

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, C. A.

CESAREA BAJA

MODIFICACIONES HECHAS A SU TECNICA
OPERATORIA, EN EL 1er. SERVICIO DE
MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL
DE GUATEMALA

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE
LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

POR

MARIO ORTIZ PASSARELLI

Ex-Interno por oposición de los servicios de
Cirugía, Medicina, Casa de Salud de Señoras,
Emergencia y Maternidad del Hospital General.
En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

• • •

JULIO DE 1944

INTRODUCCION



Sin tomar en cuenta la Cesárea Vaginal que ha pasado a la historia, existen actualmente tres procedimientos quirúrgicos para extraer el producto de la concepción, viable o a término, por un lugar que no sean las vías naturales. Se llaman: Cesárea Alta o Corporal, Cesárea Baja o Segmentaria y Cesárea Extraperitoneal. En los tiempos modernos, la Cesárea Alta tiende a ser usada cada vez menos por los Obstetras que quieren dar mayores probabilidades de éxito a las grávidas no favorecidas por la naturaleza. Las complicaciones post-operatorias y los accidentes lejanos a que expone, han hecho que a pesar de ser de ejecución más simple, ceda el campo a la Cesárea Segmentaria, que ha entrado definitivamente a formar parte de la cirugía obstétrica; aquella no se ejecuta, como dice Moragues Bernat, más que «excepcionalmente ante casos también excepcionales», que forman sus indicaciones bien precisas y escasas y de las cuales ningún tocólogo debe apartarse: segmento inferior no formado, pelvis deformes, cesárea seguida de histerectomía y cuando no se pueda manipular sobre el segmento inferior por adherencias peritoneales u otros motivos. Las técnicas extraperitoneales actualmente no deben formar parte de los procedimientos quirúrgico-obstétricos y sin embargo todavía se ejecutan aunque raramente. Son ingeniosas, pero llenas de dificultades y no han logrado excluir satisfactoriamente los peligros del parto quirúrgico en los casos impuros. Más adelante expondré detalladamente las desventajas que tienen frente al cirujano y la enferma.

Nos queda, por último, la Cesárea Segmentaria, que ya está ocupando el lugar que justamente le corresponde, dados los beneficios con que favorece a las laparotomizadas. Son numerosas las técnicas empleadas y cada una de ellas tiene sus ventajas según los diferentes criterios; sin embargo también muchas de ellas tienden a desaparecer, destruidas paulatinamente por las nuevas aportaciones que nos brindan particularmente las revistas de Obstetricia, basadas en trabajos hechos a conciencia y guiadas por el deseo muy humano de querer mejorar siempre toda cosa, aunque muchas parezcan inmejorables. Me refiero a las incisiones verticales y cruciales del segmento inferior, que anató-

micamente no tienen razón de existir y desde el punto de vista de los resultados son muy inferiores a las horizontales.

Entre estas últimas hay dos procedimientos que tienen sus indicaciones bien precisas y que no son contrarios, sino que se complementan para llenar todas las condiciones que deben tener las técnicas de cesárea, según el cuadro clínico de cada caso: son las Transperitoneales y las Extraperitoneales por artificio de técnica.

En resumen, todos los casos que necesiten de una operación cesárea, forzosamente tienen que entrar en uno de los grupos siguientes:

- A) Cesárea Corporal (con sus indicaciones excepcionales).
- B) Cesárea Baja Transperitoneal y Extraperitoneal por artificios de técnica (Puga, León, etc.); indicada únicamente en los casos infectados.
- C) Cesárea Baja Transversal Transperitoneal, que es la que se practica frecuentemente y cuyas indicaciones son todas excepto las anteriores.

Desde principios de 1942, el Dr. Arturo Zeceña, Jefe del Primer Servicio de Maternidad del Hospital General de Guatemala, ha venido introduciendo modificaciones en la técnica operatoria de la última de estas cesáreas, hasta llegar a formar un procedimiento propio con resultados plenamente satisfactorios vistos a través de año y medio de práctica, puesto que desde Enero de 1943 se comenzó a emplear la técnica completa, cuya descripción es el tema del presente trabajo de tesis. Por ilustración y para mejor comprensión de sus cualidades, le he insertado capítulos que serán expuestos en el orden siguiente:

Capítulo Primero: Breve reseña histórica de la Cesárea.

- „ Segundo: Anatomía del Segmento Inferior.
- „ Tercero: Condiciones para la ejecución de la técnica operatoria de Cesárea Baja con Incisión Transversal.
- „ Cuarto: Indicaciones y Contraindicaciones de esta técnica operatoria.
- „ Quinto: Descripción de la Técnica Quirúrgica.
- „ Sexto: Ventajas.
- „ Séptimo: Desventajas.
- „ Octavo: El problema de la Cesárea Tardía y su relación con esta técnica.
- „ Noveno: Observaciones y estadística.
- „ Décimo: Conclusiones.

Antes de terminar esta introducción, quiero hacer notar que entre las observaciones incluyo las correspondientes al año de 1942, es decir, cuando no se empleaba la técnica completa (aún sujeta a modificaciones), pero que sin embargo ya tenían algo de ella y por lo tanto forman parte del material que ha servido para llevarla a cabo.

BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA CESAREA

La cesárea es una operación muy antigua en Obstetricia.

Según la Mitología, Esculapio, el Padre de la Medicina, nació por esta vía, cuando Apolo incendió el vientre de su madre Coronis que estaba en la hoguera. La palabra «césare» procede del latín «coedere» que significa cortar y César quiere decir «nacido mediante corte» (Plinio). Según algunos, este fué el origen de Julio César, que por su nombre señalaba cómo había nacido; pero otros consideran que este dato no ha sido verificado, ya que en ese tiempo la cesárea sólo se hacía en mujer muerta o moribunda y sin embargo la madre de aquél vivió muchos años después.

La Lex Regia de Numa Pompilio (año 700 a. c.) prescribía la extracción del feto por la vía abdominal en la mujer recientemente muerta o moribunda; ésto y la falta de datos ha hecho pensar que en la antigüedad solo se hacía esta operación en estas condiciones. Sin embargo Felkin la vió hacer a los naturales de Uganda «in vivo» embriagando a la paciente con jugo de banano fermentado y usando como antiséptico el mismo líquido. La técnica operatoria era impecable a pesar de la falta de sutura y de la mortalidad alta por infección o hemorragia. Siendo los naturales de Uganda una raza con desarrollo intelectual pobre, pensamos que es muy posible que también haya sido hecha en la antigüedad la cesárea en mujer viva, pero que por falta de datos no haya sido posible establecerlo.

Según Sacombe, Enrique VIII fué el primero nacido de mujer en estas circunstancias, en el año de 1491. Según Jacquemier, fué en ese año memorable la primera cesárea, pero no correspondió a Enrique VIII ese honor.

La verdadera historia de la cesárea comienza en el año de 1500 cuando Jacob Nuffer, de origen suizo y castrador de puercos, operó a su mujer después de haber sido desahuciada. En 1581 llamó la atención sobre la cesárea en mujer viva un tratado publicado por Francois Rousset con casos llegados de varias fuentes, a pesar de que algunos carecían de autenticidad y otros probablemente eran embarazos ectópicos.

La primera cesárea auténtica fué hecha en 1610 por Trautmann de Wittenber, después de la cual fué ejecutada en varias ocasiones. En 1769 Lebas fué el que primero usó sutura uterina, pero a pesar de ésta, la cesárea siguió siendo en el curso del siguiente siglo una operación muy delicada, con una mortalidad de 54%. Tan desdichados eran los resultados que Harris dijo que la operación cesárea era más venturosa cuando la paciente misma se la hacía o cuando el abdomen era desgarrado por los cuernos de un toro.

En 1876 Porro aconsejó la amputación del cuerpo uterino y la sutura del muñón a la parte inferior de la herida abdominal, para disminuir el peligro de hemorragia e infección; pero no se pudo estabilizar bien y ser de uso general, sino hasta los trabajos hechos en el campo de la asepsia (Lister, Pasteur, Semmelweiss, etc.) y el mejoramiento de las técnicas de sutura (Sänger: Cesárea Conservadora, en oposición a la de Porro o Cesárea Radical).

Dührssen, en 1895, ideó la Cesárea Vaginal que lleva su nombre y siempre, con el fin de salvar la cavidad peritoneal del contenido uterino séptico, fué que aparecieron las nuevas técnicas de Sellheim, Kuster Döderlein, Latzko, etc., de cesárea extraperitoneal. Franck, en 1907, y ante las dificultades de practicar esta última técnica, se inclinó a la cesárea suprasinfisaria extraperitoneal por artificios de técnica, suturando el peritoneo visceral al parietal antes de la abertura del útero; después han nacido los diferentes procedimientos de Michon, Puga, León, etc.

Al principio la incisión se hacía exclusivamente en el cuerpo del útero (Cesárea Alta). Fué Kehrer, el 25 de septiembre de 1881, el primero en hacer una histerotomía transversal en el segmento inferior en una enferma que padecía de osteomalacia y el primero también en suturar separadamente el peritoneo visceral del músculo uterino; sin embargo, con la aparición de las modificaciones de técnica de Sänger se olvidó este procedimiento.

Más tarde apareció otra vez la histerotomía baja con nuevos procedimientos introducidos por Stlotz, Franck, Döderlein, etc., pero no fué sino hasta los años de 1921 y 1926 cuando Munro Kerr y Hendry llaman la atención sobre el hecho de que las incisiones verticales sobre el segmento inferior interesan la parte contráctil del útero, ya que para dar una amplitud suficiente es necesario prolongar la incisión para arriba, puesto que para abajo se corre el riesgo de herir la vejiga. De esta manera se estableció definitivamente la incisión transversal en el segmento inferior, con ligeras variantes según las diferentes técnicas: horizontal, curva de concavidad hacia arriba y curva de concavidad hacia abajo.

Como se ve, la evolución de la cesárea ha sido tan accidentada que hizo exclamar a Turenne: «El estudio de las técnicas tocúrgicas del pasado medio siglo, deja un cierto sabor agridulce cuando se le compara con igual período de la técnica quirúrgica propiamente dicha. Este

estudio comparativo, demuestra, a mi juicio, sin discusión posible, que así como los cirujanos, desde las memorables iniciaciones de Lister han seguido una ruta precisa e invariable, los obstetras se han entretenido en zigzagueos que vistos desde afuera o analizados con espíritu crítico, dejan la impresión de vacilación, de incoordinación principista y algunas veces hasta de comprensión inexacta de los conceptos básicos de la cirugía obstétrica moderna».

En los últimos tiempos ha avanzado enormemente y gracias a los progresos de la técnica y terapéutica preventiva y curativa, se ha hecho de uso corriente, pecando muchas veces por impaciencia o comodidad, al hacerlas sistemáticamente en casos que tal vez se hubieran resuelto espontánea y favorablemente o que eran indicación de diferente intervención quirúrgica, como la Sinfisiotomía. La lucha entre ésta y la cesárea, para discutir la supremacía y el privilegio en muchos de los casos, como pelvis moderadamente estrecha, debe pasar a la historia; las dos tienen indicaciones bien distintas y se complementa. (Para mayor cantidad de detalles al respecto ver Tesis presentada por el Dr. Francisco Bendfeldt).

La Cesárea Post-mortem también ha tenido su evolución en lo que se refiere al tiempo en que puede ser ejecutada después de muerta la madre, con seguridad o probabilidades de que el feto viva. La supervivencia de éste, está en relación con el tiempo transcurrido y las probabilidades de éxito dependen de la rapidez con que se haga.

Han sido citados casos de fetos extraídos vivos después de 2 o 3 horas de la muerte de la madre, pero el Dr. Félix Uñó Mitjans los considera con mucha reserva, ya que según sus propias conclusiones, el tiempo útil para la extracción de un feto vivo y vital es de 15 a 20 minutos como máximo.

Fallon da como tiempo útil para que la intervención sea eficaz, 23 minutos. Stone da 9. Smith 30.

CAPITULO SEGUNDO

ANATOMIA DEL SEGMENTO INFERIOR

No haré una descripción prolija de la anatomía macroscópica y microscópica del segmento inferior del útero, sino únicamente lo que a mi juicio considero importante para la mejor comprensión del presente trabajo.

Calza, en el año de 1789, fué el primero en dividir la matriz en cuerpo, istmo y cuello, y Hegar y Pankow los que por sus trabajos dieron a conocer que el istmo era el origen del segmento inferior que se encuentra en el útero grávido.

El segmento inferior comienza a formarse en un tiempo variable al final del embarazo, por estiramiento del istmo debido a las contracciones uterinas y al encajamiento o insinuación de la presentación. Una vez formado tiene la forma de un cono truncado, cuya base mira hacia arriba.

A pesar de llevar muchos años de ser el segmento inferior una entidad anatómica de suma importancia, todavía no se han establecido sus límites y verdadero origen de una manera precisa, habiendo varias opiniones. Al iniciarse la expansión del útero (Mauriceau, Roderer, etc.), el orificio interno se distiende en toda su porción superior y constituye el segmento inferior, cuyo límite superior es la unión del peritoneo a nivel del anillo de Bandl, región donde los ligamentos redondos se reflejan para dirigirse a los orificios inguinales. Según opinión de Lantuejoul, el segmento inferior es la parte inferior del cuerpo uterino, limitada hacia abajo por el orificio interno propiamente dicho.

Bernabei (1938) considera como límite superior del istmo el punto de unión de la parte anterior del peritoneo visceral a la superficie de unión del útero en anteflexión, lugar donde la arteria uterina se vuelve más tortuosa.

Dugal dice que el istmo es una parte intermedia entre el cuerpo y el cuello, una especie de tierra de nadie; durante la preñez el istmo pertenece al cuerpo y toma parte en la hipertrofia general del órgano; en el momento del parto el istmo se incorpora al cuello teniendo una función pasiva.

Marshall dice que el orificio interno del istmo comienza a desaparecer al tercer mes y todo el canal se distiende gradualmente con el crecimiento del huevo. El istmo uterino viene a pertenecer al segmento inferior.

Demelin comenta la variedad de opiniones y concluye que para unos el segmento inferior constituye la región inferior del cuerpo y para otros la porción supravaginal del cuello.

Desde el punto de vista operatorio, no nos interesa conocer exactamente su origen pero sí su límite superior y creo que se puede tomar como punto de referencia, aunque no exacto, el lugar donde el peritoneo se adhiere sólidamente al cuerpo uterino.

Histológicamente, la mucosa del istmo es más brillante que la del cuerpo uterino y el epitelio está constituido por células planas con núcleos centrales. En 1930, K. Gorttler hizo estudios histológicos en nulíparas, múltiparas y grávidas y concluye que la pared del segmento inferior está constituida por dos sistemas de fibras musculares que se entrecruzan en la parte media en ángulo obtuso abierto hacia arriba. Estas proceden de fibras semejantes que nacen en el fondo del útero y se dirigen hacia adentro y abajo, se cruzan en ángulo recto por el medio y terminan en el lado opuesto. La abertura del ángulo que forman al cruzarse por el medio, se va abriendo a medida que son más inferiores, hasta llegar al cuello, donde son paralelas y circulares. Las fibras musculares oblicuas del segmento inferior, se horizontalizan durante el trabajo del parto, como lo ha demostrado Fuchs.

CAPITULO TERCERO

CONDICIONES PARA LA EJECUCION DE LA TECNICA OPERATORIA DE CESAREA BAJA CON INCISION TRANSVERSAL

1) Vejiga Vacía

La vejiga llena de orina se aplica sobre la cara anterior del segmento inferior sin interposición de peritoneo, cubriendo de esta manera el campo operatorio. Además de estar erizado de dificultades el procedimiento quirúrgico, se corre el riesgo de hierirla con sus consecuencias. El único caso de muerte en el Servicio a consecuencia de una Cesárea Baja Transversal tuvo su origen en una herida vesical en el tercer tiempo de la operación. En el post-operatorio sobrevino una cistitis; después una celulitis por paso de la infección a la cavidad de Retzius, que se abrió al exterior. La enferma murió de septicemia crónica al cabo de cinco semanas.

2) Segmento inferior bien formado

o suficientemente desarrollado para poder intervenir sobre él y encontrar el peritoneo visceral desprendible. Al principio del 9o. mes, en las primíparas, al término del embarazo en las múltiparas o al iniciarse el trabajo en los partos prematuros, es cuando comienza a formarse el segmento inferior y en su formación arrastra consigo al peritoneo que forma el fondo de saco vésico-uterino, el cual se une a la pared del segmento por tejido subperitoneal laxo.

3) Pelvis suficientemente amplia.

Las pelvis deformes (raqúiticas, póticas, etc.) no dan suficiente campo para poder maniobrar cómodamente dentro de la cavidad pélvica y dificultad mucho la operación.

4) Peritoneo del Segmento Inferior libre de adherencias

con órganos o formaciones patológicas vecinas. En el Servicio fué hecha una Cesárea Iterativa a una enferma laparotomizada anteriormente, con sutura en bolsa de tabaco del peritoneo visceral; se encontró un peritoneo libre y sólo un poco más grueso a nivel de la antigua sutura.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE ESTA TECNICA OPERATORIA

Las indicaciones son las mismas que se encuentran en cualquier libro de Obstetricia y que son de todos conocidas, excepto las anteriormente descritas en la Introducción y que no mencionaré por no caer en repeticiones.

Entre las contraindicaciones tenemos:

- A) Un estado general que contraindique la intervención quirúrgica.
- B) Feto muerto, excepto con una estrechez pélvica por debajo de 6 centímetros, desprendimiento prematuro de la placenta con cuello cerrado, placenta previa central en primigesta o con hemorragia abundante.
- C) Los casos infectados o francamente infectados.

Entre estos últimos no inclimos los casos impuros, que sí son contraindicación de Cesárea Alta, pero no de Cesárea Segmentaria Transperitoneal y más bien son una indicación formal de la técnica operatoria que describo en el capítulo siguiente. Sus relaciones serán descritas ampliamente al tratar de la Cesárea Tardía y sus problemas.

CAPITULO QUINTO

DESCRIPCION DE LA TECNICA OPERATORIA

1) Cuidados pre-operatorios

En general todos los necesarios para una laparotomía, incluyendo entre éstos, un sondaje perfecto de la vejiga.

Debido a la dificultad de maniobrar sobre el Segmento Inferior, que presenta una vejiga medio llena o llena en el momento de la intervención, sistemáticamente se cateteriza aquélla 5 o 10 minutos antes de la operación. Después de haber salido toda la orina se anuda la extremidad distal de la sonda y se fija el pabellón de ésta al muslo de la enferma mediante un pedazo de esparadrapo. Esto tiene como fin que la cantidad de orina que se pueda coleccionar en la vejiga, desde el momento del sondaje hasta la operación, pueda ser expulsada en cualquier momento con sólo deshacer el nudo de la sonda, evitándose así la molestia de cate-terizar a una enferma después de haber comenzado la intervención quirúrgica.

2) Medicación Previa

Un centigramo de morfina media hora antes de la intervención. La medicación barbitúrica se lleva a cabo sólo cuando el estado de la enferma lo hace necesario por su excitación nerviosa, y en este caso, bajo forma de una cápsula de Nembutal de diez centigramos una hora antes. Las dos cápsulas de Nembutal que corrientemente se dan antes de una Laparotomía, no dan buenos resultados en la Cesárea; se ha notado que muchos de los niños nacen en estado alarmante de intoxicación barbitúrica que hace necesario un tratamiento de urgencia: oxigenoterapia, analépticos, etc., aunque en ninguno de los casos ha habido un desenlace lamentable. En cambio con una sola cápsula el niño nace en estado de perfecta salud y se favorece a la madre con las ventajas de la anestesia de base.

3) Anestesia

Raquianestesia. El medicamento empleado es una solución al 10% de Procaína y la inyección se hace entre la tercera y cuarta vértebras

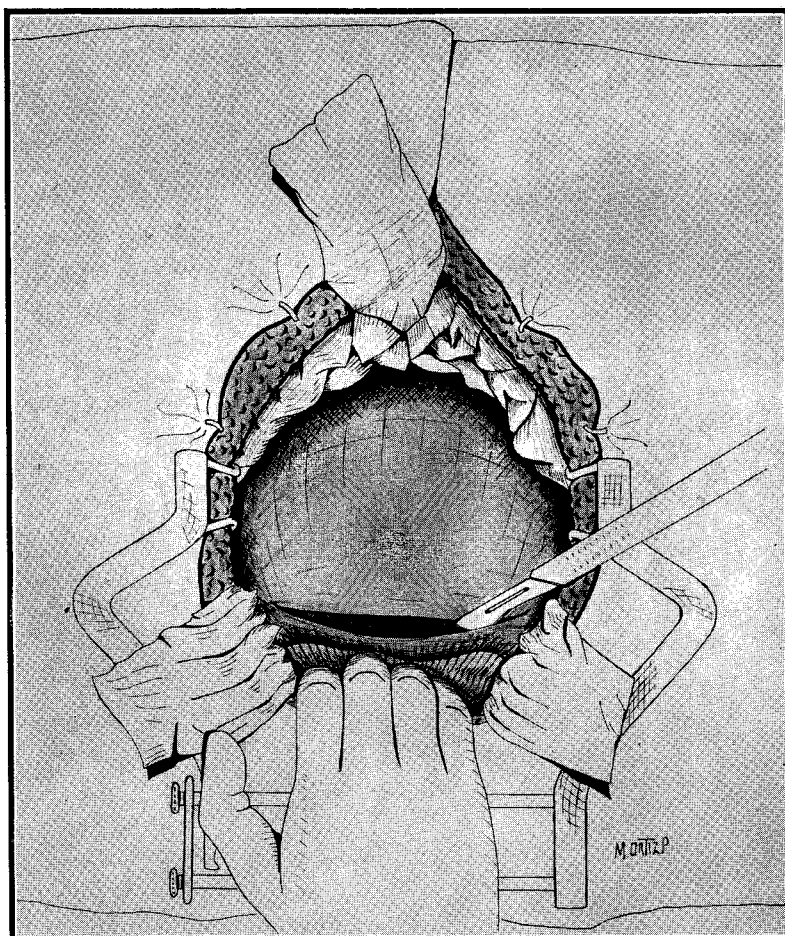


FIGURA No. 1.

lumbares con 14 centigramos del anestésico diluidos en 3 centímetros cúbicos de líquido céfalo-raquídeo.

En ninguno de los 70 casos operados en el Servicio, hubo contraindicación formal a esta clase de anestesia y si no se usó en 7 de ellos, fué a causa de punciones venosas en el momento de la introducción de la aguja en la cavidad raquídea; no estando seguros del buen resultado de aquélla si se hubiera hecho en estas condiciones, se decidió intervenir con anestesia general al Eter Sulfúrico. En un caso se empleó anestesia general con Pentotal Sódico, pero no quedamos convencidos del buen resultado; la enferma presentó continuamente una ligera contracción de los músculos abdominales, que dificultó grandemente la intervención. El Pentotal Sódico para dar una anestesia buena necesita muchas horas de preparación pre-operatoria, lo que no es posible hacer con todas las enfermas que se van a histerotomizar, ya que unas se resuelven espontáneamente con la espera y otras son de urgencia. Si es del gusto del cirujano, únicamente estaría indicado en aquellos casos que tienen una indicación formal y que puedan esperarse entre 12 y 24 horas. Sin embargo todas las anestesia generales tienen la desventaja de provocar inercia uterina que favorece la hemorragia en el curso de la intervención; no así la raquídea que provoca una retracción del útero.

Entre las complicaciones de esta última sólo hemos tenido ocasión de observar en el Servicio, náuseas y vómitos en el momento de operar.

4) Antisepsia de la pared:

Hecha con la solución de Vaichulis y Arnold de Chicago y últimamente con tintura de Merthiolato.

5) Posición:

Trendelenburg. Cirujano a la izquierda de la paciente.

6) Operación:

- a) Incisión mediana suprasinfisaria de quince centímetros lo menos de longitud, hasta la cavidad peritoneal. La incisión debe de iniciarse inmediatamente arriba de la sínfisis para comodidad ulterior. Al abrir el peritoneo, tener cuidado de no herir la vejiga en la extremidad inferior de la herida.
- b) Colocación de pequeños campos a los bordes de la herida y fijación de los mismos con pinzas de campo.
- c) Colocación del separador abdominal de Balfour sin valva vesical. Hay que hacer notar que en el curso de la operación, la supresión de dicha valva es reemplazada con mucha ventaja por la mano derecha del ayudante, (Fig. No. 1), a veces sola y a veces acompañada de una pequeña valva. La ventaja consiste en que la mano puede en todo momento exponer claramente la parte del campo

operatorio que el operador vaya necesitando en el curso de la intervención.

Separación de las asas intestinales y exclusión de la gran cavidad peritoneal por medio de un rodillo de gasa colocado a los lados y arriba del útero grávido y dos cuadrados de gasa, uno en cada fondo lateral inferior de la cavidad peritoneal.

- d) Incisión del peritoneo visceral. La mano derecha del ayudante, separando hacia la sínfisis del pubis la vejiga, arrastra con ella el fondo de saco véscico-uterino, el cual forma una curva de concavidad hacia arriba. Siguiendo esta curva y a 1 o 2 centímetros por arriba de ella, se incinde el peritoneo visceral con bisturí en una extensión de 9 o 10 centímetros. (Fig. No. 1). Con pinzas de Allis se toman los bordes libres de la incisión peritoneal y se separan hacia su lado correspondiente, a fin de exponer claramente la superficie uterina que se va a cortar. El peritoneo a este nivel es muy móvil y la separación del músculo uterino se hace sin ninguna dificultad.
- e) Incisión del músculo uterino. Con el bisturí se hace un pequeño ojal en las capas superficiales uterinas medianas, sin ahondar mucho por temor de herir al niño, dado el poco espesor del músculo uterino a este nivel (2 a 3 milímetros).

Se continúa la incisión del medio a los lados, tanto en sentido transversal como en profundidad, con la ayuda de tijeras curvas y siguiendo la dirección del corte peritoneal anterior en una extensión de más o menos 3 centímetros. (Fig. No. 2). El operador introduce en la incisión primero un dedo, después dos y por último los cuatro (excepto el pulgar) dedos de su mano derecha, y con la ayuda de movimientos de abducción de los dedos, agranda la herida uterina hacia los lados, (Fig. No. 3), hasta alcanzar una longitud de más o menos 10 centímetros. Esta manera de agrandar la herida tiene como fin no cortar las fibras musculares laterales del segmento inferior y de evitar cualquier lesión de las arterias uterinas ya que no es posible ocasionarles con la simple presión de los dedos un desgarre o corte. Con pinzas de anillos se toman los bordes de la herida uterina en su parte media.

- f) Extracción del feto: En la presentación de vértice, la extracción de la cabeza siempre ha sido uno de los tiempos más difíciles en el curso de la cesárea baja, y con tal fin se han descrito numerosos procedimientos: palancas, fórceps, maniobras de Gepper, Alvarez, Schwarcz, etc., cada una adolece de una o varias desventajas. En la práctica de la cesárea baja llevada a cabo en el 1er. Servicio de Maternidad, el doctor Zeceña viene empleando desde hace tiempo una maniobra de fácil ejecución y de invariable buen éxito. (*) Se hace así:

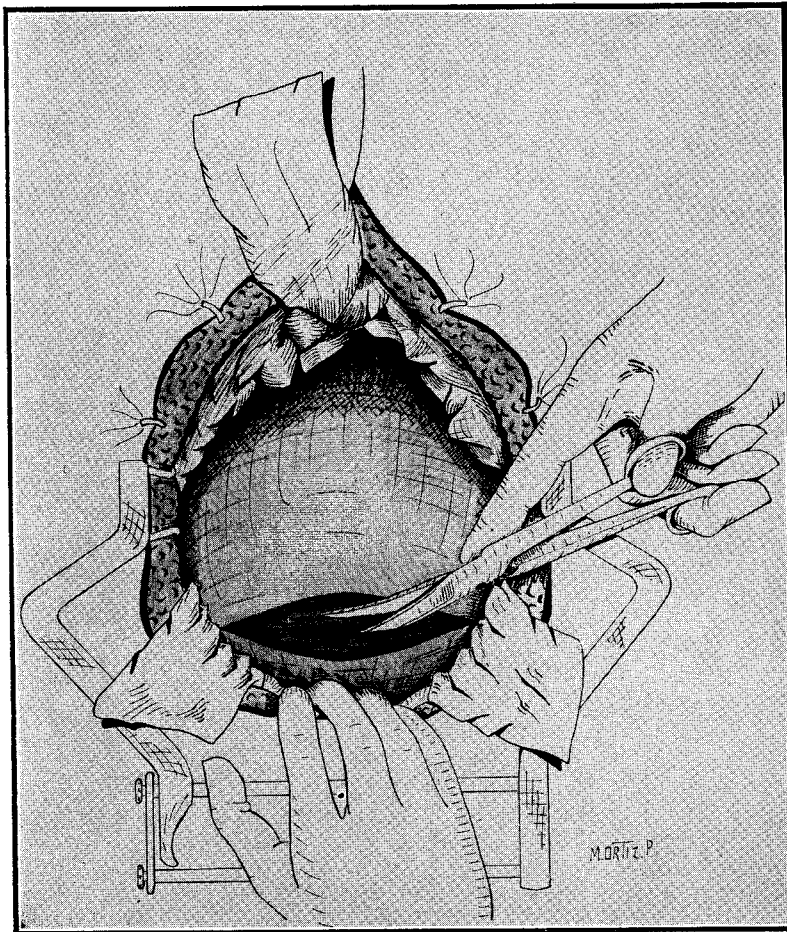


FIGURA No. 2.

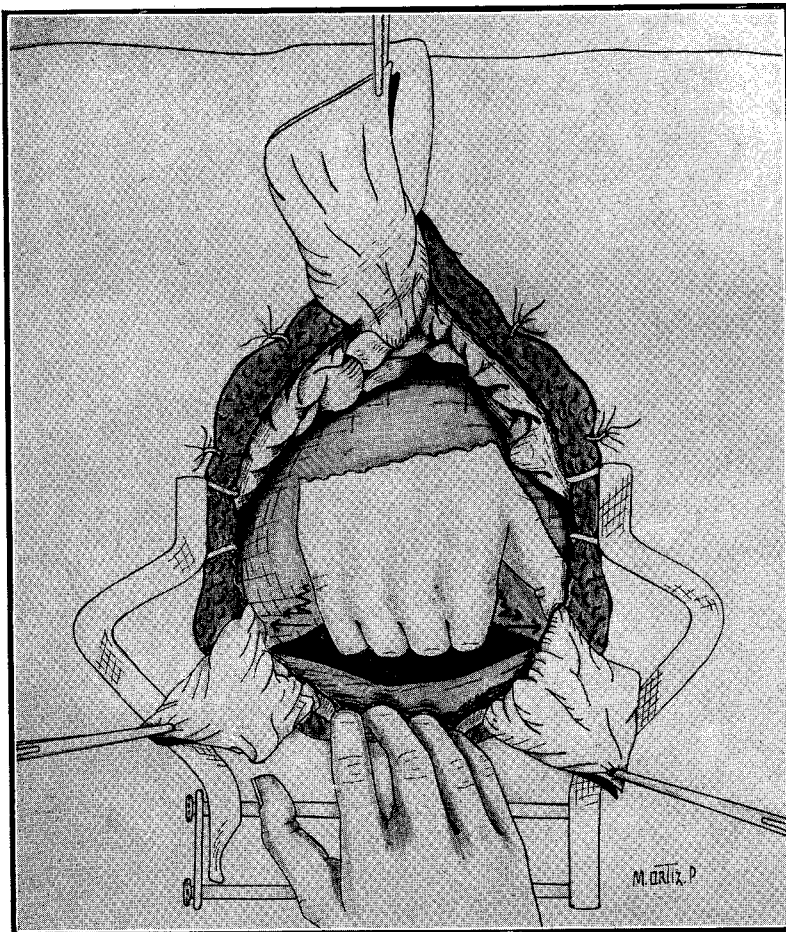


FIGURA No. 3.

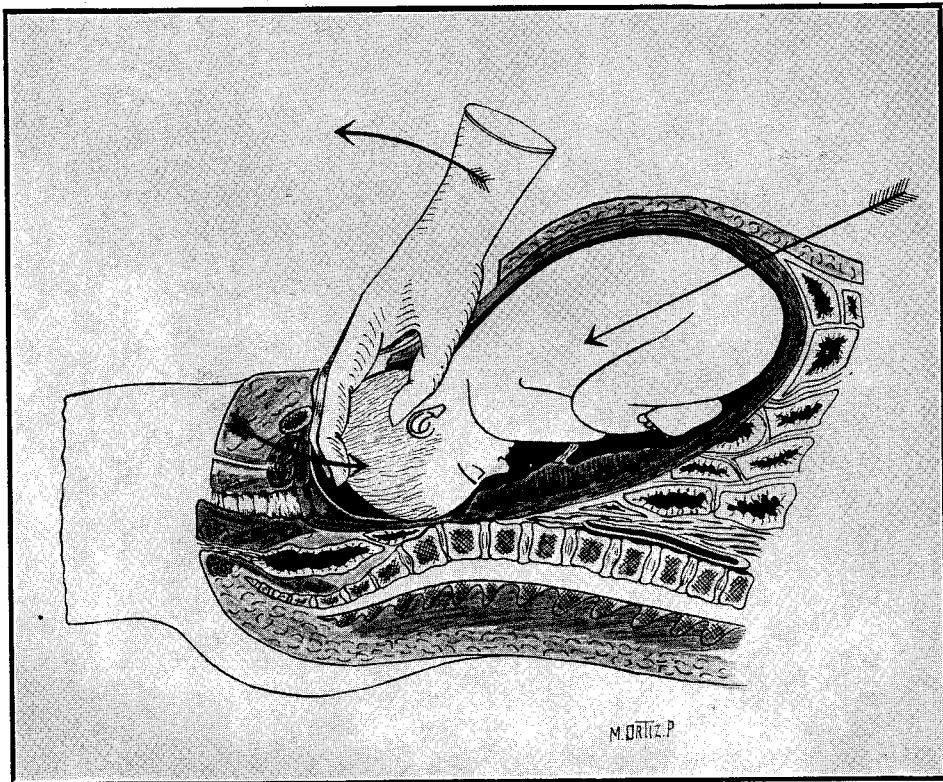


FIGURA No. 4.

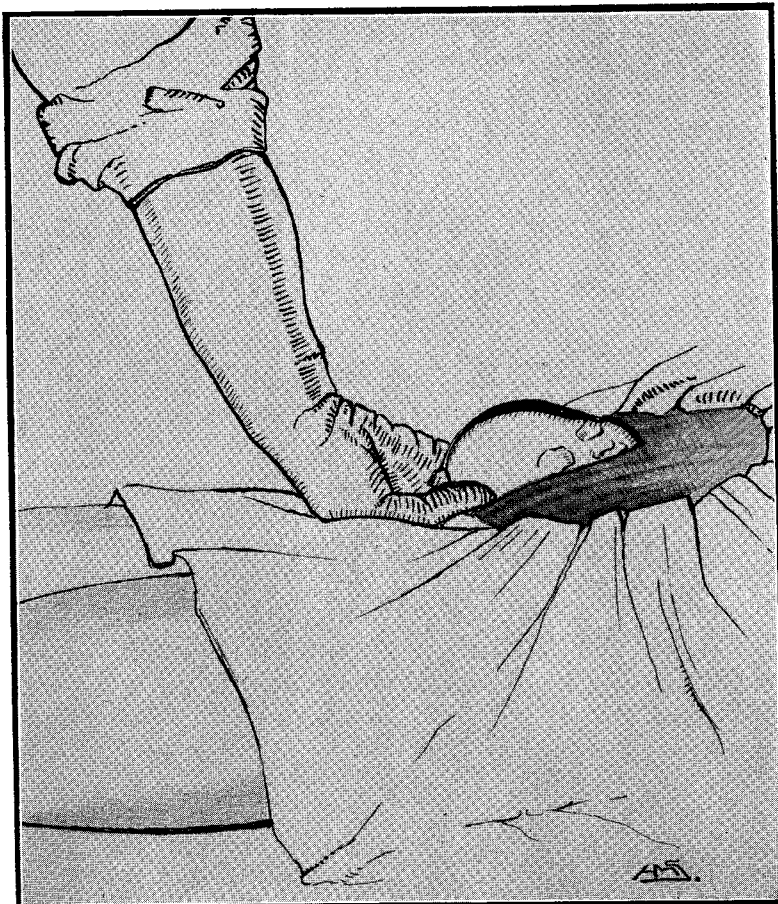


FIGURA No. 5.

1) Si la cabeza está encajada, se introducen entre la cabeza fetal y el arco del pubis los dedos de la mano derecha a excepción del pulgar, hasta llegar al vértice de la presentación. Luego, con movimientos de flexión de los dedos se desencaja la cabeza.

2) Estando la cabeza libre en la cavidad uterina, la mano del cirujano queda en pronación y abarcando con su cara palmar el vértice de la cabeza fetal. (Fig. No. 4). A continuación da media vuelta a su izquierda, de manera de quedar mirando hacia los pies de la enferma y un paso hacia adelante para aumentar la extensión del brazo.

3) Queda constituida en este momento una palanca de 1er. grado, donde la resistencia es la cabeza del feto, el punto de apoyo es la sínfisis del pubis a la cual está apoyada la cara dorsal de la mano y la potencia es el brazo y el tronco del cirujano. Con movimientos de esta última hacia adelante, ayudándose con flexiones de los dedos, la extremidad de la palanca a nivel de la resistencia tiende a subir y si al mismo tiempo se va sacando la mano, es decir, acortando el brazo de palanca, ésta arrastra consigo la cabeza del feto, la cual es expulsada por la brecha uterina. (Fig. No. 5).

Para hacer eficaz y más rápido este último tiempo, es necesario que un ayudante haga la expresión del fondo uterino con el objeto de impulsar el vértice de la presentación, por el plano inclinado hacia arriba y hacia adelante que en este momento forma la cara palmar de la mano del cirujano y haciendo que la fuerza empleada en la palanca sea más eficaz a medida que la cabeza del feto progresa hacia arriba. La expresión se hace innecesaria a veces, cuando se ha puesto en el momento de seccionar el útero un inyección intramuscular de 10 unidades de Hipofisina.

Una de las ventajas de esta maniobra, consiste en no tener necesidad de orientar la cabeza en un sentido dado, occipucio hacia adelante o hacia atrás como en las de Schwarcz, Winter, Polak, etc. Con los movimientos de la palanca la cabeza se va adaptando en la dirección que más le convenga, a la brecha uterina para poder ser expulsada. Hay que hacer notar que un ayudante en todo el tiempo de la extracción de la cabeza, debe con los dedos subir el labio superior de la herida uterina y protegerlo como al periné de una primípara.

La extracción del feto en caso de presentación podálica o transversa, no requiere mayores dificultades; basta tomar un miembro y hacer una gran extracción podálica.

(*) Esta maniobra salió publicada en la Revista de Obstetricia y Ginecología Latino-Americana de Buenos Aires, en Junio de 1943, con el siguiente comentario: «Llenando esta maniobra su cometido en cualquiera de los casos mencionados, simplificando la extracción por no tener que recurrir a instrumento alguno, siendo aséptica y ahorrando tiempo además, nos parece una técnica excelente que modifica con ventaja las hasta hoy conocidas».

Dada la vascularización enorme que tiene el útero, la hemorragia suele ser abundante aún en las incisiones segmentarias transversas, la pérdida sanguínea se aumenta considerablemente en el curso del alumbramiento y es favorecida por la atonía uterina que se observa en infinidad de casos, sobre todo con la anestesia general. Para prevenir esta inundación peritoneal que ciega completamente el campo operatorio y para evitar el estado anémico intenso en que queda la enferma y por lo tanto su menor resistencia para el post-operatorio, se ha venido usando con muy buenos resultados, 10 unidades de Hipofisina puestas en el momento de comenzar a incindir el útero y una ampolla de Neo-Ginergeno intraparietal uterina cuando la cabeza del feto ha salido. Esta medicación tiene doble ventaja: la contractura uterina ocasionada por la Hipofisina favorece la expulsión del feto, como ya dijimos y la acción casi instantánea del Neo-Ginergeno (en menos de 10 segundos), sumándose a la anterior hace, según expresión de los tocólogos, que el útero «se ponga duro como una piedra». (Hay que hacer notar que en la presentación de vértice, después que ha salido la cabeza, la extracción de todo el feto se hace en menos de 10 segundos y por lo tanto ya no se encuentra éste en el útero cuando el Neo-Ginergeno comienza a hacer su efecto).

La contractura intensa en que entra el útero tiene a su vez dos ventajas: 1o. disminuye la hemorragia natural de la herida uterina y evita la hemorragia intensa del alumbramiento, dejando el campo operatorio casi seco; y 2o. ayuda a la extracción de la placenta.

- g) Alumbramiento: Se hace espontáneamente, no necesitando el cirujano hacer nada más que las maniobras necesarias para la completa extracción de las membranas. Inmediatamente se hace una aplicación de tintura de yodo en la mucosa uterina y se procura extraer la mayor cantidad posible de la sangre que haya quedado.
- h) Sutura del útero: Con 4 pinzas de Allis se toman las dos extremidades laterales y los dos medios del borde de la incisión del peritoneo visceral y se separan a su lado correspondiente, para exponer claramente el corte uterino. Se toman las pinzas de anillos puestas anteriormente, para acercar los bordes de aquél y facilitar la sutura que se comienza por la extremidad derecha del mismo; se hace un sorjete pasado con catgut cromizado No. 1 en dos, incluyendo todo el espesor de la pared uterina, (Fig. No. 6), que en esta región es muy delgada. La sutura debe comenzar, no a nivel de la extremidad de la herida uterina, sino un centímetro por fuera de ésta en pleno tejido muscular sano, donde se anuda fuertemente por primera vez, y terminar igualmente a un centímetro por fuera de la extremidad opuesta.

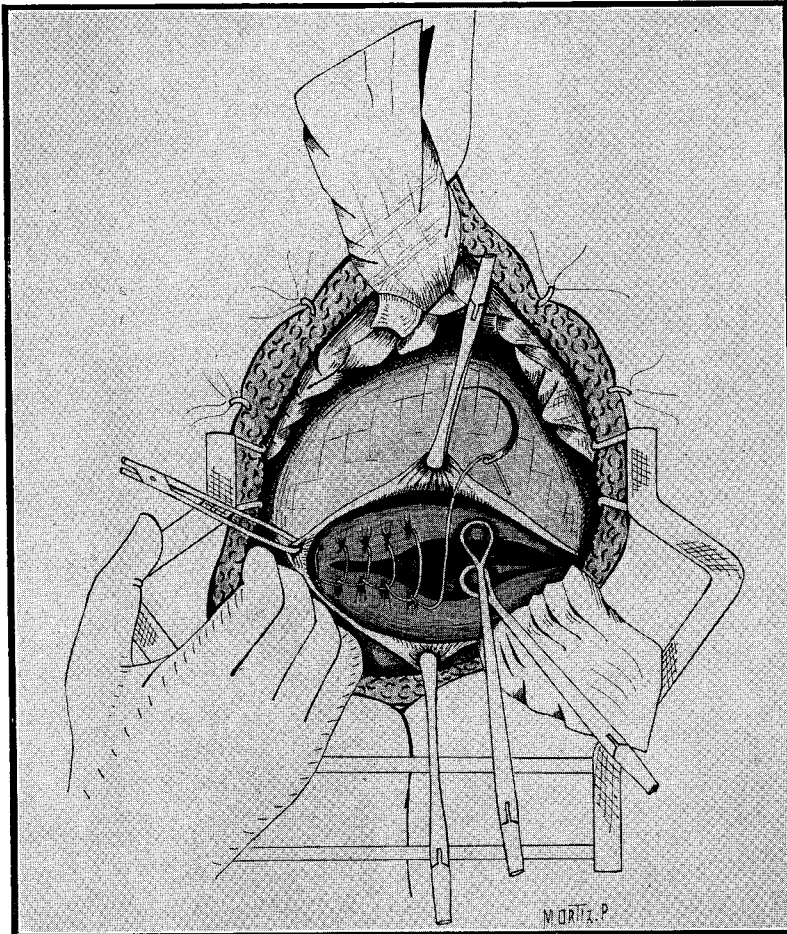


FIGURA No. 6.

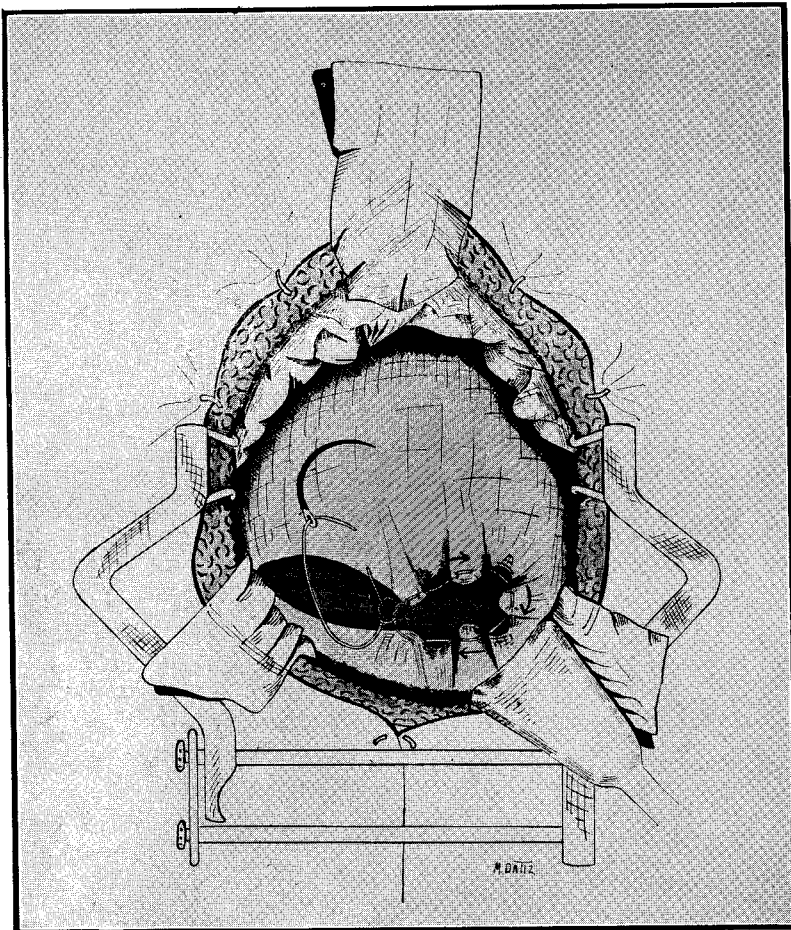


FIGURA No. 8.

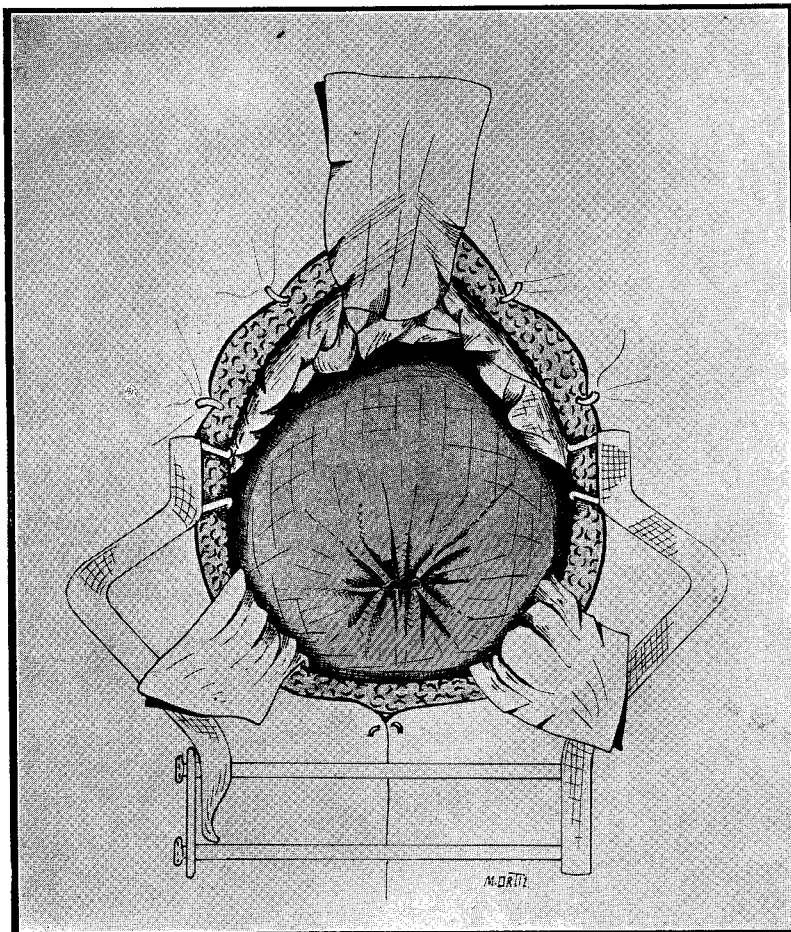


FIGURA No. 9.

Con las maniobras de extracción de la cabeza es muy posible que se rasgue hacia los lados la incisión uterina, quedando las capas superficiales intactas y si se toman como medio de referencia para iniciar la sutura, puede quedar una superficie cruenta intrauterina que en ocasiones da origen a hemorragias en el post-operatorio, cuando la acción de los ocitócicos haya pasado (una vez hubo en el Servicio una enferma con hemorragia muy alarmante, que necesitó de un taponamiento intrauterino).

Desde la abertura del útero comienza el tiempo séptico de la operación, que termina al acabar esta sutura. En este momento el cirujano debe cambiarse guantes, o mejor aún, seguir la práctica del Dr. Zeceña: al terminar de vestirse y antes de comenzar la operación, se calza otro par de guantes estériles y durante los primeros ocho tiempos de la intervención trabaja con un par en cada mano. Al terminar la primera sutura del útero, basta quitarse los guantes de encima y continuar la operación con los estériles que le han quedado. Esto abrevia tiempo y es bastante cómodo.

Una vez terminada esta sutura se procede a hacer otra invaginante con catgut cromizado No. 1 en dos, como lo muestra la figura correspondiente (Fig. No. 7).

- i) Sutura de peritoneo: La pinza de Allis mediana del borde superior del corte peritoneal se desciende por encima de la sutura del útero, de manera que ésta quede cubierta por la hoja peritoneal superior. Con catgut cromizado No. 0 en un hilo se anuda aquélla por su medio al músculo uterino, quedando el borde peritoneal fijo a 2 centímetros más o menos por debajo de la sutura de la matriz. Con aguja curva y con el extremo más largo del catgut se hilvana todo el borde superior y después el inferior de la mitad izquierda del corte del peritoneo visceral, (Fig. No. 8), a manera de formar una bolsa de tabaco que se cierra; los cabos quedan uno frente al otro y se anudan fuertemente. Se sigue la sutura en la mitad derecha del corte peritoneal con una técnica idéntica, formándose otra bolsa de tabaco que al cerrarse queda íntimamente unida a la anterior. (Fig. No. 9). (Sutura en 8).

De esta manera queda constituida una sutura peritoneal fruncida y fija en el medio y por debajo de la sutura uterina.

Esta técnica de cerrar el peritoneo visceral, hasta el presente, sólo ventajas ha dado en manos del Dr. Zeceña. En efecto, el tiempo que se emplea en hacerla es menor, es una sutura sólida e impermeable y la posibilidad de futuras adherencias queda reducida al *minimum*. Sin embargo se podría creer que por entre los pliegues del frunce de la sutura puedan escurrir líquidos provenientes de la cavidad uterina y por lo tanto sépticos, capaces de producir una peritonitis; a esto podemos aducir

en favor de la sutura, que en ninguno de los casos impuros operados en el Servicio, ha hecho su aparición esta terrible complicación.

- j) Antes de cerrar la pared abdominal y en los casos impuros, se dejan intraperitoneales, 4 gramos de Sulfanilamida cristalizada; quedando a juicio del cirujano si se continúa o no en el post-operatorio esta medicación por vía oral o intramuscular. También se ha usado G-Cidina para uso intraperitoneal, pero nada más en dos o tres ocasiones, por ser una medicación cara que no abunda en el Hospital. Podría emplearse con el mismo objeto el Micro-Sulfatiazol (con urea) al 20%, usado con buen éxito en México.
- k) Cierre de la pared abdominal en tres planos, sin dejar drenaje.
- l) Cuidados post-operatorios: No tienen nada de particular. Son los corrientes de todos conocidos.

VENTAJAS' DE ESTA TECNICA OPERATORIA

1a. Es una técnica de ejecución rápida y fácil, lo que disminuye grandemente el choque post-operatorio (con personal ayudante bien entrenado, se ha establecido un record de 13 minutos).

2a. El pequeño corte y el agrandamiento de la incisión uterina por medio de los dedos, hace que el escurrimiento sanguíneo sea infinitamente menor, con todas las ventajas para el cirujano y la enferma. En efecto, según Hyrtel y Frank, la dirección de los vasos en el segmento inferior es transversal y en muchos casos paralelos a las fibras; siendo el corte mínimo en el medio y ampliando la incisión por separación de las fibras musculares, es natural que los vasos sanguíneos sufran una lesión mínima y por lo tanto disminuya la hemorragia.

3a. La incisión vertical del segmento inferior corta las fibras musculares oblicuamente en el istmo y transversalmente en el cuello; la incisión transversal total secciona oblicuamente las fibras del istmo y la incisión transversal cóncava hacia arriba, a medida que se incurva en los lados, se paraleliza a las fibras y corta un 50% de ellas. En cambio con el procedimiento anteriormente descrito, de hacer un ojal y separar las fibras con los dedos, sólo se corta a lo más el 20% de ellas; por este motivo la retracción uterina es más eficiente después de la salida del feto y placenta.

4a. La maniobra para extraer la cabeza llena siempre y completamente su cometido; es simple y no necesita de instrumento alguno, disminuyendo de esta manera los peligros de infección; es rápida de ejecutar y no requiere la rotación del occipucio hacia adelante (maniobra de Schwarcz y otras similares) o de la cara en el mismo sentido (maniobra de Polak), para extraer la cabeza del feto; es poco traumatizante para la madre y el niño.

5a. La incisión transversal es más elástica que la vertical y por lo tanto es más fácil la extracción de la cabeza y menos frecuente el desgarro de las extremidades.

6a. No hay peligro, como en las incisiones verticales, de abrir la vagina (cavidad séptica) o herir la vejiga en su extremidad inferior aunque esté vacía. Aún sin abrir la vagina, la extremidad inferior de la

herida uterina queda cerca de su cavidad séptica y, teóricamente, más expuesta a infección.

7a. La sutura del útero es más fácil y segura con la incisión transversal. La pared que se tiene más a la vista, en esta región es delgada y se puede afrontar e invaginar bien; además durante el puerperio esta región es completamente pasiva, lo que unido a lo anterior contribuye a una buena cicatrización.

8a. La sutura no está en contacto con la gran cavidad abdominal y hay menor riesgo de una peritonitis generalizada en caso de infección post-operatoria por filtración de loquios. Además el peritoneo pélvico es más resistente y cría más fácilmente adherencias que el peritoneo alto.

9a. También en casos de supuración de la herida uterina, es difícil que pase la infección la barrera del peritoneo visceral, ya que aquélla queda completamente cubierta de peritoneo sano. En efecto, según vimos en la técnica quirúrgica, la mitad del borde superior de la incisión peritoneal se fija al músculo uterino por debajo de la sutura y alrededor de este punto y en un espacio no mayor de 2 centímetros es donde quedan los frunces de la sutura.

10a. La sutura en bolsa de tabaco del peritoneo visceral, (sutura en 8) hace que la superficie de posibles adherencias quede reducida al *mínimum*.

11a. Sabido es que todo músculo seccionado se une por una cicatriz conjuntiva, menos resistente y capaz de ceder a una tracción enérgica; así pues, la resistencia de las cicatrices uterinas están en razón directa del número de fibras seccionadas y siendo éstas no más del 20% con la presente técnica, es fácil suponer que los peligros de ruptura en próximos embarazos sea mínima. Marshall da una frecuencia de rupturas uterinas de 5% y Rezende de 4.5% en histerotomizadas con incisión transversal que corta el 50% de las fibras; con las incisiones que corten nada más que el 20%, hay más del doble de ventaja de la cicatriz para resistir a la ruptura y como conclusión el tanto por ciento de ésta será de 2 solamente. Si nos atenemos a las estadísticas de Martín, Keller, Wille, Kutner, etc., de 0.24% de rupturas uterinas post-cesáreas segmentarias transperitoneales (Rogelio Caso), ¿a qué porcentaje mínimo bajaría con la presente técnica?

Estas son solamente conclusiones que, podría decirse, no tienen ninguna base; primero, porque en medicina no hay nada absoluto y segundo, porque hasta la fecha no se ha tenido ninguna noticia de rupturas uterinas en las enfermas laparotraelotomizadas por esta técnica.

12a. Para que la incisión vertical quede completamente en el segmento inferior, es necesario que éste esté bien formado, lo que no sucede en infinidad de casos. En cambio con la incisión horizontal siempre se tiene la seguridad de estar en una zona pasiva, con todas las ventajas aducidas anteriormente.

DESVENTAJAS

1a. Peligro de hemorragia por herida de las arterias uterinas. Siguiendo estrictamente la técnica descrita para abertura del útero, desaparece este peligro.

Cuando se comenzó a iniciar en el 1er. Servicio de Maternidad el corte transversal de la matriz, hubo 3 casos de herida de una de las uterinas, 2 del lado izquierdo y 1 del lado derecho. Esto fué a causa de cortar con tijeras hasta las extremidades de la incisión y por estar el útero en rotación sobre su eje y haber vuelto casi anterior una de las caras laterales del segmento.

2a. Predisposición a trombosis y embolia por estar ejecutada la incisión y sutura en una zona de vascularización venosa. Esta desventaja no debería ser tomada en cuenta, ya que las trombosis y embolias dependen de factores múltiples también presentes con las incisiones verticales.

3a. En caso de supuración de la herida uterina con incisión transversal, el pus pasaría más fácilmente a la cavidad peritoneal que en las verticales. En efecto, en estas últimas la extremidad inferior de la herida se prolonga hasta cerca del orificio externo del cuello y por lo tanto el pus tendría más fácil salida por la vagina. Sin embargo ya vimos que la sutura uterina no queda en contacto con la peritoneal y además siendo ésta muy pequeña y soldándose rápidamente (alrededor de 8 horas) el peritoneo, la probabilidad de pasar el pus queda reducida, como también queda reducida enormemente esta desventaja.

CAPITULO OCTAVO

EL PROBLEMA DE LA CESAREA TARDIA Y SU RELACION CON ESTA TECNICA

Se llama Cesárea pura, precoz o profiláctica, la que se ejecuta antes de comenzado el trabajo de parto o apenas iniciado éste, con estado general y local perfectos y membranas íntegras o rotas no más de 6 horas.

Cesárea tardía es la ejecutada después de varias horas de iniciado el trabajo de parto, con membranas rotas o sin trabajo de parto, pero con membranas rotas de más de 6 horas.

Al primer caso se le llama puro y al segundo impuro, infectado o francamente infectado, según las diferentes condiciones siguientes:

- A) Impuro: Tactos repetidos, maniobras intrauterinas asépticas, temperatura por debajo de 38 grados cent.
- B) Infectado: temperatura por encima de 38 grados, tactos o maniobras obstétricas sospechosas, infección local moderada.
- C) Francamente infectado: temperatura muy alta, escalofríos, pulso rápido, mal estado general, líquido amniótico fétido.

Entre este cuadro más o menos quedan incluidas las diferentes clasificaciones de Winter, Sureau y Jeannin y es la que tomo como tipo, al referirme al caso impuro, infectado o francamente infectado.

La cesárea tardía tiene muchos enemigos para su ejecución y hasta la fecha se sigue discutiendo su legitimidad, puesto que expone a la madre a una muerte por peritonitis y la vida de aquélla no se puede parangonar con la del feto que, además de ser problemática, expone a la madre a un pronóstico incierto, ya que todas las técnicas para evitar la contaminación son ilusorias; como dice Boero: si no hay peritonitis en muchos casos, es debido a la poca virulencia de los gérmenes.

Aquella complicación y los resultados lejanos e inciertos, como adherencias esplánicas, irregularidad de la herida uterina con debilidad consecutiva, etc., hace que muchos no sean partidarios de ésta y recomienden exclusivamente la cesárea precoz. Pero fuera de los casos de indicación absoluta de esta última, como pelvis estrecha por debajo de 8.5 cent., tumores previos, feto grande, etc., su práctica sistemática tiene muchos inconvenientes ya que además de llegar a suprimir el criterio obstétrico y hacer que los tocólogos adquieran un hábito quirúrgico, conduce a la extracción en muchos casos de niños prematuros y a la prác-

tica de cesáreas inútiles, donde el problema se hubiera podido resolver espontánea y favorablemente dándole la prueba del trabajo o con una sinfisiotomía.

Al lado de los partidarios de la cesárea precoz como Favre (de Lyon), Bar, Winter, Guggisberg, etc., y que aceptan la cesárea tardía sólo bajo una indicación absoluta y con muchas precauciones, están los adictos a considerar a esta última con indicaciones más amplias como Peralta Ramos que en los casos de estrechez pélvica relativa, espera el trabajo franco de parto. M. Carreras dice que la espera prudencial trae además la ventaja de poder intervenir, cuando es necesario, sobre un segmento inferior ya bien formado, con todas las condiciones favorables que nos da la cesárea baja. Lemoussu ha hecho notar «que la cesárea tardía, además de ser esencialmente conservadora, extiende el campo de las indicaciones, restringe la operación de Porro y tiende a suprimir la embriotomía en feto vivo». Grabich con una experiencia de 300 casos, no ve una contradicción en la fiebre intraparto, aún con gérmenes virulentos.

Así como éstos, muchos son los que intervienen en las cesáreas tardías, unos porque encuentran varias ventajas al lado de las desventajas, y otros porque no consideran peligrosa la intervención, como Frey, que en 200 casos tuvo una mortalidad de 5%, de los cuales sólo el 0.5% dependían de la misma operación, o como Schöeder cuya estadística de 280 casos da una mortalidad de 0.5%.

Los casos impuros operados en el Servicio, que han oscilado de varias horas a 54, de bolsa rota y con múltiples tactos en su haber, no han sido víctimas de una peritonitis en el post-operatorio. La técnica empleada, que ha sido la descrita, es totalmente transperitoneal y la falta de peritonitis en estos casos muy bien pudiera ser debida al cierre perfecto del peritoneo, que evite el paso, en el post-operatorio, de secreciones purulentas del útero al peritoneo, ya que según Kroenig «la infección del peritoneo no se hace por siembra al derramarse el líquido amniótico en los casos impuros, sino por infección de la herida de dentro afuera y contaminación secundaria del peritoneo».

Sin embargo, no soy muy optimista para creer que la única complicación «por la cesárea» en este caso impuro haya sido evitada por la impecable técnica operatoria; ésta ayuda mucho, según ya vimos en las ventajas anteriormente descritas, pero no lo es todo y un tanto por ciento elevado está a cargo de la sulfanilamida o de la G-Cidina que se ha dejado intraperitoneal, o como dice Boero «por la poca virulencia de los gérmenes».

Rogelio Caso, con una experiencia suficiente adquirida a través de 219 observaciones de cesáreas tardías, concluye que la técnica de elección para estos casos es la transperitoneal o extraperitoneal por artificios de técnica.

Las modificaciones hechas por el doctor Zeceña, son para la cesárea baja transperitoneal. Los excelentes resultados que ha dado su práctica

sistemática frente a los casos impuros o sospechosos, hace que encuentre en éstos su indicación formal favoreciendo de esta manera a la enferma con todas las ventajas anteriormente expuestas.

Como se verá en el capítulo de Observaciones, ninguna de las Cesáreas hechas en el Servicio con esta técnica fué sobre casos infectados o francamente infectados y por lo tanto no podemos sentar conclusiones sobre el beneficio de aquélla en semejantes condiciones; más bien creemos que son únicamente aplicables las extra peritoneales por artificio y que el buen criterio obstetra-quirúrgico está en decidirse por una de ellas cuando la intervención sea inevitable, pudiendo el cirujano escoger entre las numerosas que existen: León, Puga, Michón, etc., o las conocidas bajo el nombre de «Aislamiento sero-seroso de la Zona histerotómica» (García Marruz y Vilalta) o «Protección transitoria sero-aponeurótica» (Vilalta).

La cesárea extraperitoneal, creada para los casos impuros e infectados, debe ser actualmente desechada. No entraré en disertaciones al respecto y sólo voy a mencionar, sin oponerle las ventajas de la cesárea baja, sus múltiples desventajas:

- A) La técnica operatoria es más larga y laboriosa.
- B) Abertura accidental del peritoneo, que hace perder los beneficios de la técnica. Weibel da 28%, Bumm 27%, Baun 50%, y los Cirujanos Americanos 17.5%.
- C) Desgarros frecuentes de la vejiga. Rezende da 7 o 5%, Stökel, 10%, Irwin, 12.5%.
- D) Pueden producirse lesiones del uréter con fístula ureteral consecutiva.
- E) Imposibilidad en muchos casos de encontrar el repliegue vesico-uterino lateralmente. Döderlein 8 veces en 145 casos.
- F) La hemorragia es más abundante.
- G) Campo reducido para operar.
- H) La peritonitis no está absolutamente excluída.
- I) Marchando todo bien, los resultados en nada son mejores a los obtenidos por la cesárea baja.
- J) La infección del tejido celular pelviano es tan peligrosa o más que la peritonitis. Según conclusiones de Walthard el peritoneo resiste más a las infecciones de los genitales que el tejido celular; según Bardeleben, después de haber inyectado cultivos de estreptococos en el peritoneo y tejido celular del conejo, dice que el peritoneo es más sensible, es decir, reacciona más rápidamente, pero mucho más resistente que el tejido celular.

La cesárea corporal siempre ha sido y siempre será formalmente contraindicada en los casos impuros e infectados y no creo necesario ponerme a describir el por qué de esto, ya que es de todos suficientemente conocido.

CAPITULO NOVENO

OBSERVACIONES

Fecha de la operación	Nombre	Diagnóstico	Caso	Anestesia	Post op.	Salida
7-I-42	M. L.	Estrechez pélvica	Puro	Raquídea	Normal	Curada 20-1-42
12-I-42	A. de C.	"	"	"	"	" 23-1-42
4-II-42	M. C.	"	Impuro	"	"	" 17-2-42
8-III-42	S. P.	Desproporción feto-pélvica	Puro	Eter	"	" 29-3-42
18-IV-42	I. C.	Estrechez pélvica (c. Iterativa)	"	Raquídea	"	" 8-5-42
28-IV-42	M. N.	Estrechez pélvica	Impuro	"	"	" 10-5-42
12-VI-42	E. B.	Rigidez cervical	"	"	Temp. irregular	" 22-6-42
18-VI-42	G. A.	Estrechez pélvica	Puro	"	Normal	" 5-7-42
10-VII-42	J. de P.	Rigidez cervical	"	"	"	" 19-7-42
16-VII-42	P. A.	"	Impuro	"	"	" 31-7-42
26-VII-42	F. T.	Falta encajamiento y suf. fetal	"	"	Temp. irregular	"
8-IX-42	P. J.	Pelvis plana	"	"	Flebitis Izq.	" 27-8-42
8-IX-42	B. G.	Estrechez pélvica	"	"	Ninguna	" 24-9-42
17-IX-42	B. A.	"	"	"	Flebitis Izq.	" 4-10-42
29-IX-42	J. J.	"	Puro	"	Temp. irregular	" 4-10-42
31-X-42	M. V.	"	Impuro	"	Normal	" 11-10-42
7-XII-42	D. de D.	Rigidez cervical (c. iterativa)	"	"	"	" 12-11-42
10-XII-42	B. H.	Amenaza rup. uterina (c. iterativa)	Puro	"	"	" 19-12-42
19-XII-42	G. R.	Estrechez pélvica	"	"	"	" 24-12-42
19-XII-42	M. G.	Rigidez cervical	Puro	"	"	" 30-12-42
7-I-43	J. R.	Estrechez pélvica	Impuro	"	Abs. pared	" 10-1-43
7-I-43	M. G.	"	Puro	"	"	" 27-1-43
19-I-43	D. Q.	"	"	"	Temp. irregular	" 24-1-43
16-II-43	F. A.	"	"	Eter	Normal	" 5-11-43
19-II-43	P. de W.	Rigidez cervical Prim. tardía	Impuro	Raquídea	"	" 26-11-43
21-II-43	G. R.	Estrechez pélvica (c. iterativa)	Puro	"	"	" 3-3-43
11-III-43	E. W.	Placenta previa	"	"	"	" 4-3-43
16-III-43	R. C.	Rigidez cervical	"	"	"	" 30-3-43
20-III-43	M. de M.	"	"	"	Escara sacra	" 10-5-43
25-III-43	E. A.	"	"	"	Wassermann	"
1-IV-43	T. H.	Estrechez pélvica	"	"	Bronquitis	" 14-4-43
2-IV-43	O. C.	"	"	"	Normal	" 14-4-43
20-IV-43	M. de F.	Primiparidad tardía. Suf. fetal	"	"	"	" 25-4-43
11-V-43	L. V.	Estrechez pélvica	"	"	"	" 2-5-43
18-V-43	N. P.	Distocia de cuello	Impuro	"	Colibacilosis	" 25-5-43
22-V-43	E. M.	Rigidez cervical	Puro	"	Normal	" 3-6-43
1-VI-43	C. U.	Estrechez pélvica	"	"	"	" 7-6-43
12-VI-43	S. de G.	Rigidez cervical	"	"	Infección local y Septicemia crón.	" 18-6-43
13-VI-43	D. J.	?	"	"	Normal	Murió 15-7-43
16-VI-43	I. P.	Pelvis infundibuliforme	"	"	"	Curada 27-6-43
5-VII-43	P. G.	Estrechez pélvica	"	"	"	" 30-6-43
9-VII-43	H. de Q.	Distocia partes blandas	"	"	"	" 18-7-43
10-VII-43	R. O.	Pelvis cifótica	"	Eter	"	" 20-7-43
11-VII-43	L. O.	Falta de encajamiento. Suf. fetal	"	"	"	" 12-8-43
10-VII-43	L. S.	Distocia partes blandas. Prim. tardía.	Impuro	Raquídea	"	" 10-8-43
			"	"	"	" 23-7-43

Fecha de la operación	Nombre	Diagnóstico	Caso	Anestesia	Post op.	Salida
17-VII-43	A. M.	Estrechez pélvica	Puro	Raquídea	Normal	Curada 1-8-43
19-VII-43	R. O.	"	"	"	"	" 16-8-43
12-VIII-43	M. R.	"	"	"	"	" 29-8-43
17-VIII-43	D. S.	Prim. tardía	"	"	"	" 29-8-43
19-VIII-43	E. L.	Suf. fetal	"	"	"	" 29-8-43
21-VIII-43	F. O.	Prim. tardía	"	"	"	" 13-9-43
26-VIII-43	A. B.	Rigidez cervical	"	"	"	" 12-9-43
26-VIII-43	A. B.	"	Impuro	Eter	Colibacilosis	No mejo-
6-IX-43	C. de L.	"	"	Raquídea	Normal	rada 6-9-43
7-IX-43	A. de D.	Estrechez pélvica	Puro	"	"	Curada 7-9-43
23-IX-43	M. L. A.	"	"	"	"	" 16-9-43
30-IX-43	M. de A.	Distocia de	Impuro	Eter	Temp. irregular	" 19-9-43
30-IX-43	J. C.	partes blandas	"	Raquídea	Normal	"
30-IX-43	J. S.	Estrechez pélvica	Puro	Eter	Infección de la	" 5-10-43
9-X-43	M. O.	Falta de encaja-	"	"	pared	" 12-10-43
16-X-43	M. O.	miento y suf. fetal	"	"	"	" 26-10-43
17-X-43	M. O.	Distocia de partes blandas	"	Raquídea	Normal	" 21-10-43
28-X-43	C. de B.	"	Impuro	Eter	"	"
29-XI-43	J. L.	Estrechez pélvica	"	Raquídea	"	" 27-10-43
17-II-44	I. E.	Rigidez cervical	Puro	"	"	" 8-11-43
29-III-44	M. de R.	Suf. fetal	"	"	"	" 11-11-43
1-IV-44	P. M.	Distocia de	"	"	"	" 10-12-43
23-IV-44	G. de P.	partes blandas	Impuro	"	Colibacilosis	" 20-3-44
2-V-44	L. de Y.	Estrechez pélvica	Puro	"	Normal	" 10-4-44
2-V-44	G. de Q.	Distocia	Impuro	Pentotal	"	" 12-4-44
1-VI-44	A. O.	partes blandas	"	Raquídea	Acceso ag. palu-	" 4-V-44
2-V-44	E. M.	Estrechez pélvica	Puro	"	dismo crónico	" 9-VI-44
1-VI-44	I. R.	Falta de encaja-	"	"	Infección de la	"
		miento y suf. fetal	"	"	pared	" 31-5-44
		Placenta previa	"	"	Normal	"

Las 67 primeras cesáreas fueron hechas en el 1er. Servicio de Maternidad del Hospital General y son auténticas.

Dr. ARTURO ZECENA,
(Jefe del Servicio)

Las observaciones Nos. 68 y 69, correspondieron al 2o. Servicio de Maternidad y son auténticas.

Dr. ALEJANDRO RECINOS,
(Médico Interno)

La cesárea No. 70 fué hecha en el 1er. Servicio de Maternidad y es auténtica.

Dr. LUIS OGARRIO,
(Jefe de Clínica).

ESTADISTICA

De las 70 Cesáreas Bajas:

34	fueron hechas por	Estrechez Pélvica.
18	fueron hechas por	Rigidez del Cuello.
7	fueron hechas por	Distocia de Partes Blandas.
4	fueron hechas por	Falta de encajamiento y sufrimiento Fetal.
2	fueron hechas por	Primiparidad Tardía y Sufrimiento Fetal.
2	fueron hechas por	Placenta Previa.
1	fué hecha por	Desproporción feto-pélvica (feto gigante).
1	fué hecha por	Amenaza de Ruptura Uterina.
1	fué hecha por	Se ignora la causa (falta el dato).

Entre las 70, sólo 4 fueron iterativas.

De todas las intervenciones sólo hubo una con terminación lamentable, debida a Septicemia Crónica, que da una mortalidad global de 1.42% y reducida o depurada de 0%, cifras bastante halagüeñas si se comparan con las estadísticas de mortalidad de otros Centros Obstétricos:

Rogelio Caso, en 47 operadas de Cesárea Tardía con bolsa íntegra no hubo ningún caso de muerte y da una mortalidad depurada de 1.74% en Cesáreas tardías con bolsa rota.

Schwarcz da una mortalidad global de 3.03% y reducida de 1.5%.

C. P. Manahan de John Hopkins, da un porcentaje de 1.5% de mortalidad.

Mohler de 1938 a 1943 da 1.37%.

Clifford B. Lull, de Filadelfia, reporta un 2.46% de mortalidad.

De los casos operados, 48 fueron puros y 22 impuros. Entre los primeros 9 sufrieron de complicaciones post-operatorias (18.75%) y entre los segundos también 9 (49.09%), que dan una Morbilidad global de 25.71%.

Las complicaciones fueron:

Temperatura irregular	5 casos o sea	7.34%
Infección de la pared	5 casos o sea	7.34%
Colibacilosis	3 casos o sea	4.28%
Flebitis	2 casos o sea	2.85%
Escara sacra	1 caso o sea	1.42%
Bronquitis	1 caso o sea	1.42%
Infección local y septicemia crónica ...	1 caso o sea	1.42%

CAPITULO DECIMO

CONCLUSIONES

- 1a. Las modificaciones a la técnica de la operación cesárea, imaginadas por el Dr. Arturo Zeceña, se ajustan a los principios fundamentales de la cirugía abdominal: I) Hemostasis rigurosa. II) Peritonización perfecta que deja un muñón de mínimas dimensiones, lo que disminuye la posibilidad de adherencias patológicas. III) La sección del músculo uterino acarrea un traumatismo mínimo porque se comienza cortando y se termina disociando con los dedos las fibras musculares.
- 2a. La maniobra de extracción de la cabeza está por encima de toda discusión: es sencilla, eficaz y rápida; no necesita el empleo de instrumentos.
- 3a. Esta técnica modificada por el Dr. Zeceña es perfectamente aplicable a los casos impuros y con ella se obtiene, como puede verse en el desarrollo de este trabajo, resultados ampliamente satisfactorios.
- 4a. Dichas modificaciones no complican el acto quirúrgico sino antes bien, lo facilitan; un cirujano experimentado, asistido por personal entrenado, la puede ejecutar en un promedio de 15 a 20 minutos, tiempo que disminuye en considerable proporción la posibilidad de aparición de choque operatorio.
- 5a. Recomendamos esta técnica, para que después de cuidadoso estudio, sea aplicada por los cirujanos especializados en Obstetricia, quienes han de encontrar en ella ventajas de valor indiscutible.

MARIO ORTIZ P.

Imprímase
A. Valdeavellano.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez Orantes, Ricardo.—Les Césariennes Basses a la Maternite de L'Hospital Lariboisière. 1929.

Brindeau, A. y Lantuejoul.—Práctica del Arte de los Partos.

Bumm, E.—Precis d' Obstétrique.

De Lee, Joseph B.—Principles and Practice of obstetrics. 7a. Edición.

Fabre.—Précis d'Obstétrique.

Fuchs, Pablo.—Cesárea Baja. 1937.

González, Juan B. y Roque Catuli.—Caso Impuro. Su significación como base de indicación de la Cesárea ante los derechos de la Sinfisiotomía. Boletín de la Sociedad de Obs. y Gin. de Buenos Aires. Dic. de 1941.

Higgins, L. G.—Cesarean Section in Dystocia. Brit. Med. Jour. Feb. de 1943.

Lejars, Félix.—Cirugía de Urgencia. 1936.

Litzenberg.—Sinopsis de Obstetricia.

Lazard, E. M.—Twenty-nine years of experience with Cesarean Section Western I. Sur. Obs. Gynecol. Sep. 1943.

Lee, G. P.—Cesarean Section in Portland Oregon, during 1942. Medical Journal Abstracts. Sep. 1942.

Lull, Clifford B.—A Survey of Cesarean Section in Philadelphia. Comparison between years 1931 and 1941. Medical Journal abstracts.

Manahan, C. P., Connally H. F. y Eastmen N. J.—The experience of the Johns Hopkins Hospital With Cesarean Section. (The Amer. J. of Obst. and Gyn.) Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas. Abril de 1943.

Mohler, R. W.—A report of the Cesarean Section done at the Philadelphia Lying-in-Pennsylvania Hospital. Amer. J. Obst. and Gyn. March 1943.

Moragues Bernat, Jaime.—Clínica Obstétrica. 1942.

Metzger, M.—Précis d'Obstétrique. 1936.

Quevedo A., Julio.—La raquianestesia en Obstetricia. 1933.

Ribemont-Dessaignes y G. Lepage.—Tratado de Obstetricia.

Rezende, Jorge.—Minha experiencia das incisoes arciformes na terapeutica do caso impuro. *Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas*. Junio de 1943.

Schwarcz, Ricard.—La extracción de la cabeza en la operación Césarea Cervico-segmentaria. *Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. Junio de 1943.

Sala, Silvestre L.—Intraperitoneal Sulfonamide Therapy. Its fundamental principles and prophylactic application in nonsterile Cesarean Section. *Medical Journal Abstracts*. Junio de 1943.

Spivack, Julio L.—Técnica quirúrgica de las operaciones abdominales.

Thorek, Max.—Modern Surgical Technic.

Vilalta, Francisco.—Cesárea Baja. Nuestra contribución a su estudio y a su práctica. *Obstetricia de Williams*, 7a. Edición.

Williams, J. W.—Obstetricia, 7a. Edición.

Zeceña, Arturo.—Maniobra para extraer la cabeza fetal en la Cesárea Baja. *Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas*. Junio de 1943.

Uñó Mitjans, Félix.—Cesárea Post-Morten: feto vivo. *Anales del Instituto de Maternidad y Asistencia Social*. (1943, Buenos Aires).

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva	Arteria Uterina
Anatomía Topográfica	Perineo
Anatomía Patológica	Fibromas
Bacteriología	Gonococo
Botánica Médica	Cornezuelo de Centeno
Clínica Quirúrgica	Raqui-Anestesia.
Clínica Médica	Exploración del Hígado
Fisiología	Del Corazón
Física Médica	Escalas Termométricas
Higiene	Del Embarazo
Histología	Del Utero
Medicina Legal y Toxicología	Intoxicación por Barbitúricos
Obstetricia	Sinfisiotomía
Parasitología	Anquilostoma Duodenal
Patología Quirúrgica	Úlcera Perforada del Estómago
Patología Médica	Hemiplegias Alternas.
Patología Tropical	Enfermedad del Sueño
Pediatría	Enfermedad de Little
Psiquiatría	Oligofrenia
Química Médica Inorgánica	Fósforo
Química Médica Orgánica	Luminal
Química Biológica	Investigación de la sangre en la orina
Técnica Operatoria	Apendicectomía
Terapéutica	Digitalina