateral de las dos láminas y sutura sero-serosa, reuniendo los dos labios del peritoneo parietal ya fijado, a la herida abdominal.

4º Despegamiento de la vejiga, que se trae hacia adelante.

5º Incisión vertical y media del segmento inferior, de arriba a abajo; se procede, capa por capa, tomando los labios de la herida uterina a medida que se seccionan, de modo de darlos vuelta y fijarlos con pinzas alrededor de la herida abdominal.

6º Parto y alumbramiento, como de costumbre.

7º Se reemplazan las pinzas, con puntos de sutura y el útero que marsupializado.

Si la fístula no cura espontáneamente, se procede sin esperar demasiado a su cierre y a la reparación de la pared abdominal.

Procedimiento de Dührssen-Solms. — «Laparo-colpo-histerotomía o parto de Buda de Dührssen».

1º Incisión ilíaca de la pared, que corre paralela a la arcada de Falopio.

2º Despegamiento de la vejiga y del fondo de saco peritoneal, se los reclina con ayuda de una valva hacia la línea media, por lo que se pone al desnudo la pared antero-lateral del segmento inferior.

3º Incisión de la vagina, del canal vagino-uterino muy extensamente, como cuando se hace una cesárea vaginal. Esta brecha enseguida se agranda por el abdomen.

4º Extracción del feto por vía abdominal y alumbramiento por la vagina.

5º Sutura de la herida útero-vaginal, por la vagina.

6º Cierre de la pared.

CAPITULO VI

Generalidades sobre la técnica de la cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal

Antes de desarrollar este punto, debemos de hacer constar que seguiremos a Nouvian, quien empieza por cuidados preliminares, para luego desarrollar con el mayor orden, todo el curso de la operación.

Cuidados preliminares — Esta clase de cuidados se reducen a los que hay que tener en toda cesárea, para reanimar al niño, en caso que fuera necesario.

Precauciones antisépticas — Han de ser siempre, de las más rigurosas, por la razón que la operación se realiza en la mayoría de los casos, en mujeres que están infectadas o por lo menos que son sospechosas.

Ha sido un grave error, que muchos operadores cometían, creyendo que la operación misma, los colocaba al abrigo de la infección y es ésta la causa del por qué muchas veces se le haya imputado a la cesárea extraperitoneal, sea ella la causante de graves accidentes ocurridos, en los primeros tiempos de esta operación.

En los últimos tiempos, muchos han seguido el ejemplo de Gottschalk, lavando la herida operatoria con alcohol a 80°, con solución alcohólica de yodo, con agua clorada al 1/3, obteniendo los mejores resultados.

Método de anestesia — Se han empleado todos los métodos anestésicos, desde la anestesia general hasta la raquídea. En Alemania usan muy a menudo la inyección intrarraquídea de estovaína-adrenalina o la de escopolamina-morfina.

Incisión de la pared — Se hace una incisión longitudinal, lo mismo que para una laparotomía o también puede empezarse, por la misma incisión transversal a través de la piel y de la fascia subcutánea, que Pfannenstiel ha introducido en la cirugía ginecológica. La incisión sigue el pliegue cutáneo, situado sobre el monte de Venus.

Esta incisión transversal, tiene hoy día el ma-

yor número de partidarios, no sólo porque da una cicatriz bien sólida, sino porque es más estética y menos impresionante para la operada, pues según de Bovis, dice : « en su espíritu, una incisión supra-pubiana, no las abre ».

La estadística de Klotz, refiere 636 casos de incisiones transversales, de las que sólo hay diez y seis hernias, o sea, un 2,5 %. Separados los músculos del abdomen, se obtiene un espacio suficiente, que evita cortar músculo.

Luego, se ordena colocar la enferma en posición de Trendelenburg.

Protección del peritoneo y de la vejiga — Hay tres grandes modos de operar :

1º Por fuera del peritoneo, rechazando la grasa preperitoneal, el fondo de saco vésico-uterino, ya sea con los dedos, ya con tijeras :

- a) De abajo a arriba, como en el primer procedimiento de Sellheim.
- b) Lateralmente como hacen Fraund Latzco y Döderlein.

Hay que reconocer bien la vejiga, por la dirección de sus vasos y por la sensación de doble pared, que se experimenta al tacto. Unos la llenan de líquido previamente y otros introducen una sonda.

El mejor momento para operar es, según el concepto de Røener, al fin del período de dilatación, porque el trabajo moviliza la serosa y la rechaza, en unos seis a nueve centímetros (Fromme). Si permanece adherente al anillo de Bandl, hay que desconfiar y cuidar de no hacer un agujero, el cual sería de inmediato cerrado, por una sutura o con pinzas. El despegamiento es fácil, pero es necesario evitar la dislocación del tejido celular pelviano (Baisch).

2º Algunos operadores, hacen una ventana en el peritoneo, con el objeto de asegurarse a través de ella, en qué estado se encuentran las relaciones de vecindad, enseguida la vuelven a cerrar y continúan la operación por fuera de la serosa.

3º Otros, para evitar el despegamiento del peritoneo vesical a veces muy adherente sobre una extensión de 2 a 3 centímetros sobre la cúpula de la vejiga, seccionan el repliegue vésico-uterino ya longitudinalmente o también de un modo transversal, abandonan luego el colgajo de peritoneo a la vejiga y suturan juntos por encima de los dos bordes superiores.

Como ya hemos dicho, Baumm, Freund, Fromme, Veit y Fraipont, restablecen la disposición anatómica de la serosa, y Frank y Sellheim en su segundo y tercer procedimiento, dejan la sutura.

También sabemos, que después de la fístula útero-abdominal de Sellheim hay que intervenir por segunda vez para restablecer la disposición primitivamente anatómica.

Por regla general, no hay que operar transperitoneal, sino extraperitonealmente.

Incisión del útero — Aquí, dice Sellheim, hay que esperar también los dolores que hacen adquirir un buen desarrollo al segmento inferior. Atendiendo a Frank, dice que la incisión debe hacerse del lado en que la ruptura amenaza.

Otros, aconsejan repararse sobre la posición de la vejiga, sea a derecha o izquierda y operar sobre el costado opuesto. Bumm por su parte, elige el costado donde se encuentra el parietal, siempre que la vejiga le resulte ser asimétrica.

Hay distintos modos de llevar a cabo la incisión :

1º Se hace longitudinalmente sobre la línea media una incisión ; ni una gota de sangre se escapa. Esta incisión debe de ser lo suficientemente larga para no exponerse a las desgarraduras en el momento de la introducción de la mano o del pasaje del feto. Bumm dice que dicha incisión nunca deberá prolongarse, si ella mide entre ocho y doce centímetros.

Czizewicz aconseja que la incisión parta de la inserción del peritoneo sobre el útero hasta medio centímetro por encima del orificio externo del cuello, sin alcanzarlo como hace Sellheim. Con esta incisión vertical, es fácil herir el peritoneo.

2º Longitudinal y lateralmente ; la hemorragia de los plexos laterales es rara.

3º Transversalmente como lo aconseja Kehrer, hoy ha sido abandonada, no sólo por causa de la hemorragia, sino también por la mala cicatriz.

4º En cruz, este es un modo de incidir, que todavía está por resolverse. Al hacer la incisión del útero, hay siempre que tener mucho cuidado para no herir la cabeza del feto, que a veces está pegada a la pared muy adelgazada del segmento inferior.

La bolsa de las aguas — Si naturalmente ella no se ha roto, debe hacerse artificialmente por la vagina o la herida uterina, en el momento mismo de la operación.

Es de imperiosa necesidad, garantizarse de la asepsia y de la antisepsia del campo operatorio, pues es precisamente de esta precaución, que dependerán las consecuencias de un parto no febril.

La extracción del niño — El occipucio debe de corresponder a la herida.

1º El niño es a veces expulsado naturalmente en el momento de una contracción uterina.

2º Otras veces la extracción no es fácil, se ve bien la cabeza a través de la herida, y sin embargo, no es posible poderla enuclear por medio de la presión lateral. La presión debe hacerse del lado del fondo del útero y del lado de la vagina.

Siempre debe de tratarse de tomar la cabeza con la mano, sin embargo Bumm tira de la oreja.

3º Puede después de haber introducido la mano por la herida uterina, hacer la versión tomando un pie.

4º Se puede aplicar el forceps o una de sus ramas, sirviéndose de ella como de una palanca.

Frank ha hecho construir especialmente un pequeño forceps, Latzco una gran pinza, Sellheim una palanca curva, y dice, que con ella, ha tenido amplitud para llevar a cabo todas las manipulaciones que le han sido necesarias para la extracción.

5º Por regla general el niño nace gritando, cuando la asfixia existe, ella es poco profunda, de modo que puede reanimársele pronto.

El alumbramiento — Si la brecha uterina ha sido cerrada, el alumbramiento se hace por un camino completamente fisiológico, el útero se contrae bien y no sangra.

En muchos casos, una oportuna inyección de ergotina o adrenalina, le devuelve al músculo uterino todo su vigor.

Se puede también precipitar el alumbramiento, haciendo una extracción manual de la placenta, ya sea por la herida uterina o por la vagina, si la abertura útero-abdominal ha sido reconstruída, teniendo en cuenta que para llevar a cabo dicho alumbramiento, debe de esperarse el efecto de los últimos dolores. La pérdida de sangre no es mayor que en el alumbramiento normal (Bardleben).

El taponamiento consecutivo aconsejado por Dührssen es en realidad inútil.

Las suturas — Se hacen con catgut o con seda; la sutura del segmento inferior es fácil, sutura que no tienen su indicación en la hemorragia, porque en verdad ella no existe.

Frank a menudo no tiene este cuidado.

Es inútil pasar previamente un hilo en cada labio de la herida, para evitar el hundimiento hipotético del segmento inferior en la pequeña pelvis después del parto. Se hará una sutura continua o por planos, colocando el peritoneo sobre la herida para evitar la ventrofixación.

El drenaje — 1º La sangre, el líquido amniótico, las secreciones, son todos ellos factores de in-

fección, ellos forman los medios nutritivos en donde se cultivan los agentes microbianos.

Es necesario, no solamente llenar con gasa antiséptica los espacios muertos como hacen Baum y Pfannenstiel, sino hacer una evacuación lo más amplia posible, y sobre todo drenar en los casos dudosos los espacios retrovesical y preuterino, como lo aconsejan Kneise, Frank, Latzco y Küstner.

Engelmann y Fromme, hacen el drenaje por la vagina, porque responde al punto más declive, no trayendo siempre este modo de proceder la vaginofijación.

Cuando el drenaje se hace por la pared abdominal, esta última vía dice Nouvian, puede bastar por sí sola, pues a menudo es preferible una fístula, que es en rigor un débil inconveniente comparado con la peritonitis, que da en caso igual, la operación clásica.

La ausencia de drenaje puede traer frente a la línea de sutura el desarrollo de un absceso, el que de inmediato deberá incindirse.

Kneise dice, que los malos resultados acompañan a los malos drenajes.

2º La cavidad uterina se drena sola; Rühle pone gasa yodoformada.

Hoy día todos los operadores están de acuerdo en la necesidad del drenaje, el que no retiene en la

clínica mayor tiempo a las operadas, pues ellas le abandonan a los 15 o 21 días.

Cuidados consecutivos — Son los mismos que para una operación abdominal, aunque más fácil porque consiste en vigilar la herida y la curación.

El niño no exige por su parte otros cuidados que los habituales.

Duración de la operación — Los operadores que están habituados a practicar esta clase de cesárea, como Frank y Latzco por ejemplo, no emplean más que veinte minutos. Otros emplean diez minutos más, haciendo un taponamiento uterino, por regla general inútil.

El término medio de siete operadores da veinticinco minutos.

La clásica, según Ribemot, Dessaigne y Lepage, ocuparía de veinticinco minutos a una hora.

CAPITULO VII.

Accidentes operatorios

El desgarramiento del peritoneo, según el profesor C. Jeannin, es uno de los accidentes más frecuentes, y dice :

1° Que en 65 casos fué observado 14 veces, por lo que da una proporción de 21,5 %. Este accidente puede surgir, ya en el curso del despegamiento del peritoneo que es lo más común o durante el momento de la extracción.

Estos desgarramientos pueden producirse en cualquier punto, pero tienen como sitio de predilección, allí donde el peritoneo se adhiere más íntimamente a los tejidos subyacentes, sobre la vejiga o sobre la línea en que el peritoneo se fija fuertemente al útero.

En aquellos casos en que la desgarradura no

va acompañada de hemorragia abundante o de lesión de la vejiga, los operadores cierran por la sutura esa solución de continuidad.

2° Que la desgarradura de la vejiga ha sido señalada en los mismos 65 casos, 3 veces, dando una proporción de 4,6 %.

El primer caso le ocurrió a Pfannenstiel, al pretender despegar la serosa; el segundo a Latzco, por emplear una valva defectuosa; y el tercero a Fraipont, en el momento en que se proponía despegar el peritoneo del cuello uterino.

En estos tres casos se subsanaron los inconvenientes, poniendo enseguida buenos puntos de sutura con catgut, curando luego las enfermas sin incidentes de ninguna naturaleza.

3° Que la hemorragia ha sido observada en dos circunstancias diferentes; la primera vez, en el momento de la sección uterina, aunque debemos convenir que es en realidad bastante rara, pues ella sólo se ha producido tres veces en 65 casos de operación extraperitoneal y una vez por el método transperitoneal. La segunda hemorragia tuvo lugar por las tentativas de despegamiento del peritoneo de la vejiga. Este último accidente es mucho más interesante que el primero, por cuanto él es propio del método extraperitoneal, habiendo sido observado cuatro veces: una por Frank; otra por Uthmöller

y las dos últimas por Franz y Fraipont respectivamente.

Por su parte Nouvian cita como sigue los resultados obtenidos del estudio detallado de 726 observaciones.

1º La herida del peritoneo en el momento del despegamiento, sobrevino 97 veces, o sea 13,3 %, sin distinguir método ni procedimiento. Ahora, por el método extraperitoneal, 32 veces sobre 236 casos, o sea 13,1 %. Con el método transperitoneal, 0 veces sobre 41, o sea 0 %. Si hacemos por otra parte un paralelo entre los despegamientos efectuados, primero de arriba a abajo y segundo lateralmente, encontramos :

a) En el primer procedimiento de Sellheim, sobre 1070 casos, 12 desgarraduras, o sea 7,2 % ;

b) En el procedimiento de Latzco, sobre 137 casos, 10 desgarraduras, o sea 7,2 %.

2º Herida del peritoneo en el momento de la extracción del niño :

26 veces sobre 726 casos, sea 3,5 % ;

6 veces sobre 236 casos de extraperitoneal, sea 2,54 % ;

0 veces sobre 41 casos de transperitoneal, sea 0 %.

3° Herida de la vejiga :

- a) Despegando de abajo a arriba por el procedimiento de Sellheim, una desgarradura de la vejiga sobre 107 casos, sea 93 % ;
- b) Despegando lateralmente por el procedimiento de Latzco, o veces sobre 137 casos, sea 0 %.

4° Hemorragias en el curso de la operación :
22 veces, sea 3 %.

5° Las desgarraduras del músculo uterino en el momento del pasaje del niño sucedió tres veces : dos veces por el método extraperitoneal y una por el transperitoneal.

Los accidentes de la herida de la arteria y vena ilíaca externa, del desgarramiento de los uréteres y de la uretra, de la hemorragia de la vena de Kranz, del hematoma subperitoneal, de la retención de las membranas en el útero, etc., son más bien vistas del espíritu, dice Nouvian, que realidades.

CAPITULO VIII

Puerperio de las suprasinfisiarias

En nuestro concepto, creemos que es este capítulo y el noveno de nuestra tesis, los de más importancia, por representar para el obstétrico que ejecuta el método que exponemos, lo mismo que significa para el cirujano que amputa un miembro, la finalidad del muñón, el que será más tarde para el mutilado o una rémora o la consolidación más absoluta de los beneficios que le aporta el buen método empleado. (Y si así nos expedimos, es porque hacer una operación cesárea extraperitoneal, diríamos a nuestro juicio, es cosa relativamente fácil para el práctico, en cuanto a técnica se refiere, y si bien es cierto que antes de realizarla puso sobre el tapete todo el juego de su imaginación y con criterio sereno, halló en ella la indicación más absoluta, también es verdad

que sacada la enferma de la mesa operatoria, queda abierto en el espíritu del cirujano un gran interrogante y como recompensa de sus afanes quirúrgicos, el constante preguntarse, sobre cual será el puerperio o cual el porvenir obstétrico de dicha mujer operada.

Al encarar estos puntos, no podemos dejar de declarar el entusiasmo con que lo hacemos, no porque nos quiera guiar una idea partidista, sino por ser esta la vez primera que tendremos oportunidad de intercalar algunas opiniones, que podríamos llamar hijas de nuestro país, opiniones que si bien no nos corresponden y están basadas en solo dos de los casos operados en la Maternidad del Hospital Alvarez, al menos significa para todos nosotros haber adelantado, puesto que nos demuestra de una manera evidente, el empezar a reaccionar ante procedimientos muy modernos, en nuestro modo de ver, aquí entre nosotros, pero que a pesar de la poca edad que la cesárea extraperitoneal tiene, ya tanto y tanto hayan hecho, escrito y discutido aquellos maestros que forman la aristocracia del cerebro, en las escuelas de Alemania y de Francia.

Siendo la cesárea suprasinfisiaria extrapesitoneal, una operación que encuentra su indicación en los casos de estrechez pelviana, sea absoluta o relativa, es decir, en aquellos casos en que el par-

to por las vías naturales es imposible por razones maternas o fetales y en lo que por una eventualidad de cualquier orden : ruptura prematura de la bolsa, tacto o tactos repetidos por manos improprias, manipulaciones, etc., hacen suponer una cavidad ovular infectada, se comprende que sean factibles puerperios de carácter diferente.

Y es así que en una enferma operada tardíamente, en la que su estrechez pelviana hacía ilusorio el parto por las vías naturales y en la que el tacto repetido, la sospechosa higiene, temperatura de la misma, pero con una vitalidad fetal sorprendente, es así dijimos, que el puerperio se produjo de un modo patológico, dando en sus primeros días un cuadro, que fué realmente alarmante.

Es esto lo que ocurrió en el caso que corresponde a la historia adjunta ; pues terminada la operación, la enferma tiene un cuadro peritoneal clásico : facies, temperatura, pulso frecuente, vómitos característicos, sudores, constipación, etc., que hacían ver y pensar con toda razón en una peritonitis. Tiene la enferma cuatro días de alta gravedad, los fenómenos se apaciguan luego, el vientre pierde su meteorismo, pasan gases, el pulso mejora, la temperatura se eleva y se establece una franca supuración por el drenaje dejado en la brecha operatoria, el pus es fétido mezclado con sangre y existen res-

tos de esfacelo. Este carácter lo conserva por una serie de cinco a seis días, acompañado de tumefacción de la herida operatoria. Hay que retirar algunos puntos para facilitar el drenaje y las cosas entran en orden, a los diez o doce días. La herida drena con toda facilidad y paulatinamente va cambiando de aspecto, para cerrar completamente a los 25 días.

Del lado de los órganos genitales, los loquios tienen un aspecto casi normal; una fetidez mayor es lo único digno de citar.

Existiendo las primeras condiciones, pero siendo de data reciente la ruptura de la bolsa y siendo que había una infección cierta en los dos casos operados por el doctor Chamorro, la evolución del puerperio, podríamos decir, fué en ellos, parecido en uno e igual en el otro, a la evolución del puerperio de una cesárea clásica y también, que si no hubiera sido por el drenaje precaucional, la herida operatoria habría cicatrizado entre ocho y doce días.

Por otra parte, no hay duda que en los casos de infección ovular neta o avanzada, el peritoneo, el tejido celular pelviano y periuterino, son los que reaccionan en contacto con los líquidos sospechosos de la cavidad uterina o pasaje del feto, etc., al mismo tiempo que se prestan como excelentes campos de cultivo para el desarrollo de los gérmenes productores de la infección.

La gravedad de esta clase de infecciones es, sin disputa alguna, muy grande; sin embargo, creemos que el amplio drenaje puede luchar en gran parte con tan grave inconveniente, permitiéndole, este modo de proceder, un mayor campo a la cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal.

Vamos a exponer también las opiniones que la experiencia de 103 casos han dado al profesor Küstner de Breslau, sobre el puerperio de las suprasinfisarias sometidas al método extraperitoneal.

De los 103 casos, dice Küstner, dos de las mujeres murieron, una por causa de la anestesia clorofórmica y la otra de infección tetánica.

En los 101 casos restantes, sucedió que en la tercera parte hubo fiebre y que la convalecencia fué un poco larga, por razón que la secreción fué bastante duradera.

Todos ellos eran casos que habían sido entregados a la clínica, infectados o por lo menos sospechosos de infección y únicamente dos, descartando la herida, fueron durante la convalecencia víctimas de una erisipela; erisipela que no se desarrolló inmediatamente después de la operación, sino dos y tres semanas después.

Los otros casos no ofrecieron ninguna complicación, muchas veces la herida cerró al cabo de dos semanas después de muy poca secreción.

De los 103 casos, eran en el momento de hacerse la operación, cincuenta y tres infectados o al menos sospechosos; todos habían sido examinados fuera de la clínica por dedos francamente sucios, casos que no sólo ofrecieron fiebre, sino que las aguas estaban infectadas y mal olientes.

La bolsa muchas veces se había roto hacía mucho tiempo, ya algunas veces dos días y en dos casos, en uno 65 horas y en otro cinco días antes de la operación. Todas las mujeres restablecieron completamente y nunca, dice, he observado durante la convalecencia, ni un rasgo de reacción peritoneal, nunca salida retardada de gases, ni nunca tampoco, manifestaciones de meteorismo.

Küstner termina diciendo que sin mayores contemplaciones y sin selección, ha hecho en su clínica la operación cesárea extraperitoneal en todos los casos en los cuales el feto probablemente no pasaría vivo, igual en los casos de madre infectada o en aquellos en que no sabía hasta qué grado había llegado dicha infección. En el 50 % de los casos, no habríamos podido realizar la operación clásica, siendo este 50 % infectados o sospechosos y más de la cuarta parte, no solamente eran sospechosos, sino directamente infectados, teniendo que mencionar que ninguna madre falleció por consecuencia de una infección puerperal.

CAPITULO IX

Porvenir obstétrico de las suprasinfisiariadas

Hecho el tacto y la palpación combinada, una vez restablecida completamente la enferma de su operación, se comprueba que el útero por su fácil movilidad, buena antiflexión y falta de dolor, va adquiriendo para sí y devolviendo a cada uno de los órganos vecinos, las relaciones que normalmente en estado de reposo tiene.

Ahora bien, si suponemos el caso en que la herida operatoria ha sido asiento de una supuración, tendremos la formación de tejido cicatricial, el que dará como resultado la fijación del cuello, y, por lo tanto, se tendrán las mutaciones anormales del cuerpo. Estos casos no son tan graves como podría en el momento creerse, dice Nouvian, puesto que en toda la literatura no se encuentra más que el caso

de Frank, el que seguido de una retroflexión, dió lugar más tarde a dos partos prematuros.

Después de grandes reacciones supurativas, no es raro que el útero contraiga adherencias que lleguen a producir una ventro fijación, de donde resulta que el cuello se eleva dentro de la pelvis y el cuerpo se coloca ya en ante o en retroflexión, no dando estos cambios de lugar, ni dolor, ni tampoco inutilizando a la mujer en una nueva gestación. Como dice Nouvian, no han molestado jamás un embarazo ulterior, pues el relajamiento fisiológico hace desaparecer las adherencias y es esto lo que ha podido ver Straszmann operando una mujer por tumor del ovario un año y medio después de habersele practicado una operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal. Si es cierto que la distocia es tanto mayor cuanto más bajo está fijado, no pasa de la región que corresponde al istmo. Se produce más bien una vaginofijación, de donde resulta en primer lugar que sino ha habido abertura del fondo de saco anterior, todo se resolverá bien, y en segundo, que si ha habido abertura para drenar una supuración, el útero estará ciertamente más fijado, aunque en un caso semejante de Scheffezek la distocia del útero grávido no se produjo porque éste se había hecho móvil y anteflexionado.

De aquí resulta que varios operadores hayan

propuesto, para obtener sobre menor altura adherencias movilizatrices, y para ello unos hacen la incisión del segmento inferior en corte transversal en vez de mediano y longitudinal, mientras que otros la llevan sobre la parte lateral y la hacen longitudinal, para los que dicho corte no traería adherencias sino de un solo lado.

Holzapfel, recomienda se haga prematuramente el masaje del útero para poder evitar así las fijaciones anteriores con retroflexión y Küstner piensa que se podría evitar todos estos inconvenientes ajustándose a una estricta antisepsia.

Transcribiremos también de Nouvian 120 observaciones detalladas al respecto, de donde resulta que ha encontrado : 41 veces un útero anormal, dando una proporción global de 19,5 % ; la anti-flexión y ventroflexión 20 veces, o sea 9,5 % ; la retroflexión 15 veces, o sea 7,1 % ; la destroflexión 5 veces, o sea 2,8 %.

DE LA CICATRIZ Y LA RUPTURA UTERINA

A pesar de las operaciones llevadas a cabo sobre el cuello uterino, como eran : la operación de Schröder y la estomatoplastia de Pozzi que habían

demostrado que hechas asépticamente, sus cicatrices no tenían ningún peligro ni tendencia a la ruptura, nadie se aventuraba a intervenir el cuello, desde que se admitía casi de un modo general la acción rupturante de las cicatrices de Varnier y mucho menos cuando se decía que dicha cicatriz tomando asiento en el cuello tenía forzosamente que ceder, puesto que no sólo era esa la parte más delgada del útero, sino porque siendo el sitio de predilección de las desgarraduras, tenía también fisiológicamente que soportar mayor distensión.

Por otra parte, basados en la influencia que la inserción placentaria tiene a nivel de la zona cicatricial en las experiencias recogidas de la cesárea clásica y conocido el poder corrosivo y destructor del Syncytium, se sabe que en el útero normal las masas plasmoidales pueden penetrar la caduca, perforar las paredes vasculares e insinuarse en el interior del músculo uterino, del mismo modo que lo hiciera un tumor de tipo maligno.

Así Everke y luego Ekstein, habiendo constatado en los casos observados de ruptura, la inserción de la placenta al nivel de la cicatriz rota, han creído que un papel patogenético importante desempeñaba esta circunstancia.

Las vellosidades placentarias, encontrando en ella un lugar de menor resistencia, ejercerían sus

propiedades corroedoras e invasoras con una intensidad particular y ciertamente su penetración sería tan fácil en esta cicatriz, que ciertos autores han visto a veces no estar formada una parte más que por algunos tractus conjuntivos, más o menos laxos. La pared uterina así perforada, acribillada mejor dicho, por esos barrenos placentarios que pueden llegar a disociar los haces musculares, estaría particularmente expuesta a romperse y existiría ahí algo análogo a lo que pasa en un embarazo tubario. Esta teoría ha sido sostenida especialmente por Ekstein, pero Couvelaire ha objetado a esta concepción la existencia de una caduca interútero placentaria en el caso de un embarazo uterino, mientras faltaría en el embarazo ectópico (tesis de Marioton).

Es teoría que no pudo confirmar la práctica dice Lange, y es así, puesto que desde los primeros momentos, Frank volvió a demostrar con sus experiencias que la ruptura del cuello no era en ese sitio tan inminente como sus opositores lo suponían.

Según Marioton, la frecuencia de la ruptura uterina después de la cesárea clásica es de 2,54 %, lo que demuestra que esta disminución en número es debido a la mayor solidez de la cicatriz uterina, solidez que ha llevado a suponer a muchos autores que ella sea capaz de oponer mayor resistencia que las cicatrices colocadas sobre el cuerpo.

En apoyo de este comportamiento de la cicatriz, en caso de embarazos repetidos, hemos visto dice Baumm una cantidad de mujeres, que después de haber sufrido la operación, se han embarazado otra vez, terminando una parte de éstos por parto prematuro artificial y 11 veces por una nueva operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal.

Nunca se ha constatado daño alguno que tuviera su origen en la cicatriz del cuello, al contrario, siempre ha sido ella muy fuerte, en la mayoría de los casos no se ha podido ver nada de dicha cicatriz y en aquellos que se la ha hallado, no había más que una finísima línea.

Por su parte, Lange, de Posén, cita cuatro casos de operaciones iterativas, en las que dos de ellas la cicatriz era perfecta y en las otras dos débil. También Fetzer dice que en la clínica de mujeres de Tuebingen ha podido observar muchos casos en que la cicatriz uterina ha resistido siempre muy bien y que hasta en cuatro casos de parto espontáneo le ha visto comportarse con la mayor perfección.

Kruger, también de Posen como Lange, habla de la resistencia de cicatrices extensas y con toda especialidad de una paciente múltipara de su práctica, en la que se produjo hace más o menos unos 13 años una ruptura del útero en el momento en que se practicaban maniobras de versión. Kruger

intervino la enferma y sacó feto y anexos por la vagina, pero la mujer fué víctima de una peritonitis muy grave de la que felizmente pudo restablecer completamente. Dos años más tarde se ve obligado a laparotomizarla nuevamente por razones de nueva ruptura uterina; se restablece por sutura la pared del órgano y la mujer cura también. Luego ha tenido dos partos más por la vagina sin que se hayan producido nuevas lesiones.

El pronóstico de la ruptura, comparándola con la cesárea clásica Kœrme, se basa sobre una mortalidad materna de 13 %, fetal de 66 %; con la vaginal según Dalhmann, materna 13 %, fetal 77 %.

Sobre 160 embarazos posteriores a la cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal, no se conoce aún ningún caso de ruptura (Nouvian).

Sellheim dice: la cicatriz que es lisa y unida se adapta mejor por sus propiedades fisiológicas a la función del cuello y del segmento inferior, que a la del cuerpo.

EMBARAZOS SIGUIENTES

La observación de 86 mujeres, dice Nouvian, dando un total de 160 embarazos posteriores a la cesárea extraperitoneal, nos demuestran que:

- 1º La fecundación no está impedida ;
- 2º El embarazo no es perjudicado, puesto que cada vez llega a su término ;
- 3º El parto no encuentra obstáculos por la operación, puesto que, de 40 casos, dos veces fué espontáneo. En un caso de Listenstein, la paciente pudo ser librada por las vías naturales y por versión de gemelos vivos después de 40 horas de trabajo. En muchos casos se ha visto resistir a la cicatriz, después de haber luchado contra 9, 12 y 38 horas de trabajo ;
- 4º No tiene influencia sobre la vitalidad del niño.

De aquí resulta, que las conclusiones a que llega Nouvjan con respecto a embarazos siguientes, concuerdan en un todo con uno de nuestros casos, es decir, con el primero de los dos operados por el doctor Chamorro por cesárea extraperitoneal pura ; en el que, a pesar de la infección ovular avanzada, puerperio febril, gran supuración y adherencias, han permitido a dicha operada un nuevo embarazo, alcanzando hoy en la fecha cuatro meses y medio, sin experimentar por lo que a ella se refiere, la más mínima incomodidad.

Creemos muy oportuno hacer constar aquí, la resolución del citado cirujano a practicar una nueva operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal,

si es que en su preciso momento, las circunstancias del caso la quieren permitir.

CESAREAS EXTRAPERITONEALES ITERATIVAS

De las lecturas hechas a este respecto, vemos que los hechos se muestran en favor de estas operaciones, que les llamaremos a repetición y como prueba de ello, insertaremos las opiniones de Sellheim, Baumm, Hostmann, Frank, Küstner, etc., que son el resultado de sus experiencias personales.

Sellheim por su parte, después de laparotomizar repetidas veces mujeres ya operadas, pudo darse cuenta no sólo de la normalidad de las relaciones anatómicas, sino también que constató lo perfecta que era la curación.

Hostmann, Frank, Scheffzek, Baumm, Küstner han repetido la operación de 46 mujeres, demostrando que por regla general no se presenta ninguna gran dificultad, al repetir la operación por la misma vía, sin abrir el peritoneo.

35 de ellas fueron operadas dos veces ;

9 de ellas fueron operadas tres veces ;

2 de ellas fueron operadas cuatro veces por Frank.

Terminaremos con Baumm, quien dice, que en su concepto, cuando una mujer ha sufrido dos cesáreas extraperitoneales, en la tercera intervención elegiría la cesárea clásica que permitirá hacer una operación esterilizante.

CAPITULO X

Ventajas e inconvenientes

Después de las lecturas realizadas a este respecto y visto que los defensores de este método están de acuerdo en las ventajas que aporta la cesárea extraperitoneal, creemos del caso transcribir aquí, parte del acopio correcto de todas las opiniones hechas y escritas en la tesis de Nouvian.

Las ventajas que se encuentran señaladas en las observaciones, son las siguientes :

1º Respeta, dice Müller, el peritoneo y lo evita.

La penetración de gérmenes infecciosos de gran virulencia a través de la fina lámina desprendida del peritoneo, parece posible, pero es rara ; la inundación de la cavidad serosa por un líquido amniótico séptico será evitado (Bumm), por consiguiente no hay toilette consecutiva del peritoneo, no hay

enfriamiento del mismo ni tampoco peligro de choc. Además no hay manipulaciones de intestino, a menudo seguidas de torsión o de obstrucción; ninguna adherencia cicatricial, sea del intestino, sea del epiplón, con la herida uterina o con la herida abdominal.

En fin, el peritoneo no herido, dice Holzapfel, se defiende mejor.

2º La incisión en la región del segmento inferior no provoca más que una hemorragia mínima o por lo menos fácil de cohibir, economiza sangre. Es inútil hacer forcipresión preventiva de los labios de la herida. La sutura del segmento inferior es fácil de ejecutar porque es delgado (Bumm). La reunión sería mejor porque no se contrae y las hemorragias tardías no son de temer.

3º Se ve como en la cesárea clásica, lo que se hace en la región que se opera (Fromme), por consiguiente economizar más tejidos, es menos ciega que la pubiotomía o que la cesárea vaginal. Es más lógica, desde el momento que no ataca la parte activa del órgano y no toca más que las vías de expulsión sin pasar por la hilera pelviana. Es también llevada rápidamente a cabo, sin peligro de muerte para la enferma (Spaeth). Según Runge su duración es más corta que la cesárea clásica, permiti-

tiendo, en caso de necesidad, librar a la madre en menos de diez minutos.

4° Permite operar parturientas infectadas, febricitantes y dudosas. En estos casos es necesario, sobre todo, drenar, porque la infección eventual permanece muy comúnmente local y se cura localmente (Kermaller). Fué practicada con éxito por Frank en mujeres que tenían la bolsa de las aguas rota, desde hacía 24, 27 y 33 horas, habiendo sufrido también tactos de médicos y parteras, lo que demuestra que la cesárea clásica, en esas condiciones, habría acarreado serios peligros. Baumm practicó también la intervención en una mujer que hacía 41 horas que estaba en trabajo de parto con temperatura de 38°5, con resultado de parto febril. Bopfer la practicó en una mujer con dolores desde hacía 10 días con 6 y medio de conjugata vera. Son éstos algunos ejemplos sacados de las 125 observaciones en que las mujeres eran consideradas por los autores como muy infectadas; la mortalidad no fué más que de 8 %.

5° Parece evitar las rupturas uterinas en los embarazos futuros, dice Müller. En todo caso si se produjera, sería dicha ruptura mucho menos peligrosa que la del segmento superior, abierto en este caso en pleno peritoneo.

6° Es aplicable, dice Pfannenstiel, fuera de toda

viciación pelviana, en las presentaciones del hombro abandonado. Atendiendo al concepto de Duhrssen, ella reemplazaría al parto provocado, a la cesárea clásica, a la embriotomía sobre niño vivo, a la heboosteotomía, la versión profiláctica y al forceps en el estrecho superior.

7° El alumbramiento se hace por las vías naturales, puesto que el desprendimiento de la placenta es fisiológico, mientras que en la cesárea clásica hay que hacerlo inmediata y manualmente.

8° Permite el empleo de la incisión transversal de Pfannenstiel, la cual corre sobre el monte de Venus, confundiéndose con los pliegues naturales de la piel. Ella es apenas visible, estética «deformando tan poco como es posible el vientre de las parturientas». El abdomen no está abierto más que en su parte inferior y el peligro de formación de hernias o de eventración queda muy disminuído. Según Baisch, las operadas se levantan más pronto y la convalecencia es más fácil y favorable.

La reunión de primera intención es una necesidad en la operación clásica, mientras que en la cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal puede contentarse con una reunión por segunda.

INCONVENIENTES

1º Es difícil conducir esta operación puramente extraperitoneal. Por nuestra parte podemos garantizar que en los dos casos operados en la maternidad del Hospital Alvarez, el peritoneo fué respetado de un modo impecable. La separación del peritoneo de la vejiga y el útero, requiere mano liviana y una buena orientación de las relaciones anatómicas que muchas veces no son constantes. Las adherencias vesicales sobre la línea media son a veces sólidas, y entonces un agujero en el peritoneo se hace fácilmente. Esto no es más que un pequeño accidente operatorio, puesto que de inmediato se restablece, sea por sutura o con pinzas.

Un agujero en la vejiga no sucede sino en los casos en que las paredes están muy delgadas; este accidente por una parte no es inquietante y por otra, diremos, es muy raro.

El peligro del peritoneo no estaría absolutamente separado en los casos de infección severa y progresiva, por ejemplo: con el estreptococo hemolítico, en cuyo caso pueden los gérmenes atravesar fácilmente la fina lámina serosa (Bumm). Pero cuando hay infección manifiesta ¿no hay acaso siempre consecuencias malas con cualquier operación?

(Heinricius). El peligro de gangrena del peritoneo es irrisorio.

2º La infección, dice Runge, del tejido celular pelviano es más peligrosa que la misma peritonitis. Este tejido ha hecho suponer en ciertos casos que sea más sensible y ofrezca menos resistencias a la infección. Opiniones opuestas han sido sostenidas por numerosos cirujanos, pero en realidad este peligro no se puede negar y es por esta causa que Bumm tuvo sus casos desgraciados; Runge, dos muertes ocasionadas por un flemón pelviano y en un caso la enferma estuvo largo tiempo, entre la vida y la muerte.

Krönig, de Friburgo, pretende que la cesárea extraperitoneal no da buenos resultados en los casos infectados. Lange, es menos severo, emplea el nuevo método en los casos dudosos y reserva con Shauta, de Viena, los «casos puros» a la cesárea clásica. Opitz con gran razón señala la «gran dificultad que hay en reconocer los casos infectados» y recomienda para establecer un diagnóstico, basarse sobre la temperatura, el pulso, los exámenes bacteriológicos de la vagina, del líquido amniótico, sobre la duración del trabajo. Winter, por su parte, exige mayores experiencias en ese sentido.

Debido a la supuración que puede producirse, la herida no cura por primera intención y el dre-

naje que sigue, deja una fístula abdómino-uterina. Esto no es verdad, ella sólo se encuentra en el cuarto procedimiento de Sellheim. Lo que más a menudo sucede, es la fijación por adherencias del cuello, trayendo versiones o flexiones uterinas; pero hemos visto en capítulos anteriores que si bien estos inconvenientes existen, no han producido mayores accidentes, al contrario, las ventajas son superiores.

3º Es a menudo penoso alcanzar el segmento inferior e incindirlo. Esto sucede rara vez. La incisión parece « anticiparse a la ruptura uterina », porque el segmento inferior es el sitio de elección para ella. Si en verdad este peligro es real para la cesárea clásica, parece no existir para la suprainfisiaria extraperitoneal.

La acusación de que la cesárea extraperitoneal da más hemorragia que la clásica cesárea, no es muy fundada para quien ha visto la operación, y sólo a Bartholdy le ha sucedido que en un caso, no pudo dominar dicha hemorragia.

4º La técnica es difícil y complicada, delicada e insegura para el práctico (Doleris, de París y Shanta, de Viena). No es una operación de urgencia. A lo que Küstner, de Breslau, responde, que no es una razón para arriesgar la travesía del peritoneo en los casos infectados. Muchos operadores la consideran idealmente sencilla. Si exige más tiem-

po que la clásica, no se aconseja pues, en los casos en que el niño se asfixia.

5º En cuanto a la extracción del niño, se dice que la enucleación de la cabeza, es un tiempo difícil. Las manipulaciones que la acompañan traen aparejadas muy a menudo rupturas del peritoneo. Hay que aplicar el forceps o servirse de una de sus ramas como de una palanca. Algunos autores han inventado instrumentos especiales, los que han venido a complicar la técnica. Con mucha frecuencia el niño es expulsado espontáneamente por la brecha uterina, con solo la fuerza de contracción. Siempre le hemos visto tener éxito y no comprendemos el caso del operador austriaco que refiere Henkel, el cual debió practicar la perforación, ante la imposibilidad de extraer el niño (Nouvian).

6º Cuando se quiere hacer seguir la operación cesárea de otra quirúrgica como es la ablación del útero o la castración, más vale hacer una laparotomía y por consiguiente hacer una cesárea clásica (Shauta).

De todo lo dicho resulta que los peligros indicados son en realidad poco temibles o evitables.

CAPITULO XI

Datos estadísticos

Dos estadísticas de conjunto nos permiten en la hora actual, dice Jeannin, hacernos una idea del valor de la cesárea suprasinfisiaria, la nuestra y la de Latzco. Como cada una de ellas contiene un cierto número de casos que no se encuentran reproducidos en la otra, las utilizaremos las dos, a lo menos en lo que se refiere al pronóstico maternal; Latzco no se ha ocupado de los resultados para el niño.

PRONÓSTICO MATERNAI — Mortalidad

He aquí las cifras dadas por Latzco :

NOMBRE del OPERADOR	Número de operaciones	MUERTOS POR :		
		Infección	Eclampsia	Causas diversas
Baumm.....	25	1	—	—
Blumsreich.....	1	—	—	—
Bumm.....	9	1	—	—
Czyzewicz.....	1	—	—	—
Döderlein.....	2	—	—	—
Egelmann-Seheidler ..	6	—	—	—
Fraipont.....	6	—	—	—
Frank.....	13	—	—	—
Franqué.....	3	—	—	—
Freund.....	1	—	—	—
Hammerschlag.....	3	—	—	—
Hoffmeier.....	3	—	—	—
Jung.....	2	—	—	—
Kahn.....	1	—	—	—
Kleinhaus.....	1	—	—	—
Kozlowski.....	1	—	—	—
Krönig.....	3	1	—	—
Küstner.....	5	1	—	—
Latzco.....	4	—	—	—
Luchsinger.....	1	—	—	—
Pfanenstiel.....	4	—	—	—
Puppel.....	1	—	—	—
Rosenfeld.....	1	—	—	—
Rosthorn V.....	15	1	—	—
Rubeska.....	1	—	—	—
Schauta.....	2	1	—	—
Sellheim.....	23	1	2	1
Solms-Dührssen.....	1	—	—	—
Späth.....	1	—	—	—
Uthmöller.....	1	—	—	—
Veith.....	19	1	—	—
Wiemer.....	1	—	—	—
	152	8	2	1

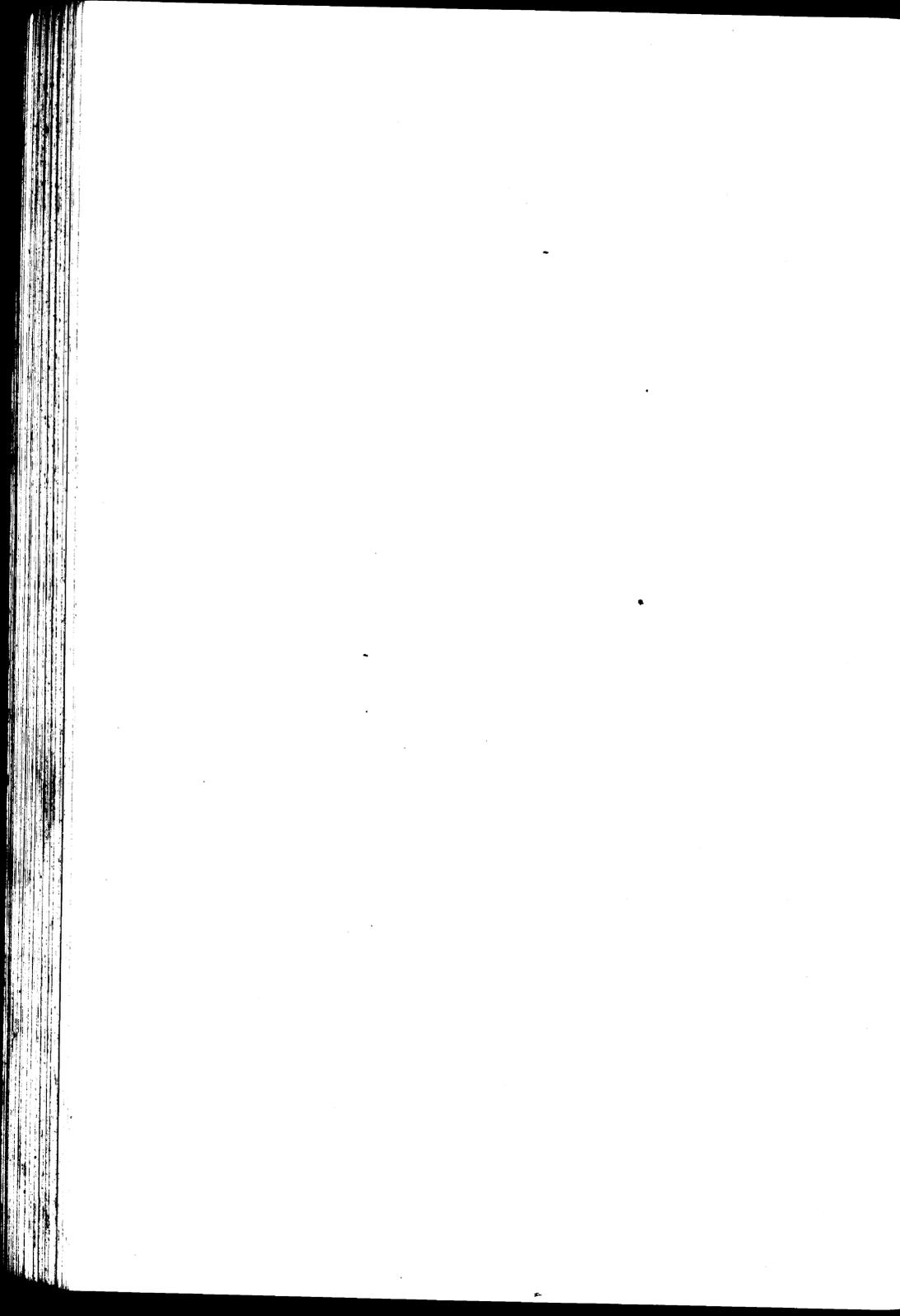
Sea once muertes sobre 152 casos, es decir, un porcentaje de 7,89 por ciento.

Tomando únicamente las muertes por infección, encontramos ocho decesos sobre 152 casos, sea un porcentaje de 5,26 por ciento.

He aquí la estadística de Jeannin :

NOMBRE del OPERADOR	Número de operaciones	MUERTOS POR :		
		Infección	Eclampsia	Causas diversas
Frank.....	12	—	—	—
Fromme.....	10	—	1	—
Sellheim.....	23	1	2	1
Baumm.....	8	1	—	—
Pfannenstiel.....	4	—	—	1
Küstner.....	4	—	—	—
Rubiska.....	1	—	—	—
Czizewicz.....	1	—	—	—
Hofmeier.....	2	—	—	—
Luchsinger.....	1	—	—	—
Wiemer.....	1	—	—	—
Bunn.....	5	—	—	—
Uthmöller.....	1	—	—	—
Hammesrclag.....	3	—	—	—
Kahn.....	1	—	—	—
Döderlein.....	2	—	—	—
Jahreiss.....	1	—	—	—
Latzco.....	3	—	—	—
Freund.....	2	—	—	—
Dobberd.....	1	—	—	—
Fuchs.....	1	—	—	—
Fraipont.....	12	—	—	—
Kroemer.....	9	—	1	—
Kozlowski.....	1	—	—	—
Spaeth.....	1	—	—	—
Scheidler.....	6	—	—	—
Sohms-Dührssen.....	1	—	—	—
Franz.....	6	—	—	—
Ballerini.....	1	1	—	—
Schauta.....	2	—	—	—
Piskacek.....	3	—	—	—
Blumreich.....	1	—	—	—
Krönig.....	3	1	—	—
Von Franqué.....	1	—	—	—
Von Bostorn.....	13	1	—	—
	<u>148</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>2</u>

Sea 11 muertes sobre 148 casos, es decir, una proporción de 7,45 por ciento. Tomando únicamente las muertes por infección, encontramos 5 decesos sobre 148 casos, sea un porcentaje de 3,4 por ciento.



CAPITULO XII

Estudio comparativo de las cesáreas. Casuística

CESAREA SUPRASINFISIARIA Y HEBOSTEOTOMIA

Estas son dos operaciones que por regla general entran muy a menudo en paralelo, siendo sus resultados los siguientes :

	SUPRASINFISIARIA	HEBOSTEOTOMIA
Mortalidad materna	4 %	5 a 7 %
Mortalidad fetal	5,58 %	7 %

La discusión desde el punto de vista que nos interesa está perfectamente resumida por Döderlein que dice : « la operación suprasinfisaria reconoce las mismas indicaciones que la hebosteotomía y se encuentra indicada en los casos en que la sección pubiana no puede ser hecha en razón de la estrechez

demasiado grande del bacinete o de la no dilatabilidad de las partes blandas ».

Con la embriotomía — Todos sabemos que el móvil principal de la cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal es el de salvar la madre y el niño, de modo que hacer un paralelo con la embriotomía no nos parece muy justo, desde el momento que esta operación se encuentra rigurosamente indicada en los casos de feto muerto. Pfannenstiel por su parte, la sostiene para aquellos casos infectados y Bumm en 2500 partos, no ha hecho nunca ninguna perforación.

Con el parto forzado o prematuro — En el último mes del embarazo el niño aumenta 800 gramos, lo que hay que tener muy en cuenta para que pueda recibir este beneficio. Por regla general, el parto forzado determina graves traumatismos para la madre y la mortalidad de los prematuros es muy grande (Nouvian).

Con la operación de Porro — La operación de Porro no es una operación conservadora, sino de necesidad. Según una estadística de Leopold que se refiere a 77 casos de Porro, la mortalidad materna es de 1,35 % y la infantil de 6 a 8 %.

Con la cesárea clásica — Aquí debemos considerar los siguientes casos :

1º Si en una u otra las condiciones son ideales, es decir, si la mujer está aséptica, como le llaman Fromme y Küstner a toda aquella que desde 14 días se encuentra en la clínica, a pesar de la opinión de muchos autores, las ventajas de la cesárea suprasinfisiaria no son de ningún modo mayores, que los de la cesárea clásica.

2º Si resulta que el caso es sospechoso, pero sin que haya infección manifiesta, la incisión suprasinfisiaria parece ser mucho más prudente y por tal motivo debe de dársele la preferencia sobre la clásica.

3º Si la mujer está infectada en forma evidente, claro está que no se puede ya, pensar en hacer una cesárea clásica y es entonces que la cesárea extraperitoneal se absorbe todas las indicaciones. En estos casos daría la extraperitoneal una mortalidad global de 9,6 % para la madre y de 8 % de mortalidad por infección pura, como lo prueban los 125 casos recogidos, con diez muertes por infección, una por coma eclámptico y una por ileus. En nuestra opinión, dice Nouvian, hay que ser, a pesar de todo, muy prudente, puesto que no es posible estar de acuerdo sobre el grado de infección.

4° En la eclampsia, los resultados con la cesárea clásica han sido bastante malos. El profesor C. Jeannin, de Paris, da una mortalidad de 47 y 50 %. En la cesárea suprasinfisiaria la mortalidad total es de 12,5 %. Dos muertos sobre 16 niños.

5° En la placenta previa, la cesárea clásica es hoy aceptada por casi todos los parteros. El profesor de Bovis en la Semana Médica del 6 de septiembre de 1911, da una mortalidad materna de 7 a 8 % y fetal de 60 a 84,3 %. «Es la matanza de los inocentes». Si la incisión dice Sellheim y de Bovis, cae sobre la placenta, al hacer el método suprasinfisiario, se pasa a través sin peligro.

Nuestras estadísticas, dice Nouvian, se refieren a 55 casos con dos muertes maternas, de las cuales una hay que eliminar y 4 muertes de niños para 33 casos. Una serie de 22 casos da, sin mayores detalles, un 5,26 %.

Mortalidad materna global	3,6 %
Mortalidad materna depurada	1,8 %
Mortalidad fetal (media)	

Estos resultados parecen buenos para la madre y el niño.

6° En los estrechamientos pelvianos. Según Jeannin reduce la mortaildad de 6,32 de Bar por la cesárea clásica a 3 y 4 % y da una mortalidad fetal de 5,45 %. En la cesárea suprasinfisiaria la

mortalidad materna es de 5,2 % ; depurada da 3,8 por ciento. La mortalidad fetal es de 6,9 % ; depurada 0,86 %.

Nuestras estadísticas, dice Nouvian, se refieren a 231 casos, sobre los cuales 12 mujeres (eliminando 9) y 16 niños (eliminando 2) murieron. Los resultados son iguales para las dos operaciones.

7° Con la operación cesárea vaginal. Con este procedimiento se expone a muchas dificultades, y entre ellos si suponemos únicamente que es la pelvis demasiado estrecha o que hay desproporción del feto con relación a la pelvis y finalmente si en el caso de placenta previa, cae la incisión sobre ella.

La mortalidad materna y fetal en 46 casos de placenta previa que hemos podido reunir y tratar por la cesárea vaginal, dice Döderlein, sería de 4,35 por ciento y 28,8 %. La suprasinfisiaria daría 1,8 por ciento y 8,69 %. Parece pues buena para la madre y el niño (Nouvian).

Discusión — La cesárea suprasinfisiaria extra-peritoneal es la que presenta mejores ventajas : primero, porque con ella se ataca el segmento inferior, que es el menos susceptible de romperse, y segundo, porque deja intacto el peritoneo.

Conclusiones — De todo lo dicho se deduce :

1°—Que la operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal es una operación que se realiza sobre el segmento inferior y sobre todo, por fuera del peritoneo.

2°—Que ella es una operación que está destinada a intervenir en las mujeres cuya asepticidad es dudosa.

3°—Que las consecuencias operatorias, se mejoran con el cuidado prolijo de la antisepsia y el buen drenaje de la herida operatoria.

4°—Que por el hecho de ser practicada extraperitonealmente, se evitan los peligros de la peritonitis, aunque haya quienes le imputan el peligro mayor de la infección al tejido celular pelviano.

5°—Que el alumbramiento se hace como en el parto normal, por las vías naturales.

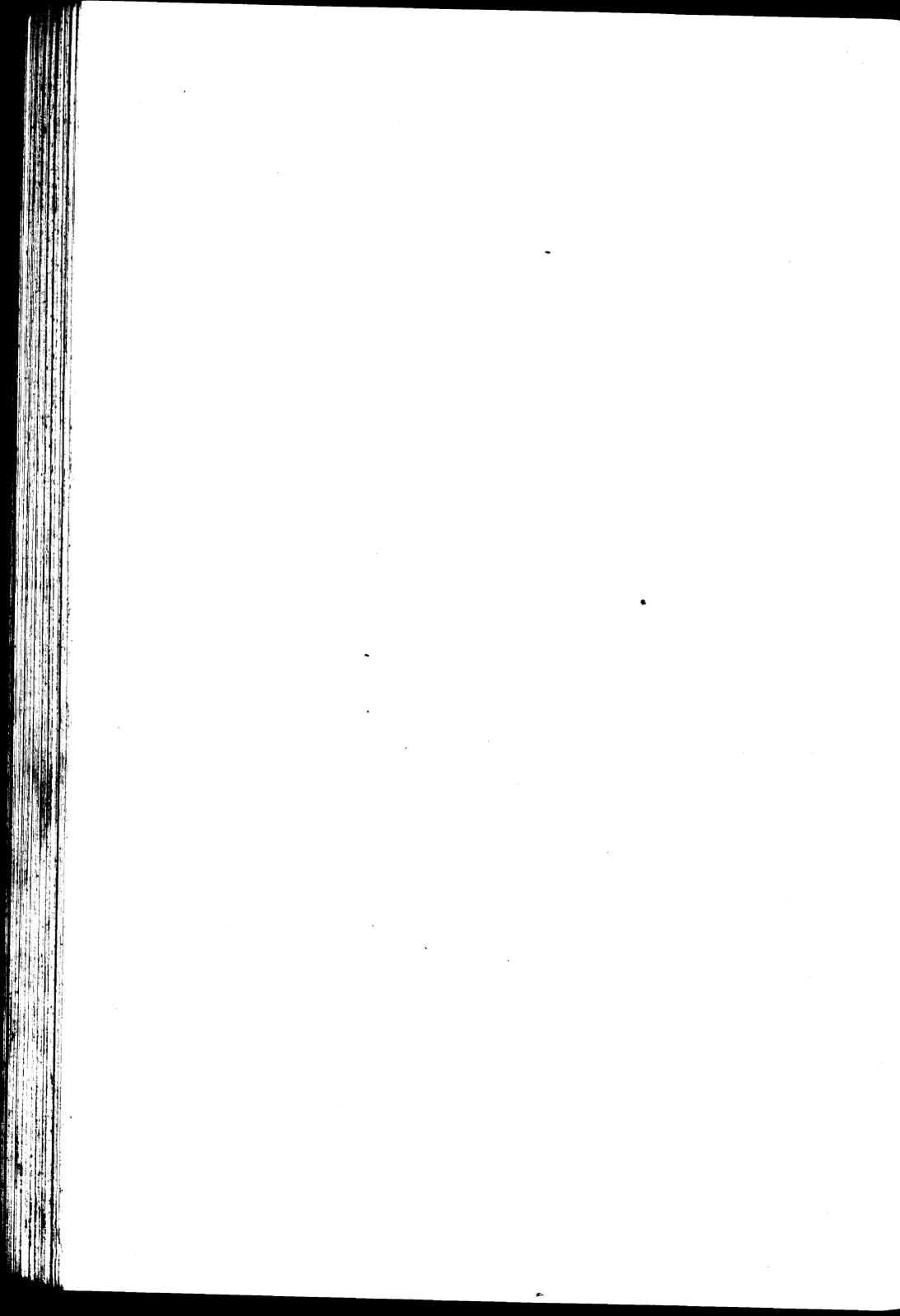
6°—Que el peligro de la ruptura uterina es mucho menor, por tener la incisión su asiento en el segmento inferior.

7°—Que la operación cesárea extraperitoneal, es una operación de gran indicación, en los casos de placenta previa, cuyos resultados son buenos tanto para la madre como para el niño y benéfica para el niño en los casos de estrechez pelviana y en los

cuales las manipulaciones repetidas, abren la duda sobre la asepticidad de la parturienta.

8°—Que si la mujer ha estado infectada en su primer parto, una operación iterativa, es probable que sea menos fácil.

9°—Que una sola contraindicación es admitida, por partidarios o no; ella es, el resultado de manifiesta infección en la mujer.



Historia clínica

El día 24 de mayo de 1915, a las 9 p. m., ingresa al servicio de maternidad la enferma B. F., de 28 años de edad, española, cocinera, quien nos refiere que hace tres días que se encuentra en trabajo de parto, el que se inició a raíz de haberse roto la bolsa de las aguas, y que había resuelto su ingreso al Hospital en virtud de un tercer examen practicado por su partera.

Antecedentes hereditarios — Madre muerta de parto.

Antecedentes fisiológicos — No recuerda la edad en que comenzó a caminar, habiéndolo hecho siempre bien. Sus primeras reglas las tuvo a los 18 años, le duraban tres días, regulares e indoloras.

Antecedentes patológicos — Sarampión y viruela.

Embarazos y partos anteriores — Es su primer embarazo en 5 años de vida conyugal.

Sus últimas reglas fueron a principios del mes de septiembre de 1914, y hace notar que ella tuvo de particular el ser menos abundante y de menor duración.

La altura del útero a su ingreso era de 31 centímetros, siendo también 19 por encima del ombligo, por lo que suponemos que estábamos en presencia de un embarazo de 8 meses y medio. También nos refiere que su embarazo había transcurrido sin novedad, a no ser 15 días antes de iniciare el trabajo del parto, en que estando en sus quehaceres habituales (cocinera), sintió un dolor en el vientre, a la altura de la fosa ilíaca izquierda, que la obligó a abandonar su ocupación. Este dolor continuó con algunas intermitencias, impidiéndole el sueño y acompañándose de algunas pérdidas sanguíneas.

Examen general — Mujer de pequeña talla (un metro cuarenta centímetros), peso 57 kilos (tomado después del parto), temperatura 37°8, pulso 100 por minuto, tiene dispnea, facciones demacradas, intensa agitación; se queja, notándose a la simple inspección deformaciones particulares a los miembros, en especial los inferiores, cuyas tibias son gruesas, encorvadas en sable, muslos cortos con ligera

curvadura anterior, pies planos ; los superiores también son cortos y engrosados, ídem para las clavículas, cuyas curvaturas están exageradas.

Piel : Blanca, con escasa pigmentación.

Corazón : Fuera de la frecuencia antes citada, nada de particular.

Pulmones : Sanos ; no hay várices ni edemas.

Senos : Bien desarrollados.

Ventre : Globuloso, distendido en sentido vertical ; útero ídem, llega al apéndice xifoides y rebasa las falsas costillas. Las paredes son muy tensas, hay contracciones enérgicas eréctiles ; la palpación nos permite sentir un feto en presentación cefálica, O. I. I. T. sin encaje móvil, que tomando el polo cefálico entre dos manos y apoyado contra el pubis se siente que rebalsa, dando la impresión de una cabeza muy grande para ese estrecho superior. La auscultación fetal es positiva, su frecuencia es de 130 latidos por minuto, bien sonoros.

Pelvimetría externa : B. T. 31 centímetros, B. Y. 26 centímetros, B. E. 26 centímetros, S. P. 17 centímetros, Bí ilíaco póstero-superior 7,5 centímetros y Bí izquiático 8,5 centímetros.

Pelvis en anteversión ; franca lordosis sacrolumbar, con figuración externa asimétrica.

Pelvimetría interna : Conjugata diagonal 8,2 centímetros, conjugata vera 7 y coxi subpubiano 8

centímetros (por razones de la escoliosis sacra y de tratarse de un promontorio relativamente elevado hacemos una reducción de 1,2 centímetros para la conjugata vera).

Tacto (examen órganos genitales): Escaso Monte Venus, vulva pequeña, orientada hacia abajo atrás, vestíbulo de la vagina pequeño; el tacto es imposible con dos dedos, difícil y muy doloroso con uno; vagina corta, sin reblandecimiento, fondos de saco borrados; se estrecha a medida que el dedo se aproxima al cuello, este último perceptible y deja pasar un dedo por su orificio, siendo apenas perceptible la presentación.

Pubis alto, radio de curvatura más pequeño que el normal, no corresponde a un cuarto de círculo, como lo demuestra la radiografía; en distorsión, con respecto al sacro, es fácil seguir las líneas innominadas, lo mismo que las paredes de la excavación, siendo de notar las siguientes particularidades: Promontorio fácilmente abordable, saliente; siguiendo el alerón sacro derecho e izquierdo es posible darse cuenta que los senos sacro-ilíacos son profundos, angostos y desiguales, lo que está en relación con la escoliosis sacra y desviación del mismo hueso; el seno izquierdo mucho menor y es hacia él que se desvía la cara anterior del sacro; esta cara es convexa, recubierta de algunas nudosidades, que cree-

mos sean osteófitos ; la articulación de la 1ª y 2ª sacra hace relieve, con caracteres de falso promontorio ; la articulación sacrocoxígea se hace casi en ángulo recto y, por último, es digno de mención una exóstosis que se toca a la altura de la espina ciática derecha, muy desarrollada, disminuyendo la capacidad del estrecho mediano. Con todos estos datos creemos estar en presencia de una pelvis raquítica, plana, general e irregularmente estrechada, en la que todos los diámetros y en todas las etapas del canal pelviano, están disminuídos, predominando esta reducción en el antero-posterior, correspondiendo dicha lesión a esas mujeres que durante su niñez y siendo raquítics, han caminado muy temprano, y en las que las lesiones pelvianas se han constituido bajo la influencia del peso del tronco transmitido por la columna y de las contrapresiones femorales sobre las cavidades cotilóideas.

Creemos, por consiguiente, que el estrecho superior en su forma recuerda a un corazón de naipe ligeramente irregular.

En vista de todas las dificultades, tanto óseas como de las partes blandas, para efectuar el parto por las vías naturales, el buen estado vital del feto y la probable o casi segura infección de la cavidad ovular, resolvemos practicar a dicha enferma una cesárea extraperitoneal, que encerraba, a nuestro

juicio, las siguientes ventajas : Salvar en absoluto la cavidad peritoneal, poder extraer un niño vivo y permitir a la madre una nueva gestación.

Elegimos como procedimiento el de Latzco-Döderlein (como justamente, dice el profesor Zárate, debe llamarse a esta operación) en cuya técnica procedemos como sigue :

Toilet vulvar y vaginal, tintura de yodo en la pared abdominal, pliegues inguinales y órganos genitales externos, anestesia clorofórmica, posición Trendelenburg, incisión ilíaca de la pared abdominal, paralela a la arcada de Falopio y dos centímetros por encima de ella y que se extendía desde la espina ilíaca antero-superior a la línea media, incindiendo por planos, piel, tejido celular, aponeurosis del gran oblicuo, pequeño oblicuo y transverso, respetando los rectos, ligaduras y sección de las epigástricas ; llegados al tejido celular pelviano lo desprendimos, tomando como punto de reparo el borde de la vejiga (distendido por la orina), insinuando la mano entre el peritoneo parietal y el piso pelviano lo desprendimos de la cara anterior y lateral del segmento inferior uterino, lo suficiente como para que nos diera paso al feto ; colocamos dos valvas, una a objeto de separar la vejiga y otra en el borde superior de la herida abdominal, a fin de transformar su situación horizontal en vertical y

poder abordar con más facilidad el útero. La abertura uterina la efectuamos con una incisión sobre el segmento inferior, siguiendo el eje de la matriz, paralela al borde inferior de la vejiga y a dos traveses de dedo por debajo, incisión que es facilitada por la colocación de las valvas antes citadas y por la compresión que ejerce un ayudante del otro lado del vientre sobre la cabeza, hecho lo cual reducimos la posición declive de la enferma, y con el forceps Simson hicimos una aplicación, colocando primero la cuchara izquierda (pues operábamos del lado izquierdo y la presentación fetal también era izquierda), y después la derecha, haciendo la extracción de la cabeza con facilidad; lo mismo ocurrió para el resto del cuerpo; acto seguido efectuamos el alumbramiento artificial y procedimos a reparar la herida uterina, lo que hicimos con dos planos de sutura. Retiramos las valvas, la vejiga volvió a su lugar, lo mismo que el peritoneo, enjugamos la herida y procedimos a refaccionar la pared abdominal en cuatro planos; dejamos un tubo de drenaje en el ángulo interno, y otro, de mayor calibre, en el externo; curación seca, posición de Fowler, protoclisis aceite alcanforado cada dos horas, suero, etc.

Niño — Sexo masculino; nace en estado de asfixia azul, es reanimado con baños, respiración arti-

ficial, etc.; pesa 2 kilos 700 gramos, estado físico normal; O. M. 12 cms., O. F. 11 cms., S, O. B. 9 cms., S. O. F. 9,5 cms., BíP. 8,5 cms., B. T. 7,5 cms.: circunferencia de la cabeza 34 centímetros, ligero modelaje parietal. Falleció al 7º día con signos de escleroma, habiendo mandado el cadáver a la Morgue y no habiendo podido obtener protocolo.

Madre — Reacción peritoneal durante 3 días; la herida entra en franca supuración, después de los cuales el estado general mejora; orina y mueve su vientre, la timpanización que se inició en estos tres primeros días desaparece, el pulso mejora, entrando en pleno bienestar; no nos queda más que la herida operatoria, la que nos vemos obligados a retirar algunos puntos de sutura, para facilitar el drenaje, colocando un tubo de mayor calibre en el ángulo externo. La supuración es muy fétida, lo que nos obliga a usar en las curaciones agua oxigenada y éter; después de diez días el pus ha perdido su fetidez, el edema e inflamación de la herida operatoria han desaparecido y en el transcurso de un mes y cinco días, la enferma está completamente sana.

LÁMINA I



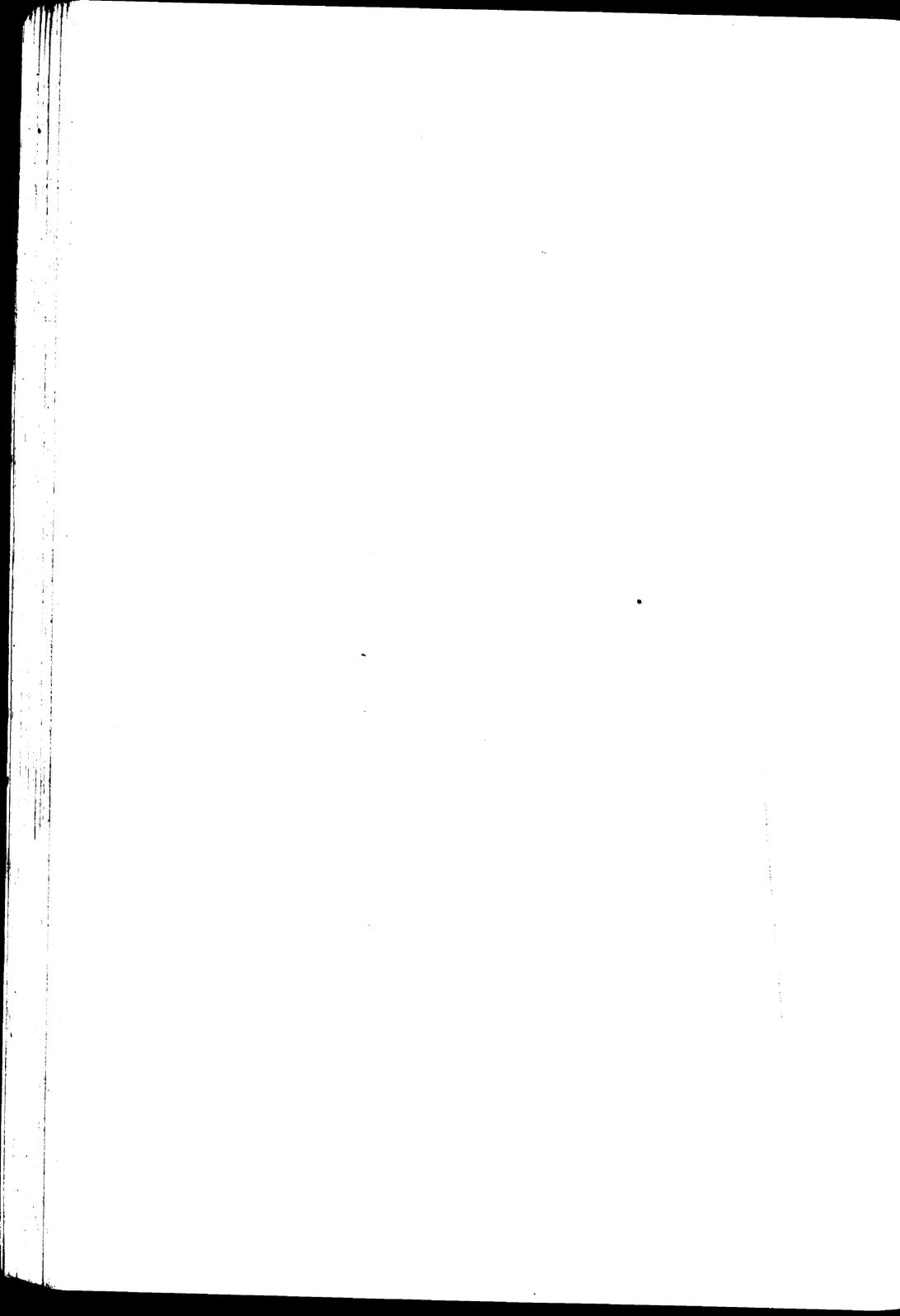


LÁMINA II



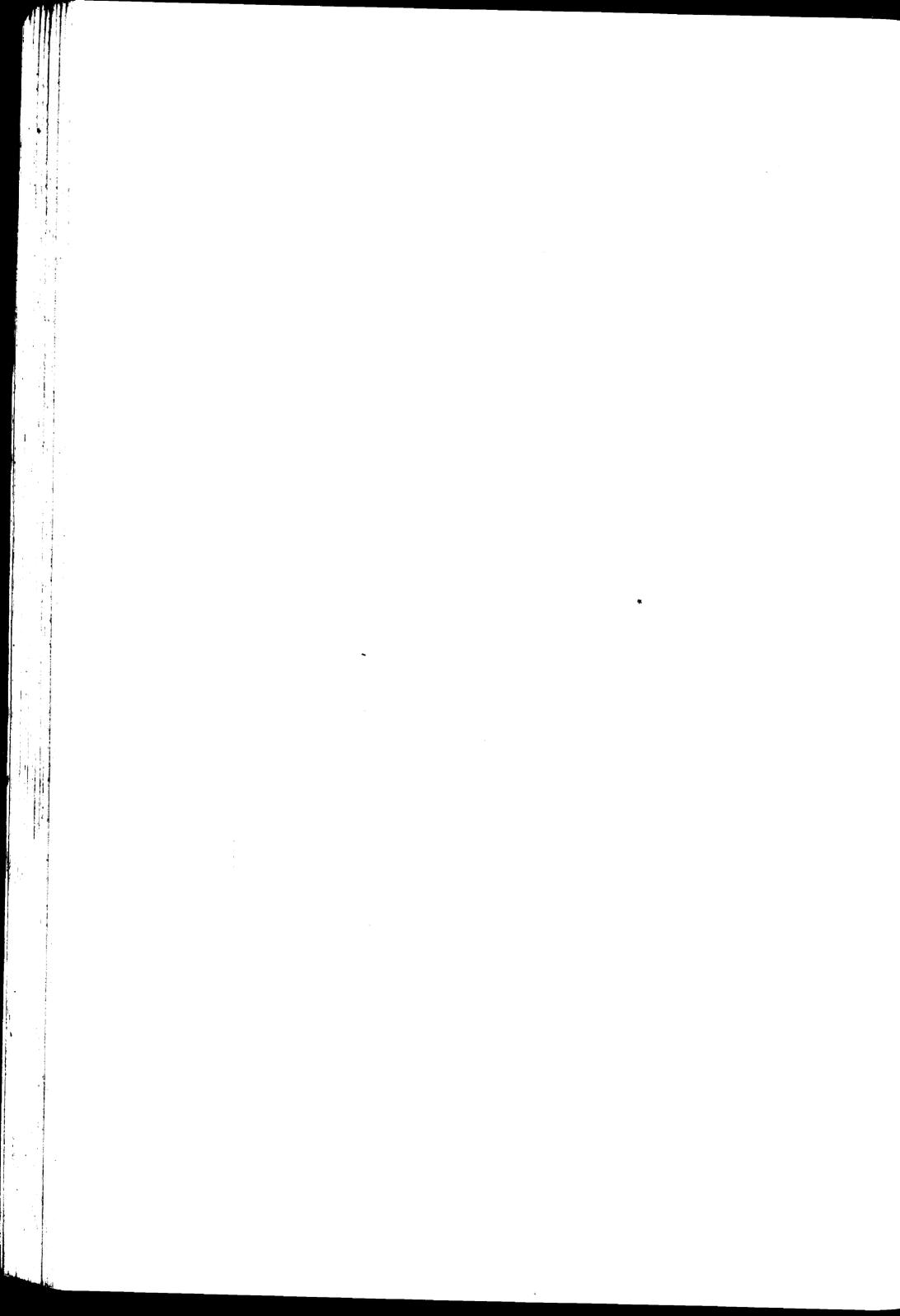
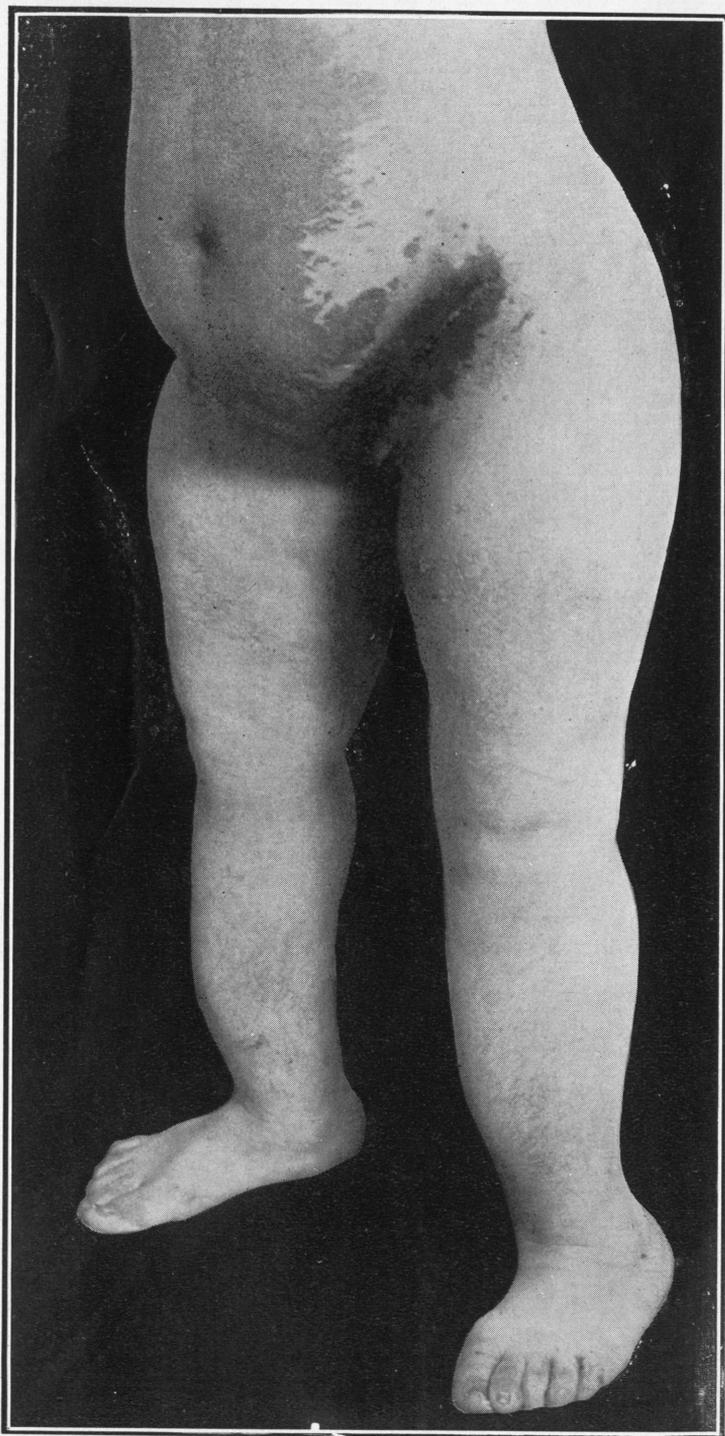
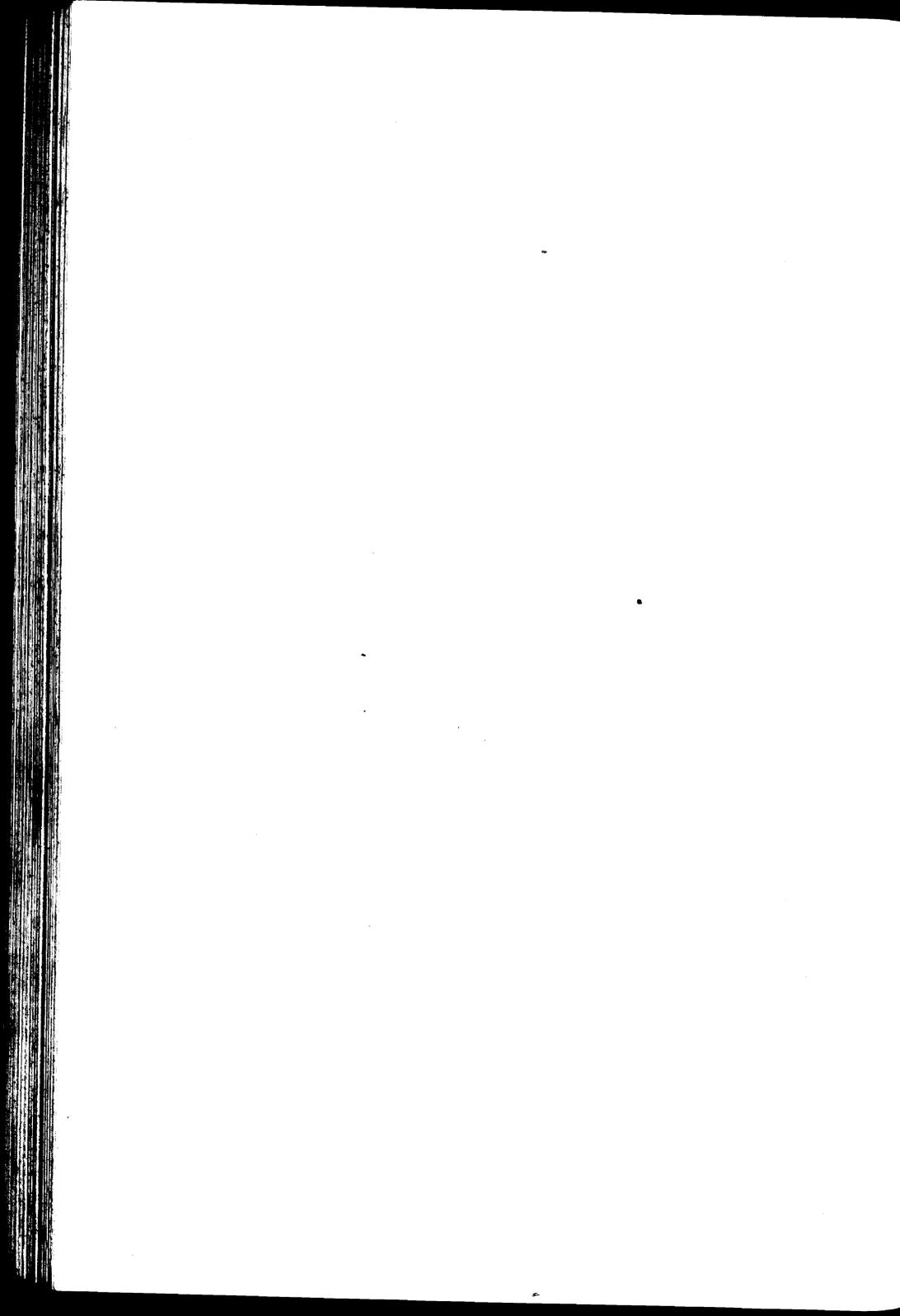


LÁMINA III





BIBLIOGRAFIA

- Baisch*—Berl. Kl. Woch., 1911, p. 1826-83 : Versammlung deutscher Naturforscher und arzte zu Karlsruhe : des extraperitoneale Kaiserschnitt.— Zentralbl. f. Gynakologie, n°. 43, 1911.
- P. Bar* — Opération césarienne et symphyséotomie. —L'Obstetrique Juillet, 1899.
- Bar, Brindeau et Chambrelent* — La pratique de l'art des accouchements, t. II.
- Baudson* — Déchirure du col propagé au segment inférieur. — Thèse de Paris, 1911.
- Baumm* — Zentralbl. f. Gyn., n°. 36, 1909.
—Die suprasymphysare Entbindung. — Zentralbl. f. Gyn., 4 avril 1908.
—Suprasyjphysare Kaiserschnitte. — Berichte aus gynakologischen Gesellschaften und Krankenhausern in Breslau, 1907, in Zentralbl. f. Gyn., n°. 12, 1908.

- Gynakologische Gesellschaft in Breslau, in Zent. f. Gyn., n^o. 1, 1909.
- Erfahrungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt.—Deuts. Med. Woch., p. 212, 1913.
- Beuttner* — Ein Fall von Uterus-Bauchdegken-fistel. — Zentralbl. f. Gyn., n^o. 20, 1910.
- Birnbaum* — Akute Lysolvergiftung durch Uterus spülung während eines extraperitonealen Kaiserschnittes. — Zentralbl. f. Gyn., n^o. 44, 1909.
- Bonáy* — Zentralbl. f. Gyn., n^o. 43, 1911 in 83 Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe, Sep. 1911.
- De Bovis*. — Semaine médicale, 1902, p. 247; 1903, p. 123; 1906, p. 448; 1907, p. 233; 1908, p. 329-401; 1909, p. 36; 1910, p. 37-39. — L'Opération césarienne extrapéritoneale, p. 401-419; 1911, p. 36. — Le traitement chirurgical du placenta proevia est-il justifié ?, p. 125.
- Blumreich* — Zum suprasymphysaren Kaiserschnitte. — Berlin kl. Woch., p. 1483, 1908.
- Brewitt* — Zur Frage des Wundschutzes beim extraperitonealen Kaiserschnitte. — Münch. med. Woch., N^o 43, 1909.
- Bumm* — Über suprasymphysaren Kaiserschnitte in Gesellschaft der Charité Ärzte. — Berlin kl. Woch., pág. 1820, 1908.

- Gesellschaft für Geb. u. Gyn. zu Berlin. — Berlin kl. Woch., p. 2081, 1908.
- Internationaler Kongress in St. Petersburg. — Zentralbl. f. Gyn., N° 45, 1910.
- Zur Indikationstellung bei der Pubotomie. — Zentralbl. f. Gyn., N° 18, S. 613, 1908.
- Gesellschaft für Ge. u. Gyn. zu Berlin. — Zentralbl. f. Gyn., N° 42, S. 1395, 1908.
- Cholmogorow* — Ein extraperitonealen Kaiserschnitte nach Latzco. — Zentral. f. Gyn., N° 31, 1911.
- Kaiserschnitt nach Latzco. — Zentralb. f. Gyn., N° 16, 1910.
- Commandeur*. — Société obstétricale de France, 1911.
- Cooke Hirts* — The advantages of the suprasynphyseal (extraperitoneal) cesarean section in Clean as Well as in presumably infected cases.—Journal of obstetric, pág. 456, 1913.
- Czyzewicz* — Extraperitonealer Kaiserschnitt.—Zentralb. f. Gyn., N° 25, 1908. — Zentralb. f. Gyn., N° 9, S. 311, 1909.
- Asa B. Davis* — Cesarean section a Study of a consecutive series of cases.—Journal of Obstetric, diciembre 1913.
- Doderlein* — Uber der extraperitonealen Kaiserschnitt. — Zentralbl. f. Gyn., N 4, 1909.

—Zentralbl. f. Gyn., N° 49, S. 1684, 1909.

—Internationaler Kongress in St. Petersburg.—

Zentralbl. f. Gyn., N° 45, S. 1444, 1910.

Doleris — Influence des Opérations plastiques pratiquées sur le col utérin, sur la conception, la grossesse et l'accouchement. — La Gynécologie, avril 1910.

Duhrssen — Zentralblatt f. Gyn., 2 april 1904.

—Die Laparo kolpohysterotomie eine Kombination der Ritgen, scher Gastrolytrotomie und des Kaiserschnittes als neue Therapie des engen Beckens. — Berlin kl. Woch., N° 5, 1909.

Eversmann — Kaiserschnitte nach Latzco. — Zentralbl. f. Gyn., N° 33, 1909.

Fabre et Rendu — Société obstétricale de Lyon, 23 février 1910.

H. Fehland — Der extraperitonealen Kaiserschnitt. — Freiburg i. Br., 1912.

Fehling — Über cervicalen Kaiserschnitt. — Berlin kl. Woch., p. 1434, 1910.

Fraipont — Césarienne cervicale suprasymphysaire, in l'Obstétrique, 1909. — Sur la césarienne suprasymphysaire (l'Obstétrique, 1910).

Frank — Cervicalen Kaiserschnitt nach Latzco. — Zentralbl. f. Gyn., N° 33, 1909.

—Über suprasymphysare Entbindung und Beckenerweiterung. — Zentralb. f. Gyn., N° 70,

- S. 1390, 1909 y Monatsch. f. Geb. und Gyn.,
Bd. XX, S. 520, 1909.
- Zur Technik des suprasymphysarem Kaisersch-
chnittes. — Zentralbl. f. Gyn., N° 6, 1911.
- Berliner kl. Woch., p. 128, 1911.
- Franz* — Über Kaiserschnitte. — Gesellschaft der
Charité. Ärzte in Berl. kl. Woch., S. 547, 1911.
- Über Kaiserschnitte. — Gesellschaft der Chari-
té. Ärzte in Berl. kl. Woch. S. 547, 1911.
- Demonstration von Zwei Wochnerinnen nach cer-
vicalem suprasymphysarem Kaiserschmitt—Freie
Vereinigung mitteldeutscher Gynakologen in
Zen. f. Gyn., N° 24, S. 851, 1909.
- Über Veränderungen der Technik und der In-
dikationen des Kaiserschnittes. — Zentralbl. f.
Gyn., N° 41, S. 1359, 1910.
- Fuchs* — Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latz-
co-Dederlein. — Zentralb. f. Gyn., N° 21, S.
730, 1909.
- Freund*. — Vollig Extraperitoneale Kaiserschnitt. —
Zentralb. f. Gyn., N° 16, 1909.
- Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte
in Karlsruhe. — Zentralbl. f. Gyn., N° 43, p.
1486-83, 1911.
- Deutsche (mediz. Woch., N° 40, S. 1772, 1909.
- Fromme* — Über extraperitonealen Kaiserschnitt.—
Berlin. Klin. Woch., N° 4, S. 147, 1908.

- Für der extraperitonealen Kaiserschnitt.—Zentralb. f. Gyn., 25 april 1908.
- Über extraperitonealen Kaiserschnitt (Berichte aus gynakologischen Gesellschaften und Krankenhausern in Leipzig. — Zentralb. f. Gyn., N° 9, 1908.
- Gerstenberg* — Sectio Coesaria abdominalis inferior transperitoneális bei Gesichtslage und drohender Uterus ruptur. — Zentralb. f. Gyn., p. 1327, 1910.
- Gumbaum* — Zur Technik Indikation und Prognostic von dem Extraperitonealen Kaiserschnitt, in Nürnberger médzinische Gesellschaft und Poliklinik. — Berl. klin. Woch., p. 2039, 1909.
- Hammerschlag* — Zur Indikation und Technik des supra symphysaren Kaiserschnittes. — Zentralb. f. Gyn., N° 50, 1908.
- Hannes* — Was leistet die moderne Therapie bei der placenta proevia? — Zentralb. f. Gyn., N° 3, 1909.
- Hartmann* — Monatsch. f. Geb. und Gyn., Bd. XXX, 1909.
- Über wiederholte suprasymphysare Entbindungen. — Zentralb. f. Gyn., N° 20, S. 668, 1910.
- Über Geburten nach suprasymphysaren Entbin-

- Zentralb. f. Gyn., N° 28, S. 939, 1910.
- Heinricius* — Zentralbl. f. Gyn., N° 33, 1909.
— Zentralbl. f. Gyn., N° 28, S. 1005, 1910.
— Zentralbl. f. Gyn., N° 33, S. 1105, 1910.
- Henkel* — Zur Kaiserschnitt-technik, in freie Vereinigung mittel deutscher Gynakologen.—Zentralb. f. Gyn., N° 27, S. 982, 1911.
- Hefmeier* — Der extraperitonealen und der suprasymphysare Kaiserschnitt.—Zentralbl. f. Gyn., 10 Juli 1908.
- Jung* — Zur Indikations-stelleng und Technik für den klassischen und extraperitonealen Kaiserschnitt und für die Hebosteotomie. — Munch. med. Wochensch, núms. 17 y 18.
- Jahreiss* — Zentr. f. Gyn., N° 7, 1909.
- Jeanin* — Societé obstétricale de France, 1909.
—L'Obstetrique, aout 1909.
- Kahn* — Ein Beitrag zur suprasymphysaren Kaiserschnitt. — Zentr. f. Gyn., N° 50, 1908.
- Kermauner* — Extraperitonealer Kaiserschnitt. — Zentralb. f. Gyn., N° 28, S. 999, 1909 y Discussion in N° 29.
- Kerschner* — Zentralblatt f. Gyn., N° 31, 1911.
- Kneise* — Zur Frage des extraperitonealen Kaiserschnittes. — In Munch. med. Wochensch, N° 36, 1900.

- Zentr. f. Gyn., N° 28, S. 978, 1909.
- Knoop* — Beitrag zur Indikationsstellung der extraperitonealen Kaiserschnittes. — In Munch. med. Wochensch, N° 6, 1910.
- Kobanck* — Ein Fall nach der Solms'schen methode. — Zentralb. f. Gyn., N° 23, S. 2074, 1910.
- Klotz* — Zentr. f. Gyn., N° 20, S. 696, 1910.
—Zür Discussion über den suprasymphysaren Fascienquerschnitt. — Zentr. f. Gyn., N° 11, 1911.
- Kouwer* — La section césarienne classique et la section césarienne extrapéritonéale suprasymphysaire. — L'Obstétrique, Janvier 1911.
- Kroemer* — Zur Indikationstellung des extraperitonealen Kaiserschnittes und der Pubotomie, in Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte zu Köln. — Berl. klin. Woch., S. 1826, 1908.
- Kronig* — Zur Behandlung der Placenta proevia.
—Zentr. f. Gyn., N° 46, 1908.
- Kufferberg* — Monats. f. Geb. u. Gyn., S. 637, Mai 1910.
—Die Therapie bei Beckenverengungen mitleren Grades. — Zentr. f. Gyn., N° 45, 1909.
- Kustner* — Extraperitonealer cervicaler Kaisersch-

- nitt nach Sellheim. — Zentr. f. Gyn., N^o 52, S. 1666, 1908.
- Uber Sellheim's extraperitonealen cervicalen Kaiserschnitte. — Zentr. f. Gyn., N^o 16, 1908.
- Zentr. f. Gyn., N^o 1, S. 33, 1909.
- Uber den extraperitonealen Kaiserschnitt, seine Technik und Indikationstellung. — Munch. med. Woch., N^o 34, 1909.
- Zentr. f. Gyn., S. 1027, 1910.
- Für deu extraper. Kaiserschnitt. — Zentr. f. Gyn., N^o 27, 1911.
- Zentr. f. Gyn., N^o 43, S. 1486, 1911.
- Berl. klin. Woch., N^o 41, S. 1869, 1911.
- Labusquiere* — Mémoires de Sellheim, Kronig, Baisch. — L'Obstétrique, 1909.
- Max Lange* — Berlin. kl. Woch., N^o 33, 1910.
- Latzco* — Der extraperit. Kaserschnitt. — Wiener, kl. Woch., N^o 14, 1909.
- Zentralblatt f. Gyn., N^o 8, 1909.
- Die Blasenfüllung bei meiner methode des extrap. Kaiserschnitte. — Zentr. f. Gyn., N^o 22, 1909.
- Die Indikation zum. extrap. Kaiserschnitt bei engen Becken. — Zentralb. f. Gyn., N^o 41, 1910.
- Gesellschaft der Arzte in Wien. — Berlin. kl. Woch., p. 1255, 1908.

- Laudenburg* — Peritonealer oder extraperitonealer Kaiserschnitt. — Zentr. f. Gyn., N° 33, 1909.
- Lichtenstein* — Extraperitonealer Kaiserschnitt und Utersu-uptur-gefahr bei späteren Entbindungen. — Zentr. f. Gyn., N° 26, 1910.
- Leopold* — Munch. mediz. Wochen., S. 41, 1910.
- Luchsinger* — Zentralbl. f. Gyn., 18 August 1908.
- Marioton* — (Prof. Ber). De l'avenir obstétrical
- Marioton* — (Prof. Bar). De l'avenir obstétrical classique conservatrice. — Thèse de Paris, N° 4, 1911.
- Mathael* — Uber extraperi. Kaiserschnitt. — Berl. klin. Woch., S. 368, 1910 y Discussion, p. 412.
—Münch. med. Woch., 5, S. 269.
- Morawski* — Zentralblatt f. Gyn., N° 31, 1911.
- Mouchotte* — Annales de gynécologie et d'obstétrique, novembre 1908.
- Muller* — In Verein der Ärzte zu Wiesbaden. — Berl. klin. Woch., S. 1824, 1909.
—Berl. klin. Woch., S. 1253, 1911.
- Nacke* — Ein extraperitonealen Kaiserschnitt, die Frucht in positio occipitalis sacralis. — Zentralbl. f. Gyn., N° 33, 1909.
- Nijhoff* — Erfahrungen mit dem suprasymphysare Querschnitt nach Pfannenstiel. — Zentralbl. f. Gyn., N° 19, S. 666, 1909.

- Nurnberger* — Zur Geschichte der extraperitonealen Kaiserschnittes. — Zentralbl. f. Gyn., N° 26, S. 899, 1909.
- Olow* — Zur Frage der Uterusrupturgefahr nach dem cervicalen Uterusschnitt. — Zentralbl. f. Gyn., N° 31, S. 1047, 2212, 1910.
- Olshausen* — Zur Kaiserschnittfrage. — Zentralbl. f. Gyn., N° 43, 1909.
- Opitz* — In internationaler Kongress in St. Petersburg. — Zentralbl. f. Gyn., N° 45, 1910.
— Zur Technik des Kaiserschnittes. — Zentralbl. f. Gyn., N° 27, 1911.
— In 83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe. — Zentralbl. f. Gyn., N° 43, S. 1485, 1911.
- Pankow* — Placenta Proevia. — Zentralbl. f. Gyn., S. 1366, 1908.
- Peham* — Zentralbl. f. Gyn., 25 Januar 1902.
- Pestalozza* — Internationaler Kongress in St. Petersburg. — Zentralbl. f. Gyn., N° 45, 1910.
- Peters* — Zur sectio coesarea cervicales posterior nach Polano. — Zentralbl. f. Gyn., N° 45, 1911.
- Pfannenstiel* — Zur Indikation und Technik des cervicalen Kaiserschnittes. — Zentralbl. f. Gyn., N° 10, 1908.
— Über die Transperit. sectio coesarea mittels un-

- teren Langsschnitt. — Deutsche mediz. Woch., N° 40, 1908.
- Polano* — Über sectio coesarea cervicalis posterior. — Berl. kl. Woch., S. 1826, 1911.
- Prusmann* — Der cervicale Kaiserschnitt. — Münch. mediz. Woch., N° 1, 1910.
— Münch. mediz. Woch., N° 11, 1910.
- Reifferscheid* — Zentralbl. f. Gyn., N° 33, 1909.
— Deutsche mediz. Woch., N° 6, S. 294.
- Rubeska* — Sectio coesarea cervicalis. — Zentralbl. f. Gyn., 25 april 1908. — Über den extraperit. Kaiserschnitt. — Zentralbl. f. Gyn., N° 33, 1909. — Wiederholter suprasymphysaren Kaiserschnitt. — Zentralbl. f. Gyn., S. 1164, 1910.
- Rueder* — Wiederholter suprasymphysaren Kaiserschnitt. — Zentralbl. f. Gyn., N° 32, 1911.
- Rosenfeld* — Berlin klin. Woch., p. 644, 1910.
- Scheurer* — Zentralbl. f. Gyn., N° 31, 1911.
- Schick* — Deutsch. mediz. Woch., N° 37, 1911.
- Schneider* — Berlin. kl. Woch., S. 1253, 1911.
- Seeligmann* — Hebesteotomie oder extraperit. Kaiserschnitt. — Berl. kl. Woch., p. 1826, 1911.
- Sellheim* — Die Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel. — Zentralbl. f. Gyn., 16 mai 1908.
- Sigwart* — Zur Behandlung der Placenta praevia. — Zentralbl. f. Gyn., N° 28, 1910.

- Solms* — Der Flankenkaiserschnitt. — Zentralbl. f. Gyn., N° 51, 1909.
- Spaeth* — Berl. kl. Woch., S. 1077, 1908.
— Zentralbl. f. Gyn., N° 20, 1908.
- Stande* — Berl. kl. Woch., S. 1578, 1911.
- Stolz* — Zentralbl. f. Gyn., N° 41, 1909.
- Stowe* — American Journal of Obstetrics., Juin 1909.
- Stheit* — Zentralbl. f. Gyn., S. 1386, 1910.
- Thorn* — Zentralbl. f. Gyn., N° 42, 1909 y Discussion S. 1471.
- Topfer* — Solm'sche Méthode. — Berl. kl. Woch., S. 549, 1910 y Discussion, S. 669.
- Transactions of the Obstetrical Society of Philadelphia.* — The advantages Suprasymphyseal extraperitoneal cesarean section in Both Clean and presumably. Infected cases. Discussion.
- Ulmoller* — Versuch eines extraperitonealen Kaiserschnittes nach Sellheim. — Zentralbl. f. Gyn., N° 45, 1908.
- Veit* — Zur weiteren Verebsserung der Kaiserschnittstechnick. — Zentralbl. f. Gyn., N° 16, 1911.
- Walcher* — Zur Méthode und Indikationserweiterung des cervicalen Kaiserschnittes. — Münch. med. Woch., N° 4, 1911.
- Wiemer* — Zentralbl. f. Gyn., N° 39, 1908.

Zweifel — Über die Sectio caesarea suprapubica subperitonealis mediana. — Zentralbl. f. Gyn., S. 1686, 1910.



Buenos Aires, Marzo 20 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero doctor José F. Molinari, al profesor titular doctor Samuel Molina y al profesor suplente doctor Arturo Enríquez, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.

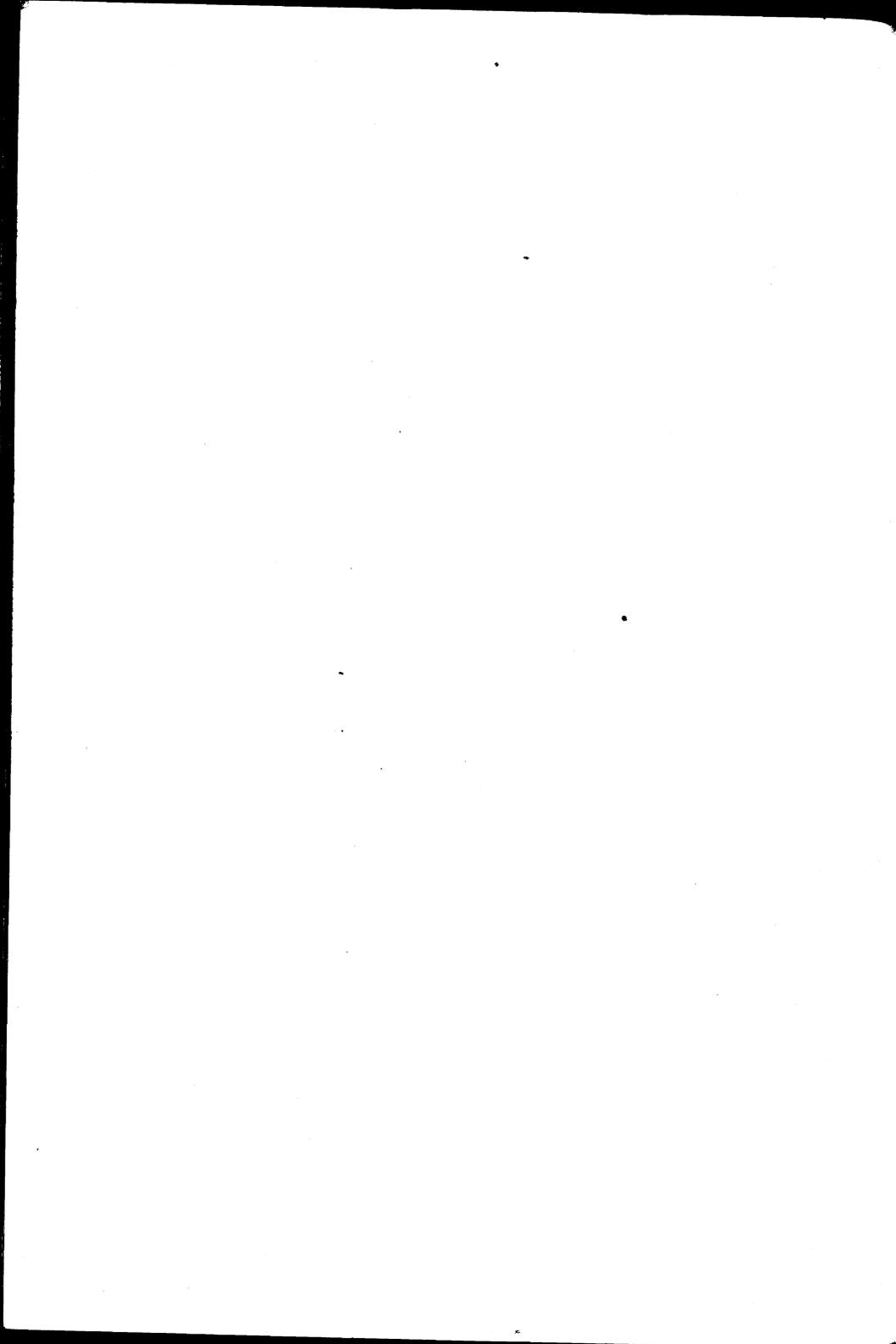
Buenos Aires, Marzo 29 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3062 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.

30745



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Operación cesárea clásica

José F. Molinari.

II

Casos en que conviene la operación cesárea extraperitoneal.

S. Molina.

III

Placenta previa central y operación cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal.

A. R. Enríquez.



