

# CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA OPERACION CESAREA SEGMENTARIA\*

Por VICTOR MANUEL BAZUL

## INTRODUCCION

El progreso de la Obstetricia en los últimos tiempos, demuestra una orientación marcada hacia la cirugía, con tendencia, como es de suponer, a reemplazar viejos métodos, inspirándose no sólo en el deseo de salvar la vida de la madre y del feto, sino también en el de prevenir serias y graves complicaciones y accidentes del embarazo o del parto, consecuencias muchas veces de la aplicación de los procedimientos no quirúrgicos.

La aplicación oportuna de estas disciplinas bien adaptadas al ideal obstétrico, la rapidez y la técnica bien reglada de sus métodos, son elementos muy importantes que concurren a la resolución de tales problemas.

Los tocólogos antiguos trataron de solucionar las dificultades encontradas en el curso del parto por las operaciones amplificadoras de la pelvis; Sigault en 1777 practica la sinfiotomía; Champion de Barle Duc en 1821 hace la pubiotomía, que es luego metodizada por Stolz en 1830 y verificada en la mujer viva por Galbiati en 1832.

Las pequeñas incisiones del cuello durante el trabajo se remontan al siglo XVI, a la época de Ambrosio Paré quien en 1870 las acepta solamente en la rigidez patológica. Dührssen en 1890 les da verdadero carácter quirúrgico, prolongándolas hasta los fondos de saco vaginales con el nombre de incisiones

---

\* Tesis para el grado de Doctor en Medicina.

profundas del cuello; y en 1895 crea la operación cesárea vaginal, como intervención extraperitoneal cervicosegmentaria, incorporándola como operación obstétrico-quirúrgica en ventaja sobre los métodos de dilatación no cruentos.

La episiotomía fué practicada por primera vez por Ould en 1742 y por Michaelis en 1810 que la hace sobre la línea mediana; posteriormente Scanzoni la verifica bilateralmente, Tarnier en dirección medio lateral y Credé de nuevo en sentido lateral.

La episiotomía profunda, colpo-perineotomía o incisión para-vaginal es ideada por Dührssen en 1888 y bien metodizada por Schuckhardt más tarde.

Todas estas operaciones de cirugía obstétrica pura que fueron ya conocidas y practicadas en épocas remotas, y a pesar que con el transcurso del tiempo y el perfeccionamiento de las técnicas para adaptarlas a las necesidades de la práctica para ponerlas al abrigo de peligros, su difusión es de fecha reciente, es durante el siglo XX, que con los progresos de la asepsia, el mejor conocimiento de las indicaciones, la elección de la mejor oportunidad operatoria, han permitido que en determinadas distocias y por rigurosa selección se obtengan grandes beneficios para la madre y el feto. Muchas complicaciones tributarias antes de los métodos obstétricos clásicos como el forceps, la versión, la extracción podálica, la dilatación forzada de las partes blandas, son hoy resueltos por la cirugía con evidente beneficio como es natural para la madre y el niño.

Este progreso quirúrgico de la obstetricia ha permitido revisar las indicaciones de todas estas operaciones de cirugía obstétrica pura, para señalarlas, no sólo como medio curativo después de la prueba de la distocia sino también como medio profiláctico o preventivo, con el fin de evitar riesgos materno-fetales.

Y si bien es cierto que algunas escuelas han exagerado el valor de la cirugía, practicándola al margen de las verdaderas indicaciones, lo que la ha llevado a extremos inaceptables, dando lugar a la protesta en su propio país, y el descrédito de las intervenciones; podemos decir, a pesar de todo, que el tocólogo moderno a la altura de los progresos de su especialidad, cuida hoy mejor que antes al binomio madre e hijo; y que no sólo debe ser buen partero en el sentido corriente de

la palabra, capaz de practicar, para la extracción del feto, el arte de la obstetricia clásica: el forceps, la versión, la extracción, la dilatación artificial; sino que debe ser también mejor cirujano enterado al mismo tiempo que en los dominios de los obstetricia pura, de la ginecología, de la cirugía general y de la medicina, debe ser ante todo y sobre todo buen médico.

• La propia sencillez de la cirugía obstétrica, propicia a las acrobacias operatorias, explica los desbordes y las invasiones, y éstas, a su vez, dan razón del descrédito con el que algunos tocólogos reverentes al pasado, se oponen a la evolución de la obstetricia actual.

La operación cesárea, la más antigua de las intervenciones obstétricas, nacida para solucionar la desproporción pelvifetal, en los casos de viciación pelviana, esta cirugía es la que más discusiones ha provocado, más que en el perfeccionamiento de la técnica, en la extensión de sus indicaciones. En lo que se refiere a la técnica, se puede decir que su marcha de progreso ha corrido pareja con los adelantos de la cirugía abdominal.

La cesárea abdominal clásica, la más fácil de ejecución por la sencillez de su técnica, ha sido la única intervención que durante mucho tiempo se ha practicado, sus éxitos hicieron que se extendieran las indicaciones no sólo a las estrecheces pelvianas, sino que fuera en auxilio de la eclampsia, el desprendimiento prematuro de la placenta, la rotura inminente del útero, las estenosis de las partes blandas, sus resultados inmediatos no siempre fueron lo suficientemente satisfactorios, ya que complicaciones aparecidas precozmente como las hemorragias y las peritonitis daban cuenta de la vida de las mujeres; sus resultados tardíos eran ensombrecidos por la frecuencia con que se producían roturas uterinas en el curso de partos ulteriores; así, para obtener los beneficios propios de esta operación era necesario actuar en condiciones de pureza, que sólo en determinados casos se puede conseguir, en la mayoría de éstos el momento oportuno de intervenir ha pasado, y la práctica de la cesárea corporal es un verdadero peligro para la vida de las mujeres.

El cirujano llamado a resolver, casi siempre con urgencia, situaciones clínicas en las que el factor obstétrico, para él, de importancia secundaria, ve en el "caso clínico" una ocasión única de escamotear con un acto operatorio brillante la

dificultad actual; y como la cesárea espectacular es la corporal clásica, es casi siempre ésta la que realiza, dejando con ella deslumbrados a los ayudantes y espectadores.

Pero lo que no piensa ese partero cirujano, hábil a veces con su técnica, que en pocos minutos extrajo un feto, a la manera como San Ramón vino al mundo, es que con esa intervención que tiene algo de los actos de prestidigitación, expone a esa pobre mujer a la muerte por rotura uterina en el próximo parto.

Si ese cirujano tuviera además de su habilidad técnica, conciencia obstétrica, hubiera seguido un camino más seguro, aunque menos teatral; es la falta de conciencia obstétrica, que lleva a muchos tocólogos a la ejecución de operaciones prematuras o tardías, no indicadas o inoportunas, excesivas o insuficientes, cuyo alcance los operadores no aprecian, porque sus resultados posteriores, son otros los que los perciben en ulteriores concepciones, gravideces, partos o puerperios.

El concepto de la indicación de la cesárea, no se adquiere ni en los ejercicios operatorios, ni en las lecturas superficiales, sino con la observación al lado de la parturienta y la meditación de los múltiples y complicados problemas que se relacionan con la mujer, que algunos creen fácil atropellar, bistorí en mano, y que entusiasmados por los éxitos inmediatos, no ven, porque otros son los que luego los observan, los hechos que amargan la vida, la comprometen o la acortan en un número considerable de mujeres operadas en trance de furor quirúrgico.

La necesidad de garantizar mejor la vida de la mujer y del feto, hizo que los cirujanos crearan nuevas técnicas de Cesárea, que alejando el peligro de las complicaciones inmediatas y tardías permitían extender las indicaciones y actuar en los casos en que la cesárea corporal no podía practicarse. Así nació la cesárea extraperitoneal de Frank en 1907 y luego las suprasinfisarias, que en el transcurso de pocos años, han ganado la confianza de la mayoría de los tocólogos.

La cesárea segmentaria menos teatral en su ejecución pero más segura en sus resultados, es la operación de hoy en día, sus ventajas se deben al asiento de la incisión sobre el segmento inferior, zona de reposo del útero, que permite una buena cicatrización, a la peritonización perfecta, que aislá la cavidad abdominal y evita la peritonitis, a la ausencia de ad-

herencias viscerales que fijan al útero, y a la resistencia de la cicatriz, situada en una zona de pasaje, que permite la evolución de embarazos ulteriores y partos espontáneos, sin peligro de roturas uterinas.

Es evidente, que la cesárea segmentaria, representa en el momento actual un factor de progreso de las técnicas quirúrgicas puestas al servicio de la Obstetricia, en defensa del porvenir de las mujeres y los niños.

La experiencia adquirida en la Maternidad de Lima durante diez y ocho años con la práctica de la operación cesárea clásica, los fracasos personales y ajenos observados en los distintos Servicios me han llevado al convencimiento de la necesidad de cambiar rumbos, y es así, que desde hacen cuatro años, vengo realizando la operación cesárea segmentaria, cuyos resultados favorables en los treinta y ocho casos operados, me han servido para preparar la Tesis que para optar el Grado de Doctor en Medicina, tengo el honor de presentar a la Facultad de Ciencias Médicas con el título de "Contribución al estudio de la operación cesárea segmentaria", trabajo modesto, sin nada original, fruto de la observación cuidadosa de los hechos que la clínica nos ha enseñado, es el exponente de la labor seguida en beneficio exclusivo de las parturientas que son atendidas en el Servicio que está a mi cargo en el Hospital de Maternidad, y que representa una contribución al progreso de la Obstetricia en el Perú.

Antes de entrar en materia expreso mi gratitud a mis Maestros los Doctores Maximiliano González Olaechea y Carlos Villarán, y a los Profesores Doctores Sergio E. Bernal y Ricardo Palma, por su estímulo constante para la terminación de ese trabajo; a mis Asistentes y Jefes de Clínica Doctores Miguel Escate, Enrique Martínez Z. y Alfonso Yuen, por su colaboración; al Doctor Miguel Villavicencio, que me ha cedido algunas parturientas de su Servicio; al Doctor Eduardo Cánepa por sus excelentes dibujos que reproducen con toda claridad los tiempos operatorios; y a todos los que con su simpatía o consejo han contribuido para dar la mejor forma a este trabajo.

## HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA

**DEFINICION.**—La operación cesárea es la extracción del feto de la cavidad del útero a través de una incisión de las paredes abdominal y uterina.

El origen de este vocablo ha dado lugar a grandes discusiones. Mientras que unos afirmaban generalmente que Julio César (100 al 44, antes de Cristo) había venido al mundo por medio de ella, y obtuvo su nombre del modo como había sido extraído (**a caeso matris utero**), de donde también el nombre de **caesones** o **caesares** dados a los niños nacidos por un corte, sin embargo esta explicación difícilmente puede admitirse, puesto que su madre Julia, vivió muchos años después del nacimiento de su hijo; y además, Julio no fué el primero que llevó el nombre de César, puesto que se menciona a un sacerdote llamado César que vivió varias generaciones antes y a Scipión, el Africano, que según los relatos de Plinio, fueron extraídos por sección del útero. Otros creen que la palabra cesárea procede del verbo latino **caedere**, que quiere decir cortar. Pero la opinión más plausible parece ser la siguiente: en la Ley Romana, codificada por Numa Pompilio (762-715 a. de C.), se ordenaba, que la operación fuese practicada en las mujeres que muriesen en las últimas semanas del embarazo, con el objeto de salvar al niño. Esta **lex regia**, como fué llamada al principio, en tiempo de los emperadores se llamó **lex cesárea**, y el procedimiento mismo, llegó a ser conocido con el nombre de **operación cesárea**.

**HISTORIA.**—Hay un hecho perfectamente establecido en la historia de la operación cesárea y es que esta intervención ha sido el origen de las primeras laparatomías practicadas en el Mundo.

La historia de la operación cesárea se puede dividir en cinco períodos, que corresponden a la evolución experimentada por esta intervención: el primero que comprende desde los tiempos primitivos, hasta el principio del siglo XVI; el segundo, que se extiende desde el año de 1500, al de 1876; el tercero, que comienza con la introducción de la amputación del cuerpo del útero, inventada por Porro; el cuarto, se extiende desde 1882 a 1907, que siguió a la descripción que hicieron Saenger y Kehrer de una técnica precisa para suturar la in-

cisión del útero; y el quinto período se inicia en 1907, en que Frank ideó la técnica extraperitoneal.

**Primer período.**—La cesárea abdominal pertenece a las intervenciones obstétricas más antiguas y según Siebold se remonta hasta la Mitología Griega, que nos refiere que del parto de Dionysios se relata según Luciano la antigua tradición de “que Hermes por orden de Zeus abrió el vientre a Semele, perecida en las llamas y extrajo el niño de siete meses, después de lo cual Zeus lo encerró por sutura en sus caderas levándolo hasta su madurez”. Del parto de Esculapio procede la leyenda que le salvó Phebos extrayéndolo del vientre de Coronis, quemada en la hoguera después que había sido muerta por Artemis. Para Siebold, la idea de extraer un niño vivo de una recién difunta tendría su origen en las experiencias adquiridas en los tiempos más antiguos en los animales sacrificados que permitió reconocer la existencia de seres vivos en el vientre de los animales sacrificados.

No existen documentos que afirmen que en Grecia fué practicada la operación alguna vez en la especie humana. Pero Siebold piensa que esto es muy posible; y que si no se conoce nada de esta época en los escritos de médicos tan valiosos, es porque la intervención no fué practicada probablemente por éstos, sino por los siervos y los esclavos.

Es muy probable que los antiguos egipcios hubieran conocido la operación cesárea, porque sus ocupaciones minuciosas con el tratamiento del cuerpo humano después de la muerte por los embalsamientos, hace aparecer como muy posible la práctica de la intervención. J. Rosembaum, ha investigado este asunto, en un trabajo personal, y llega a la conclusión de que los egipcios no sólo pudieron haber conocido la operación cesárea sino que seguramente también la practicaron, y en prueba de esto, da a conocer una ilustración de Nardius, edición de Lucretio, donde dos figuras desnudas abren a un cadáver el tórax y el abdomen.

Las primeras cesáreas que se hicieron, son seguramente las que siguieron la **Rex regia** o **lex cesárea** de Numa Pompilio; los legisladores romanos establecieron en esta ley la prohibición de enterrar los cadáveres de mujeres embarazadas sin haber previamente practicado la cesárea, absteniéndose de realizarla en las mujeres vivas. Con arreglo a las ideas de

esa época, la ley romana concedía, por lo tanto, al feto el derecho a su vida después de la muerte de la madre, idea que fué muy bien acogida por las congregaciones cristianas, con miras al bautismo, y se reproduce en muchas disposiciones de la Iglesia, que impuso a su vez a los católicos en los primeros tiempos de la era cristiana, la obligación de la práctica de esta intervención, con el objeto de celebrar el bautismo del feto que formaba parte de las ceremonias de su culto.

Otras religiones también señalan en forma más o menos clara la necesidad de la cesárea post mortem, esto pasa en el Corán y en el Talmud. Es poco probable que se haya practicado en la mujer viva, aunque algunos autores se inclinan a creer, que deban interpretarse así, algunos pasajes del Talmud. El hecho de que Felkin haya visto una operación cesárea practicada por los naturales de Uganda, hace posible que se puede haber empleado en la mujer viva, en una época primitiva, por algunas razas incivilizadas. Algunos autores citan la observación de Jacquemier, quien refiere que la primera cesárea en mujer viva fué practicada en el año de 1491.

**Segundo período.**—En este período se inicia la cesárea en la mujer viva, y es opinión aceptada por la mayoría de historiadores, y en particular por Casper Bauhin que fué el año 1500, que Jacob Neuffer, castrador de puercos en Sigerhausen, Suiza, operó con éxito a su propia mujer Elisabeth Alepaschin, que se encontraba de parto hacía varios días con dolores espantosos, sin evolución favorable, y después de ser desahuciada por las parteras y los barberos que la atendían, habiendo obtenido permiso de las autoridades, procedió a abrir el vientre de un solo corte a modo de veterinario, consiguiendo extraer un niño vivo y dejando a la mujer en buenas condiciones. Esta operación es descrita generalmente como la primera cesárea que se haya practicado en una mujer viva, pero, en realidad, probablemente consistió en la extracción de un feto extrauterino, de la cavidad abdominal, puesto que dicha mujer tuvo después cinco partos espontáneos, lo que hace pensar en la probabilidad de que se haya requerido la operación no a causa de una distocia por estenosis pélvica o por un tumor. El hijo de Neuffer, que fué extraído del abdomen por sección, vivió 77 años.



Este éxito adquirido después de la primera intervención abdominal, no sirvió de estímulo a los cirujanos de esa época, y cayó en el olvido; es necesario llegar hasta el año 1581, en que el cirujano francés Francois Rousset prestó gran servicio, para el mayor desarrollo de la operación cesárea, mediante la publicación de su trabajo denominado "**Enfantement caeserien o histerotomotocia**" y la definió como "extracción del feto por incisión del vientre y de la matriz de la mujer embarazada". La indicación para la operación la considera en los casos en que el parto no puede realizarse por vías naturales. Distingue las indicaciones procedentes de la madre y del feto; entre las primeras considera las estenosis del canal del parto, ya sea de las partes óseas o blandas; entre las segundas señala: tamaño exagerado del feto, mola, posiciones viciosas, monstruosidades; da a conocer la técnica a seguir. Llama la atención que después de extraído el feto y la placenta y de limpiar la herida no sutura el útero, sino que el mismo se retrae; procedimiento éste que se conservó largo tiempo. La pared abdominal la reunía, sin embargo con la sutura cruenta (gastrorrafia), evitando la eventración.

Los casos publicados por Rousset y su traductor Bauhin, aparecen todos como apócrifos. Siebold los considera como ejemplos inventados para las afirmaciones presentadas por estos dos autores. En ningún caso se demostró con seguridad la abertura del útero, y, desde luego, todas estas operaciones debieron haber sido embarazos de la cavidad abdominal.

Las ideas de Rousset levantaron entre sus contemporáneos una ardorosa polémica, en la que los abstencionistas de la cesárea en la mujer viva son mayoría; al servicio de estos principios pusieron su nombre aureolados por la fama Ambrosio Paré, Guillemeau, Mauriceau. Su escrito, sin embargo, tuvo el mérito de llamar la atención hacia la operación y hacia la posibilidad de practicarla en la mujer viva.

La primera operación cesárea auténtica fué practicada en Wittenberg, el 21 de Abril de 1610 por el cirujano Jeremías Trautmann, el que después de abrir la cavidad abdominal y el útero extrajo un feto vivo en la mujer de un tonelero que había recibido durante el embarazo una importante lesión en el abdomen por desprendimiento de uno de los cercos de un barril, habiéndose formado como consecuencia una "hernia del útero". El niño, extraído de este modo, vivió; la mujer

murió, sin embargo, cuatro semanas después de la operación, después que había abandonado el lecho. En la autopsia no se comprobó que fuese la lesión del útero la causa de la muerte.

A pesar de la resistencia que sufría la cesárea, se consiguió algunas ventajas, así Mauriceau que la practicaba post-mortem, comienza a emplear para realizarla, la incisión mediana, que aplicada en el vivo, salvaba el inconveniente, bastante grave para esos tiempos, de la división de gruesas capas musculares y de la hemorragia por sección de las arterias parietales que ocasionaban las incisiones laterales. Estas pequeñas adquisiciones no fueron suficientes para que la tenaz oposición de los detractores de la cesárea, cuya opinión se puede condensar en las palabras de Mauriceau al decir: "Que se trataba de una operación cruel y bárbara debiendo los magistrados prohibirla siempre que la mujer estuviera viva", la hicieran caer en el olvido durante más de un siglo.

Es a principios del siglo XVIII que se revive la cesárea y comienzan a aparecer trabajos sobre esta operación; el primero es el de Aulau en el año 1704, luego el de Simón en 1761, el que en una memoria presentada a la Academia de Cirugía, historia 64 casos de operación cesárea y llega a la conclusión de la posibilidad de poderla practicar varias veces en la misma mujer, citando en su apoyo a la paciente de Godard en quien se había practicado ocho veces esta intervención. Con Simón principia a señalarse las verdaderas indicaciones de esta operación: conformación viciosa de la pelvis, estrechez de la vagina, rotura del útero.

En 1765 aparecen los trabajos de Delamotte y en 1770 de Levret, éste vuelve nuevamente a practicar la incisión lateral del abdomen paralela a la línea media pero recomienda realizar la intervención en forma precoz antes del comienzo del trabajo del parto y con las membranas íntegras.

Posteriormente a Levret, Deleurye en 1777 y Lauverjat en 1788, vuelven a practicar la incisión media de Mauriceau, que, sin embargo, fracasa en manos de Lauverjat, el que trata de remediarlos cambiando la incisión mediana por una transversal cercana del reborde costal del lado hacia el cual el útero se encontraba desviado.

A fines del siglo XVIII, el 30 de septiembre de 1777, J. R. Sigault practica la sinfisiotomía por primera vez y nace en-

tonces un nuevo método terapéutico para alguna de las distocias por estrechez pelviana, pero poco conocidas las indicaciones precisas de esta operación y los casos en que podía reemplazar a la cesárea, se levanta una lucha ardorosa entre los partidarios de ambas intervenciones de la cual dan cuenta los trabajos de esa época en la cual las ideas de los **cesaristas y de los sinfisiotomistas** se hallan en extremos opuestos. Baudelocque aparece en esta época y se coloca al lado de los cesaristas, trata de perfeccionar la operación cesárea, rechaza la incisión lateral y adopta la incisión sobre la línea mediana, y practica la sutura ensortijada de la pared del abdomen. Sin embargo, en estos tiempos, la falta de asepsia constituye una causa de fracaso misterioso y desconocido para los cirujanos de entonces, desorientaba a éstos, al mismo tiempo que alentaba a los contradictores de la cesárea que llegaron en su exaltación a extremos que nos reflejan a través de los tiempos las frases vertidas en algunos periódicos de principios del siglo XIX. Eclipsada temporalmente por la sinfisiotomía, es emprendida de nuevo, después que esta última operación cayó en desuso.

Durante este período, el útero era simplemente seccionado y extraído el niño. Las paredes uterinas no eran suturadas, confiándose la hemostasia a la contracción y retracción del órgano. La mayoría de las mujeres perecían de hemorragias o de infección. La sutura de la pared abdominal había sido hecha por unos y abandonada por otros; la sutura de la herida uterina fué practicada por primera vez por Lebas en 1769, pero no llegó a ser de uso general, hasta la aparición del trabajo de Seanger en 1882, que marcó una nueva época. Las estadísticas acusaban una mortalidad casi siempre mayor de 80%; en una palabra, la cesárea al principio del siglo XIX, dados los numerosos fracasos que provocaba, estaba lejos de convertirse en una operación salvadora de las distocias obstétricas que la hacían necesaria. En las pocas mujeres que salvaron, la cicatrización de las heridas no tenía lugar sino por segunda intención; se producían adherencias de la pared uterina con el abdomen y con el intestino. Cuando por fortuna una mujer curaba, llevaba durante mucho tiempo trayectos fistulosos y aun fístulas estercorales.

En la primera mitad del siglo XIX muy poco se adelantó en el camino del éxito de esta operación, sin embargo la su-

tura uterina era ya practicada en la mayoría de casos; así vemos que Wiel (1835), Godefroy (1840), Malgaigne, Scanzoni, Hasse (1856) las practican sirviéndose de hilos no reabsorbibles, tales como la seda, el crin, el hilo de plata, de hierro, el catgut, que luego abandonan en la cavidad abdominal. Estas mismas sustancias son después empleadas en forma sucesiva por Stoltz, Cazin, Harris, Fochier, varios de estos operadores tratan de dejar los cabos de los hilos de sutura bajo la piel después de ser suturada para luego poderlos extraer.

Durante este tiempo, la única técnica empleada era la de Mauriceau Deleurye, como lo prueban las estadísticas de entonces. Los resultados desgraciados obtenidos están demostrados por la afirmación de Budín que dice que entre los años de 1787 y 1876, no se llegó a practicar una sola operación cesárea con éxito en París. Meyer (1867) recopiló 1605 casos de la literatura con una mortalidad de 54 por ciento; mientras que en 80 casos operados en Estados Unidos, hasta 1878 y recopilados por Harris, murió el 52.5 por ciento de las mujeres.

Una de las víctimas de la cesárea de estos tiempos fué Juana Seymour, sexta esposa de Enrique VIII de Inglaterra, el que mortificado por la falta de un heredero para el trono y temiendo que al estar embarazada su mujer, se perdieran sus deseos de tener un sucesor, le hizo practicar la operación cesárea el año de 1537; el resultado de la intervención fué la muerte de la madre y la extracción de un niño vivo que después debía ocupar el trono de Inglaterra con el nombre de Eduardo VI.

Tan desdichados resultados, hicieron que Harris, en 1887, dijese que la operación era más venturosa cuando la paciente misma se la hacía, o cuando el abdomen era desgarrado por el cuerno de un toro bravo.

**Tercer período.**—No debe admirarnos hoy el hecho que estas operaciones practicadas largo tiempo antes de la era antiséptica participasen de la triste suerte que entonces corrían todas las operaciones abdominales y que todos los perfeccionamientos técnicos y preceptos dados quedasen sin efecto.

Hasta hace 60 años se consiguió dar un paso definitivo en cirugía, cuando Pasteur presentó a la Academia de Ciencias de París, su genial descubrimiento y se utilizó por Lister estas ideas, para dar las prescripciones definitivas sobre la

asepsia y la antisepsia, que orientaron a la cirugía por nuevos derroteros de progreso. Sin embargo, todas las operaciones practicadas por los cirujanos de esta era floreciente, no encontraron sino los naturales obstáculos de los casos en sí, haciéndose la cirugía abdominal con un margen escaso de riesgos; pero con la operación cesárea, si bien era posible combatir el peligro de infección que amenaza desde el exterior con la puesta en juego de los medios antisépticos; en cambio permanecía en pie el problema de la infección peritoneal por los gérmenes procedentes del útero contaminado, que no podía desterrarse, sino en los casos llamados puros, pues, en todos los demás, las infecciones peritoneales por el contenido séptico del útero, seguían dando un porcentaje elevado de mortalidad, y porque precisamente, la antisepsia no puede mejorar mucho tampoco este hecho, el desaliento acerca de esto fué tan lejos que, finalmente, se llegó a admitir con resignación la bancarrota de la antigua operación cesárea y se creyó por este hecho que se debía renunciar a conservar este útero refractario eliminando mediante su extracción los peligros que residen en la curación de su herida.

A la realización de la idea de extirpar un útero sano con la operación cesárea para prevenirse de las dificultades de la curación encontradas en él, no se aventuró nadie, sin embargo, por largo tiempo, en atención a las dificultades técnicas que se opusieron por tanto tiempo a la extirpación del útero y así fué de hecho un proceder nuevo y atrevido cuando Porro en 1876 practicó y recomendó este modo de operación como el proceder típico de operación cesárea.

En 21 de Mayo de 1876 operó él la primípara Julia Cavallini, de 25 años, de Gamboló, una raquílica pronunciada cuyo conjugado verdadero tenía 4 centímetros, de modo que, por lo tanto, existía una indicación absoluta para la operación cesárea. Después de extraído el feto se hizo la amputación supravaginal del útero y el muñón cervical constreñido por un hilo de hierro aplicado en la región del orificio uterino interno se dejó extraperitonealmente fijado al ángulo inferior de la herida abdominal con el objeto de disminuir el peligro de hemorragia y de infección. Algunos autores quieren que el crédito de esta intervención, pertenezca a Storer de Boston, quien en 1861 amputó un útero miomatoso y grávido, con fatales resultados. Sin embargo, como dicho autor no recono-

ció la importancia de la innovación, debe de pertenecer a Porro la prioridad en este asunto. Este procedimiento, que dió buenos resultados, se vulgarizó rápidamente, de modo que Harris en 1890, logró recopilar de la literatura 264 operaciones; y Truzzi en 1901, llegó a coleccionar 1097 cesáreas de Porro. El índice de mortalidad materna oscila entre 25 y 20%.

Después que se perfeccionó la técnica para la amputación supravaginal del útero miomatoso, se aplicaron métodos semejantes a la operación de Porro, cubriéndose el muñón cervical con un colgajo del peritoneo, y abandonándose dentro de la cavidad abdominal; mientras que en un pequeño número de casos, especialmente cuando el cuello del útero era canceroso, se practicó la histerectomía total. Este último proceder, que fué intentado por primera vez por Bischoff, tiene un campo de aplicación muy limitado.

La existencia de la cesárea de Porro, debió ser contra todo lo esperado de muy corta duración. La satisfacción por la curación que desde luego pareció apoderarse del espíritu de todos los operadores se volvió cada vez más en cierta intranquilidad por los resultados obtenidos, puesto que la suerte ulterior de los operados trajo consigo diversas sorpresas desagradables y esto se hizo perceptible de modo sensible en dos direcciones. De un lado la mutilación del útero con incapacidad posterior para nuevas gestaciones, y luego si el hijo único tenido en esta forma por una mujer joven, llegaba a morir; la seguridad misma de no poderlo reponer, aún a costa de nuevos peligros, constituía un tormento sin fin, que amargaba el resto de la vida de la mujer. En segundo lugar, las mujeres que sobrevivían a la intervención, eran víctimas de los resultados de la castración, que produciéndoles una menopausia precoz, por supresión de las glándulas ováricas y de sus secreciones internas, se acompañaba de graves trastornos; pertenece a Glaeveckes el mérito de haber señalado la importancia de las glándulas germinales, que los estudios modernos de endocrinología han venido a comprobar dándoles su verdadero valor.

La mortalidad del Porro, usada en todos los casos para evitar el riesgo de contaminación peritoneal, suprimiendo las secuelas de la involución uterina, se volvió igual a la cesárea clásica conservadora, con el advenimiento de la asepsia y de

la antisepsia, no teniendo la segunda los inconvenientes de la mutilación.

Numerosos operadores se esforzaron entonces por el perfeccionamiento de la técnica de la cesárea en todos los sentidos. P. Müller introdujo como novedad importante en 1878, el no abrir el útero en la cavidad abdominal, lugar muy peligroso por su contaminación, sino por fuera de la misma después de sacado al exterior por la herida abdominal y de colocar una ligadura alrededor del cuello, con lo que la hemorragia se limitaría considerablemente. Fué de gran significación luego la introducción de la ligadura elástica de Hegar en lugar del alambre hasta entonces usado, pero a pesar de todas estas modificaciones, que fueron evidentemente un progreso, la cesárea continuaba dando un índice elevado de mortalidad.

**Cuarto período.**—La cesárea recupera el terreno perdido, y se desarrolla con una pujanza completamente nueva; la técnica supo vencer cada vez más las dificultades; los resultados recompensaron los esfuerzos y ahora se pudieron dar a conocer de modo sorprendente, series completas de casos curados. Como consecuencia se amplió sus indicaciones; ya no necesitó ser practicada solamente en los casos de indicación absoluta para salvar a la madre, sino que pudo emplearse también para la salvación de la vida del feto; a la indicación absoluta siguió la relativa, sin peligros de la limitación de la capacidad de procreación.

El mérito de haber tocado de nuevo la cuestión con tanto resultado pertenece a Saenger y Kehrer, que simultánea e independientemente uno de otro, exigieron con preceptos positivos para su perfeccionamiento la vuelta a la cesárea conservadora.

Con nuevo ardor abordaron en 1882 el punto más importante de la cesárea que es la sutura uterina; su fracaso decide la suerte de las operadas, por la comunicación de la cavidad uterina, producida por este hecho, con la cavidad abdominal y la penetración en ésta de loquios tóxicos; por esta razón sucumbió la cesárea clásica y con la consecuencia de lo antes imposible pudo renacer de nuevo.

Saenger y Kehrer dieron una técnica de la sutura uterina; según la cual no era suficiente la simple sutura de la he-

rida con puntos profundos, sino que para asegurar la coaptación de los labios de ésta, hicieron dos planos, el uno muscular muy prolijo y el otro seroso, y para evitar dificultades resecaban la muscular por debajo de la serosa, así se conseguía hacer mejor, el segundo plano, sero seroso, con puntos a la manera de la sutura intestinal de Lembert.

Siguiendo esta técnica se consiguieron resultados sorprendentes, y ya en el año de 1886 pudo Saenger reunir 26 casos operados según su método, de los que curaron 19, por lo tanto 76%. En tres de los siete fallecidas existía ya, antes de la operación, una infección séptica. Si se comparan en ésta los datos anteriores de la cesárea conservadora se puede hablar de una conversión directa de las relaciones, a la mortalidad de antes corresponde, con bastante precisión, la cifra de los curados ahora.

Como el útero no era sacrificado en esta operación ha recibido el nombre de cesárea conservadora, para diferenciarla de la de Porro, que fué llamada cesárea radical. Con la perfección cada vez mayor de la técnica quirúrgica, así como con el mejor conocimiento de las indicaciones para practicarla, se han obtenido resultados cada vez más satisfactorios, por lo cual la operación radical se ha hecho menos popular.

Los resultados obtenidos por Caruso, Leopold, Olshausen, Schuta, Zweifel, Boden, Routh, Pestalozza, Dóleris, etc., demuestran un descenso progresivo del índice de mortalidad materna, llegando en algunos hasta el 3.6%.

**Quinto período.**—Con los progresos alcanzados, no pudo conseguirse de modo duradero una satisfacción completa sobre el objeto perseguido, pues si bien en un gran número de casos uno tras otro, se logró la curación, se presentaron de vez en cuando fracasos inesperados, que demuestran un enemigo oculto, al que con las medidas actuales no se puede vencer.

Los operadores debieron hacer experiencias para determinar el origen de las infecciones, encontrándolas en el campo operatorio, es decir, en el contenido ovular. Solamente, los que a ejemplo de Veit, operaban con una estricta limitación a los casos absolutamente insospechables de contaminación y ya con el perfeccionamiento actual de las técnicas de sutura uterina, y la asepsia rigurosa, llegaron a obtener brillantes



resultados y largas listas de casos de curación. Pero, como existen multitud de circunstancias en las cuales es inevitable cesarizar a una mujer, aunque tenga la bolsa de las aguas rota de muchas horas, o que se hayan practicado tactos sépticos y aún maniobras repetidas e intentos operatorios por la vía vaginal, y a veces hasta presentado signos de infección uterina, por estas razones, se continuaron creando técnicas que evitaran los inconvenientes y peligros que estos casos entrañan; y, así fué como se revivieron antiguas ideas y las fracasadas tentativas de hace más o menos 100 años, de extraer el feto sin abrir la cavidad peritoneal, a fin de evitar el contacto del peritoneo con los líquidos de procedencia uterina. En el año de 1907, se exhuman los viejos métodos de Jorg (1806), Ritgen (1820), Baudelocque sobrino (1823), Physick (1822), y nace entonces la cesárea extraperitoneal. En 1870 fueron Teodor Gaillard Thomas y Skene en América que practicaron cinco cesáreas, siguiendo la técnica de Jorg con resultado bastante halagador.

Fué F. Frank, de Colonia, el año de 1907, que no estaba satisfecho con los resultados de la operación cesárea clásica conservadora, principalmente cuando la mujer había estado expuesta a la posibilidad de infección antes de la operación, describió una nueva técnica operatoria. En este procedimiento, se hace una incisión transversal en la pared anterior del abdomen, algunos centímetros arriba de la sínfisis, y se despega el peritoneo de la cara posterior de la vejiga, y de la cara anterior del segmento inferior; luego se divide éste transversalmente y se extrae el feto con el forceps; la placenta se desprende artificialmente, y se cierra la herida. Con este método toda la operación se hace extraperitoneal.

Esta técnica fué recibida con entusiasmo en Alemania en donde se le practicó por Sellheim; en el año de 1908, Latzko, Doderlein y Küstner, trabajando simultánea e independientemente dan a conocer en 1911 los fundamentos de una nueva técnica de cesárea extraperitoneal pura, que es la que se sigue hoy día; más tarde aparecieron las cesáreas extraperitoneales por artificio y luego las segmentarias transperitoneales o suprasinfisarias, todas tienen la tendencia universal a hacer la incisión sobre el segmento inferior; todas las técnicas conocidas no son sino variantes de una misma, y cu-

ya razón fundamental se encuentra en la seguridad con que se evitan casi siempre las infecciones peritoneales.

Sobre este asunto, nos ocupamos en forma extensa al tratar de la cesárea segmentaria en general.

En 1924, Portes describió un nuevo tipo de operación cesárea, que, según afirma, es particularmente útil para los casos infectados, en los que es importante conservar el útero. En este procedimiento, el órgano sin abrir se saca de la cavidad abdominal, a través de la incisión de la pared anterior del vientre, pero no se secciona sino hasta que el peritoneo ha sido suturado alrededor de su porción cervical, y que la pared abdominal se ha suturado por encima de ella. Después de la extracción del feto, se cierra el útero, y el órgano exteriorizado se cubre con un apósito húmedo. Durante la convalecencia los cambios de la involución pueden ser seguidos por la vista, y 5 o 6 semanas después, cuando el útero ha vuelto a su tamaño normal, se abre de nuevo el vientre, y se devuelve el útero a la cavidad pélvica. Cuando menos en un caso, la paciente volvió a ser embarazada después, y se le practicó cesárea clásica. Phaneuf relata dos casos personales, y dice que 16 operaciones habían sido verificadas hasta 1927.

En los últimos 34 años, la cesárea segmentaria ha tomado tal desarrollo y sus resultados han sido tan satisfactorios, que hoy se puede decir que ha desplazado a la cesárea corporal, convirtiéndose en operación de práctica corriente. Su empleo es, sin exagerar, de carácter universal. Tales son los datos de la historia de la operación cesárea.

### **HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA EN EL PERU. ALGUNOS DATOS HISTORICOS SOBRE LA OBSTETRICIA EN NUESTRO PAIS**

Al tratar del origen de la operación cesárea en el Perú, hemos creído conveniente considerar algunos datos históricos referentes a la Obstetricia entre nosotros; porque, así se comprenderá mejor la evolución y desarrollo que ha seguido esta operación en nuestro país.

La historia de la cesárea, y de la obstetricia la dividimos, para facilitar su estudio, en tres épocas o períodos: la primera corresponde al Antiguo Perú; la segunda a la Colonia, y la tercera a la República.

## PRIMERA EPOCA : ANTIGUO PERU

La narración que hacen todos los historiadores tanto peruanos como extranjeros de la vida y costumbres de los antiguos pobladores del Perú, y en especial del estado de la Medicina de aquellos tiempos, nos dan a saber que los conocimientos que tuvieron fueron muy rudimentarios, apenas si tenían nociones elementales del cuerpo humano y aplicaban ciertas hierbas medicinales para el tratamiento de las distintas enfermedades. La obstetricia, rama importante de las ciencias médicas, tenía que participar del estado incipiente de los conocimientos de aquella época.

Se aceptaba en aquellos tiempos primitivos la intromisión de seres superiores, que presidían los destinos del hombre y que bajo la denominación de espíritus del bien y del mal, los atacaban o preservaban de las diferentes afecciones.

La enfermedad y la desgracia eran por ellos íntimamente relacionados con la noción del pecado (hucha) y el padre jesuita Cobo, nos cuenta que de la gravedad del "castigo divino", deducían la magnitud del pecado cometido.

En lo que a la gestación se refiere, los indios peruanos tenían a la Luna y a la Tierra por abogados del parto y les ofrecían sacrificios por el buen resultado de éste, muy especialmente a la Tierra (pachamama) porque cuando nacen de su madre caen en ella.

Los artefactos de cerámica, conocidos con el nombre de huacos, correspondientes a la Cultura Mochica, no dan datos precisos e irrefutables en lo que se refiere al origen del Arte Obstétrico entre nosotros, perennizados en los valiosos especímenes existentes en el Museo Arqueológico "Víctor Largo Herrera" y cuyo estudio interpretativo constituye la fuente más remota de investigación para la Historia de la Obstetricia en el Perú.

Estos huacos permiten afirmar que el arte obstétrico tuvo en aquella civilización, cultores de su práctica; y que si bien, como primitivamente, el acto del parto normal se efectuaba sin intervención de persona extraña, existían ya mujeres a quienes se les encomendaba el estudio y tratamiento de los distócicos; la parturienta adoptaba la posición sentada, mientras que la recibidora ejecutaba diversas maniobras en los genitales tendientes a obtener la extracción del feto,

HUACOS Nos. 4144 - 4147 DEL MUSEO ARQUEOLOGICO  
"VICTOR LARCO HERRERA"



Fig. 1. Mujer en estado grávido. Fig. 2. Parto : período de dilatación.

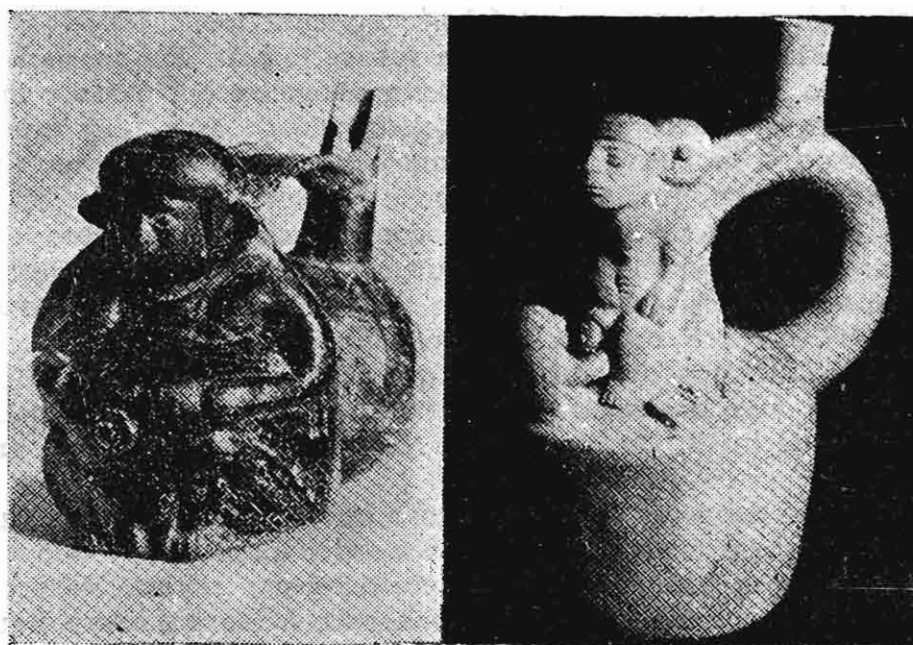


Fig. 3. Parto espontáneo : período expulsivo.

Fig. 4. Parto distócico : presentación de cara; desprendimiento en M. P. — Extracción manual y expresión uterina.

Reproducción tomada del trabajo del Dr. F. Villamón

asesorada por el marido de la paciente, que colocado por detrás de ésta, con las manos sobre las proximidades del fondo uterino, hacía maniobras de expresión, para facilitar el vaciamiento del útero (Huaco número 4147).

Pero no sólo del parto se ocuparon, sino también del embarazo, y de tal periodo del proceso de la generación existen valiosos ejemplares en la cerámica Mochica (Huacos Nos. 4144, 4146). En cuanto al parto normal, encomendado a las fuerzas de la naturaleza, éste se realizaba en la típica posición que hasta nuestros días adoptan la mayor parte de nuestros indígenas, o sea la de cuclillas (Huaco N<sup>o</sup> 4145). (Froylán Villamón.—Rev. Médica Peruana.—Dic. 1936).

Todos los historiadores que se han ocupado de la obstetricia en el antigua Perú, Garcilazo y Herrera, Cobo, Acosta, Rocha, Torres de Mendoza, Ulloa, Laverería, están de acuerdo que entre la primitiva raza incaica el parto se verificaba siempre fisiológicamente, así el Inca Garcilazo de la Vega dice que las indias "parían sin partera, no las hubo entre ellas; y si alguna hacía el oficio de partera más era hechicera que partera" y luego añade "la parida se regalaba menos que regalaba a su hijo, porque en pariendo se iba a un arroyo, o en su casa se lavaba con agua fría, y lavaba a su hijo, y se volvía a hacer las haciendas de su casa como si nunca hubiera parido. Esta era la común costumbre que las indias del Perú tenían en el parir, hecha ya la naturaleza sin distinción de ricos a pobres y de nobles a plebeyos". Y el cronista Pedro Cieza de León, así como Luis Torres de Mendoza y Diego Andrés de Rocha, refiriéndose al lavado que de sus genitales practicaban, después de terminado el alumbramiento, lo consideran, al igual que los aborígenes peruanos, lo hacían con criterio de purificación.

La realización del parto espontáneo se debía a la constitución especial del organismo de las mujeres y en especial al desarrollo armónico del esqueleto en particular a la amplitud de la pelvis, consecuencia del régimen alimenticio de los primeros años de la vida y a las condiciones del ambiente en que vivieron, en el que los factores que contribuyen a las deformaciones óseas fueron seguramente escasos, o no existieron. Y estos hechos son tan ciertos que el Dr. Daniel Eduardo Laverería, en su notable e interesante tesis "El arte de curar entre los antiguos peruanos" dice: "conocida es la facilidad con que

nuestras indias verifican sus partos, muchas veces en medio de una jornada, se detienen apuradas por los dolores de las contracciones uterinas y en breves instantes en un cuarto de hora o media hora dan a luz, se lavan y lavan a su hijo si hay agua a la mano y echándose a la espalda envuelto en cualquier trapo, siguen expeditas su camino como si nada hubiera pasado por ellas; pero lo que es más sorprendente es que en partos realizados de esa manera, sin cuidados no solamente de asepsia pero ni siquiera de aseo, en muchos casos, sin consideración alguna de la parturienta para consigo mismo sean rarísimos, excepcionales, los casos en que sobreviene una infección, una hemorragia, uno cualquiera de los múltiples accidentes a que ordinariamente queda expuesto el organismo materno durante el puerperio", y R. Moloche agrega: "muchas se resisten a dar a luz en la posición dorsal, prefiriendo la actitud de rodillas y no en el lecho sino en el suelo, adonde colocan cualquier lienzo, porque de no hacerlo así, según afirman, el cuerpo no las ayuda" y al referirse a la rareza de las infecciones puerperales dice: "hasta hoy goza la raza indígena de esta inmunidad atávica, hecho que explica el punible descuido que tienen en la asistencia de sus partos", que felizmente hoy tiende a desaparecer debido en gran parte a la asistencia esmerada que se les dá en la Maternidad.

La uniformidad de opinión de los historiadores respecto de la frecuencia de los partos fisiológicos, no excluye de modo absoluto la idea de que hubieran de vez en cuando partos difíciles o distócicos por obstáculos dependientes del organismo materno o fetal y cuya interpretación pasaba desapercibida a los ojos de los empíricos de aquellos tiempos, que incapaces para prestarles auxilios las dejaban seguramente morir; o en el mejor de los casos pretendían resolver estas situaciones difíciles haciéndoles beber el cocimiento de **moco-moco** o aspirando el "vaho del cocimiento de altamisa" (artemisia absintum) (Cobo); entonces recurrían también a las mujeres que hubieran tenido un parto de gemelos, a las que por este hecho tenían, dice Cobo, como maestras en el arte, o a ciertas viejas hechiceras que "entendían de curar preñadas sobándoles el vientre para enderezar la criatura, la versión por maniobras externas de nuestros tiempos, y aun tenían grandes artificios para **matalla** en el cuerpo de la madre cuando se lo pagaban" (Cobo).

En el puerperio empleaban una hierba el *itapallo* de la que dice Cobo "usan las indias del cocimiento de esta yerba en ayunas desde un día después de haber parido hasta nueve o diez para efecto de quedar del todo limpias de la sangre que pudiera rezagarse, para lo cual comen también la yerba cocida en sus potajes". Es probable que esta hierba fuera usada con el fin de acelerar la involución uterina y de evitar la producción de accidentes hemorrágicos o el desarrollo de procesos sépticos en el curso del puerperio.

En lo que se refiere a la capacidad de los médicos del antiguo Perú, las obras de los padres Cobo y Acosta, del Inca Garcilazo y de los Doctores Hernández y Monardes, nos dan datos acerca de su diagnóstico y terapéutica. La cirugía no les era desconocida y entre las intervenciones quirúrgicas, la sangría la practicaban comúnmente. La lanceta, construída con una lámina de pedernal, que a modo de un martillo se hallaba engastada en un mango de madera hendido en su parte superior, se introducía con un ligero golpe en la vena, a ser posible en la proximidad de la región dolorida. La reducción de luxaciones, reposición de fractura, dilatación de abscesos y suturas de heridas, eran las restantes tareas del cirujano. Quizá usó también como anestésico, lo mismo que los araucanos, la conocida solanácea *Datura ferox* (Escopolamina) conocida en el Perú como veneno. Los huesos fracturados eran envueltos en algas marinas o en hojas frescas de Huaripuri (valeriana coarctata). En el tratamiento de heridas y úlceras los bálsamos desempeñaban un importante papel. Una práctica curiosa, por lo demás ejecutada también por otros pueblos, es la adaptación de los bordes de las heridas mediante hormigas picadoras, a las cuales se arrancaba la cabeza.

De las operaciones practicadas por los antiguos peruanos, la trepanación es la más conocida, después de que Broca en 1867 comprobó en un cráneo encontrado en el Cuzco por Squier (1865) que la trepanación había sido realizada en vida. Como escalpelos se utilizaban cuchillos de pedernal o de obsidiana, también habían de bronce, llamados Tumi. Además los antiguos peruanos fueron embalsamadores eximios, no igualados hasta ahora por pueblo alguno, comparables en esto sólo con los egipcios.

Los conocimientos quirúrgicos poseídos, el uso de algunos instrumentos cortantes, la práctica de los embalsamien-

tos, que los obligaban a intervenir en las cosas del cuerpo humano, nos hacen pensar, y esto en el terreno de las hipótesis, que los antiguos peruanos hubieran intentado resolver algún parto distócico, de los pocos que tuvieron, por medio de la operación cesárea.

### SEGUNDA EPOCA : LA COLONIA

Durante la dominación española, al ocuparse de la instrucción, dice el eminente maestro Dr. Javier Prado: "fuera de notables excepciones, que acreditan la sorprendente disposición de los criollos para las ciencias y las letras, eran éstos, por lo general, sumamente ignorantes; y no sólo ignorantes, sino llenos de supersticiones y prejuicios, que desde la cuna habían recibido de la madre, de las amas y sirvientes, de las prácticas religiosas y de las costumbres sociales".

"El gobierno español y la iglesia, como hemos visto, tenían interés en que las cosas no pasaran de otro modo".

El ejército de la Medicina y en particular de la Obstetricia no experimentó progreso alguno y en los siglos XVI y XVII, el empirismo era el único soberano, actuaban un número considerable de mujeres, del más humilde origen, que con el nombre de **comadres** o **recibidoras**, atendían a las parturientas, con daño evidente a la población y sin que nadie pusiera atajo a su obra de devastación.

Los orígenes de la profesión médica en el Virreynato no son bien conocidos. El sabio y malogrado maestro Dr. Hermilio Valdizán, afirma que no vinieron médicos con los conquistadores y que el primer protomédico de Lima, don Hernando de Sepúlveda, sólo llegó en 1537.

Fundada la Universidad de Lima en 1551 por real cédula de Carlos I, sólo se dictó el primer curso de Medicina, cuando la reforma hecha por el Virrey don Francisco de Toledo, a raíz de la real cédula expedida por Felipe II en 1571. Reformas posteriores en el plan de estudios, 1638, consideraron dos cátedras de Medicina, que no entraron en funcionamiento sino en 1687. En 1691 fué establecida por el Conde de la Monclova una tercera cátedra, la del Método de Galeno.

"Terminaba el siglo XVII, dice el Dr. Valdizán, y el balance de lo hecho durante él, no decía muy bien del interés des-



pertado en la administración pública por la enseñanza médica; habían sido creadas tres cátedras de medicina, de enseñanza exclusivamente teórica, muchas veces abandonadas, y cuando no abandonadas, dictadas por personas que tenían en más la demostración petulante de sus vastos conocimientos que el provecho de sus discípulos. La enseñanza clínica realizábase muy modestamente en los hospitales, bajo la dirección de prácticos cuya buena voluntad no logró siempre salvar los inconvenientes de su ignorancia. Si tal sucedía con los médicos, es fácil suponer como se hacía en aquellos tiempos un cirujano, un boticario, un flebotomo, una recibidora. Después de algunos años de práctica en condiciones tan lamentables, se rendía un examen ante el Tribunal del Protomedicato, que contaba con alcaldes examinadores de Medicina, Cirugía, de Farmacia, que tal vez contó con un Alcalde examinador de Flebotomía; pero que excluyó de todo control y de toda vigilancia al gremio de las recibidoras”.

Los estudios médicos que eran, como se ve, esencialmente teóricos, no despertaban interés como profesión, sino únicamente desde el punto de vista de la ilustración de los que lo seguían; el ejercicio de la medicina era en el país patrimonio de los aventureros europeos que se titulaban médicos; de los curanderos indígenas y de los barchilones de los hospitales y de las comadres o recibidoras.

Pasados los primeros años de la dominación española, residieron y ejercieron la medicina y cirugía, algunos “Profesores” importados de la Metrópoli, entre los de más importancia que actuaron durante el siglo XVIII, señalados por el Dr. Valdizán en su importante libro “La Facultad de Medicina de Lima” tenemos a los doctores: Pablo Petit, Juan Cazos, Teodoro Sigueñas, Francisco Matute, cirujano que fué del Real Hospital de San Bartolomé; Juan José Iturrizaga, Médico del Real Hospital del Espíritu Santo; Francisco Bravo, Cirujano del mismo Hospital; Miguel Utrilla, Cirujano del Real Hospital de Santa Ana, a quien José Pastor de Larrinaga titula de célebre comadrón; José de los Santos Calvo; Felipe Bosch, considerado entre los más hábiles en prácticas tocúrgicas; Antonio Terry, José Pastor de Larrinaga y algunos otros.

La práctica obstétrica continuó durante el coloniaje en las mismas condiciones que en el antiguo Perú, e influenciada por los conocimientos transmitidos por las hechiceras an-

tecesoras de las recibidoras. El desconocimiento de los preceptos obstétricos era casi general, y "es de suponer el número de víctimas que este orden de cosas originaría, si se tiene en cuenta las condiciones de receptividad del puerperio en ese período de la Medicina en que la antisepsia era desconocida y que la asistencia del parto estaba en manos de personas que no tenían otra ciencia que su audacia" (R. Moloche). Pues la única Profesora de quien se tiene noticia a través de la aseveración del Padre Irrázari, es doña Feliciano de Jáuregui, que ejerció en Lima a fines del siglo XVII (Diccionario Biográfico de Mendiburu).

En tal estado de ignorancia, dueñas las recibidoras de la asistencia de los partos, los pocos cirujanos que habían, sólo ejercían la Obstetricia cuando la incapacidad y "ciencia" de las comadres era impotente para salvar la vida de las parturientas; así en las distocias por "criatura atravesada", o la "criatura muerta" después de haber agotado una serie de prácticas con el fin de acelerar el trabajo del parto o de colocar al feto en buena posición, algunas de estas maniobras verdaderamente bárbaras o grotescas, muchas de las cuales provocan espanto o risa, tales como el sacudimiento, el brasero ardiendo, el manto, la del canuto, la del sombrerito negro y la de la piedra del aguila, de todas las que nos habla el Dr. H. Valdizán, en forma admirable. Cuando todo había fracasado y la presentación era gravísima recurrían a "los barberos que llaman cirujanos" para que procedieran a "abrir" a la parturienta. Los tales cirujanos, tomadas las precauciones del caso, administrados los auxilios religiosos a la pobre víctima, practicaban con la mayor audacia, una laparatomía, remedo de operación cesárea, que en no raros casos, pudieron las infelices sobrevivir.

"Y cuando el cirujano había hecho cuanto permitía su habilidad y su práctica, en última instancia tales casos eran abandonados a la celeste protección de algún santo. Los procesos de beatificación de casi todos los santos peruanos están llenos de milagros verificados en desventuradas señoras a quienes **se les había atravesado la criatura**" (H. Valdizán). La imploración del Beato Juan Masías, para los antojos, y de Santa Rosa de Lima y de Fray Martín de Porres, hicieron el milagro de salvar muchas situaciones difíciles de las mujeres en trance de Parto.

Algunos trabajos de orden tocológico aparecen durante la Colonia, que se deben a Don Pedro de Peralta Barnuevo, Cirujano del Hospital Real de "La Caridad" quien en 1695 bajo el nombre de Don José de Revilla Bonnet y Pueyo publica el tratado "Desvíos de la Naturaleza o Del Origen de los Monstruos" dando a conocer el parto de un monstruo bicípite habido en Doña Teresa Girón de Salvador Olmedo el 30 de Noviembre de 1694.

Cosme Bueno, cosmógrafo mayor del Virreynato, publica entre los años 1760 y 1794, dos temas titulados "Disertación sobre los antojos de las mujeres preñadas".

**El primer documento que trata de la operación cesárea en el Perú,** aparece el año de 1781, el Padre Francisco Gonzalez Laguna, de la Orden de los Clérigos Regulares de la Buena Muerte, llamada también Orden de Agonizantes, publica un interesante trabajo titulado el "Zelo sacerdotal para con los niños no nacidos". En los capítulos I, II y III se ocupa el padre Laguna, de algo muy ajeno de la Medicina.

En el capítulo IV hace una historia de la operación cesárea, que difiere poco de la que existe en todas las obras de consulta.

Hasta el capítulo VII, no hay nada que llame la atención. Este capítulo trata "de los signos de la muerte de la difunta embarazada".

En el capítulo VIII, se ocupa así de la práctica del parto cesáreo en las difuntas:

"Muerta la embarazada, la acomodarán entre dos (que fera bueno fean mujeres) o fobre una mefa o en el mismo lecho, fino estubiefe tan alto como se acostumbra en algunos lugares de esta América; y fe tendrá bien firme para executar la incisión. Esta se **hará no en cruz, fino a lo largo**, ya por ser más fácil, ya que porque fino fe han calificado muy bien los fignos de la muerte, y refaltafe no estarlo, **puede fanar facilmente de la herida.** Executaráfe por la parte finiestra, fino es que a a la dieftra fe conozca alguna turgencia, que denote estar allí el Fêto. Empezarafe a romper poco más arriba del ombligo, y como cuatro dedos retirado de él para el costado, y de allí descenderá hasta la parte fuperior del Pubis o empeyne. Hay que cortar aquí la cutícula, cuerpo reticular, y el cútis; despues la membrana que llaman adipofa, que es la gordura enjundia a que figuen los musculos rectos, que fon la

carne fobre que efriva. Todo fegun lo rebufto que eftubiefe el cuerpo, y es bueno proceder con cautela, y eftar a lo menos que podría tener de grueso”.

“Cortados, pues, los tegumentos y múculos, fe descubre la gran membrana del Afdomen llamada Peritoneo, que es una tela blanca en que fe contienen las tripas, y es como el canto de un gruefo pergamino. Efta se corta facilmente, hasta introducir un dedo de la mano izquierda, y ayudándose con la cuchilla o unas tijeras, fe va rafgando todo lo necefario. Aparecen los Inteftinos, que luego fe apartarán y fe ha de bufcar el Utero entre el Recto y la Vejiga, que es fu fituación”.

“Si el preñado es adelantado, luego se manifiesta, y en ocasiones fobre los mismos inteftinos; pero fiendo reciente, es necefario no **engañarfe rompiendo la vejiga por el Utero**, por que incomodaría mucho la orina.

“Aquel es más o menos largo y ancho a proporción del más o menos tiempo de la preñez, que lo eftime, o al numero o multitud de fetos que encierra. Su gruefo, nota Mauricean, contra lo que han efcrito algunos, que es futil, y que al fin de la preñez no excede al gruefo de una lámina de cuchillo, por lo cual fe cortará fuavemente, y no todo de un golpe, para no lastimar la criatura, que luego aparece embuelta en las fecundinas. La confusa multitud de fus venas aparenta algunas veces que arrojan fangre; aun que lo común en la difuntas extenuadas es aparecer del mismo que el Utero. Rompenfe con la mano o con el inftrumento; y defcubriendo el feto, fi fe conoce eftar moribundo, se baptizará fin moverlo de allí: mas fi apareciefte vigoroso fe cortará la Vid, y fe facará y baptizará con mas efpacio”.

“Hecho efto fe liga el cordón umbilical a dos dedos del ombligo, y fe cortará medio dedo más arriba de la ligadura: entreguelo para que lo embuelban”.

“Es preciso advertir, que los niños no fiembre fe hallan en el Utero: hay generaciones viciofas, y extraordinarias; por lo que el operante no debe limitarfe, no encontrándolos en fu lugar. Se halla fetos en el Abdomen, en las Tubas Falopianas y en el mismo Ovario”.

“Si en lugar del feto fe halla una mola como ya nos fucedió exerciendo nuestro Inftituto, no por efto debe de abandonarfe la obra. Abrola, y quizá en el medio encontrará lo que busca como acaefe no pocas veces”.

Aquí termina este interesante capítulo de la obra de Laguna, en la que nos dá a conocer la técnica de la operación cesárea.

En el capítulo IX hace algunas advertencias a los sacerdotes para **el parto cesáreo de las preñadas difuntas**, y entre otras que la operación debía practicarse **“cualquiera que sea el género de muerte de que perezca una embarazada”**.

Los capítulos X y XI no presentan nada notable; en el XII se ocupa de los abortos y de la forma de evitarlos.

Los capítulos XIII y XIV están dedicados al Bautismo por inyección y a la lactancia mercenaria, dando las reglas a que se sujetarán, para facilitar el desarrollo del niño.

Finalmente el padre Laguna, trata de la instrucción de las comadres y del modo de crearlas, y señalando el estado de ignorancia y la audacia de éstas, únicas encargadas de la asistencia de los partos dice: **“En nuestro país no creo que falten algunas idóneas, pero fabemos que fon muy pocas y muchifimas las que fe hallan dedicadas a partear fin mas que querer por este exercicio pafar la vida. Cofa es muy patente. En habiendo parido una mujer cinco o feis hijos, ya se contempla con toda la ciencia que demanda el arte”**.

El trabajo del Padre Gonzales Laguna que lo hizo no sólo con el fin de cumplir con los deberes de su ministerio, sino también con el de contribuir a salvar a muchas mujeres de la tragedia del parto; mereció que el Virrey Don Agustín de Jáuregui, expidiera el decreto de 25 de Septiembre de 1781, dado a conocer por bando de 1º de Octubre del mismo año, por boca del pregonero Joaquín Cubillas, que se publicó a usanza de guerra en la plaza mayor de Lima; y por el que obligaba a que los cirujanos practicasen en ciertos casos la operación cesárea, o en su defecto cualquiera otra persona que fuera hábil y capaz de ejecutarla. (Manuel A. Muñiz. La Crónica Médica — 1886 — Hermilio Valdizán.—Apuntes para la Bibliografía Médica Peruana—1928).

El Dr. Hermilio Valdizán refiere en su libro “La Facultad de Medicina de Lima” que el 19 de Diciembre de 1794, el Dr. Antonio Terry había verificado una operación cesárea en Tucumán (Mercurio Peruano da cuenta de este suceso).

Por estos años ejerció la profesión en Lima el Dr. Abel Victoriano Brandín. Parece que en cierta ocasión aseguró este facultativo francés “Haber asistido un parto por el ombli-

go" aseveración que le valió muchas burlas, algunas de ellas sangrientas que dejaron mal parado al autor de los "Anales Medicales del Perú". De ser cierta la afirmación de Brandin, se trataría del primer parto cesáreo realizado en el Perú; pero pensamos que lo más posible es que hubiese atendido algún parto en mujer que llevaba deformación o anomalía anatómica a nivel del ombligo, o tal vez herida penetrante del vientre con perforación del útero grávido y expresión del feto, cuya explicación, por dificultades del idioma, no la pudo hacer.

El monarca de España Carlos IV por Real Cédula, expedida con fecha 13 de abril de 1804, ordena que en los dominios de Indias e islas Filipinas, se practique la operación cesárea, con arreglo a la Instrucción, y en forma obligatoria no solamente por los médicos y comadronas, sino aun por los capellanes y religiosos, en todas las madres después de muertas, dando a conocer la técnica a seguir, que difiere poco de la señalada por Gonzales Laguna. Transcribimos los documentos pertinentes tomados de "La Facultad de Medicina" del Dr. Hermilio Valdizán, que dicen lo siguiente:

"EL REY por parte de Don Juan Ignacio Gutiérrez, Canónigo de la Iglesia Metropolitana de Santa Fe, se hicieron presentes en Ocho de Octubre de mil ochocientos y dos los muchos males que en lo espiritual y temporal se seguían de no practicarse la operación cesárea con la debida instrucción y que para evitarlos hizo imprimir a su costa el método que para tal operación trae el Monge Cisterciense Don Alfonso Josef Rodriguez en el tomo quarto de su aspecto de Teología médico moral, de cuyo método remitió un exemplar pidiendo se formase una breve y clara Instrucción para executar dicha operación, encargando su observancia muy estrechamente a las Justicias y Párrocos de los pueblos. Y habiéndose visto en mi Consejo de las Indias, con lo que dixo mi Fiscal, y consultándose sobre ello en veinte y tres de Diciembre del propio año de mil ochocientos y dos tuve a bien mandar que el Colegio de Cirujía de San Carlos formase la Instrucción, que aprobada por el Proto Cirujanato acompaña a esta mi Real Cedula; y es mi voluntad se observe con las precauciones siguientes: Primera que en los pueblos donde hubiere facultativos, el que asista a cualquiera enferma embarazada, luego que fallezca, dé aviso al Cura Párroco y por si siendo Cirujano, y

quando no por el que hubiere en el pueblo, disponga se proceda a la operación cesárea, después de cerciorarse del verdadero fallecimiento de la embarazada por los medios y baxo las reglas de la referida Instrucción que deberá tenerse a la vista para su puntual observancia. Segunda, que así el Párroco como el facultativo que se llamare para aquel fin deban en cualquier hora del día o de la noche que se le llame pasar inmediatamente a la casa de la difunta, sin poder excusarse a ello, ni al cumplimiento de su respectivo cargo, baxo pretexto alguno. Tercera, que en los pueblos donde no hubiere facultativo el Cura Párroco, de acuerdo con la Justicia, nombren el sugeto que creyeren de mejor talento, destreza e idoneidad para executar la operación cesárea con preciso y exacto arreglo a la Instrucción, que se tendrá presente en el acto; y a cuya perfecta ejecución coadyuvará en caso necesario el Cura con sus advertencias y conocimientos. Cuarta y última, que con esta mira los Párrocos y las Justicias conserven en su poder para los casos que ocurran la orden que se les comunique por los Prelados eclesiásticos y Gobernadores, pues los primeros no han de consentir se dé sepultura a muger alguna, de cualquier clase que fuere, que haya fallecido embarazada, sin que les conste antes que con ella se ha practicado la operación, y los segundos deben zelar y cuidar de que todo lo prevenido se execute exactamente, dando cuenta a los superiores correspondientes de las faltas que notaren en materia de tanto interés a la humanidad. En consecuencia mando a los Virreyes, Audiencias y Gobernadores, ruego y encargo a los M. RR. Arzobispos y RR. Obispos de mis dominios de Indias e islas Filipinas comuniquen la referida adjunta Instrucción respectivamente a las Justicias de su distrito y a los Curas de sus diócesis, encargándoles estrechamente su cumplimiento y contribuyendo todos a que logre su importante efecto esta mi benéfica y soberana determinación. Dada en Aranjuez a trece de Abril de mil ochocientos quatro. YO EL REY. Por mandato del Rey Ntro. Señor'. Silvestre Collar.—Tres rúbricas.—Para que en los dominios de Indias e islas Filipinas se execute la operación cesárea en la forma que previene la Instrucción que se acompaña.

Lima, 14 de Marzo de 1805.

Guárdese y cúmplase lo que S. M. manda en la antecedente Real Cédula, imprimase un competente número de ejemplares de ella como también de la Instrucción que la acompaña, y remítase a los Tribunales y demás personas a quienes corresponda para que cada uno cuide de su observancia en los casos que ocurran y en la parte que les pertenexca.—Aviles Simón Rávago.—Es copia de su original.—Simón Rávago.

### **Modo de hacer la operación Cesárea después de muerta la Madre.**

No es fácil que los destituídos de conocimientos anatómicos hagan debidamente la operación cesárea después de muerta la madre, porque se necesita la misma instrucción que para ejecutarla en la muger viva, supuesto que aparentemente muertas han sido víctimas de la ignorancia de los que han executado la operación; sin embargo, como la vida expirital y temporal de las criaturas es un objeto de la mayor importancia; y los cirujanos hábiles no se pueden hallar en todos los casos que piden dicho socorro, parece justo que con la claridad posible se escriba el modo cómo se ha de executar, para que sea inteligible a todos, aunque no sean facultativos; para lo cual debe tenerse presente lo que sigue:

1º Antes de abrir el vientre se examinará si aun vive la madre, que parece muerta; a cuyo fin se le aplicará volátil en la boca, narices y ojos, se introducirá un alfiler entre uña y carne de cualquier dedo, o se le estimulará por otros medios sabidos; pero si practicadas estas diligencias no diese muestra alguna de vitalidad, se pasará inmediatamente a la operación.

2º Si la criatura se presentase por la vía natural debe ser extraída por la misma, observando las reglas del arte, que no se pueden explicar de modo que las entiendan todos, ni esta corta instrucción lo permite.

3º Aunque se ha prevenido que la operación debe executarse antes, no por esto se dejará de hacer aunque hayan pasado muchas horas.

4º También se hará, aunque el embarazo sea de muy corto tiempo, y se bautizará a la criatura de modo que el agua le toque inmediatamente. La operación en este caso pide más



conocimientos que los que puede tener quien no sea Cirujano; y por tanto nos explicamos varias circunstancias que debe tenerse presentes, como sondar a la madre, abrir el vientre entre los músculos piramidales, abrir el envoltorio de la criatura con cuidado, etc. Teniendo lo expuesto presente, y suponiendo que la embarazada es de nueve meses mayor, y que la matriz está situada en medio del vientre, y sube hasta cerca del pecho, que es lo más regular, debe practicarse la operación en esta forma:

**Operación.**—Un bisturí cortante con la convexidad, y otro que termine en botón, y en su defecto una navaja o cortaplumas, son los únicos instrumentos que se necesitan. Colocado el cadáver en la cama, o en donde se halle, un poco ladeado, sin descubrir más que lo necesario, se comprimirá moderadamente el vientre, y se hará una saja de poco menos de seis pulgadas, que equivalen a cerca de media tercia de vara castellana. Esta abertura debe comprender la piel, los músculos y peritoneo, partes que están unidas entre sí, de modo que no es fácil separar: divididas que sean ya, queda abierta la cavidad del vientre. Para ejecutarlo sin herir las entrañas, como intestinos, estómago, etc., se hará primeramente una abertura pequeña y se introducirá por ella dos dedos que conducirán con cuidado el bisturí con botón o navaja, hasta prolongar la abertura a la longitud de cerca de media tercia, como se ha dicho.

La saja (incisión) se hará en el lado donde el vientre está más abultado, o donde mejor se presente la criatura, debe ser transversal a dos dedos del borde de las costillas más bajas, y a cuatro dedos del ombligo, de modo que el corte ha de ser dirigido de adelante hacia el espinazo. Practicada esta abertura se hará otra igual, y con las mismas precauciones que la antecedente, en la matriz, que es una gran bolsa como carnosa, en donde está la criatura; luego se abrirán con cuidado las membranas secundinas, que son como una tela también a manera de bolsa, metida dentro de la matriz, las cuales envuelven inmediatamente la criatura, y descubierta que sea, y embebida en sangre por medio de una esponja fina o de paños, se procederá del modo siguiente:

Si la criatura no diese muestras de vida, no se extraerá antes que se bautice bajo condición.

Si está viva y robusta al parecer, se extraerá cogiéndola por los pies, o del modo que cueste menos trabajo, y luego se bautizará echándole agua de socorro en la cabeza. Después de sacada se atará el cordón a uno o dos dedos del ombligo, y se cortará a otros dos de la ligadura; luego se extraerán las partes, tirando ligeramente del cordón y si estuvieran adheridas a la matriz, se despejarán con muchísimo cuidado, desprendiéndolas ligeramente con los dedos cortadas las uñas, o mejor con el borde de la mano.

Es expuesto hacer costura alguna al vientre de la madre; solamente se pondrán en contacto los bordes de las heridas y se aplicará una tohalla moderadamente ajustada, que venga de atrás hacia adelante.

**Nota.**—En el caso de un mal parto, deberá abrirse el zurrón con mucho cuidado; y presentándose la criatura, aunque fuese como grano de cebada, si tiene movimientos se bautizará; y si no lo tiene, también se hará bajo condición.

**Otra.**—Puede haber hernia o quebradura, estar el útero muy bajo, la placenta o las pares estar en el sitio de la incisión, etc. Estas particularidades y otras que se omiten, las cuales piden Cirujano hábil para que proceda con acierto, nos obligan a decir que toda instrucción breve, y que sea inteligible por los que carecen de conocimientos de la Facultad, será siempre defectuosa como lo es la que presentamos.

Por comisión de la Junta de Catedráticos del Real Colegio de San Carlos hemos trabajado el presente Reglamento. Madrid 25 de Octubre de 1803.—Dr. Josef Ribes.—Dr. Manuel Bonafos.—Es copia de su original de que certifico. Madrid 12 de Noviembre de 1803.—De acuerdo de la Junta Gubernativa y Escolástica de este Colegio.—Dr. Sebastián Ase y Travieso, Secretario interino.

Es copia de su original. Madrid 18 de Abril de 1804.

Una rúbrica.

Es copia de su original.—**Simón Rávago**".

No tenemos noticias si alguien practicó la operación cesárea, tal como la preconizaron Gonzales Laguna y la Real Cédula de Carlos IV, durante el Coloniaje.

Debe sin embargo recordarse a algunos médicos que se

esforzaron por dar a conocer sus trabajos a fines del siglo XVIII y principios del XIX. El Dr. José Manuel Dávalos (1758-1821), figura notable de la Colonia en "Las enfermedades del Perú" se ocupa de la eclampsia gravídica, cuya patogenia confundió con la del tétanos; de la profilaxia y tratamiento del parto; de la sección del cordón umbilical; rechaza la costumbre de dar el paladeo, aconsejando el calostro; y dá reglas sobre la higiene del recién nacido (R. Moloche).

El protocirujano José Pastor de Larrinaga, da cuenta en Mercurio Peruano, con el pseudónimo de José Torpas de Garrilla, de algunas intervenciones obstétricas por él practicadas; así como algunos estudios sobre embarazo ectópico y pseudo hermafroditismo, que "más deben ser citados a título de curiosidad que de documentos científicos" (Valdizán). En 1812 contribuyó a la Teratología, con sus "Cartas históricas a un amigo o Apología del pichón palomino que parió una mujer y se vió en esta ciudad de los Reyes el día 6 de Abril de 1804" y que aunque interpretada por Larrinaga como un caso Teratológico, más parece se trató de una mola vesicular (La Crónica Médica, 1885).

El Dr. José Remigio Sarria, presenta un trabajo para licenciatura titulado "Concertatio Medica de Febre Puerperali"; y el Protomédico Dr. José Manuel Valdez, publica en "Mercurio Peruano" algunos artículos de Higiene Obstétrica, bajo el Pseudónimo de "José Erasistrato Suadel".

Durante la Colonia no hubo en los hospitales servicio dedicado a la asistencia de los partos, nadie se había ocupado de resolver el problema, de la mujer grávida, el ejercicio del arte obstétrico estaba en manos inhábiles e inescrupulosas.

Al finalizar el siglo XVIII un acontecimiento notable tiene lugar: el 21 de Noviembre de 1792 se inaugura en forma solemne el Anfiteatro Anatómico en el Hospital de San Andrés; Hipólito Unánue, el más grande médico peruano de todos los tiempos, pronuncia la más bella oración que se haya dicho durante la Colonia, su discurso "Decadencia y Restauración del Perú" es un trabajo admirable sobre el estado médico social de aquellos tiempos; en él al referirse a la falta de médicos dice: "Delante de la muerte marcha la consternación y la miseria. Convertidos en hospitales los pueblos, cada habitación es un retrete sombrío en que el dolor, la necesidad y la impericia ejercen a competencia su funesto imperio".

“Lejos se hallan de aquí vuestro discernimiento y piedad; en el Perú no han tenido sus moradores otro asilo en las graves y frecuentes epidemias y demás accidentes que han padecido que la impericia de los empíricos, el total abandono y el bárbaro arrojo de los charlatanes; medios capaces de acabar por sí solos con el linaje humano”.

“Los primeros que, fijando su residencia en Lima, tenían el lugar más eminente en la Facultad, son pintados en el siglo de la conquista como unos hombres ignorantes, sedientos de oro y olvidados enteramente del bien público. En el siguiente, sus conocimientos prácticos se reputaban inferiores a los supersticiosos que conservan los indios, y a los que por un instinto automático adquieren los sirvientes de los hospitales”.

“Fundáronse las cátedras para esparcir la luz de la enseñanza. Pero, o porque la medicina no mereció aquella intención que las demás ciencias, o porque al abrigo de las tinieblas del siglo, era fácil profesarla sin entenderla, nadie procuró penetrar sus misterios”.

Refiriéndose a los daños causados por los charlatanes manifiesta:

“¿Quién podrá calcular las mortandades practicadas en el Perú, donde esta plaga es libre e innumerable, muy pocos los médicos, grande el abandono, graves y frecuentes las epidemias?”.

Al ocuparse de la falta de cirujanos expone:

“Pero, ¿por qué me fatigo en demostrar las evidencias? Basta proferir esta verdad, de todos conocida. Si la práctica médica del Perú sólo empezó a desear merecer con justicia el título de tal a los principios del siglo XVIII, de la cirugía se supo únicamente el nombre casi hasta mediados del propio siglo, hasta que la ilustró en él el feliz Delgar” . . .

Al referirse a la carencia de obstetricas, agrega:

“La ignorancia que ha despoblado nuestras minas ha hecho otro daño menos notable, pero más general en el reino. A imitación de los hombres sin instrucción ni conciencia que encontraron su subsistencia en la práctica de la medicina, unas mujeres incapaces y por lo regular de esfera humilde, se apoderaron de la delicada parte de la cirugía, que cuida del exordio de la humanidad; del arte de partear, cuyo ejercicio

pide virtud, calidad y ciencia. El ningún freno y abandono formó una plaga no menos sangrienta que la primera. Su capricho y arrojo ha privado al Perú, en innumerables momentos, del nuevo habitante con que la naturaleza benéfica pretendía reparar sus pérdidas, y de unas madres fecundas que podían hacérselas olvidar. Puede asegurarse serenos más nocivas nuestras comadres que lo que pudieron haber sido a los hebreos las egipcias, si hubieran seguido las órdenes inicuas de sus príncipes; porque la vanidad e impericia de las primeras las pone al abrigo de todo escrúpulo”.

Al realizarse la idea acariciada por el sabio, durante largos años, de fundar una casa de enseñanza médica, pone las bases, que han de servir después para la coronación de su obra; que culmina con la fundación del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando el 11 de Octubre de 1811.

Sus desvelos por el progreso de las Ciencias Médicas, hacen que el Padre de la Medicina Americana, proponga en su informe presentado al Virrey Don José Fernando de Abascal, Marqués de la Concordia, el 15 de Enero de 1808, la necesidad de proceder a crear la Cátedra de Partos en el Colegio de Medicina y Cirugía, que funcionaría en el Real Hospital de Santa Ana; y “de donde saldrían las mejores Comdaronas de la Colonia, con utilidad, ventaja y gloria de un Hospital que encierre tantos bienes”; y en cuyo “cuadro sinóptico” del mismo año, considera dentro de la enseñanza de la Medicina Práctica, la de la Obstetricia: Anatómica, Quirúrgica y Médica, comprendiendo dentro de la primera, el estudio de la Fisiología. El plan de Unánue es, sin duda alguna, el origen de la enseñanza científica de la Obstetricia en el Perú.

Desgraciadamente, el Programa de Unánue, sólo pudo cumplirse en parte, y “al arribo de la República nos encontramos tan atrasados en materia tocológica, como en los años más tristes de la época colonial” (H. Valdizán).

### TERCERA EPOCA : LA REPUBLICA

Con el advenimiento de la Independencia, comienza una reacción saludable en el Colegio de Medicina de San Fernando. La fundación de la Maternidad es el acontecimiento más importante de los primeros años de la República. Por decreto supremo de fecha 10 de Octubre de 1826 expedido por el

Gran Mariscal Don Andrés de Santa Cruz, presidente del Consejo de Gobierno de la República, firmado por Don José María de Pando, se manda cumplir la iniciativa del Dr. Hipólito Unánue, que crea una casa de Maternidad, **con el objeto de socorrer a las mujeres pobres en sus partos y formar parteras instruidas y hábiles**, que funcionaría "en el Colegio que fué de Santo Tomás, bajo la dirección de la Señora Fessel" y ordenando también que quedara bajo la vigilancia del Protomedicato.

El lugar designado no llegó a ser el centro inicial de la enseñanza de la Sra. Fessel, porque un nuevo decreto de fecha 18 de Octubre del mismo año, destinaba una parte del Hospital del Espíritu Santo, "al laudable e importante objeto de establecer en él un Hospicio Maternal" (Madama Fessel).

Las dificultades encontradas para proveer de los elementos necesarios para el funcionamiento de la Sección Maternológica del Hospital del Espíritu Santo, hicieron imposible dar comienzo a la labor asistencial y docente; hecho, que sólo ocurrió años más tarde, dedicándose durante este tiempo la Sra. Fessel a prestar sus cuidados en los casos "contra-naturalidad" que se presentaban en los diversos Hospitales de la Capital.

La docencia obstétrica comenzó en dicho hospital el 2 de Enero de 1829, una vez que hubo lo necesario "para dar principio a la enseñanza de aquella arte utilísima que viene a socorrer al bello sexo en el trance crítico de ser madre" (El Telégrafo. Dic. 1828) y después que se había pedido al Prefecto de Lima, se sirviera mandar a la dirección de la Casa de Maternidad, "una razón nominal y circunstanciada de las parteras existentes en esta Capital, autorizándola a intimarlas a que concurrieran a dicha casa, a recibir lecciones del arte obstétrico bajo pena de no poder ejecutarlo en caso del menor descuido u omisión en asistir a una enseñanza tan importante como necesaria a la salud pública" (El Telégrafo. Dic. 4, 1828).

El 12 de Mayo de 1830 fué trasladada la Casa de Maternidad, al Colegio de Santa María del Socorro u Hospital de la Caridad, y el día 10 de Enero de 1831, se efectuó por fin su apertura, con fines asistenciales, bajo la dirección de la Sra. Benita Paulina Cadeau de Fessel (La Miscelánea. Enero de 1831).

Corresponde a la Sra. Fessel el honor de la iniciación y organización de la enseñanza científica de la Obstetricia en el Perú; su labor durante 10 años, luchando contra la incomprensión, ignorancia, y celo de muchos profesionales, y contra la práctica grosera de los empíricos, fué fecunda en éxitos; de su escuela salieron las primeras comadronas con la moral y ciencia inculcada por su Maestra, que a su vez la había recibido de los grandes parteros franceses: Madame La Chapelle y del Profesor Antonio Dubois, en el Hospicio y Escuela Nacional de Partos de la Maternidad de París, en donde se graduó el 22 de junio de 1818.

Autorizada por el Protomedicato, para ejercer en el país, junto con su esposo Juan Francisco Fessel, médico y cirujano; dividió su tiempo entre la Maternidad y la producción científica; sus varios trabajos revelan capacidad, observación cuidadosa, fino tacto clínico y cultura bien cimentada; de éstos deben citarse: "Consejos a la Mujer en cinta", "Curso elemental de Partos". "Práctica de Partos, u observaciones hechas en 45 casos contra natura y por vicios de conformación que se han presentado entre 704 mujeres de parto asistidos en Lima en tres años y medio de práctica", con un opúsculo "Reflexión sobre la organización de la Maternidad o Escuela de Partos en Lima"; "Noticia de una fecundidad extraordinaria y relación histórica de una preñez extrauterina"; y "Relaciones del estado actual del arte obstétrico en esta capital y exposición de algunos hechos principales de práctica observados en estos últimos años".

Agobiada por la enfermedad, disminuídas sus fuerzas para el trabajo, se vió obligada a abandonar en 1836, la Dirección de la Casa de Maternidad y del Colegio de Partos, dirigiéndose a París, en busca de la salud perdida. Su alejamiento, fué el punto de partida del decaimiento de tales Instituciones.

Con la ausencia de la Sra. Fessel, el Colegio de Partos llevó una vida irregular, llenaba modestamente sus funciones. Organizada la Junta Directiva de Beneficencia, se encargó a ésta, por el Ministerio de la ley, la administración de la Maternidad y el 22 de Junio de 1841, se le trasladó al Hospital de Santa Ana (fundado en 1548). Algún tiempo después, en 1857, fué a ocupar el Colegio de San Ildefonso, conocido con el nombre de Recogidas, allí estuvo hasta 1875, en que desocu-

pado el Hospital de San Andrés, se ordenó su traslación a ese local. Dos años más tarde, en 1877, la Sociedad de Beneficencia, por razones de economía, la vuelve nuevamente al Hospitalde Santa Ana, en donde permanece en dos antiguas salas hasta 1922. En el curso de este año se establece entonces una Maternidad independiente, que durante largos años funciona en algunas salas que quedaron de aquél; el Terremoto del 24 de Mayo de 1940, deja mal parado los viejos servicios, en estado de peligro para las parturientas; la Sociedad de Beneficencia, ordena se construyan tres nuevas salas, que han sido ocupadas a mediados del mes de Mayo de 1941; actualmente, se están construyendo otras tres, y todos los anexos de una Maternidad, que es de esperar reuna las condiciones técnicas que son necesarias para la buena asistencia del binomio madre e hijo; el nuevo edificio tendrá su entrada principal por la calle del Rastro de la Huaquilla.

En el Colegio de Medicina no se dictó el curso de Obstetricia hasta 1848. La enseñanza estaba limitada antes a las explicaciones que daba la Directora de la Maternidad cuando ésta se fundó. Fué el doctor Francisco Faustos, el primero que dictó obstetricia a los alumnos en el Hospital de Santa Ana, al reorganizarse el Colegio de Medicina bajo la dirección del Dr. Cayetano Heredia, que ejercía entonces el Protomedicato.

A la muerte del Dr. Francisco Faustos en 1850, fué contratado por la Sociedad de Beneficencia de Lima, como profesor de las estudiantes de Obstetricia el Dr. Camilo Segura, y en 1856, cuando se hizo la reforma de los estudios médicos, por decreto supremo de fecha 9 de septiembre, siendo Ministro de Instrucción el Dr. Manuel Toribio Ureta, que creó la Facultad de Medicina de Lima, se le encarga la enseñanza de la Obstetricia y de las Enfermedades de Niños a los alumnos de medicina, que se llevaba como apéndice de la Clínica Quirúrgica, y no como curso independiente; el Dr. C. Segura tuvo hasta su muerte en 1863, la doble tarea de enseñar obstetrices y futuros médicos.

El Dr. José Pró que reemplazó al Dr. Segura, lo hizo por poco tiempo, por haber sido nombrado Tesorero de la Facultad.

El Dr. Rafael Benavides, que enseñaba la Cátedra de Física e Higiene, fué encargado interinamente en 1864, del cur-



so de Teoría y Práctica de Obstetricia, Enfermedades Puerperales y de Niños; y al crearse "la Cátedra de Partos, Enfermedades Puerperales y Niños, por acuerdo de la Facultad, de fecha 8 de agosto de 1866, fué elegido en propiedad, el más brillante de los parteros de fines del siglo pasado y de quien dice su discípulo Dr. Valdizán "la enseñanza de la Obstetricia fué encomendada con todo acierto a esa lumbrera de la Medicina Nacional y verdadera gloria de la Tocología Peruana". El Dr. Rafael Benavides, desempeñó también el cargo de Profesor de la Maternidad; estos cursos los dictó hasta 1872, en que se separó temporalmente de la enseñanza; siendo elegido para sucederle en la Cátedra el Dr. Aurelio León, que la obtuvo por concurso. Habiendo continuado como profesor de la Maternidad hasta 1874, en que fué reemplazado, por el Dr. Ignacio Acuña, quien estuvo a cargo de este puesto hasta 1887; por alejamiento voluntario de éste, fué nombrado profesor de la Escuela de Partos en la Maternidad el Dr. Samuel García, que desempeñó estas funciones hasta 1915.

El Dr. José María Romero, también dictó el curso de obstetricia, aunque por breve tiempo, en ausencia del Dr. Rafael Benavides.

Habiéndose creado en 1878 la clínica de partos se nombró por el Gobierno, como primer catedrático al Dr. Ramón Morales, quien obtuvo por concurso en 1889, la clase de Teoría vacante desde el año 1879 en que falleció el Dr. Aurelio León. Durante este tiempo (1879-1889) fueron catedráticos interinos los Dres. Juan E. Corpancho y Ramón Morales. Hay en esta época, algunos episodios que trasformaron la vida de la Facultad, siendo uno de los más desagradables el ocasionado por intromisión inconveniente del Gobierno.

A partir de 1886, vuelve la normalidad y el Dr. Ramón Morales, continuó la enseñanza de la Clínica obstétrica y de Teoría de Partos; en 1890 al regresar de Europa el Dr. Rafael Benavides, de donde venía con un inmenso caudal de conocimientos, la Facultad lo nombró principal interino de la Clínica, dándole así oportunidad para reanudar sus brillantes lecciones y sabios consejos; en 1900 lo hace titular, jubilándose en 1911.

Por fallecimiento del Dr. Ramón Morales en 1898, es elegido para la Cátedra de Teoría de Partos el Dr. Nemesio Fernández Concha, que desde 1891 era Auxiliar por concurso de

la misma; en las épocas que este facultativo estuvo a cargo de la Clínica Quirúrgica, fué reemplazado por los Dres. Maximiliano González Olaechea y Leonidas Avendaño.

El Dr. Nemesio Fernández Concha, después de la jubilación del Dr. R. Benavides, centraliza la enseñanza de Partos, y es bajo su regencia que la Facultad de Medicina en 1917, resuelve la fusión insinuada desde hacía tiempo a los poderes públicos; así continúa la Cátedra de Obstetricia y su Clínica, hasta 1922, en que se divide en dos cursos semestrales: Obstetricia Normal a cargo del Dr. Fernández Concha; y Patología Obstétrica e Intervenciones obstétricas a cargo del Dr. Enrique Febres Odriozola. El retiro voluntario del Dr. Fernández Concha, permitió que nuevamente hubiera un solo catedrático, que en esta ocasión fué el Dr. E. Febres Odriozola, que a su vez tuvo la enseñanza de la Escuela de Obstetricia. En 1930, reclamos de los estudiantes, alejaron al Dr. Febres O., siendo nombrado en su lugar el Dr. Alejandro Busalleu; 1931-1933-1936 al 39; al ser clausurada la Universidad por el Gobierno en 1932, por Resolución Suprema, se ordenó funcionar el 7º año de Medicina, siendo nombrado en 1933 por el Consejo de Administración de la Universidad el Dr. Rodrigo Franco Guerra, para la Cátedra de Obstetricia, desempeñándola hasta el momento actual en condición de titular elegido por la Facultad de Medicina en 1939.

En la Escuela de Obstetricia, al separarse de ella el Dr. Ignacio Acuña en 1887, fué designado como Profesor el Dr. Samuel García, que tuvo a cargo la enseñanza hasta 1915.

En 1892, siendo Ministro el Ilustrísimo Monseñor Ismael Pueyrredón, el Gobierno creó una Escuela de Obstetricia en el Cuzco, que no llegó a funcionar.

Continuando la Escuela de Obstetricia al cuidado de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, intentó ésta en 1893 hacer abandono de sus obligaciones; y por influencias del Decano de la Facultad de Medicina, no se interrumpió su funcionamiento; la Resolución Suprema de 25 de Julio de 1894, restableció oficialmente la enseñanza. En 1895, el día 9 de Enero la Facultad de Medicina, solicitó del Ministro de Instrucción, que el Profesor de Obstetricia de la Maternidad, fuese nombrado por la Facultad y formase parte del cuerpo docente; siendo solamente en 1909 que obtuvo tal autorización; y en 1915, al ser elegido catedrático de Obstetricia el Dr. Beli-

sario Manrique, después de brillante concurso, formó parte del Claustro; el Dr. Manrique renovador de la enseñanza, estuvo hasta 1919, que pasó a la Cátedra de Terapéutica de la Facultad. En su reemplazo fué designado en 1920 el Dr. Enrique Febres Odriozola, que en 1922 fué nombrado Director de la Maternidad; y al crearse por el Decano Dr. Guillermo Gastañeta, la Sección de Obstetricia de la Facultad de Medicina en 1924, fué uno de los colaboradores en la reforma del plan de estudios de esta Sección.

En 1930 al abandonar la enseñanza el Dr. E. Febres Odriozola, es nombrado en su lugar el Dr. Hipólito Larrabure, quien estuvo en el cargo hasta hasta 1935; siendo reemplazado por el Dr. Alejandro Busalleu y en 1936 se eligió al Dr. Víctor M. Bazul, que dictaba desde el año anterior el curso de Patología Obstétrica.

En 1936 una Comisión de Catedráticos presidida por el Decano Dr. Carlos Villarán, reorganiza el plan de estudios de la Sección, ampliándolo en forma conveniente, y prepara el Reglamento, que aprobado por la Facultad y el Consejo Universitario, es el que actualmente rige.

Los profesores que actuaron en la Maternidad, desde su fundación hasta nuestros días, han sido los que sembrando ideas y conocimientos, fueron progresivamente preparando el desarrollo de la obstetricia y crearon el ambiente apropiado para la práctica de la cirugía. Fuera del medio hospitalario pocos sobresalieron, el de más robusta personalidad es, sin duda alguna, el Dr. José Morales Alpaca, graduado de doctor en Medicina, Cirugía y Partos en la capital de Bélgica en 1866, fué modificador de los forceps de aquellos tiempos, haciendo construir dos moledos: en el primero tuvo por fin proteger el periné, pero que no permitía hacer tracciones siguiendo el eje de la pelvis; en el segundo se podían hacer las tracciones según los ejes de la pelvis y de las partes blandas; su autor lo describe "Como una pinza cuya modificación esencial consiste en que la dirección del mango de las ramas,, hállase en línea recta con el eje de las cucharas"; este forceps es indudablemente precursor de aquel que en 1877 presentara Tarnier y que ha sufrido múltiples modificaciones, hasta llegar a nuestros tiempos.

**Durante la República, la primera cesárea practicada o por lo menos la primera de la que se conservan datos que la**

**comprueban se realizó en la Maternidad de Lima el año de 1861**, la historia se halla en los libros de partos del Hospital de Santa Ana, que comienzan en ese año; es bastante incompleta y refiere que la enferma Viviana Camacho de 26 años de edad, de raza india, natural de Chorillos, fallecida durante el trabajo fué motivo de una cesárea post mortem sin éxito, pues el niño estaba muerto; la enferma padecía "de una deformación pélvica consistente en que la cavidad cotiloidea derecha hacía tumor en la luz de la excavación". Esta operación fué practicada por el Dr. C. Segura; se puede afirmar así aunque la historia no consigna el dato, por el hecho de que en ese año era este facultativo el Tocólogo de la Maternidad y además el Profesor de la Escuela de Partos, figurando también como operador en las intervenciones que se hicieron antes y después de la cesárea.

El Dr. Ricardo Moloche, en su Tesis para el Bachillerato (1908) cita haberse practicado en el año de 1866 una cesárea en la Maternidad de Lima; no dudamos de esta afirmación; pero, a pesar de haber buscado con cuidado en los libros del Hospital de Santa Ana, hoy existentes en la Maternidad, no hemos podido comprobar los datos referentes a dicha operación.

El 31 de Mayo de 1900, el Interno de guardia hoy Dr. Alberto Barton practica una operación cesárea, en una paciente ingresada al Hospital de Santa Ana en estado grave, y que falleció pocas horas después; los datos de esta historia son los siguientes: "Sala de San Antonio.—Cama N<sup>o</sup> 28.—Mayo 31 de 1900.—Beatriz Silva, india, natural de Pisco, de 35 años de edad, casada, ocupación ninguna, constitución fuerte, talla mediana y embarazada por la... vez. Entró a este Hospicio en camilla, con ataques de pernicioso, durante los cuales no se declaraba el parto, por lo que el Doctor resolvió tan luego falleciera ésta practicar la operación cesárea con el objeto de salvar el niño; la cual se verificó con buen éxito, extrayéndose un niño vivo, de tiempo, en presentación de vértice. El niño pesó 2.800 grs., longitud 48 cm., biacromial 15 cm., bitrocantereo 12 cm.". El Dr. Alberto Barton, de quien he recibido la ratificación de estos datos, fué desde su juventud, espíritu sereno, ponderado y prolijo; sus aficiones quirúrgicas, no impidieron que fuera después el descubridor del germen de la verruga peruana, y de otras enfermedades, que lo han

convertido en la figura médica de más prestigio en nuestros tiempos.

Desde hacen 30 años, la práctica de la cesárea en nuestros hospitales se ha hecho frecuente, y hoy en la Maternidad, se realiza en gran número de casos.

La primera cesárea, practicada en mujer viva, con éxito materno y fetal, y siguiendo las técnicas modernas, le corresponde al Dr. Belisario Sosa Artola, quien el 2 de Mayo de 1910, la lleva a cabo en la Maternidad de Bellavista; en un caso de distocia por deflexión de la cabeza; sus resultados felices, le sirven de estímulo para practicar otras muchas; y es a él a quien le pertenece el honor de haber iniciado la era de la cesárea conservadora entre nosotros. (La Crónica Médica. 1910).

El Dr. Juan José Mostajo refiere que siendo Médico Auxiliar del Hospital de Santa Ana, entre los años 1910 a 1914 practicó en la Maternidad siete cesáreas conservadoras; y en el Hospital Italiano en 1916, una, seguida de éxito; ésta fué la primera que se hacía en dicho nosocomio.

El Dr. Jorge Romero L., en su Tesis para Bachiller (1918) dice que el Dr. Nemesio Fernández Concha, Catedrático de Obstetricia, había practicado en la Maternidad de Lima, dos cesáreas: una el Dr. Juan San Bartolomé, una cada uno de los Dres. Rómulo F. Melgar y José A. Maldonado, que fueron presentados a la "Asociación de Internos de los Hospitales" en el año de 1918 y cuyas historias están consignadas en la Tesis que he indicado.

En el año de 1919 el Dr. Alejandro Busalleu, siendo Asistente del Servicio del Dr. Eduaído Bello en el Hospital de Santa Ana, practica una cesárea corporal por cáncer del cuello del útero en una parturienta de la sala a cargo del Dr. Samuel García en la Maternidad; posteriormente ha realizado otras más en la "Clínica Villarán".

El Dr. Carlos Villarán, en su Clínica, ha practicado entre los años 1920 a 1923, seis cesáreas conservadoras.

El Dr. de La Puente, en la Maison Santé y en el Hospital Italiano, ha realizado varias cesáreas, y en dos de ellas hemos tomado parte.

Entre los años 1925 a 1927 el Dr. Ricardo Palma, verifica tres cesáreas corporales, una de ellas en Chiclayo, para lo cual hizo un viaje especial en avión en época en que estos aparatos

no eran ni seguros ni cómodos; recibió por tal aventura los honorarios más altos que se han pagado en el País.

El Dr. Manuel Jesús Castañeda, es el primero que en Arequipa practica la operación cesárea; y entre los años 1921 a 1936 realiza 19 cesáreas abdominales conservadoras por placenta previa, una por viciación pelviana; una cesárea vaginal por aborto del sexto mes y una operación de Porro.

En 1922 Juan Quiróz Chávez, en su Tesis para Bachiller, dá a conocer los resultados obtenidos en cinco casos de placenta previa tratados por la cesárea abdominal conservadora.

El Dr. Enrique Febres Odriozola es el primero que practica entre nosotros la cesárea vaginal, y aunque no heñnos podido conseguir la fecha exacta en que comenzó a hacer esta operación, podemos afirmar que han sido muchas las intervenciones de este género que ha realizado, especialmente como tratamiento de la placenta previa; de los datos existentes en la Maternidad en la época que él era el Cirujano único, 1920 a 1930, sólo hay los referentes a partir de 1925, en que se consignan 39 cesáreas vaginales; y desde 1924 se conocen las cesáreas abdominales conservadoras, que llegaron a 26. Ambas cifras no corresponden seguramente a todas las cesáreas practicadas, pero su número es bastante elocuente de las actividades quirúrgicas a que se dedicó.

Desde el año de 1931 hasta Junio del año de 1941, las cesáreas abdominales clásicas practicadas en la Maternidad de Lima, han aumentado en cifras que llaman la atención; los parteros y cirujanos que desempeñan actualmente funciones en los diferentes Servicios: Dres. Hipólito Larrabure, Alejandro Busalleu, Rodrigo Franco Guerra, Víctor M. Bazul, José Zegarra Reyna, Miguel A. Escate y otros, han verificado 569 cesáreas corporales y 13 cesáreas vaginales, según los datos existentes en los libros de este Hospital.

En Diciembre de 1937, el Dr. Víctor M. Bazul practica por primera vez en la Maternidad de Lima, la Cesárea segmentaria, operación que la sigue haciendo hasta el momento actual.

He considerado el nombre de todos los profesionales que han practicado la operación cesárea; datos escritos o referencias personales me han servido como elementos de gran valor;

si a alguien no señalo es porque lo ignoro y mi omisión es involuntaria.

En conclusión, el origen y desarrollo de la operación cesárea en el Perú, ha seguido la evolución experimentada por la Medicina; se ignora en los tiempos del empirismo, del Antiguo Perú; se adquieren conocimientos de su existencia en las postrimerías del Coloniaje con los trabajos del Padre Francisco Gonzáles Laguna (1781) y la Real Cédula de Carlos IV en 1804; se le ejecuta por primera vez durante la República, con el fin de salvar al feto, estando la madre muerta, en 1861, por el Dr. Camilo Segura; se repite en la misma forma en 1866 y se cierra este período en 1900 con el Dr. Alberto Barton, que logra conseguir un feto vivo.

El periodo moderno de esta operación, siguiendo las técnicas de la era aséptica, principia en 1910 con el Dr. Belisario Sosa Artola, adquiere su mayor desarrollo entre los años 1920 al 1930 con el Dr. Enrique Febres Odriozola, y se convierte en operación de práctica corriente en los tiempos actuales, en que puede realizarse sin grandes peligros (1931 a 1941).

En el progreso de esta operación han contribuido de modo especial los cirujanos generales, hábiles con sus técnicas depuradas; y también una mejor enseñanza quirúrgica recibida en las Aulas de la Facultad, que han permitido abordar sin temor la cirugía abdominal.

### CONCEPTO DE LA INDICACION DE LA OPERACION CESAREA

En los últimos años se ha modificado de modo notable la opinión general acerca de las **indicaciones de la operación cesárea**.

Era natural que al mejorarse la técnica de una intervención relativamente sencilla, y que es capaz de ahorrar tiempo y esfuerzos, se iniciara una tendencia a exagerar sus ventajas y a disimular sus inconvenientes.

Lo que más llama la atención para el operador inexperto que ha realizado con éxito favorable una o dos cesáreas, es la facilidad de la técnica, que contrasta enormemente con la ansiedad, la molestia y el cansancio que se derivan de un parto difícil.

Fué hasta cierto punto lógico, que bajo aquellos estímulos, y a falta de una orientación firme y experimentada, naciera la inclinación a operar sin restricciones apoyándose en un grupo amplísimo de indicaciones más o menos razonables y a veces aceptables.

De este modo la práctica de la cesárea estaba en proporción inversa con el grado de cultura obstétrica y habilidad poseída por el tocólogo.

En los últimos tiempos, el aumento de la experiencia de los cirujanos y las deducciones sacadas de los resultados lejanos de esta intervención, han contribuído poderosamente a enfriar el entusiasmo de los cesaristas, hacia lo que ellos creían como una panacea para resolver rápida y fácilmente la mayoría de las distocias.

Nuestra época ya no exige solamente la obstrucción de las vías naturales para autorizarla, sino también otras complicaciones y accidentes; es decir, todas aquellas situaciones en que siendo muchos los peligros de la extracción por las vías naturales, la prosecución de la gestación o del parto signifiquen una amenaza de muerte para la madre, para el feto o para ambos; aunque sin caer en el abuso de sus indicaciones no imprescindibles, que llevan muchas veces a la práctica de la polipragmasia, factor que contribuye poderosamente al descrédito del ejercicio de la medicina, que debe ser toda moralidad, honradez y respeto por la vida de la mujer, que estamos obligados a conservarla y a dejarla en condiciones de poder continuar cumpliendo su elevada función de madre.

Hoy se sabe con toda claridad que esta operación, aunque relativamente fácil de realizar, no está desprovista de peligros y consecuencias desagradables. El riesgo de mortalidad, aun en casos escogidos, es cuatro veces mayor que el del parto, y para algunas distocias puede sobrepasar del 20%. En la actualidad se aprecia una inclinación a reducir el número de indicaciones a unas cuantas, en las que la experiencia ha demostrado que los resultados son mucho mejores con la operación cesárea, para la madre y el feto.

#### IMPORTANCIA DE LA CESAREA SEGMENTARIA

La cesárea abdominal baja o segmentaria, ya sea la forma transperitoneal, intracavitaria o suprasinfisaria, o la ex-



traperitoneal, ha adquirido en la terapéutica obstétrica una gran importancia, sobre todo en el tratamiento de las estrecheces pelvianas y de otras afecciones. Su práctica generalizada en Europa y la mayor parte de los países de América, no ha sido difundida entre nosotros; solamente en el mes de diciembre de 1937 hemos comenzado a realizar por primera vez en el Perú la cesárea extraperitoneal, en el Servicio a nuestro cargo de la Maternidad de Lima, llegando hasta el momento actual a trece el número de casos operados; posteriormente hemos practicado veinte y cinco cesáreas segmentarias transperitoneales, lo que hace un total de treinta y ocho casos operados; de sus resultados inmediatos, de la técnica seguida y de las complicaciones que se han presentado es el objeto de este trabajo.

Para comprender bien su importancia, y darse perfecta cuenta del progreso que esta intervención representa en la terapéutica de las deformaciones pelvianas y otras complicaciones, es necesario recordar en forma breve, las ideas que tenían los parteros en el tratamiento de estas anomalías antes de la aparición de la cesárea baja o segmentaria.

#### LA TERAPEUTICA DE LAS PRINCIPALES DISTOCIAS ESTRECHEZ PELVIANA

Según el **grado e importancia de la estrechez**, las intervenciones eran operaciones profilácticas o de necesidad. Las primeras, se dirigían sobre todo a aquellos casos de **grave deformación**, considerados como imposibles de permitir el parto a término por las vías naturales; en estas condiciones las opiniones eran variables; unos preferían el **parto prematuro artificial**, método que ha gozado de gran boga antes, pero que hoy ha sido abandonado, por los inconvenientes que presenta: la dificultad para apreciar con exactitud el grado de estenosis pelviana y el momento oportuno para su intervención: **la inducción difícil e incierta del parto**, y sobre todo la gran mortalidad fetal, aumentada por los traumatismos obstétricos y en especial por la prematuridad del niño.

Los fracasos del parto prematuro artificial hicieron que se le reemplazara por **la cesárea corporal**. Esta intervención que era impracticable antes de los descubrimientos de Pasteur y Lister, se ha convertido con los conocimientos de la

asepsia y de la antisepsia quirúrgica, en la gran operación obstétrica. Practicada antes del comienzo del trabajo del parto o en su iniciación, con huevo íntegro y en ausencia de gérmenes, la cesárea corporal ha significado el más grande progreso en la terapéutica de las pronunciadas estrecheces pelvianas, en las que el parto era irrealizable por vía natural. Pero esta operación practicada en estas condiciones se generalizó demasiado; las dificultades para apreciar la desproporción feto pelviana; el hecho que no se tuviera en cuenta las posibles modificaciones de la cabeza fetal bajo la acción de las contracciones uterinas que favorecían su encajamiento, hizo que se practicaran cesáreas inútiles en los casos de pelvis límites.

Es en los casos de **estenosis moderada o de pelvis límites**, que algunos tocólogos ensayaban el parto por vía baja; realizaban **la prueba del trabajo** que bajo la influencia de buenas contracciones, permite a veces el encajamiento de la cabeza por deformaciones plásticas apreciables. Pero este parto de prueba para tener todo su valor, debe ser prolongado y esperarse hasta después de la rotura de las membranas para deducir la posibilidad de su terminación espontánea; su fracaso llevaba a la práctica de las operaciones de necesidad, porque ya la cesárea corporal no podía realizarse por faltar las condiciones de pureza necesaria, bien precisadas por Bar y Veit; y a pesar de la opinión de algunos autores como Boquel, para quien el parto prolongado y la rotura de las membranas, no son impedimentos para intentar todavía esta peligrosa operación, llena de graves inconvenientes. En efecto, ésta presenta, en razón de su sutura situada en una región fuertemente contráctil del útero y no peritonizable, graves peligros infecciosos post-operatorios.

Prescindiendo de la cesárea, se podían practicar intervenciones por vía baja: forceps en el estrecho superior o versión podálica, operaciones de gran mortalidad infantil, y no sin peligros para la madre, y que terminaban después de su fracaso por embriotomías; o se hacían pelvitomías, procurando así el agrandamiento de los diámetros pelvianos; pero esta operación presenta también muchos peligros.

Frente a tan difíciles situaciones, los tocólogos tenían que recurrir a intervenciones abdominales: la operación de Porro, la cesárea seguida de histerectomía o la histerectomía

en bloc; porque la rotura prematura o precoz de las membranas era seguida de infección amniótica latente o declarada, o de procesos sépticos generalizados con muerte del feto.

Así, las operaciones de necesidad terminaban por una fuerte mortalidad infantil y graves peligros maternos, con esterilización de sus funciones genitales.

En conclusión y a pesar de las tentativas de la prueba del trabajo, cuya duración era limitada e incompleta, se hacían cesáreas que ponían en serios peligros a las mujeres.

### PLACENTA PREVIA

**La terapéutica de la placenta previa**, antes de la introducción de la cesárea abdominal, se fundaba en una serie de procedimientos, cuyo fin era cohibir, disminuir o suprimir las hemorragias. No hay un modo único de tratamiento; el buen modo depende de la variedad, de la importancia de la hemorragia, de su repercusión sobre el estado general, del estado de integridad del cuello del útero, de la facilidad de acceso a las membranas, del grado de infección, de la viabilidad del feto, del momento y medio en que se actúa.

El tratamiento de las hemorragias por inserción viciosa de la placenta sobre el segmento inferior se apoya sobre tres necesidades clínicas: 1º se debe suprimir la hemorragia que es impresionante; 2º es necesario evitar, en el curso de las maniobras toda nueva pérdida sanguínea, porque algunas veces el estado general ha sido comprometido de modo insidioso, sobre todo en las hemorragias a repetición, y el organismo no puede hacer el esfuerzo de reparar una nueva pérdida sanguínea por mínima que sea; 3º se debe evitar todo peligro de rotura del cuello y del segmento inferior, porque este accidente agrava la situación y es, casi siempre, un verdadero desastre.

No se debe olvidar que en la placenta previa una hemorragia, insignificante en sí, puede determinar la muerte, cuando otras hemorragias, también poco importantes, se habían presentado antes. Como dice con toda razón el profesor Stoeckel: "Si en una placenta previa el médico no ha observado por sí mismo y personalmente desde el principio las hemorragias, no debe dar ningún crédito a los datos que se le suministran sobre la cantidad de sangre perdida. Especial-

mente, porque se suponga que siempre ha salido poca sangre, no debe considerar el caso como leve, y fundar en esto un tratamiento expectante. Todos estos casos deben siempre tratarse de una manera activa e inmediata, para hacer imposible toda hemorragia ulterior. La mayoría de los casos de placenta previa no sucumben por un tratamiento equivocado, sino por que la intervención llegó demasiado tarde". La mayor parte de las comunicaciones de la literatura terminan con estas palabras: "A pesar de que durante el parto la mujer perdió tan solo algunas cucharadas de sangre, sobrevino la muerte". "Del mismo modo que a lo último una gota es suficiente para que se derrame un recipiente, después de las hemorragias anteriores no controlables es frecuente que una mínima pérdida de sangre acarree la muerte por hemorragia. Una conducta al principio expectante tan solo es admisible si la embarazada o parturienta se somete a la observación médica inmediatamente después de la primera pérdida sanguínea; o, todavía mejor, permanece en observación en una clínica, de modo que sea posible una vigilancia exacta y objetiva de las hemorragias ulteriores y de su importancia (anemia progresiva)". Y recluída y vigilada la paciente, se podrá someterla a una terapéutica activa, que será fecunda en éxitos.

El ideal en el tratamiento de la placenta previa sería el vaciamiento rápido del útero, para permitir que este órgano haga su retracción y se produzca la hemostasia de los vasos abiertos; pero en la práctica esto no siempre es posible, de allí que para la terapéutica de esta grave afección se hayan señalado diversos procedimientos que pueden dividirse en dos grupos: métodos obstétricos y métodos quirúrgicos.

#### MÉTODOS OBSTETRICOS

**Los métodos obstétricos** han sido y son objeto de críticas severas, porque con ellos no se consigue siempre el fin que se persigue; sin embargo empleados en forma conveniente y hábil, sobre todo en las variedades lateral y marginal de la placenta previa y cuando el cuello del útero ya tiene una dilatación suficiente, es posible conseguir resultados favorables.

El más antiguo y ya abandonado, es el **parto forzado** de A. Paré y Guillemau, en que después de dilatación forzada y

violenta del cuello, se extraía el feto por versión, casi siempre muerto; y producía graves lesiones de los genitales de la mujer, tales como la rotura del cuello y del segmento inferior, seguidas de grandes hemorragias o infecciones que terminaban rápidamente con la vida de la gestante o parturienta.

Bonnaire modificó el procedimiento anterior; partiendo de una dilatación comenzada o con un cuello dilatado, **hacia la dilatación manual**, bimanual o instrumental (separador de Tarnier o dilatador de Bossi), y después de penetrar en la cavidad uterina practicaba la versión seguida de extracción del feto; este método llamado por su autor "parto metódicamente rápido" era seguido con gran frecuencia de grandes desgarramientos de los órganos genitales de la mujer, porque la dilatación artificial nunca es completa, no hace sino distender el cuello y este fenómeno tiene un límite más allá del cual no se puede pasar sino desgarrando los tejidos blandos; no es como la dilatación fisiológica que se realiza por incorporación y acortamiento de fibras musculares, que permiten el pasaje libre del feto sin producción de accidentes. El método de Bonnaire, es malo y peligroso; se puede extraer el feto, pero las lesiones del cuello y del segmento inferior, complicadas con hemorragias e infecciones son un verdadero desastre: sólo se debe emplear en los casos en que la dilatación esté muy avanzada.

Delmas ha propuesto una variante del parto forzado, fundándose en la dilatibilidad del cuello después de la raquiánestesia; los resultados obtenidos hasta el momento no son del todo satisfactorios, y la mayor parte de los tocólogos lo rechazan por el peligro de las complicaciones que produce.

Leroux de Dijón en 1776 propone **el taponamiento de la vagina**, tratando de favorecer la formación de coágulos y facilitar la hemostasia de la zona desprendida; este procedimiento es malo y peligroso; malo porque él enmascara la hemorragia y no la detiene; despierta las contracciones del trabajo que aumentan el desprendimiento y las pérdidas sanguíneas; peligroso por las inoculaciones sépticas; traumatiza el cuello del útero y el segmento inferior, determina a su nivel erosiones y heridas; abre vías linfáticas y por el hecho de retener coágulos en el orificio uterino constituye un innegable peligro. Empleando este método se termina por formar un verdadero "medio de cultivo en vaso cerrado" al contacto de la herida placentaria. Frecuentemente doloroso e insuficiente,

la sangre filtra a través de los tapones. Sin olvidar estos graves inconvenientes no se le puede separar por completo de la práctica obstétrica. Se le considera como un procedimiento de ataque o tratamiento de urgencia, de excepción, frente a las grandes hemorragias o cuando se trata de conducir a una mujer a un centro hospitalario. No será dejado sino algunas horas, las suficientes para atender el estado general de la paciente; según las palabras de Lequeux, como "un dedo que se coloca sobre un vaso que sangra". Este será un tratamiento de excepción destinado a obtener una seguridad pasajera, estableciendo una hemostasia transitoria. Las estadísticas de la época en que se usaba este tratamiento dan un índice de mortalidad materna del 10 a 40% y fetal del 60 a 80%. Hoy no se le emplea.

Puzos en 1774 preconiza un método que da resultados más satisfactorios: **la rotura amplia de las membranas**. En placenta previa lateral y marginal, puede dar buenos resultados, sobre todo cuando la presentación es cefálica y hay buenas contracciones; al hacerse la rotura precoz de las membranas con el perforador o una pinza y no con los dedos porque desprende más la placenta, se disminuye la tensión intrauterina, la cabeza encaja, comprime la zona de desprendimiento, se suprime la tracción sobre los bordes placentarios, lo que facilita el ascenso y retracción del segmento inferior, que favorece la hemostasia y el cierre de los senos uterinos; en estas condiciones el parto puede seguir una evolución espontánea; pero no siempre esto tiene lugar; muchas veces la hemorragia no cesa, porque el lóbulo previo desprendido es muy voluminoso; las contracciones son irregulares, y hay una presentación alta y anormal, nalgas, situación oblicua; estos factores impiden que se haga la hemostasia. Este método no siempre es fácil de practicar sobre todo en los casos de placenta previa central; los resultados obtenidos dan un índice de mortalidad materna del 10% y fetal del 45%. Cuando el parto no termina en forma espontánea se debe abandonar este procedimiento; pensaremos en la versión precoz combinada o versión de Braxton Hicks.

En el año de 1864, Braxton Hicks, ampliando algunas ideas de Barnes, propone y realiza **la versión por maniobras mixtas**; este procedimiento tiene por objeto hacer la compresión de la placenta utilizando las nalgas del feto; para lo

cual, después de rotas las membranas con un cuello dilatado o dilatado, se extrae un pie, practicando simultáneamente la versión combinada; el miembro inferior extraído es descendido hasta que la rodilla se encuentra en la vulva, entonces las nalgas ejercen su acción compresora sobre la placenta desprendida, facilitando la retracción del segmento inferior que produce la hemostasia; se coloca un peso en la garganta del pie y se abandona el miembro para que el parto siga una evolución espontánea. Este método produce una hemostasia casi perfecta y facilita la dilatación del cuello que se hace en forma progresiva; no se debe nunca hacer tracciones bruscas sobre el miembro, por los peligros de desgarro de las partes blandas; Schroder ha condensado la doctrina del tratamiento en una frase muy gráfica: "Haz la versión siempre que puedas, no hagas jamás la extracción".

El procedimiento de Braxton Hicks es eficaz en casi todos los casos de placenta previa, no necesita el auxilio de ningún instrumento; no exige más que un poco de habilidad; su principal inconveniente es la mortalidad fetal que es elevada y llega al 60 o 70%; pero en la inserción viciosa de la placenta, la vida del feto está muy comprometida cualquiera que sea el tratamiento seguido.

Otro procedimiento en el tratamiento de las hemorragias de la placenta previa es el **balón dilatador** o **de la metreurisis** de los alemanes. Fue Barnes el primero que empleó el saco de caucho, que es elástico como la bolsa de las aguas; colocado intraovular, comprime poco, dilata como la bolsa de las aguas; pero, tiene el inconveniente que a cada contracción desciende en la vagina y termina por salirse, lo que obliga a nuevas maniobras de colocación, con todos los peligros.

Champetier de Ribes en 1888, tuvo la idea del **balón inextensible**; un saco cónico de seda recubierto en sus dos caras de caucho; lo esencial es colocar el balón dentro de la cavidad uterina y no entre el útero y las membranas, para lo cual habrá que romper la bolsa de las aguas y ponerlo de modo que comprima la superficie placentaria, de la que parte la hemorragia, de arriba a abajo. Este procedimiento tiene la ventaja de despertar fuertes contracciones lo que facilita la dilatación del cuello, cohibe la hemorragia, óa buenos resultados; pero tiene el inconveniente que el parto no siempre evoluciona en forma espontánea, lo que obliga a terminarlo por ver-

sión; además favorece la producción de procesos infecciosos y determina contracturas del útero que dificultan la extracción del feto. El índice de mortalidad materna es de 5 a 6% y el fetal es de 35 a 45%.

Hasting Tweedy de la Escuela de Dublin, inspirándose en los trabajos de Sir William Smyly, ha practicado sistemáticamente y con buenos resultados, **el taponamiento de la vagina** con torundas de algodón embebidas en solución de lisol, haciéndolas llegar hasta la vulva, en los casos de placenta previa; el método se funda en el rechazo hacia arriba de los fondos de saco laterales de la vagina que comprimen el codo de la arteria uterina y realizan una hemostasia casi perfecta.

Willett ha perfeccionado el principio **de aplicar la presentación** sobre el segmento inferior y de comprimir la placenta desprendida, evitando la versión, sus dificultades y peligros, colocando dos pinzas de Museaux sobre el cuero cabelludo del feto, ejerciendo luego tracción sobre ésta, por intermedio de un lazo que corre por encima de una polea, provisto de un peso de una libra y media; este método produce lesiones pequeñas en el cuero cabelludo y dá resultados excelentes al decir de Lacey.

Simpson ha propuesto un método de hemostasia que consiste en **el arrancamiento de la placenta previa**. Desde la época de Guillemeau, se conocía un fenómeno, sobre el cual Simpson ha tenido el mérito de insistir, y es que si la placenta es expulsada en totalidad espontáneamente o por la acción de las contracciones uterinas, varias horas o minutos antes de la salida del feto, las hemorragias cesan completamente. Estos hechos han sido demostrados por el autor, cualquiera que fuese la época del embarazo en múltiparas o primíparas, o la variedad de presentación. Se puede concluir con Simpson que "cuando la placenta es desprendida ligera y parcialmente, los peligros de hemorragia fatal para la madre son más grandes que cuando la separación del órgano es entera o completa". De aquí se deduce que para disminuir los peligros ligados a la hemorragia, se debe arrancar toda la placenta y dejar que el parto termine en forma espontánea; este método es fatalmente mortal para el feto, si el parto no termina en algunos minutos.

Los procedimientos obstétricos que hemos señalado adolecen de graves defectos; no hacen la hemostasia segura y



perfecta; la desaparición y dilatación del cuello es lenta, inconveniente grave en una complicación en que se debe ir rápido, lesionan el segmento inferior, disocian las fibras musculares, fisuran el segmento inferior, abren numerosos vasos y alteran los elementos contráctiles que podrían oponerse a las hemorragias; así como los peligros de muerte fetal por dificultad en la circulación placentaria, por inspiraciones prematuras o por lesiones inherentes a una rápida extracción; agréguese a todo esto las posibles infecciones, a las que predispone la situación de las boquillas venosas de la zona placentaria, próxima a las regiones vaginales, nunca asépticas. Estos inconvenientes han obligado a los tocólogos a emplear métodos quirúrgicos en la terapéutica de la placenta previa que dan mejores resultados, especialmente cuando hay grandes hemorragias o se encuentra una placenta previa central.

#### METODOS QUIRURGICOS

Los métodos quirúrgicos y en especial la cesárea ocupan un lugar cada vez mayor en el tratamiento de las hemorragias por inserción baja de la placenta; por poco que éstas sean importantes y de modo preferente tratándose de la placenta previa central.

La cesárea tiene una serie de ventajas: permite la evacuación rápida del útero, disminuye la distensión del segmento inferior, detiene casi siempre de modo definitivo las hemorragias; dá un gran número de niños vivos; evita la lentitud del trabajo y las lesiones del segmento inferior; es decir, que esta operación contribuye a salvar gran número de mujeres y niños. **Pero no se crea que la cesárea puede suprimir todos los peligros**, algunas veces, las hemorragias no cesan, se presentan éstas después de la intervención o durante ésta, tomando el carácter de mortales; sin embargo, a pesar de su gravedad, se puede en el curso de la operación poner en práctica procedimientos hemostáticos que por su acción directa son particularmente eficaces.

La cesárea tiene en sí, **un grave peligro** y es que puede difundir o propagar **la infección hasta el peritoneo**. Si se recuerda el peligro que tiene toda cesárea tardía en los casos de distocia, que obligan con frecuencia a realizar histerectomía para evitar una infección masiva del peritoneo, se puede de-

ducir fácilmente que tratándose de una placenta previa los peligros infecciosos están considerablemente aumentados. Estos peligros pueden existir no sólo de modo tardío, sino, también, en forma precoz; porque los coágulos acumulados en el segmento inferior y a nivel del cuello, en seguida de una hemorragia reciente, son excelentes medios de cultivo para los gérmenes, sobre todo si se han practicado exploraciones internas; y porque además el contacto del segmento inferior, a nivel de la parte desprendida de la placenta, con la cavidad cervical y la parte alta de la vagina, favorece la penetración de gérmenes a través de las bocas abiertas de los vasos de la región útero-placentaria, que toman después las vías linfáticas o sanguíneas para generalizar la infección. Por otra parte la resistencia del sujeto está muy disminuída por la repetición de las hemorragias y una mínima cantidad de gérmenes expone a una infección grave; de estas consideraciones se deduce que la decisión de la cesárea, debe estar acompañada de todas las precauciones útiles contra la infección, por radicales que ellas sean.

Cuatro procedimientos quirúrgicos deben ser considerados: la cesárea vaginal de Dührssen, la cesárea corporal o clásica, la cesárea segmentaria y la cesárea seguida de histerectomía.

**La cesárea vaginal** ha sido preconizada en el tratamiento de la placenta previa no por su inventor Dührssen, sino por dos grandes parteros alemanes, Bumm y Doderlein, y luego por Jeannin y Brindeau en Francia y E. Febres O. en Lima; pero a pesar del prestigio de estos maestros, no ha encontrado partidarios en sus países respectivos. Se le puede hacer algunas observaciones: estando el segmento inferior mal constituido, se presta poco a la creación de un orificio suficiente para una extracción sin peligro; la gran vascularización del segmento inferior en estos casos y la presencia de la placenta y su posible sección, hacen que vaya acompañada de hemorragias profusas, con peligro de producción de embolias gaseosas mortales; la friabilidad del segmento inferior en las inserciones bajas, favorece su desgarrar por extensión de las incisiones, que pueden llegar hasta el peritoneo, y dificultan la colocación de pinzas de Museaux, que aumentan a su vez la mayor propagación de las lesiones; además, esta interven-

ción tiene un peligro, no despreciable, y es la herida de la vejiga, que deja muchas veces fístulas vésico-vaginales.

Esta operación es posible usarla en algunas múltiparas, con vagina amplia y cuello cerrado; o cuando se ha comenzado por maniobras por vía baja y no se ha conseguido éxito; y para los casos en los cuales la asepsia de las vías genitales es dudosa. Pero esta indicación no siempre es eficaz, porque las vías abiertas a la difusión de la infección por la sección del segmento inferior y por el traumatismo subsiguiente del parto, no son despreciables; por otra parte, los resultados de la cesárea segmentaria en aquellas mujeres de infección latente o comprobada, han hecho perder a la cesárea vaginal casi todo su interés.

La mortalidad materna que produce la cesárea vaginal llega al 22% (Doderlein); y la fetal oscila entre el 21% y 54% (Martin Le Liebre, y Doderlein).

**La cesárea corporal o clásica** fué introducida como recurso terapéutico en la inserción viciosa de la placenta por la Escuela Americana. Siguiendo las ideas de Lawson Tait a partir de 1892 y 1893 fué practicada esta operación por Huston Ford, Varian, Zincke, Hare, Higgins; en Italia, el ejemplo de las ideas americanas encontró eco y antes del siglo XX ya había sido practicada con idéntico fin por Mattaldi y Carusso en diversas ocasiones.

A partir de esa época, su aplicación se extiende particularmente en Alemania, donde principia a ser utilizada por F. Donoghue (1900), Weslter (1903), por Dührssen (1904) quien la realiza por primera vez bajo la forma vaginal.

En el año de 1908, Krönig y Sellheim, emprenden una verdadera cruzada en favor del tratamiento quirúrgico de la placenta previa, empleando distintas técnicas; el primero la cesárea clásica y el segundo la suprasinfisaria, y en el Congreso de Berlín, en 1912, estos dos autores, fundándose en los trabajos anatómicos de Pawlow y en deducciones anatomo-clínicas, llegan a sentar como conclusión: "que diagnosticada la placenta previa, es necesario detener quirúrgicamente todo esfuerzo parturitivo normal".

En este Congreso, la Escuela Francesa, por intermedio de Couvelaire y Lepage, sostiene en oposición a los dos tocólogos alemanes citados antes, los beneficios de los tratamientos simplemente obstétricos, opinión a la que se adhieren mu-

chos obstetras alemanes; y concluyen: "que la práctica sistemática de la cesárea en la placenta previa es injustificada".

En el XVII Congreso Internacional de Ciencias Médicas (1913), reunido en Londres, Döderlein, tratando de esta misma cuestión, hace constar la observación de que la terapéutica de las hemorragias ligadas a la placenta previa por la operación cesárea, con distintas técnicas, va adquiriendo progresivamente más adeptos, aunque en su concepto no debe ser nunca el tratamiento de elección, sino cuando llene ciertas indicaciones y bajo determinadas condiciones.

El gran partero americano Whitridge Williams en 1915, llamaba la atención sobre el abuso de la cesárea y reservaba la cirugía a las hemorragias profusas con cuello rígido; el balón era para él, el método de elección en los casos habituales; es verdad, que por la cesárea se salva mayor número de niños que por los métodos obstétricos; pero como sobre este número hay muchos prematuros no viables, los beneficios obtenidos son mediocres; frente a estos conceptos, el mejor elogio que se le puede hacer a esta intervención es que ella evita al partero la ansiedad y pérdida de tiempo.

En el Congreso de Parteros y Ginecólogos de lengua francesa en 1921, Couvelaire insiste nuevamente sobre el peligro de las infecciones latentes y de la extensión inútil del campo de la cesárea y se mantiene fiel a la rotura amplia de las membranas, al balón de Champetier de Ribes y a la versión separada. No reconoce sino tres indicaciones a la cesárea: la existencia de una distocia asociada; la eventualidad de una hemorragia grave en una mujer que no está en trabajo de parto; y el mal valor funcional del útero (útero fibromatoso, o de gran múltipara con predisposición a la rotura); en suma, para este autor, la cesárea debe ser reservada a los casos excepcionales.

En el Congreso de Parteros y Ginecólogos de lengua francesa de 1933, en París: Paucot y Reeb, al ocuparse del tratamiento de la placenta previa concluyen por una conducta ecléctica.

En los años que han corrido después de estos congresos, las ideas han evolucionado, y la opinión de los tocólogos se ha armonizado, aunque no de modo absoluto, respecto de la necesidad de emplear la cesárea corporal, como tratamiento de elección en la placenta previa.

Entre nosotros la cesárea clásica en el tratamiento de la placenta previa ha sido empleada por el Dr. Belisario Sosa Artola y por Juan Quiroz Chávez, quien presentó una Tesis para el Bachillerato en 1922.

A partir de 1930, su uso se ha difundido particularmente en la Maternidad de Lima, y todos los que actualmente trabajamos en ella, la practicamos con frecuencia; personalmente, después de haber adquirido experiencia con esta operación, la hemos abandonado, sin dejar de reconocer que ella ha dado en gran número de casos, excelentes resultados.

La cesárea corporal tiene por ventaja su simplicidad y la economía de tiempo, se le debe emplear siempre que se trate de casos puros; porque así, sus resultados son tan buenos como el mejor tratamiento; está indicada en las distocias asociadas: pelvis estrecha, tumor previo, cicatrices retráctiles de plásticas vaginales, cuello cicatricial de gran múltipara, esclerosis cervico-segmentaria, cuello no dilatable de primípara, trabajo lento; hemorragias abundantes con compromiso rápido del estado general; hemorragias a repetición, hemorragias violentas al principio del trabajo, placentas previas centrales, fracasos de los métodos obstétricos; según nuestra experiencia personal la indicación justa de la cesárea abdominal está en las inserciones viciosas centrales de la placenta y en las grandes hemorragias, solas o complicadas con otros accidentes, cualquiera que sea el momento en que se presenta y cuando el feto es viable y está vivo; en todos los demás casos los métodos obstétricos son suficientes. Para los casos de inserción viciosa, con infección latente o declarada, la cesárea corporal tiene el grave peligro de generalización de la infección, sus fracasos obligan al empleo de la cesárea segmentaria, cuya ventajas y resultados favorables, ya nadie los discute.

**La cesárea segmentaria** en el tratamiento de las hemorragias por placenta previa, tiene múltiples ventajas, basta indicar por ahora que la protección del peritoneo, el asiento de la incisión en una zona de reposo del útero y la facilidad de la hemostasia, son las razones fundamentales de su superioridad sobre la cesárea corporal.

**La cesárea seguida de histerectomía** es un precioso recurso terapéutico en ciertos casos, sea porque ella realiza el máximo de hemostasia en las hemorragias rebeldes, o porque

suprime el foco infeccioso en los casos segura o probablemente infectados; la mejor técnica parece ser la de Reymond, o sea la histerectomía en bloc seguida de histerotomía; aplicable sobre todo a las graves infecciones que acompañan a la placenta previa.

#### PROCIDENCIA DEL CORDON UMBILICAL

**La procidencia del cordón umbilical** es entre todas las distocias del parto la más peligrosa para el feto. Este sucumbe casi siempre, la tercera parte de los casos, según las estadísticas; con lo cual se prueba la ineficacia de la terapéutica clásica y la necesidad de más útiles recursos. Con las tentativas de reposición del cordón, por las maniobras conocidas, en lugar a donde se halle a salvo de compresiones, nada se consigue habitualmente, ya que el prolapso del cordón se reproduce con desesperante persistencia. Y para la rápida extracción del feto por las vías naturales, es necesario una completa dilatación del cuello, que no siempre existe.

Estas razones, por su valor, justifican que para resolver este problema, se pensara desde hacen muchos años en la operación cesárea. Ccuvelaire la indicaba desde 1909; pero al no disponer más que de la clásica, se temía usarla en tal contingencia, porque prácticamente todos los casos de procidencia de cordón con bolsa de aguas rota deben ser considerados como infectados a causa del contacto de dicho cordón con el conducto cervico-vaginal. Excepcionalmente, puede en algunos casos, practicarse la cesárea clásica, tratándose de procubitus, o cuando hay interés a toda costa de obtener un feto vivo, incluso con peligro considerable de la vida materna.

La coexistencia de estrechez pelviana, placenta previa, posiciones viciosas, que suelen acompañar a la procidencia del cordón, determinándola muchas veces, constituyen otras tantas razones para el tratamiento operatorio.

Las garantías que hoy ofrece la cesárea segmentaria, utilizable en los casos impuros, atrae la atención de quienes ven producirse el accidente en el ambiente de una clínica, cuando la dilatación incompleta del orificio uterino no permite una rápida solución por vía vaginal, y cuando el feto vive todavía; en estas condiciones muchas son los parteros que al practicar la cesárea segmentaria han logrado con ella salvar un gran número de niños.

## RIGIDECES DEL CUELLO DEL UTERO

**Las rigideces del cuello del útero**, estado especial en las que las paredes cervicales y en particular los bordes del orificio externo son duros e inextensibles, constituyen obstáculos a la incorporación y dilatación del cuello, siendo verdaderas causas de distocia. Estas rigideces que pueden ser primitivas; en las cuales la textura del cuello está alterada anatómicamente desde antes del parto, tal sucede con la rigidez anatómica, cicatricial, cancerosa, sifilítica o por fibromas; y las rigideces secundarias, que aparecen en el curso del trabajo y se deben a alteraciones funcionales o a deficiencias de los agentes de dilatación; esto se observa en las contracciones espasmódicas del cuello o las infiltraciones serosanguíneas acompañadas de edema, de donde la existencia de formas espasmódicas, edematosa e inflamatoria. En estas últimas clases el tratamiento obstétrico da por regla general buenos resultados; pero, en las primeras los fracasos son frecuentes, de allí que se haya empleado procedimientos quirúrgicos que varían desde las incisiones múltiples hechas alrededor del orificio uterino (Depaul, Tarnier), o dos incisiones laterales amplias hasta las inserciones vaginales del cuello (Dührssen); o la cesárea abdominal clásica, con todos sus peligros e inconvenientes, de generalización de procesos infecciosos, por trabajo prolongado, rotura prematura de bolsa de las aguas, tactos sospechosos y repetidos; para evitar todas estas complicaciones, hace algún tiempo que se practica con éxito la cesárea segmentaria, particularmente en los casos de rigidez anatómica, cicatricial o sifilítica, cuando la esclerosis es muy pronunciada o ha invadido la mayor parte del cuello, desde el principio del trabajo del parto, aprovechando el mejor desarrollo del segmento inferior, y consiguiéndose por este procedimiento salvar a un gran número de mujeres de accidentes tan graves como las roturas del útero, infecciones puerperales, y muertes consecutivas de éstas y del feto.

## PRESENTACION TRANSVERSAL O DE HOMBRO

**La presentación transversal o de hombro descuidada**, tenía por tratamiento clásico, su fórmula bien clara: cuando la versión no era posible o parecía excesivamente peligrosa, con

feto vivo o muerto había que practicar la embriotomía. Es verdad que conforme al criterio de Pinard, la embriotomía en feto vivo podía ser aquí rechazada; pero había que reemplazarla con la operación de Porro, que además de ser mutilante, incapacita a la mujer para nuevas gestaciones.

Prácticamente se consideraba antes, como perdido el feto que se presentaba en situación transversal no corregida o remediada con oportunidad. Con feto muerto la cuestión no ofrece dudas, y la embriotomía cervical y dorsal, era y es la intervención de necesidad, sin que contra ella pueda ser argumento los éxitos obtenidos por algunos tocólogos con otras operaciones.

Del estudio de las intervenciones obstétricas, en la presentación que nos ocupa, debemos retener que el retardo de la dilatación y la retracción progresiva del útero, especialmente en las primíparas, pueden colocar al partero en la situación de elegir entre la embriotomía sacrificando a un feto todavía vivo y el peligro para la madre de graves lesiones derivadas del hombro encajado; y aun en el caso de feto muerto, la retracción del útero puede haber llegado a tal grado, que la embriotomía, sola operación obstétrica todavía posible, se vuelva extremadamente difícil y aun peligrosa. En estas circunstancias la conducta a seguir está llena de las más graves contrariedades, ya que la decisión de la vía alta para salvar al feto, o de evitar a la madre, con feto muerto, los peligros de una rotura del útero, son situaciones que se deben muy bien pensar.

La cirugía ha resuelto la mayor parte de estos problemas; desde la primera cesárea conservadora practicada en 1884 por Perrigault y Laumonier en una presentación de hombro descuidada con feto muerto 18 horas antes, que permitió salvar a la madre, habiendo fracasado la versión y la embriotomía, se han publicado muchas observaciones, tales como la de Grammatikati, con feto muerto; Pinard y Segond en 1908, cesárea seguida de histerectomía; Gueniot en 1927, pudo reunir 23 casos, 4 personales; de 14 fetos vivos al principio de la intervención, 12 salvaron; Kreis en 1930 y Reeb en 1931, han publicado varios casos felices; 13 casos de Brindeau señalados en la Tesis de Vinot (1930) con madres y fetos vivos.

La cesárea corporal es la operación que ocupa el primer lugar, Gueniot que ha tenido buen número de éxitos, piensa



que la presentación de hombro no se presta para la cesárea segmentaria, que es actualmente la que tiene la preferencia, por las garantías que da, a diferencia precisamente de la corporal, que lleva en sí muchos peligros no despreciables.

Al lado de las hysterotomías conservadoras, se deben considerar las operaciones mutiladoras: la operación de Porro, la cesárea seguida de hysterectomía subtotal y la operación de Portes.

El tratamiento quirúrgico de la presentación de hombro encajado, con feto vivo, es una muestra del progreso terapéutico que las modernas técnicas de cesárea han originado. En ésta como en muchas otras indicaciones podemos respetar la vida del feto sin comprometer la de la madre, sustrayéndola de los intentos de versión, que al distender más el segmento inferior, producen con frecuencia la rotura del útero con sus funestas consecuencias.

Lichtenstein y otros, aconsejan la cesárea segmentaria aun con feto muerto; y Vinot concluye "que la presentación de hombro indica en principio la versión en las multiparas, y la cesárea baja en las primíparas". En párrafos posteriores, al ocuparnos de la cesárea segmentaria, señalaremos las indicaciones justas de esta intervención en la presentación de hombro.

## **LA OPERACION CESAREA SEGMENTARIA**

### **SU ESTUDIO GENERAL : ORIGEN**

La breve revisión que hemos hecho de los tratamientos seguidos en la estrechez pelviana, la placenta previa central, la prociencia del cordón, la rigidez del cuello y la presentación transversal o de hombro descuidada, puntos alrededor de los cuales se desarrolla todo este trabajo, nos permiten abordar el estudio de la cesárea segmentaria.

La cesárea clásica, tal como se practicó en sus principios, fué una operación que bien mereció caer en el olvido. Los perfeccionamientos de su técnica y en particular la sutura de la herida uterina por el método descubierto por Saenger y Kehrer, así como los conocimientos de la asepsia, hicieron que volviera a ganar el terreno perdido y formara parte de las inter-

venciones abdominales; sus resultados fueron buenos y gran número de casos pudieron ser tratados con éxito con la nueva técnica; pero de vez en cuando, a pesar de todos los cuidados tomados para defender el campo operatorio, se tenían fracasos, debido a que había un enemigo oculto que era la infección. Los buenos resultados obtenidos permitieron extender las indicaciones de la cesárea y operar no sólo en los casos de indicación absoluta para salvar a la madre, sino también en los de indicación relativa para salvar el feto. Fué necesaria la experiencia de muchos operadores para descubrir al enemigo causa de la muerte de muchas cesarizadas, que se encuentra en el contenido ovular, que debe ser a su vez, también, considerado como campo operatorio. J. Veit llamó la atención, sobre la conveniencia de que los casos a operar estuvieran libres de gérmenes, por integridad del huevo, ausencia de tactos y permanencia de dos o tres semanas antes, en la clínica, donde puede evitarse con seguridad los peligros externos e internos de la infección; conceptos que después fueron precisados por Bard; los tocólogos que siguieron los consejos de Veit: Leopold, Schauto y otros, consiguieron resultados felices; pero esta forma de proceder que requería la individualización de los casos, limitaba el campo de acción de la cesárea, y sólo era posible su práctica en escogido número de parturientas; y es precisamente en la mayoría de éstas, que hacen su trabajo de parto, fuera de las clínicas, en donde no hay un control riguroso, en el que por la prolongación del parto, la rotura precoz de la bolsa de las aguas y los tactos sospechosos, los gérmenes invaden la cavidad ovular y la cesárea está contraindicada; su práctica constituye un peligro para la vida de la mujer, puesto que la experiencia clínica de los casos desgraciados, así como las investigaciones de laboratorio, han demostrado que al abrir un útero que contenga gérmenes se sembrará todo el campo operatorio, y que es el contacto del líquido amniótico o del feto, con la cavidad peritoneal, la causa determinante de las peritonitis mortales que siguen a la cesárea.

Estos graves inconvenientes de la cesárea clásica, ha obligado en los últimos tiempos a buscar una técnica, que permitiera actuar, manteniendo defendida la cavidad abdominal e impidiendo la contaminación de la serosa; así se podría ob-

tener buenos resultados, aun en aquellos casos encubiertos, en los que ni la exploración más cuidadosa puede demostrar antes la emigración ya realizada de gérmenes a la cavidad ovular, extendiendo así las indicaciones de la cesárea.

### HISTORIA Y DESARROLLO

Llegar hasta el útero **sin previa abertura de la gran cavidad peritoneal**, representa en efecto, eliminar el peligro de la temible peritonitis, y como consecuencia ampliar las indicaciones de la operación cesárea y obtener de ésta un rendimiento mayor. **Así nació la idea de la cesárea segmentaria**; en el año de 1907 se revive la antigua gastroelitromía; fué F. Frank de Colonia, el impulsor de la nueva doctrina, sentó los fundamentos de la moderna cesárea transperitoneal al imaginar su cesárea suprasinfisaria; y facilitó la aparición de las técnicas de la cesárea extraperitoneal; ambas, con sus resultados excelentes, han favorecido el progreso quirúrgico de la obstetricia.

Las primeras tentativas de la cesárea segmentaria no son recientes; ya los parteros de principios del siglo pasado la habían intentado, aunque no lograron el éxito que esperaban. En 1806, Jorg emitió la idea de incindir no el cuerpo del útero, sino el cuello y la vagina; esta concepción teórica, aunque desprovista de fundamentos anatómicos, no resultó estéril, pues dió a Ritgen, en 1820, estímulo para un ensayo bien reglado, en que incindió la pared del abdomen por encima del ligamento de Poupert y paralelamente al mismo, e intentó despegar el peritoneo para llegar por debajo de éste al cuello del útero y la vagina; sin conseguir lograr su propósito, y terminó la operación por el método clásico, muriendo la paciente de peritonitis. Baudelocque, sobrino, en 1823, describió su gastroelitromía, "nuevo procedimiento para partear a las mujeres contrahechas, a término y en trabajo, sustituido a la operación llamada cesárea"; no se diferenciaba grandemente del de Ritgen el método de Baudelocque: "su operación cesárea, elitrotomía o sección de la vagina, precedida o no de la ligadura o de la compresión de la arteria ilíaca interna", se basaba, también, en una incisión por encima del arco de Poupert; la enferma en quien la practicó, murió de hemorragia.

En 1824, Physick, de Filadelfia, propuso llegar subperitonealmente al cuello uterino, despegando el peritoneo del vértice de la vejiga, hallándose semidistendido este órgano; el segmento inferior así denudado hubiera sido incindido transversalmente; la proposición de Physick, que más tarde había de exhumar Frank, no prosperó entre los contemporáneos de aquél.

En 1840, Charles Bell intentó varias veces, aunque sin éxito, la operación de Ritgen; y entre 1870 y 1877 la practicaron en América Theodor Gaillard Thomas y Skene, en cinco casos, logrando en tres la supervivencia de la madre, y en cuatro la del feto. Hasta 1877, Tayllor, Hime, Edis, Duncan, Jewet y Gillette tenían publicados catorce casos semejantes, de ellos, siete con buen éxito. Y sin embargo, la operación no arraigó; tal vez porque con los progresos de la asepsia, el florecimiento de la cirugía abdominal y el perfeccionamiento de la cesárea clásica alejaron a los operadores de lo que les parecía superfluas complicaciones de la técnica.

La experiencia adquirida con los fracasos de la cesárea clásica, hizo que Frank en 1907, reviviera los viejos procedimientos y sentara las bases de la moderna cesárea transperitoneal al imaginar su cesárea suprasinfisaria; en un principio quiso Frank llegar al útero sin abrir el peritoneo, sino despegando de la vejiga el fondo de saco vesico-uterino, pero encontró en tal empresa dificultades considerables, que pudieran determinar desgarros peritoneales, vesicales y hemorragias graves, y en consecuencia concibió un procedimiento que, siendo transperitoneal, resultara extraperitoneal por el artificio de suturar entre sí las dos hojas, parietal y visceral del peritoneo, antes de abrir el útero en su segmento inferior; de los trece primeros casos operados por Frank, siguiendo su técnica, todos con buenos resultados, en la mayoría de ellos, no se pudo excluir la sospecha de infección, y sin embargo todos curaron y los niños también salvaron.

La idea primitiva de Frank, era tan seductora, que bien pronto Sellheim, hubo de publicar en 1908, dos casos de mujeres operadas sin abertura previa del peritoneo, despegando éste de la vejiga; era el método extraperitoneal puro, al cual, no obstante, tuvo que renunciar Sellheim en la mayoría de las ocasiones sucesivas ante las positivas dificultades y ries-

gos que ya Frank había señalado; el método extraperitoneal puro lo reservó para aquellos casos en que, hallándose poco desarrollado el repliegue vesico uterino, tiende a desaparecer casi totalmente durante el embarazo, y en que el desprendimiento del peritoneo vesical se inicia en cierto modo fisiológicamente, merced al útero grávido. En los casos en que el fondo de saco vesico uterino, no estaba lo suficientemente desplazado, empleó como Frank, una técnica artificialmente extraperitoneal. En la terminología que del asunto se ha creado después, han venido designándose las técnicas artificialmente extraperitoneales de Frank y Sellheim y sus numerosas variantes y desvirtuaciones, con la denominación común de cesárea transperitoneal suprasinfisaria; expresiva de dos características: la de atravesar el peritoneo, y la de atacar el útero por su segmento inferior; a diferencia de la cesárea clásica, cuya incisión radica en el cuerpo de la matriz.

Los esfuerzos de Sellheim, sus estudios anatómicos singulares sobre el desplazamiento del punto de reflexión del peritoneo al pasar de la vejiga al útero, en el curso del parto; el éxito alcanzado en dos casos de llegar a la matriz sin abrir el peritoneo, y a pesar de los peligros y dificultades inherentes a esta clase de intervención; no era lógico que la tenacidad de los innovadores renunciara de plano a una vía que, como la extraperitoneal, parecía prometer fecundas derivaciones. Ya que resultaba excesivamente difícil, imposible muchas veces, la técnica imaginada por Frank y practicada por Sellheim, y que implicaba, la separación completa entre el peritoneo y la vejiga se pensó en buscar acceso al útero, en su parte inferior, por debajo y por fuera del peritoneo, y lateralmente con respecto a la vejiga.

Era la vuelta, modernizada y perfeccionada, de las antiguas y ya citadas operaciones de Ritgen y Baudelocque, sobrino. En ella trabajaron simultánea e independientemente, y lograron cumplidamente su objeto Küstner, Latzko y Doderlein, publicando en los años 1908 al 1911, las notas fundamentales sobre la moderna cesárea extraperitoneal de hoy día: en los años transcurridos, la labor de muchos operadores y la experiencia adquirida, les ha permitido introducir nuevas técnicas de cesárea extraperitoneal por artificio; todas tienen sus adeptos y detractores, su elección depende de la firmeza con

que se tomen; personalmente hemos adquirido experiencia siguiendo las técnicas de Küstner, Latzko, Doderlein en la cesárea extraperitoneal pura y la de Opitz en la cesárea transperitoneal.

Las múltiples variedades de la cesárea segmentaria, las indicaremos simplemente, en líneas posteriores; digamos sí que la cesárea extraperitoneal por su técnica compleja es menos usada que la cesárea transperitoneal, cuya técnica es más sencilla; pero que desde el punto de vista práctico sus resultados son idénticamente buenos en ambas.

### EL SEGMENTO INFERIOR: NOCIONES ANATOMICAS

Se sabe que durante los tres últimos meses del embarazo en las primíparas y en las últimas semanas de la gestación o en el curso del trabajo del parto en las múltiparas, se forma en el útero una zona, intermedia entre el cuerpo y el cuello, y que comúnmente es designada con el nombre de **segmento inferior**, algunos autores alemanes considerándolo como una derivación del cuello uterino, le llaman **segmento cervical superior**. Sin entrar en las discusiones que sobre el origen del segmento inferior se han emitido, y concretándonos a lo que simplemente nos interesa, diremos que esta formación funcional, en la primípara, con presentación de vértice profundamente encajada, en el curso del noveno mes, es cuando el segmento inferior reviste sus más típicos caracteres. Se presenta, entonces, como un casquete, cuya parte anterior es más profunda y de cuya parte posterior pende el cuello del útero. El límite superior de dicho casquete lo precisó Bandl al estudiar el corte congelado, de una mujer muerta durante el parto. Demostró que existía a 8 o 10 cm. por encima del orificio interno del cuello, y un poco más arriba del estrecho superior, un anillo muscular más espeso, una especie de esfínter. Este anillo, que fué llamado anillo de Bandl, anillo de contracción de Schroeder, círculo de Baudelocque, es puramente fisiológico, y no existe claramente, sino durante el parto.

Hofmeier y Benkiser han observado que, por arriba, el segmento inferior termina en la línea de íntima unión entre el útero y el peritoneo; o en otros términos, que en tanto que el peritoneo se adhiere íntimamente al cuerpo del útero, se ha-

lla por el contrario adherido muy laxamente al segmento inferior. Así, pues, el aspecto del útero puesto al descubierto permite distinguir el cuerpo del útero, de color rojo violáceo, recubierto por la serosa, imposible de despegar; y el segmento inferior, recubierto por un velo blanquecino que es el peritoneo, separado del útero por una capa de tejido celular laxo que permite la fácil desviación entre la serosa y la superficie uterina que allí recubre.

En el mencionado límite de despegabilidad peritoneal suele haber una gruesa vena que rodea al útero: es la vena coronaria o circular; Hofmeier hace notar que a este nivel la arteria uterina, que desde el origen de las ramas cervico-vaginales no había dado en su porción ascendente sino ramas insignificantes, suministra al cuerpo del útero su primera rama importante, que al anastomosarse con la del lado opuesto, forma un círculo arterial. Estos dos círculos vasculares son inconstantes.

El límite inferior del segmento inferior, estaría constituido por el orificio interno del cuello; y para concretar más esta delimitación puramente anatómica, diremos que su localización precisa estaría en el punto de diferenciación histológica de la mucosa uterina y cervical, en el **os histologicum** de Aschoff, Hégar y Ogata.

La pared anterior del segmento inferior es más amplia y profunda que la posterior, y también más delgada; en un corte anteroposterior forma una gran concavidad dirigida hacia atrás, mientras que la posterior es mucho menos excavada y de menor amplitud.

La extensión del segmento inferior varía durante el embarazo y más en el trabajo del parto; su pared anterior, la que más nos interesa, mide, durante el embarazo de 6 a 8 cm., aumenta con el trabajo del parto, y a la dilatación completa alcanza la cifra de 12 cm. En los casos de serio obstáculo al encajamiento, el anillo de Bandl puede llegar al ombligo (signo de rotura inminente del útero). Esta ascensión y la distensión y adelgazamiento del segmento inferior son debidos a la contracción del fuerte músculo del cuerpo uterino, que acorta sus fibras longitudinales y tracciona sobre el segmento inferior, poco musculoso y muy elástico. En resumen: durante el trabajo del parto es cuando el segmento inferior aparece más netamente; el útero puede descomponerse entonces en

dos porciones: una superior, gruesa, constituida por el cuerpo uterino, y otra inferior, delgada, flácida formada por el segmento inferior y el cuello.

En el útero grávido a término, el segmento inferior se sumerge más o menos profundamente en la pelvis a la manera de un tumor intraligamentario, que hacia adelante del Douglas vendría a tomar por ambos lados amplio contacto con las paredes laterales de la pelvis. Su situación topográfica es también susceptible de modificarse, según sea la situación del polo inferior del feto: pelviana cuando la cabeza está encajada, llega a ser completamente abdominal cuando el polo cefálico es detenido por encima del estrecho superior, o cuando dicho polo ha vencido ya, la resistencia del cuello y ha pasado a ocupar el conducto vaginal.

Con respecto a las intervenciones obstétricas que estamos estudiando, las relaciones anatómicas más importantes son las del segmento inferior con el peritoneo y la vejiga. Como ya hemos dicho, el referido segmento inferior está recubierto por una hoja peritoneal, fácilmente despegable y movilizable, lo mismo que la vejiga, debido a la embebición gravídica del tejido celular, el cual, además se infiltra de edema durante el trabajo del parto. Los estudios anatómicos de Sellheim han demostrado que la altura del pliegue de reflexión del peritoneo se comportaba muy distintamente, y que "el punto donde se refleja" el peritoneo abdominal de la vejiga y lateralmente de ésta al útero, sería un producto del trabajo, de modo que con esta circunstancia, que favorecería a la operación, se podía contar tanto más, cuanto más tiempo hubieran actuado los desplazamientos de la pared uterina que favorecen este "punto de reflexión del peritoneo", que no es otra cosa que el fondo de saco vesico-uterino. Estos conocimientos han sido decisivos para el ulterior desarrollo de toda la técnica de la cesárea segmentaria; y permiten explicar sus inconvenientes: cuando el fondo de saco vesico-uterino está muy bajo, hay al despegar el peritoneo vesical, el peligro de la gangrena del peritoneo desprendido, y de lesionar la vejiga o el peritoneo visceral, lo que hace ilusorio el objetivo de la operación. El rechazamiento lateral del peritoneo y la vejiga permite poner al descubierto una buena porción del segmento inferior, con tanto más motivo, cuanto que por debajo del fondo de saco vesico-uterino (cuya situación es variable, su-



peditada a la vacuidad o repleción de la vejiga) existe una zona más o menos extensa de dicho segmento, desprovista del revestimiento seroso, zona que es ya intrapelviana, ya abdominal, según esté o no encajado del polo fetal.

En la cara posterior del segmento inferior, la adherencia del peritoneo es más sólida, su superficie de desprendimiento, menor, y para formar el Douglas, la serosa desciende más profundamente que sobre la cara anterior.

Al nivel de los bordes laterales del segmento, las hojas peritoneales pasan sin adherirse, interponiéndose entre ellas tejido celular laxo, que contiene los vasos uterinos y el ureter, luego se expanden para formar los ligamentos anchos.

En estado de repleción, la vejiga se extiende por delante del segmento inferior, del cuello y del fondo de saco vaginal anterior, y su unión con estos elementos se hace particularmente por intermedio de tejido celular laxo.

En estado de vacuidad, la situación de la vejiga es intrapelviana, su vértice se encuentra por detrás del pubis, y el fondo de saco vesico-uterino, viene entonces a ocupar una situación francamente retro-vesical. Sin embargo, en ciertos casos la repleción de la vejiga por la orina no impide que aquélla se distienda y desarrolle dentro de la pelvis menor, en cuyo caso hace hernia en la pared anterior de la vagina.

Durante el parto, las condiciones son propicias para que la retención se lleve a cabo: bastará que la cabeza encaje o simplemente que se fije en el área del estrecho superior, para que la retención parcial o total obligue a la vejiga a desdoblarse en dos cavidades, o bien que, distendida y en situación abdominal, se incline hacia uno u otro lado (más hacia el derecho) debido a la inmovilidad del triángulo vesical. Este mismo estado de repleción modifica, no sólo la contigüidad vesico-uterina en cuanto a su situación, sino que también el fondo de saco peritoneal ha de elevarse notablemente dentro del abdomen.

Estas breves nociones anatómicas, nos permiten comprender mejor las técnicas de la cesárea segmentaria.

## VENTAJAS, INDICACIONES, OPORTUNIDAD, PELIGROS E INCONVENIENTES DE LA CESAREA SEGMENTARIA

### VENTAJAS

La cesárea baja o segmentaria, vulgarizada progresivamente, tiene en el momento actual un lugar preferido en la terapéutica de las viciaciones pelvianas, placenta previa central y otros accidentes y complicaciones; pero antes de abordar sus indicaciones, debemos referir brevemente sus características desde el punto de vista técnico que demuestran sus ventajas.

Estas se derivan del hecho que la intervención se hace en la parte inferior del abdomen, **en el espacio que queda entre la vejiga y el útero**, cuyo campo operatorio puede ser más fácil y eficazmente protegido y limitado por las compresas de gasas que defienden la cavidad abdominal de la penetración del contenido uterino, causa de las peritonitis primitivas, que aparecen precozmente.

Por el asiento de la **incisión sobre el segmento inferior**, aparentemente poco espeso y resistente, pero que presenta la enorme ventaja de ser una región no contráctil o poco contráctil del útero; la sutura permanecerá en reposo y no será como el cuerpo del útero solicitada por las contracciones repetidas del puerperio, lo que permitirá su mejor cicatrización; y sobre todo la herida uterina quedará cubierta por **una doble hoja peritoneal**, que la aislará eficazmente de la cavidad abdominal, alejando el peligro de las peritonitis tardías por separación de los bordes de la herida o el pasaje a través de los puntos, del contenido séptico del útero (Risacher). **El asiento de la incisión, su sutura, y su peritonización**, son ante todo los elementos de éxito de la cesárea segmentaria o baja.

### INDICACIONES

Esta operación ha ido ocupando un lugar cada vez más importante entre las intervenciones profilácticas y en las de necesidad.

En el grupo de las **operaciones profilácticas** por graves estrecheces pelvianas, que forman parte de los casos puros, donde la cesárea corporal había adquirido su justa preferencia,

a expensas del parto prematuro artificial, la cesárea segmentaria o baja parece haber completamente triunfado.

No se debe ignorar los ligeros inconvenientes de la cesárea segmentaria; es una operación más larga y de una técnica más difícil; pero estas pequeñas dificultades son despreciables al lado de **sus ventajas**; las más inmediatas se refieren a la curación más simple, hay menos shock post-operatorio, en razón de la no exteriorización del útero al usar el procedimiento de P. Müller y de lo limitado del campo de la intervención: los resultados operatorios son mejores, porque no se observan en la sutura que queda, en reposo la formación de hematomas parietales que son frecuentes en la cesárea corporal, colecciones sanguíneas que se pueden infectar, y que son el punto de partida de procesos febriles; mientras que en la cesárea baja, por la situación de la sutura se impide estos inconvenientes.

La mortalidad en la cesárea clásica y en la segmentaria, en los casos puros, es sensiblemente igual: 1 y  $\frac{1}{2}$  a 2 o 3%.

Las ventajas inmediatas son relativamente poco importantes al lado del **pronóstico lejano**, donde los resultados son mejores en la cesárea segmentaria. En efecto las consecuencias tardías de la cesárea corporal son agravadas por dos órdenes de serias complicaciones: 1º, la posibilidad de fístulas utero-parietales, consecutivas al uso de material no fácilmente reabsorbible en las suturas, que hacen muchas veces necesaria la histerectomía; la formación de adherencias entre el útero y la pared del abdomen, que impiden la involución de aquel y lo mantienen fijo, a veces en forma definitiva; las uniones del intestino con la herida uterina causa no rara de oclusiones, consecutiva casi siempre a fenómenos de peritonitis localizada; y las adherencias del epiplón mayor con el útero y la pared del abdomen, acompañada de tracciones que hacen penosa la vida de la mujer; 2º, los peligros de roturas uterinas en el curso de gestaciones posteriores; los estudios de Couvelaire sobre la histología de las cicatrices del útero por cesárea, han demostrado que ésta se encuentra formada en la mayor parte de casos por tejido conjuntivo; pocas veces se observa una restitución muscular ad integrum como sostienen Audebert y Tourneux; en ambas circunstancias pueden producirse numerosas roturas, tanto durante la gestación así como en el parto. En 1919 Couvelaire había dado el grito de alarma y hecho las más grandes reservas sobre el valor de la

cicatriz en las cesáreas corporales, señalando un índice del 4% de roturas en gestaciones posteriores.

Las que parecen tener mayor tendencia a la rotura son las cicatrices del fondo (incisión transversa de Fritsch) asientan en las partes del útero de mayor potencia muscular y las más inquietas durante la involución puerperal. El sitio de la sutura que no se mantiene en reposo, se desvía, se produce la dehiscencia de la musculatura, que no raras veces llega hasta la formación de un canal que está separado de la cavidad peritoneal por una delgada cubierta seromuscular o conjuntiva; en este caso, dicha parte tiene una resistencia muy débil, y todavía puede debilitarse más si el huevo se implanta en este canal y las vellosidades de la placenta corroen la delgada capa de cubierta. Lo mismo se ha observado, aunque con menos frecuencia, en la incisión longitudinal de la pared anterior. Hemos dado a publicidad tres casos de roturas insidiosas del útero durante el embarazo (Enero 1940. Actualidad Médica).

Estas complicaciones **no se presentan en la cesárea baja**, en primer lugar por el asiento de la sutura en un lugar de reposo, por el uso sistemático del Catgut, que se reabsorbe con rapidez, y por la cicatrización perfecta de la herida; además las roturas secundarias de la cicatriz en esta clase de intervenciones son excepcionales tal como lo han demostrado Chantillon, Phaneuf y sobre todo Wetterwal. Sin embargo Bonnet, que ha logrado reunir 37 casos de roturas de la cicatriz de cesáreas segmentarias, cree que este accidente puede producirse cuando la incisión compromete el cuerpo del útero, o la placenta está insertada viciosamente o ha habido infección anterior.

La buena cicatrización del útero en las cesáreas bajas, su gran solidez, su fácil muscularización es otra ventaja de esta operación, porque permite la evolución de nuevas gestaciones sin accidentes, pudiendo en muchos casos producirse el parto espontáneo sin complicaciones; así lo hemos observado en seis de nuestras operadas por cesárea extraperitoneal, en tres de las cuales el parto fué fisiológico; y en los tres restantes cesarizadas por segunda vez por estrechez pelviana, pudimos comprobar la cicatriz de la primera intervención que estaba formada por una línea blanquecina casi imperceptible en dos; y en la tercera por cicatriz blanca de tejido con-

juntivo como de medio centímetro de ancho, de aspecto uniforme y bien resistente.

Por las ventajas inmediatas, así como por la rareza de las complicaciones tardías, y a pesar de las dificultades de la técnica, la cesárea segmentaria ha realizado en la terapéutica de los casos puros un gran progreso; ella tiende a sustituir en las operaciones profilácticas a la cesárea clásica.

En el grupo de las operaciones de necesidad la cesárea baja permite intervenir en condiciones satisfactorias **en los casos sospechosos**, después de trabajo prolongado, con membranas rotas desde largo tiempo, con intento de extracción del feto por vía vaginal; y sobre todo ha hecho posible la prueba del trabajo, en los casos de pelvis límites, en los cuales antes se abusaba de las operaciones profilácticas.

**La prueba del trabajo o el parto de prueba**, para tener todo su valor y poder demostrar la impermeabilidad de la pelvis, necesita ser suficientemente prolongada. Es condición fundamental, que las contracciones uterinas eficaces, llamadas de adaptación, después de la rotura de las membranas, fijen primero la cabeza al área del estrecho superior, y luego la modelen o configuren, por deformaciones plásticas y cabalgamiento de huesos, que reducen el volumen del cráneo fetal; y por inclinaciones particulares de ésta, y siempre bajo la acción de las contracciones cada vez más intensas, que permiten su encajamiento progresivo para seguir en los casos favorables su evolución espontánea. **Pero esta prueba fracasa**, si después de dos o tres horas de rotas las membranas, y aun con buenas contracciones, la cabeza tiene siempre la misma situación; rápidamente una ligera infección ovular se desarrolla, primero latente, luego clínicamente manifiesta; se entra así en los casos impuros, para los cuales no hay sino las operaciones de necesidad.

En estas condiciones **se debe renunciar a la cesárea corporal**, porque ésta no pone al abrigo de las peritonitis, que aparecen en forma primitiva el primer día de la intervención, o secundariamente al quinto o séptimo día después (Beck, Schickelé); es decir, en forma tardía; y que son debidas casi siempre a la desunión de la sutura uterina no bien peritonizada, bajo la influencia de la infección uterina. La posibilidad de peritonitis contraindica formalmente la cesárea corporal.

Estos hechos, han permitido a la **cesárea segmentaria** extender sus indicaciones a todos los casos en los que se practicaban operaciones de necesidad.

La circunstancia feliz, que puede ser realizada aún con dilatación avanzada, ha suprimido por completo ciertas extracciones por vía baja: forceps en el estrecho superior, versión por maniobras internas, que son operaciones que dan gran mortalidad y graves complicaciones maternas; también ha contribuido a reducir considerablemente las embriotomías.

**En las pelvis límites**, sometidas a la prueba del trabajo, ha limitado de modo marcado la práctica de las pelvitomías; a pesar de que hay todavía tocólogos que la defienden calurosamente, fundándose en que, en esta intervención se mantiene la integridad del aparato genital, pero olvidan que no siempre el parto termina en forma espontánea y que la extracción del feto puede ir acompañada de serias desgarraduras de los órganos genitourinarios; con la cesárea baja estos accidentes desaparecen; a pesar de todo parece que las pelvitomías conservan su valor en las múltiparas con tejidos elásticos y pelvis ligeramente estrechas, en las cuales es posible realizar con éxito la sinfisiotomía subcutánea del profesor argentino Enrique Zárate; a condición de que se haga un diagnóstico exacto del grado y forma de la viciación pelviana.

En lo que se refiere a **las operaciones mutiladoras**, la cesárea segmentaria o baja no tiene la misma importancia; Küstner, Schickelé y Walthard afirmaban que esta operación puede practicarse en todos los casos infectados, pero de esta opinión tal vez un poco exagerada no participan todos los parteros; la mayoría cree que se puede intervenir cuando la temperatura es moderada, la rotura de las membranas tiene pocas horas, y el líquido amniótico no está muy alterado; la absorción del contenido uterino por el **aspirador** (Anderodias y otros); el asiento de la sutura, la defensa de la cavidad abdominal por la doble hoja peritoneal, y el drenaje a la Mickulicz, son suficientes para evitar las peritonitis; pero **en los casos de infección seria**, con compromiso del estado general, temperatura elevada, escalofríos, aceleración del pulso, alteración de la facies, etc., la cesárea baja **está contraindicada** y se deben practicar operaciones mutiladoras: la operación de Porro, la de Portes o la histerectomía en bloc.

Además de las estrecheces pelvianas, la casárea segmentaria o baja, tiene **una indicación especial en la placenta previa**, de modo particular en la inserción central, cuyas ventajas ya nadie discute. Introducida por Sellheim en 1908 y luego por Schickelé, Balard, Couvelaire, Brindeau y otros; la cesárea baja tiene en el tratamiento de las hemorragias por inserción viciosa de la placenta múltiples ventajas; la defensa de la cavidad peritoneal, aleja el peligro de la infección; el asiento de la incisión y la sutura uterina, combate felizmente la disociación del segmento inferior que se produce, y la solución de continuidad en las fibras uterinas que resulta; esta sutura permite al útero de tomar nuevamente su tonicidad completa y por lo mismo se opone a nuevas hemorragias; si se acompaña de abundante hemorragia al incidir el segmento inferior debido a su gran vascularización por la presencia de la placenta, en cambio combate las hemorragias ulteriores; finalmente la cesárea segmentaria permite ver bien el lugar de implantación de la placenta y facilita un tratamiento adecuado en caso de placenta acreta.

Esta operación actúa no sólo **como profiláctica** en los casos puros impidiendo la distensión del segmento inferior y por consiguiente la producción de hemorragias ulteriores, sino que es sobre todo una intervención de **elección o necesidad** para los casos de inserción viciosa de la placenta, **con infección latente o declarada**, cuya patogenia y peligros inmediatos los hemos señalado.

La cesárea segmentaria está indicada en la placenta previa central, en las grandes hemorragias, solas o complicadas con otros accidentes, cualquiera que sea el momento en que se presenten, y cuando el feto está vivo y es viable; en las distocias asociadas: pelvis estrecha, tumor previo, cicatrices retráctiles de plásticas vaginales; cuello cicatricial de gran multipara, esclerosis cervico segmentaria, cuello no dilatado de primípara, trabajo lento, hemorragia a repetición y hemorragias violentas al principio del trabajo, fracaso de los métodos obstétricos. Según nuestra experiencia personal, la indicación justa y absoluta está en la inserción central.

**En las presentaciones de hombro**, la cesárea segmentaria es la operación de elección en los casos que la vida de la madre no está comprometida; entre las causas que la indican deben considerarse: la estrechez pelviana, los fibromas uterinos, la

inserción viciosa de la placenta, la sola presentación de hombro antes que haya retracción uterina que la transforme en hombro descuidado; la rotura prematura de las membranas con presentación irreductible y fracaso de la versión por maniobras externas (Weymeersch y Gueniot), la retracción o tétanos uterinos, con feto vivo y huevo abierto, aunque hayan pasado muchas horas de la rotura de las membranas; la primiparidad con malformación uterina (Gonnet y Michon; Houel y Jahier). El sufrimiento fetal, con dilatación incompleta en las primíparas, justifica la cesárea baja a condición que la vida del feto no esté muy comprometida (Brindeau y Lentuéjoul, Le Lorier).

Los resultados felices obtenidos por Brindeau con la cesárea baja, en el tratamiento de la presentación de hombro encajado, han permitido la difusión de esta operación y han mejorado el pronóstico de la vida de la madre y del feto.

**Las estenosis del cuello**, tales como la rigidez anatómica, cicatricial y sifilítica, en las que la posibilidad de infecciones latentes o declaradas, hace inconveniente la cesárea corporal, por los peligros que lleva en sí esta operación; son otra de las indicaciones de la cesárea segmentaria, sobre todo cuando la esclerosis es muy pronunciada o ha invadido la mayor parte del cuello; practicada desde el principio del trabajo del parto, aprovechando el mejor desarrollo del segmento inferior, permite conseguir por este procedimiento salvar a un gran número de mujeres de accidentes tan graves como las roturas del útero, infecciones puerperales, y muertes consecutivas de éstas y del feto.

**La procidencia del cordón umbilical**, en la que la vida del feto está seriamente comprometida, es otra indicación de la cesárea segmentaria; porque prácticamente todos los casos de procidencia con bolsa de aguas rota deben ser consideradas **como impuros**, a causa del contacto del cordón con el conducto cervico-vaginal, y de los tactos repetidos; en estas condiciones cuando las tentativas de reposición han fracasado, y existen, además, estrechez pelviana, posiciones viciosas del feto, placenta previa, que son causas determinantes muchas veces, y el cuello uterino está incompletamente dilatado; el tratamiento quirúrgico se impone, y es la cesárea baja o segmentaria la que da la garantía más segura.



**Otras indicaciones** de la cesárea baja están dadas por los tumores quísticos del ovario, cuando son previos, por la imposibilidad de parto espontáneo y los graves peligros para la madre, entre los cuales se debe señalar la rotura del útero; la presentación de frente al crear una desproporción pelvifetal, con todos los inconvenientes de este tipo de distocias; lo mismo puede decirse de la presentación de cara, peligrosa sobre todo cuando el mentón tiene tendencia a mantenerse fijo hacia atrás; las presentaciones de nalgas, para Andérodias, indicarían la cesárea segmentaria cuando se complican con estrechez pelviana, tumores y malformaciones uterinas, anomalías de la dilatación, grueso feto; primiparidad y edad avanzada de la parturienta. La primiparidad en las mujeres añosas, puede indicar la cesárea baja, cuando se trate de un feto valorizable, es decir, venido tarde, sin probabilidades de tener otro, difícilmente obtenido y raro, y siendo seguramente el primero y último que tendrá la madre, son estas indicaciones que deben pesar sobre nuestra decisión y que nos obligan a alejar todo peligro para el niño, y a proceder a la intervención (Fruhinsholz).

Algunos autores consideran, además, como indicación de la cesárea segmentaria, los desprendimientos prematuros de la placenta insertada normalmente, las cardiopatías descompensadas, la eclampsia, el sufrimiento fetal, cuando la dilatación es insuficiente, para extraerlo por vía vaginal; las anomalías de la contracción uterina acompañando a la primiparidad y edad avanzada de la parturienta; en realidad las indicaciones de la cesárea segmentaria son muchas, algunas exageradas; señalar todas, sería pasar en revista la patología obstétrica.

En resumen, **las indicaciones principales de la cesárea segmentaria**, son las siguientes: estrecheces pelvianas exageradas con un conjugado verdadero de menos de 8 cm., pelvis asimétricas fuertemente deformadas; pelvis límites después de la prueba del trabajo; placenta previa central, esclerosis del cuello, prociencia del cordón, presentación de hombro descuidada, presentaciones de frente, cara y nalgas; quistes del ovario cuando son previos, primíparas añosas, etc., estas indicaciones unas son obligatorias de carácter absoluto, único recurso para salvar a la madre y a veces al niño; y las otras son obligatorias de carácter relativo, casi siempre de salva-

guardia fetal; muchas de las cuales forman parte de las que Fruhinsholz llama cesáreas facultativas. Las primeras comprenden: las estrecheces pelvianas exageradas, las pelvis asimétricas muy pronunciadas, la placenta previa central, las esclerosis de las partes blandas y tumores previos; a las segundas pertenecen: las pelvis límites, las presentaciones viciosas: hombro, frente, cara; la procidencia del cordón, la presentación de nalgas, las primíparas añosas.

Todas las indicaciones que acabamos de señalar se refieren a casos que según la clasificación de Sureau se pueden dividir en cuatro grupos.

Primer grupo: Casos clínicamente puros. (Huevo intacto. Ausencia de todo signo general o local de infección; sin tactos o con tactos estrictamente asépticos).

Segundo grupo: Casos sospechosos o dudosos. (Huevo abierto desde un tiempo variable. Ausencia de todo signo general o local de infección, trabajo de parto largo; procidencia de un miembro o del cordón; estado del cuello: edema duro que remonta hasta el segmento inferior; sin tactos o con tactos estrictamente asépticos. Maniobras intrauterinas realizadas en las mismas condiciones).

Tercer grupo: Casos infectados: (Huevo abierto desde un tiempo variable. Fiebre oscilando alrededor de 38° Tactos sospechosos o maniobras obstétricas en las mismas condiciones).

Cuarto grupo: Casos francamente infectados. (Huevo abierto desde un tiempo variable. Fiebre, escalofríos, taquicardia. Estado general interesado. Líquido amniótico fétido e fisometra).

Debemos adelantarnos a decir que carecemos de observaciones agrupables en la última división, ya que ninguna de las nuestras puede encuadrar dentro de la gravedad a que él se refiere.

Como se comprende fácilmente, la cesárea segmentaria o baja, **no ha hecho desaparecer a la cesárea corporal**, ésta conserva todo su valor e importancia, tiene todavía un grupo de indicaciones bien precisas que se deben conocer, sobre todo en aquellos casos en que la cesárea es el primer tiempo de una histerectomía necesaria; y que en forma esquemática son los siguientes:

El desprendimiento prematuro de la placenta inserta normalmente, con apoplejía útero-placentaria, en la que es conveniente ver bien las lesiones uterinas, para decidir de la suerte de este órgano. El cáncer del cuello del útero, en el que el parto espontáneo va acompañado de fuertes hemorragias, con desgarraduras e infecciones que hacen necesaria la histerec-tomía total o subtotal, acompañada de la radiumterapia. Los fibromas y quistes ováricos previos y fijos, por las dificultades que imposibilitan el parto, y los peligros que ellos representan en el curso del puerperio. Las presentaciones de hombro irreductibles en una primípara con malformación uterina. Los vaciamientos rápidos del útero en las eclampsias graves con el objeto de extraer el huevo, fuente productora de substancias eclampsígenas, pero que no disminuye el estado tóxico de la mujer; y en las cardiopatías con accidentes serios de descompensación.

#### OPORTUNIDAD

**La oportunidad** de la cesárea segmentaria, según la experiencia adquirida por muchos autores, es el principio del trabajo, después de algunas horas de parto de prueba; esto tiene la ventaja operatoria de un mayor desarrollo del segmento inferior; lo que permite conseguir en este momento mejores resultados tanto maternos como fetales. Es preferible operar con huevo abierto, a condición que la rotura de las membranas preceda poco a la intervención, o si éstas están intactas romperlas, si se puede, antes, porque no se está jamás seguro que el líquido amniótico esté aséptico, y este drenaje natural en declive evita la salida en masa del líquido; difícil de contener al hacer la incisión del segmento inferior; cuya presencia en la cavidad abdominal, aun sin infección está lejos de ser sin peligro (M. Ecalle).

#### PELIGROS

**Los peligros** de la cesárea segmentaria aumentan a medida que pasa más tiempo de la rotura de las membranas y que el trabajo se prolonga. En las distocias asociadas, el feto resiste menos que la madre, y si se le quiere salvar se debe abreviar el tiempo de espera.

La cesárea segmentaria lleva en sí peligros no despreciables tanto maternos como fetales; peligros operatorios cualquiera que sea la indicación, el grado de resistencia de la mujer y la habilidad del cirujano; éstos pueden ser mínimos en las indicaciones de elección, pero, no reducibles a cero. Esta noción del peligro debe hacer pesar cuidadosamente las indicaciones y no practicar esta operación sobre una impresión ligera o dudosa y sin cálculo bien reflexionado.

Uno de los mayores peligros de la cesárea segmentaria está **en los casos fuertemente infectados o impuros**, que dan un alto porcentaje de mortalidad materna; siendo casi nulo en lo que respecta al pronóstico fetal.

La cesárea segmentaria **no es justificable**, para J. Courtois y C. Bouchacourt, en las primíparas jóvenes con pelvis ligeramente estrecha, con un grueso feto accidental; en la cual un sondaje psicológico revela cierta indiferencia por el niño que se espera. Aunque se trata de un caso particular, parece prudente no hacer correr peligros a una mujer que ha demostrado tener aptitud para procrear, esta abstención quirúrgica, tiene una ventaja y es que evita la repetición de nuevas cesáreas por temor a roturas uterinas.

#### INCONVENIENTES

**También es desventajosa** la práctica de la cesárea segmentaria, en las primíparas, con órganos genitales infantiles, y una morfología general poco desarrollada "inaptas a la vida", fatigadas, con trastornos glandulares, porque constituyen un mal terreno obstétrico; en las sifilíticas, en las toxémicas, en las que tienen infantilismo, con acondroplasia, osteomalacia; en las obesas; en las mujeres fatigadas por un embarazo penoso y doloroso, o por un trabajo muy largo; en las que presentan disfunciones endócrinas: distiroideas, pusilánimes, aprehensivas, que poco confiadas en sí mismas llegan al parto con temor; en las que sufren herencia vascular, predispuestas a los accidentes hemorrágicos. Todas estas mujeres constituyen un mal terreno obstétrico y quirúrgico, y es cuerdo en éstas saber pesar las indicaciones y evitar los grandes fracasos.

## TECNICA DE LA CESAREA SEGMENTARIA

### REGLAS GENERALES

La cesárea segmentaria es una operación que no debe practicarse mas que en una clínica hospitalaria, lugar en donde se dispone de todos los recursos con que hoy cuenta la cirugía para garantizar el éxito frente a cualquiera complicación.

Las diferentes técnicas de la cesárea segmentaria exigen una serie de detalles previos que para evitar repeticiones inútiles los describiremos a continuación; éstos se refieren a la anestesia, al paciente, a los cirujanos y a los ayudantes.

Es frecuente que se use la anestesia general por inhalación, cloroformo, éter, protóxido de azoe, etc., personalmente hemos empleado la anestesia al éter, y la raquídea con la solución C de Novocaina suprarrenina Bayer al 5%, le damos la preferencia a esta última, siempre que no tenga contraindicaciones y el feto conserve sus energías vitales, ausencia de sufrimiento. Así se consigue que el silencio abdominal sea más grande y profundo, que la retracción uterina sea más potente, que la pérdida de sangre se reduzca, o no exista y que el post-operatorio evolucione sin mayores accidentes (Brindeau). La anestesia local debe emplearse en ciertas indicaciones de excepción, cardiopatía, neumopatía (Greenhill, Frey, Pou Orfila, A. Peralta Ramos, que aboga por su extensión).

Empleando la anestesia raquídea con la solución C de Novocaina suprarrenina Bayer, previa inyección de 0.25 gr. de benzoato de cafeína, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efetonina Merck, y colocando después a la paciente en decúbito dorsal con la cabeza levantada, hemos obtenido los mejores resultados; en una que otra operada, se ha presentado cefalalgia varios días o insomnio un poco mortificante y persistente.

La preparación de la paciente significa afeitar el monte de Venus, evacuar la vejiga y sedar el sistema nervioso; no empleamos jamás opio, ni sus derivados.

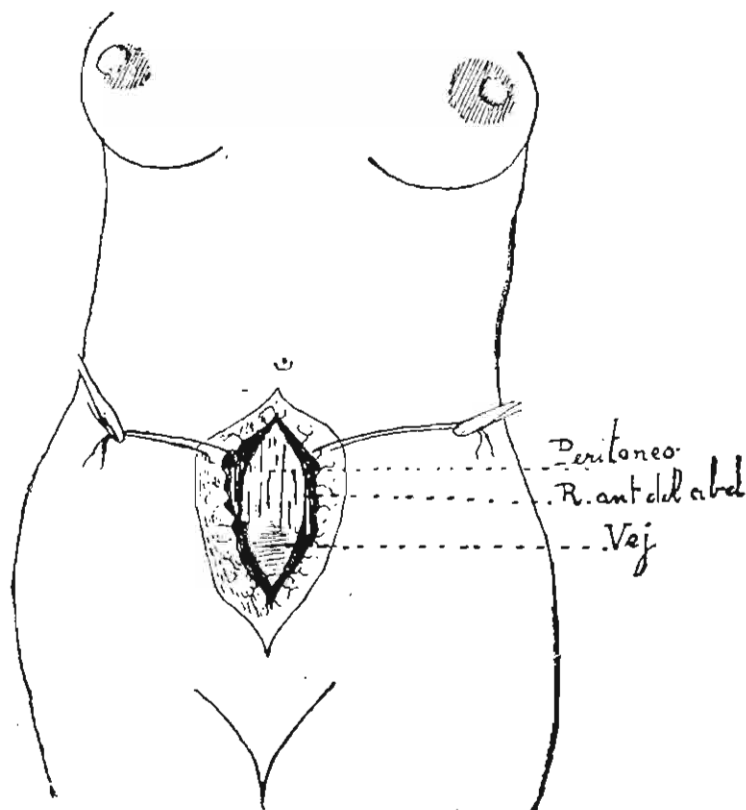
La preparación del cirujano, de los ayudantes y del campo operatorio, es igual a la que se usa para cualquiera laparatomía.

Las técnicas operatorias seguidas en la cesárea segmentaria son múltiples, derivadas unas de otras en gran número

de casos; nosotros hemos adquirido experiencia empleando el procedimiento de Latzko, Doderlein, Küstner, en la cesárea segmentaria extraperitoneal pura; y la técnica de Opitz, en la segmentaria suprasinfisaria o transperitoneal; nos concretaremos a describir estas técnicas, señalando muy a la ligera los otros procedimientos o métodos.

### OPERACION CESAREA SEGMENTARIA EXTRAPERITONEAL

En la cesárea segmentaria extraperitoneal se llega al útero por una vía que no secciona el peritoneo, lo que permite mantener la cavidad abdominal aislada en forma natural y



Esquema No. 1.—Incisión de la piel, tejido celular y aponeurosis. Separación de los rectos. Descubrimiento del peritoneo y vejiga.

libre de contaminaciones; la incisión radica sobre el segmento inferior.

La indicación de esta cesárea surge cuando, al no poderse extraer el feto vivo más que por el abdomen, las otras técnicas de histerotomía, clásica, segmentaria, se excluyen ante la amenaza de una infección peritoneal.

#### OPERACION CESAREA EXTRAPERITONEAL PURA. TECNICA DE LATZKO, DODERLEIN, KÜSTNER

Tiempos operatorios: **la operación** (paciente en decúbito dorsal, mesa en posición de Trendelenburg moderada), se ejecuta en los siguientes tiempos:

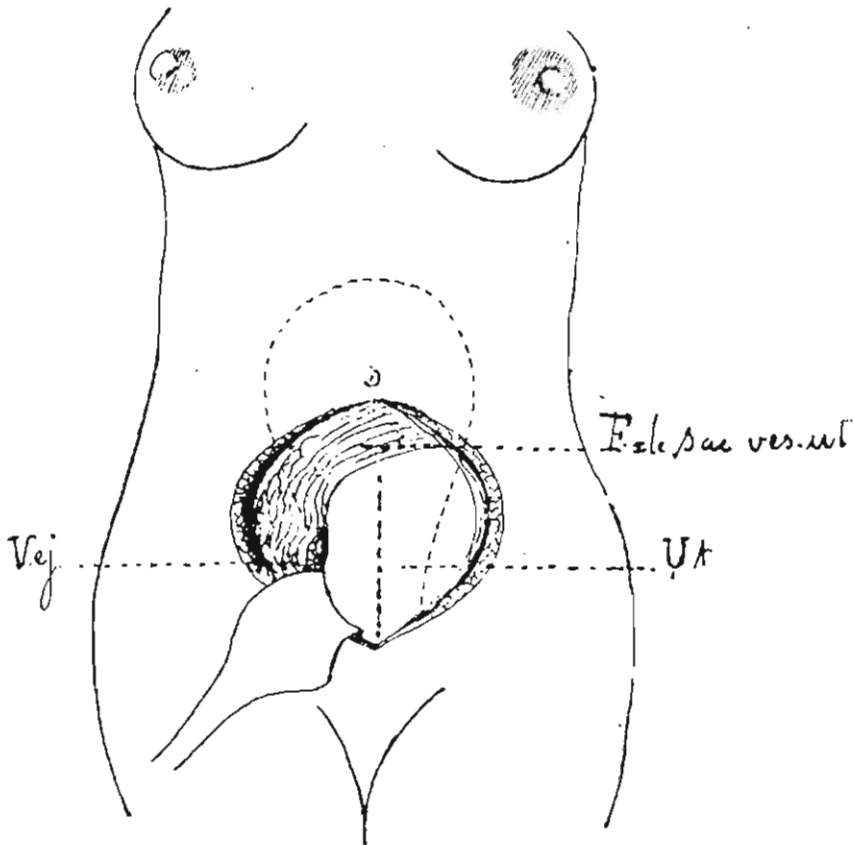
Primero: **incisión mediana infraumbilical de la pared del abdomen**, desde el surco genito abdominal hasta el ombligo; en este tiempo se seccionan con cuidado la piel, el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis, esta última con gran precaución, hasta llegar al tejido celular preperitoneal en donde el bisturí se detiene para evitar las lesiones del peritoneo parietal sobre todo en la parte alta, que es muy delgado, debido en gran parte a la distensión de las paredes y a la separación de los rectos mayores, por el embarazo.

Segundo: **separación de los bordes internos de los rectos anteriores mayores del abdomen**, y despegamiento de la hoja posterior de la vaina del recto anterior izquierdo para dejar libre el peritoneo (Esquema N<sup>o</sup> 1).

Tercero: **desviación de la vejiga hacia la derecha e introducción de uno o dos dedos hasta ponerse en contacto con la cara posterior del pubis** y luego reclinándolos hacia abajo y lateralmente, separar por medio de una gasa bien seca, las uniones laterales de la vejiga con el utero, siguiendo de izquierda a derecha y de abajo arriba, hasta llegar más allá de la parte lateral de la cara anterior del segmento inferior cerca de la línea media; así se descubre en suficiente extensión la porción necesaria de la cara anterior del segmento inferior que servirá para hacer la incisión; **luego se secciona el ligamento lateral izquierdo de la vejiga** (arteria umbilical) lo que facilita su desprendimiento; para evitar dificultades en este tiempo, se puede hacer visible el borde vesical inyectando líquido en el interior de este órgano (Latzko, Physick) o pro-

yectando la luz de un citoscopio en su cavidad (Esquema N<sup>o</sup> 2).

Cuarto: **determinación del pliegue peritoneal vesico-uterino.** A menudo este reparo, fundamental para seguir la operación, se distingue como una "línea blanquecina que se destaca transversalmente en el tejido conjuntivo rojizo (Doder-



Esquema No. 2.—Despegamiento del peritoneo visceral y de la vejiga. Separación de la vejiga y descubrimiento del segmento inferior. Línea de la incisión.

lein), y a una altura variable según el desarrollo que haya alcanzado el segmento inferior (Sellheim). Pero otras veces es difícil reconocer su existencia; debiéndose "tirar hacia arriba" para distinguir por la "blandura" y el "fácil deslizamiento" de ambas hojas peritoneales, si se está aún sobre ellas o por debajo de su pliegue de reflexión. Localizado ese pliegue se actúa obtusamente hacia arriba y se le rechaza hasta des-



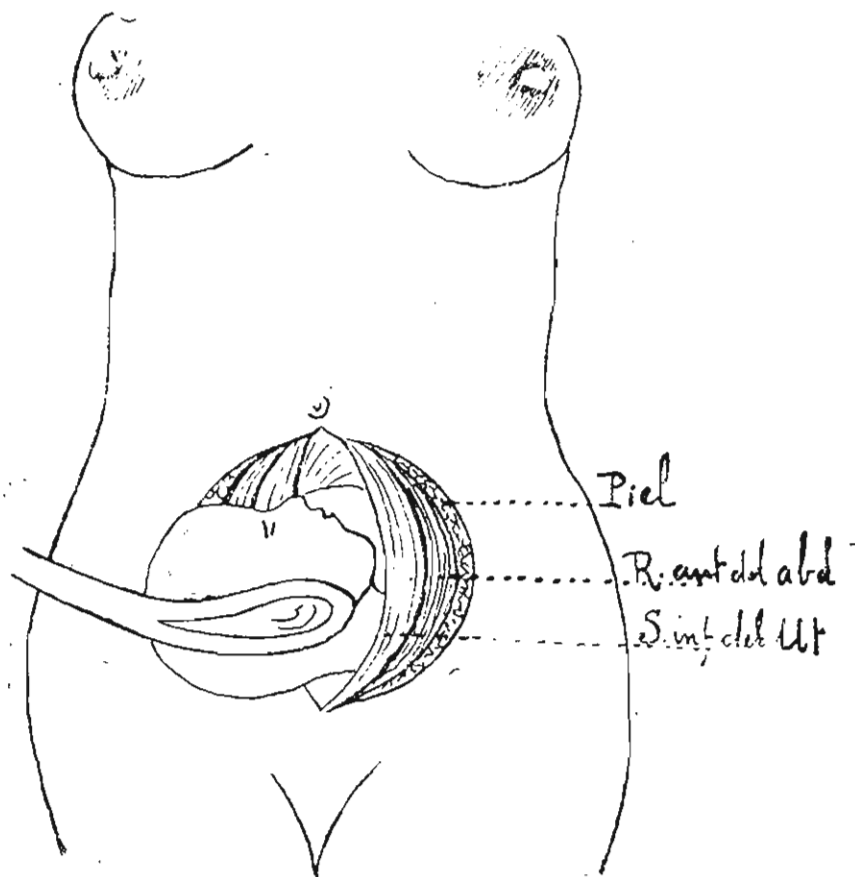
cubrir la superficie del útero indispensable para extraer el feto.

Para evitar toda dificultad creemos que es mejor, una vez seccionado el ligamento lateral izquierdo de la vejiga, continuar el despegamiento del peritoneo visceral de abajo arriba hasta llegar al sitio en donde la serosa uterina es fija y no se puede desprender; esta es la forma en que hemos procedido en este tiempo y nos ha permitido dejar al descubierto la cara anterior del segmento inferior en extensión suficiente para hacer la extracción de la cabeza fetal.

**Quinto: Colocación de una valva pequeña o separadores para alejar la vejiga** y dejar al descubierto la cara anterior del segmento inferior; incisión vertical de la pared uterina en toda la longitud de la porción descubierta. Al separar la vejiga se observan los vasos uterinos serpenteando por el borde izquierdo del útero, y el ureter que describe una curva en la parte inferior, para abordar la vejiga. La sección de la pared del segmento inferior es poco sangrante en los casos de trabajo largo, salvo cuando está implantada la placenta, que dá lugar a hemorragias, algunas veces intensas; la mejor forma de hacer la hemostasia es vaciando rápidamente el útero (Esquemas Nos. 2 y 3).

**Sexto: Extracción del feto y de los anexos ovulares.**—Las membranas pueden haber estado todavía íntegras y romperse al incidir el útero, el líquido amniótico al salir, inunda el campo operatorio, o ser sangre; en ambas circunstancias se debe embeber gasas para limpiar; o servirse de un aspirador para absorberlos y poder extraer el feto; si la presentación es cefálica, se hace una aplicación ordinaria de forceps; o si la cara es accesible, se introduce uno o dos dedos en la boca del feto y se lleva la línea facial para que coincida con el eje de la herida y se aplica el forceps y con ayuda de expresión se extrae; o, también, se puede tirar la cabeza con una pinza colocada a la altura de la fontanela menor y obligarla a flexionarse (Küstner); o servirse de palancas, ya sea la de Sellheim, o la de Farabeuf, que colocada por detrás de la cabeza y apoyándose sobre la sínfisis del pubis la levante, mientras se exterioriza con ayuda de la expresión del fondo del útero. Y si las nalgas son las más accesibles, o la cabeza huye, se puede hacer versión; se tracciona desde uno de los pies; extrayendo la cabeza por una maniobra parecida a la de Mauriceau.

Terminada la extracción del feto se procede al desprendimiento de la placenta por alumbramiento manual o artificial; luego se le inyecta a la paciente 1 gr. de Ergotina con 5 unidades de Pituitrina por vía intramuscular y **3 unidades de Pituitrina por vía intravenosa**; esta conducta permite cum-

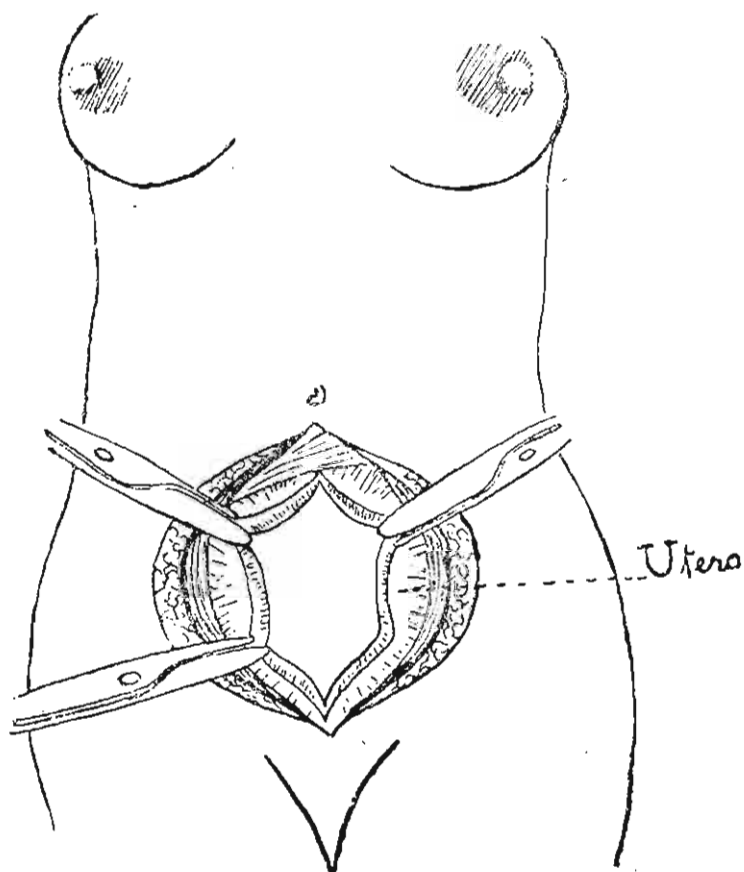


Esquema No. 3.—Extracción del feto con el Forceps. Alumbramiento artificial o por expresión.

plir el tiempo siguiente en un ambiente casi sin sangre; y evita el taponamiento intrauterino con gasa yodoformada aconsejado hasta hace poco tiempo por Doderlein y que hoy el mismo autor lo ha abandonado reemplazándolo por medicamentos hemostáticos de acción sobre la fibra uterina (Esquema N° 3).

Séptimo: **Sutura del útero**; se toman los bordes de la herida con pinzas de anillo, se introduce una gasa en la cavidad

uterina que después se retira; y luego se hacen dos planos de sutura: el primero con puntos continuos, que atraviesan el espesor de la pared y salen en puntos simétricos, con catgut; y el segundo, que cubre al anterior y afronta la pared restante, inclusive ese espesamiento superficial que tiene a veces con-



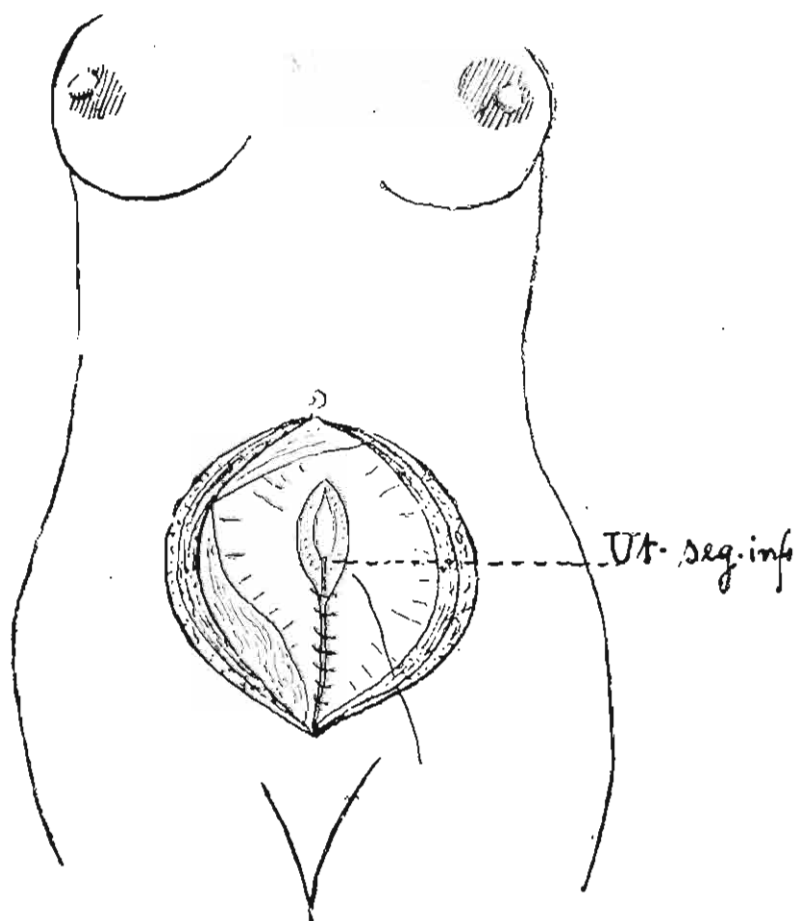
Esquema No. 4.—Reparo de los bordes de la sección del segmento inferior con pinzas.

sistencia de fascia; se hace, también, sutura continua con catgut; hay algunos que usan puntos separados (Esquemas Nos. 4 y 5).

Octavo: **Colocación de un dren delgado forrado en gasa en el parametrio izquierdo**, fijándolo en el ángulo inferior de la herida de la pared del abdomen; o haciéndolo salir a través de un ojal hecho a nivel del borde externo del recto ante-

rior izquierdo, en su tercio inferior, parte más baja; y aproximación de los bordes internos de los rectos anteriores por puntos en U (Esquema N<sup>o</sup> 6).

Noveno: **Cierre de la pared del abdomen en dos planos:** primero la aponeurosis con puntos de sutura continua con catgut; segundo, la piel con crines de Florencia y agrafes.

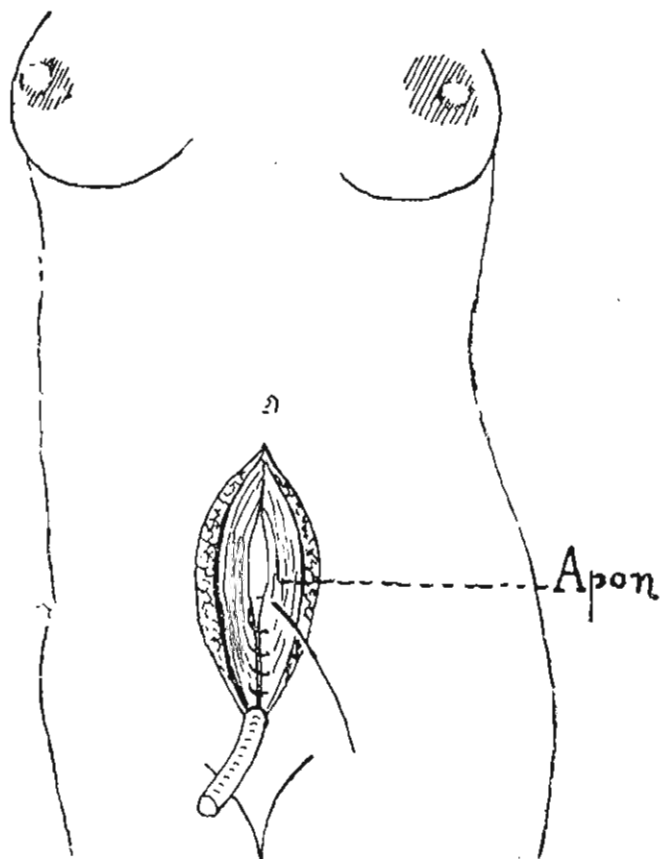


Esquema No. 5.—Sutura del segmento inferior en dos planos.

**Variantes de la técnica.**—Se ha utilizado la incisión del abdomen paralela al pliegue de la ingle (Dührssen), la transversal de Phannestiel, o todavía la extramediana de Küstner.

Para desprender la vejiga se ha propuesto (Latzko) llevarla lateralmente de izquierda a derecha, junto con el pliegue peritoneal (Cholmogoroff, Jehreiss, Eversmann).

La cesárea segmentaria extraperitoneal puede practicarse por medio de artificios; así Frank fué el primero que después



Esquema No. 6.—Sutura de la aponeurosis. Sutura de la piel. Colocación del dren en el parametrio izquierdo y fijación en el ángulo inferior de la pared.

de haberla ejecutado por el método puro, los inconvenientes encontrados fueron de tal naturaleza, que tuvo que seccionar la serosa de la pared del abdomen para suturarla a la del útero antes de la histerotomía; dando origen a la cesárea extraperitoneal por "artificio"; variantes de esta técnica han sido propuestas por otros autores; entre las que debemos de señalar la de Sellheim IV y III; Baum, Kouwer; Ouille, L. Mi-

chon, Jeannin, S. García Marruz y F. S. Villalta, etc.; todas estas técnicas tienden a excluir la cavidad abdominal y a evitar su contaminación.

### INDICACIONES

La cesárea segmentaria extraperitoneal puede emplearse **en todos los casos; ya sean éstos puros, sospechosos o infectados**, así lo indican Doderlein, Bumm, Küstner, Chamorro, y otros; los buenos resultados obtenidos, permiten afirmar que la cesárea extraperitoneal responde a los fines para que fué creada. La mortalidad total es pequeña si se tiene en cuenta la no selección de los casos; y resulta menor aun la mortalidad operatoria si se delimita con cuidado aquello que a la intervención es imputable y aquello que debe ser atribuído a otros factores; las estadísticas que en seguida menciono son lo suficientemente claras.

Küstner (publicación de 1915) 101 casos, ninguna muerte atribuible a la intervención. Dentro de éstos, 53 casos no eran puros.

Bumm de Berlín, 112 casos operados; 4 muertes. Total 2.8% de mortalidad.

Doderlein de Munich, 139 casos; 5 muertes. Total 2.33% de mortalidad.

Enea, 442 casos, con un total de 3.44% de mortalidad.

Czyzewick, 176 casos, 8.5% de mortalidad.

### INCONVENIENTES

La dificultad con que se tropieza más a menudo consiste en no poder descubrir el pliegue vesico-uterino, clave de la operación. Si esto ocurriera se debe distender más el reservorio urinario o intensificar la luz del citoscopio (en 16 operaciones sobre 116, Bumm debió desistir de esta técnica por tal causa). En la reducción del campo operatorio, también existe otro inconveniente que más tarde soluciona el volumen fetal al extender la herida del útero, con el peligro de abrir el peritoneo. También puede ser difícil la extracción del feto si exige una amplitud de espacio que esta técnica no lo puede dar.

Se objeta a la cesárea extraperitoneal, que la integridad anatómica y funcional de la serosa, una vez despegada para dejar al descubierto el segmento inferior, pues, se supone por algunos que en tales circunstancias el peritoneo pierde en gran parte su capacidad protectora, por quedar adelgazado, alterada su estructura y comprometida su nutrición y vitalidad; Küstner asevera de que en sus numerosos casos operados no ha visto jamás necrosis peritoneales demostrativas de la mencionada nutrición defectuosa; el peritoneo, cualquiera que fuere su grosor, conservó siempre su eficacia como valla antimicrobiana; por lo demás este poder de detención de los gérmenes no es un mero fenómeno mecánico, sino un hecho biológico, dependiente de las células peritoneales, cuya vitalidad afirma Küstner que no vió jamás comprometida.

#### COMPLICACIONES DE LA OPERACION

La abertura accidental del peritoneo es la complicación más común. Se produce al desprender el pliegue vesico-uterino o al agrandarse la herida del útero mientras se saca el feto; pero este hecho que hace perder la pureza de la operación, es por regla general sin consecuencias, porque su sutura inmediata hace desaparecer los peligros de contaminación de la serosa (28% Weibel; 24% Roemer; 27% Bumm; 50% Baum); sin embargo, recordando que la cesárea extraperitoneal, se practica en deficientes condiciones de asepsia de la matriz en gran número de casos, este accidente puede ir seguido de peritonitis. También puede herirse la vejiga al despegarse sin tomar precauciones; en este caso se hará la sutura de este órgano en dos planos y se colocará una sonda permanente por espacio de 12 días.

La hemorragia de la pared del útero es a veces tan temible, que se debe abandonar la histerotomía si se descubre gruesos vasos venenosos atravesando la región a incidir (Doderlein).

Por último el tejido celular pelvi subperitoneal supura con bastante frecuencia, dando lugar a la formación de abscesos y flegmones del parametrio; pero al decir de Küstner estos procesos supurativos rara vez causan la muerte, y cuando por excepción la ocasionan, la autopsia demuestra que no se había

dejado al tejido celular en buenas condiciones y se había olvidado el drenaje.

#### PRONOSTICO

Los resultados obtenidos son para algunos muy contradictorios. Küstner hace notar que, mientras en las laparatomías mejor logradas se observan con frecuencia signos de reacción peritoneal en forma de ileo paralítico (timpanismo mayor o menor y dificultad a la expulsión de gases) en la cesárea extraperitoneal no se observa nunca tales incidentes; las operadas siguen un curso post operatorio semejante al puerperio ordinario. "Esas mujeres, dice Baisch, no dan verdaderamente la impresión de laparatomizadas", esta afirmación es completamente cierta si nos atenemos a nuestra modesta experiencia.

Hace notar, además Küstner, que antiguamente, cuando sólo se practicaba la cesárea clásica, al repetirla en una misma mujer, aparecían casi siempre adherencias viscerales, las cuales, aunque a veces escasas y poco fuertes, no dejaban de ser la consecuencia y la expresión de una realizada importación de gérmenes. Nada de ello ocurre cuando, cierto tiempo después de una cesárea extraperitoneal, se abre el vientre: éste aparece entonces tan libre de toda huella de contaminación y de inflamación como no se ve después de ninguna otra laparatomía; estas afirmaciones las hemos comprobado personalmente.

**La mortalidad materna** oscila entre 3% y 30%, según la importancia de la infección ovular en el momento de intervenir (3% entre 377 operaciones, Martius; 3.34%, Taniguchi; 4.89% Doderlein; 7.3% Latzko; 6.7% entre los casos "puros" o "sospechosos", 30% entre los infectados, Winter). Contribuyen en mucho a estos porcentajes la peritonitis y la anemia aguda post hemorragia.

**La morbilidad materna** se refiere principalmente a las lesiones de la vejiga (7% Stoeckel; 10% Martius; 2.5% Baumann; 6.5% Küstner) y a la infección del tejido celulo-adiposo subperitoneal.

**La mortalidad fetal** es mayor de la que causan otras técnicas de histerotomía (7.2% Lonne; 4% Doderlein; 4% Küstner); aunque debe reconocerse que las malas condiciones ovulares (infección) influyen mucho en los resultados. La



asfixia es la consecuencia a veces de la dificultad que existe para la extracción.

### CASUISTICA

Veamos ahora las Historias Clínicas, sintentizadas, de los casos operados y los resultados inmediatos y lejanos de algunas de éstas:

HISTORIA N<sup>o</sup> 1.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana, Felipa O., india, soltera, natural de Huaraz, de 15 años de edad, primípara; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad, el 21 de Dic. de 1937 con dolores de parto, procede de Lima. Menarquia a los 14 años, tipo 4/30, regular en su presentación, y con dolores intensos en el hipogastrio y la región lumbar. A los 8 años sufre una caída con fractura de los huesos del antebrazo, desde esa edad observa que se le deforman los huesos en general, apareciéndole tumoraciones en distintos puntos. El último período fué el 15 de marzo, de cuatro días de duración; tiempo aproximado del embarazo, 9 meses. El examen clínico dá los siguientes datos: talla pequeña (1.38 m.), miembros cortos y deformados, con tumoraciones en las epífisis, ensilladura lumbar; vientre en obús, cabeza grande y movable, dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; altura del útero 34 cm., circunferencia 104 cm. Pelvimetría: biespinoso 23 cm., bicrestal 25 cm., bitrocantereo 30 cm., Baudelocque 19 cm., conjugado diagonal 9 cm., conjugado verdadero 7 y ½ cm. Todos los diámetros están disminuídos, pelvis general y regularmente estrecha; maniobra de Müller negativa; permanece en el servicio durante 24 horas haciendo su parto de prueba, habiéndosele roto precozmente las membranas (12 horas); sin que se observe posibilidad de terminación espontánea, se decide intervenir practicando cesárea extraperitoneal el día 22 de Diciembre de 1937; se extrae con el forceps un feto vivo, de sexo masculino y de 3,700 gr. de peso; la placenta se desprende por alumbramiento artificial y pesa 700 gr.

En el post-operatorio se presentan durante los cinco primeros días, disnea moderada, ligero balonamiento del vientre, taquicardia, temperatura de 38°, tenesmo vesical; estos síntomas disminuyen en los días posteriores, para desaparecer

por completo al 12º día; a partir del cual no queda sino el cuidado y curación de la herida de la pared. La enferma abandona el Servicio a los 42 días, curada y sana.

Nota:—Un año y nueve meses después de la operación es nuevamente fecundada, este segundo embarazo evoluciona sin accidentes, llega a término y se le hace cesárea segmentaria transperitoneal; véase historia Nº 33.

HISTORIA Nº 2.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana e inminencia de rotura del útero.—Felicita B., mestiza, casada, de 30 años de edad, natural de Chancay, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad el día 22 de Mayo de 1938 con dolores de parto; procede de Lima. Menarquia a los 14 años, tipo 8/30, regular en cantidad y presentación; ha tenido seis hijos nacidos a término con partos largos y prolongados; un aborto de 4 meses. Multípara, octavo embarazo; fecha de la última regla, el 15 de Agosto de 1937; tiempo aproximado de la gestación, 9 meses; se encuentra de parto desde hacen 17 horas, con rotura prematura de la bolsa de las aguas. Examen clínico: talla pequeña, agitada, pulso frecuente; vientre voluminoso; línea bruna bien marcada; cabeza grande y alta; dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; útero en forma de reloj de arena; dilatación de 6 cm.; membranas rotas. Diámetros de la pelvis ligeramente disminuídos; biespinoso 22 cm., bicrestal 26 cm., bitrocantereo 28 cm., Baudelocque 19 cm., conjugado diagonal 10 cm., conjugado verdadero 8 cm. Pelvis general y regularmente estrecha y plana, con cabeza grande, alta y fija en el estrecho superior, desproporción pelvi-fetal; con signos de inminencia de rotura del útero y parto de prueba espontáneo sin éxito; obligan a terminar el parto por cesárea extraperitoneal el 22 de Mayo de 1938; se extrae con forceps un feto vivo de sexo masculino y de 4.100 gr.; la placenta se desprende por alumbramiento artificial y pesa 500 gr.

En el post-operatorio se presenta hemorragia, que desaparece rápidamente por tratamiento apropiado; se observa durante los tres primeros días ligero meteorismo, taquicardia moderada, temperatura que llega hasta 38º durante ocho días; luego ésta desciende y el 11º día se establece la apirexia definitiva, quedando simplemente la herida de la pared, que a pe-

sar de haberse infectado, cicatriza bien y la enferma sale curada a los 32 días.

Nota: Un año y siete meses después de ser operada, es nuevamente fecundada; este embarazo evoluciona sin accidentes, llega a término, el parto es espontáneo y el puerperio normal; nace una niña viva de raza mestiza y de 3.600 gr. de peso, el día 22 de Setiembre de 1940.

HISTORIA Nº 3.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana.—Felícita C., india, soltera, de 17 años, natural de Cerro de Pasco, procede de Lima, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad, el día 9 de Junio de 1938, con dolores de parto. Menarquía a los 11 años, tipo 5/30, irregular en su presentación y en cantidad. Primípara, no recuerda la fecha de su última regla; tiempo aproximado del embarazo 8 y  $\frac{1}{2}$  meses, trabajo de parto desde hacen 6 horas. Examen clínico: talla pequeña, miembros cortos y deformados; vientre grande, globuloso, en obús; cabeza alta y movable; dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; altura del útero 30 cm., circunferencia 94 cm.; dilatación de 2 cm., cabeza alta; membranas rotas precozmente. Se le somete a la prueba del trabajo durante 30 horas, sin éxito; habiendo tenido las membranas rotas por espacio de 19 horas. La pelvis tiene reducidos todos sus diámetros, siendo más marcado el Baudelocque; la pelvimetría nos dá: biespinoso 21 cm.; bicrestal 24 cm.; bitrocantereo 36 cm.; Baudelocque 16 cm.; conjugado diagonal 10 cm.; conjugado verdadero 8 y  $\frac{1}{2}$  c. Se trata de una pelvis general y regularmente estrecha, con desproporción pelvi-fetal. Habiendo fracasado el parto de prueba, se procede a la terminación artificial del parto, haciendo cesárea extraperitoneal el día 10 de Junio de 1938; se extrae con el forceps, feto vivo, de sexo femenino, de 3,300 gr. de peso; y la placenta se desprende por alumbramiento artificial, pesa 400 gr.

En el post-operatorio, se presenta el día de la intervención, crisis convulsiva con contractura generalizada y cefalalgia intensa, ¿eclampsia?, este accidente no se repite después; en los dos primeros días se observa ligero meteorismo del vientre y aceleración del pulso; temperatura de tipo irregular por espacio de 17 días con alzas hasta 40º, seguida de días de api-

rexia o subfebriles; después de los 17 días la fiebre desaparece definitivamente; sólo queda la herida de la pared que cicatriza bien, y la enferma sale curada a los 31 días.

HISTORIA N<sup>o</sup> 4.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana.—Carmen R. E., mestiza, soltera, de 21 años de edad, natural de Trujillo, procede de Lima; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad el día 12 de Junio de 1938, con dolores de parto. Menarquia a los 11 años, tipo 5/30, irregular y con dolores. Hacen dos años sufrió de dolores en la fosa iliaca derecha, con trastornos de la marcha, cólicos hepáticos y alteraciones digestivas, deposiciones de sangre roja rutilante.

Primípara, fecha de su última regla el 3 de Setiembre de 1937; tiempo aproximado del embarazo 9 meses. Examen clínico: mujer de talla pequeña (1.40 m.) con caderas ensanchadas, fuerte ensilladura lumbar, vientre grande, globuloso, péndulo; cabeza grande y movable; dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; dilatación de 5 cm., membranas rotas precozmente (6 horas), cabeza alta, promontorio accesible. La pelvimetría dá los siguientes diámetros: biespinoso 26 cm., bicrestal 28 cm., bitrocantereo 32 cm., Baudelocque 18 cm., conjugado diagonal 9 cm., conjugado verdadero 7 y  $\frac{1}{2}$  cm.; primípara con pelvis plana raquíca, los diámetros biliacos y bicrestal sensiblemente iguales; con desproporción marcada pelvifetal, febril, sin posibilidades de parto espontáneo, nos obligan a hacer la terminación artificial del parto por cesárea extraperitoneal, el día 12 de Junio de 1938. Se extrae con el forceps un feto vivo de sexo femenino, de 3,500 gr. de peso; la placenta se desprende por alumbramiento artificial con un peso de 750 gr.

En el post-operatorio se observa desde los primeros días el desarrollo de síntomas de endometritis puerperal, con secreción loquial fétida, dolor en el hipogastrio; temperatura durante 13 días, que oscila entre 38<sup>o</sup> y 37<sup>o</sup>2, al cabo de los cuales desaparece, bajando también el pulso que estuvo acelerado en los primeros días; quedando simplemente la herida de la pared que cicatriza y la enferma sale curada a los 34 días.

Nota.—Diez meses después de la operación es fecundada nuevamente; este segundo embarazo evoluciona sin grandes complicaciones, llega a término y se hace cesárea segmentaria transperitoneal con esterilización el día 21 de Enero de 1940; véase historia N<sup>o</sup> 28.

HISTORIA N<sup>o</sup> 5.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por placenta previa central.—Felícita B., blanca, casada, de 30 años de edad, natural de Lima; procede de Lima; ingresa al servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad, el día 3 de Junio de 1938, por hemorragias genitales. Menarquia a los 15 años, tipo 8/30, regular en cantidad; fecha de la última regla el 27 de Octubre de 1937; tiempo aproximado de la gestación 7 y  $\frac{1}{2}$  meses. Multipara, ha tenido cinco partos espontáneos y a término. El día anterior a su ingreso al servicio presenta fuerte hemorragia, sin dolor. Examen clínico: mujer de talla regular, pálida, con pulso frecuente; vientre pequeño, globuloso, polo cefálico alto, dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; cuello cerrado de múltipara, sensación de cuerpo extraño blando a través del segmento inferior. Se prescribe reposo, y en el curso de veinte días presenta tres hemorragias abundantes que ponen a la gestante en malas condiciones generales. Se decide intervenir, por tratarse de placenta previa central, confirmada antes de la operación. Se practica cesárea extraperitoneal; extracción por versión de feto prematuro que sale vivo, peso 2,000 gr., es de sexo masculino, mestizo; pero muere a las pocas horas; la placenta se extrae por alumbramiento artificial, peso 510 gr.; rasgadura del peritoneo en el curso de la intervención, sutura inmediata; hay también hemorragia abundante que se trata convenientemente.

En el post-operatorio, solamente se presenta temperatura durante tres días, con aceleración del pulso; luego desaparece ésta y continúa la evolución favorable; esta operada permanece en el servicio curándose la herida de la pared, hasta su completa cicatrización, y sale de alta sana, el 20 de Julio de 1938.

HISTORIA N<sup>o</sup> 6.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por placenta previa.—Victoria R., india, soltera, de 32 años de edad, natural de Mala; procede de Lima; ingresa al Servicio

Nº 5 de la Maternidad, el día 17 de Junio de 1938, por hemorragias genitales.

Menarquia a los 13 años, tipo 3/30, en pequeña cantidad y sin dolor; ha tenido cuatro embarazos que llegaron a término, con partos espontáneos y un aborto seguido de curetaje. Fecha de la última regla, el 6 de Octubre de 1937; tiempo aproximado de la gestación 8 meses; presenta hemorragias cada vez más abundantes, con periodos de calma desde el 8 de Junio.

Examen clínico: mujer de talla regular, pálida, con pulso frecuente; vientre grande, globuloso, cabeza alta, sensación de almohadilla por la palpación profunda, dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; cuello de múltipara cerrado, sangre en los genitales externos; presencia de cuerpo blando a través del segmento inferior. Se le prescribe reposo y régimen apropiado durante diecinueve días, y al repetirse las hemorragias, se decide intervenir, haciendo cesárea segmentaria extraperitoneal, por placenta previa central, el día 6 de Julio de 1938; se extrae con el forceps, un feto vivo de sexo masculino, mestizo, de 3,100 gr. de peso, la placenta se desprende por alumbramiento artificial, peso 500 gr.

En el post-operatorio se observa alza moderada de la temperatura durante seis días, con aceleración del pulso; ligera dolorabilidad del vientre los dos primeros días; luego la fiebre desaparece en forma definitiva, con remisión del pulso; siguiendo una evolución tranquila, la enferma permanece en el Servicio curándose la herida de la pared, se le da de alta el 5 de Agosto, completamente sana.

Nota.—Un año y tres meses y medio después de ser operada, es nuevamente fecundada; la gestación evoluciona sin accidentes, sólo recuerda haber sufrido de fenómenos de excitación que duraban dos días en las fechas de los periodos, y dolores inguinales; el embarazo llega a término, con parto espontáneo y puerperio normal; nace viva una niña con buen peso, el día 27 de Julio de 1940; el parto tiene lugar en su domicilio.

HISTORIA Nº 7.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana.—Luisa G., india, soltera, de 18 años de

edad, natural de Huánuco, procede de Lima; ingresa al servicio N° 5 de la Maternidad, el día 11 de Julio de 1938, por embarazo complicado con nefrosis.

Menarquia a los 13 años, tipo 3/26, irregular, en pequeña cantidad y con dolor; fecha de la última regla el 26 de Setiembre de 1937; tiempo aproximado de la gestación nueve meses; sufre edema de los miembros inferiores de el quinto mes.

Examen clínico: mujer de talla pequeña, con miembros cortos y deformados, pulso lleno y regular, edema de los miembros inferiores; vientre grande, globuloso, en obús, cabeza alta, grande, movable; dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; cuello de nulípara sin modificaciones, promontorio accesible; diámetros de la pelvis disminuídos; la pelvimetría dá los siguientes datos: diámetro biespinoso 20 cm.; bicrestal 22 cm., bitrocantereo 28 cm., Baudelocque 17 y  $\frac{1}{2}$  cm.; conjugado diagonal 9 y  $\frac{1}{2}$  cm.; conjugado verdadero 8 cm. Se trata de pelvis general y regularmente estrecha, con feto grande. Dos días después de su ingreso al Servicio, se inicia el parto, permanece en observación durante tres días, tiempo en el cual se constata inercia primitiva del período de dilatación, ésta apenas si llega a 4 cm.; el parto no progresa, la cabeza permanece siempre alta, sobrevienen signos de fatiga de la parturienta, y como la bolsa de las aguas se encuentra intacta se decide terminar el parto haciendo cesárea segmentaria extraperitoneal, el día 15 de Junio de 1938. Se extrae con el forceps un feto vivo, de sexo masculino, blanco, de 3,300 gr. de peso; la placenta se desprende por alumbramiento artificial, pesa 520 gr.; en el curso de la operación se desgarran el fondo de saco vesico uterino en el momento de extraer la cabeza, sutura inmediata sin accidentes.

En el post-operatorio se observan signos de bronquitis ligera, temperatura moderada, pulso en relación, durante tres días; baja de temperatura a la normal y la enferma entra en plena calma, en franca mejoría, permanece en el Servicio hasta la completa cicatrización de la herida de la pared, se le da de alta, sana, el día 6 de Agosto de 1938.

HISTORIA N° 8.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por placenta previa central.—Isabel T., mestiza, soltera, de 39 años de edad, natural de Lima, procede de Lima; ingresa

al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 23 de Julio de 1938, a las 10 y 45 a. m., por hemorragias genitales.

Antecedentes: Menarquia a los 13 años, tipo 3/30 en pequeña cantidad y con dolores; a los 15 años primeras relaciones sexuales que modifican el ciclo menstrual a 5/28, haciéndose irregular en su aparición. Ha tenido un embarazo con parto a término en forma espontánea; niño vivo actualmente y tiene 4 años.

Estado actual: secundípara, fecha de la última regla el 4 de Octubre, tres días; tiempo aproximado del embarazo alrededor de nueve meses. Este ha evolucionado en los primeros meses con perturbaciones del apetito, rechazando algunos alimentos y luego en los últimos meses con una especie de bulimia. El día 28 de Junio tiene por primera vez pérdidas sanguíneas abundantes por sus genitales, con caracteres de hemorragia; es internada en la Maternidad en el Servicio N° 4, en donde es tratada convenientemente por espacio de siete días, siendo dada de alta en buenas condiciones. El 22 de Julio en la noche se le presentan nuevas hemorragias en mayor cantidad, es tratada por una partera, pero temerosa de que las pérdidas sanguíneas se repitan, se decide ingresar nuevamente a la Maternidad, en donde al ser examinada para su hospitalización, presenta nuevas hemorragias en forma abundante, lo que obliga a ser enviada al Servicio N° 5, el día 5 de Julio.

Al examen clínico se encuentran los siguientes datos: mujer bien desarrollada, pálida, pulso pequeño, frecuente, regular; vientre globuloso, de tamaño regular, línea bruna manifiesta, cabeza alta, movable, sensación de cuerpo blando en la parte profunda de la pelvis; dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda, son frecuentes, irregulares, alrededor de 140 al minuto; al tacto, sangre en los genitales externos, cuello con 3 cm. de dilatación, presencia de cuerpo blando y sangrante a nivel del orificio uterino, presentación no hay; a través del segmento inferior se puede percibir el peloteo de la cabeza. El examen de los diferentes aparatos no revela nada de particular. Se trata de una situación longitudinal cefálica izquierda, complicada con placenta previa central.

Frente a los trastornos serios que presenta la enferma, se decide intervenir de urgencia, haciendo cesárea segmenta-



ria extraperitoneal; previa anestesia raquídea, se consigue extraer por versión un feto masculino de 2,999 gr. de peso, muerto por asfixia intrauterina, placenta desprendida artificialmente, de 520 gr. de peso; en el curso de la operación se presenta hemorragia moderada a la sección del segmento inferior, y se desgarran en pequeña extensión el fondo de saco vesico-uterino en el momento de la extracción del feto, se le sutura en seguida; sutura de la pared uterina en dos planos con catgut; cierre de la pared del abdomen en dos planos y se termina colocando un dren en el parametrio izquierdo, fijándolo al ángulo inferior de la herida de la pared.

En el post-operatorio se presenta en primer lugar hemorragia secundaria del sitio de implantación de la placenta inmediatamente después de la operación; después los dos primeros días se observa temperatura de  $37^{\circ}4$ , pulso por encima de 98 al minuto, ligero meteorismo a nivel del epigastrio; luego la temperatura sube hasta  $38^{\circ}2$  durante dos días; baja a  $37^{\circ}6$  y se mantiene así dos días para descender definitivamente y entrar en período de franca mejoría; la sonda vesical es retirada al tercer día y el dren al cuarto; además, se produce en la enferma quemadura de segundo grado en el tercio inferior, cara externa, de la pierna derecha. La enferma permanece en el Servicio, curándose la herida del abdomen hasta su completa cicatrización; se le da de alta el 27 de Agosto, recomendándole continúe el tratamiento de la quemadura en el consultorio de cirugía del Hospital Loayza.

Nota.—Cinco meses y diez días después de ser operada, es fecundada nuevamente, el embarazo evoluciona con ligeros síntomas vago-simpáticos, llega a término, el parto es espontáneo, puerperio normal; nace una niña viva, de buen peso, el día 4 de Noviembre de 1938, en su domicilio.

HISTORIA N<sup>o</sup> 9.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por placenta previa central.

Francisca Ch., de raza negra, soltera, de 27 años de edad, natural de Moro, procede de Miraflores; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad el día 3 de Setiembre de 1938 por hemorragias genitales, ocupando la cama N<sup>o</sup> 12.

Antecedentes: Padre muerto de traumatismo craneano a consecuencia de una caída; madre viva y sana; han sido cinco hermanos de los que viven tres, sanos. Infancia y ado-

lescencia, sana. Menarquia a los 14 años, tipo 4/28, irregular en su presentación; relaciones sexuales a los 15 años, que modificaron su tipo a 3/28. Ha tenido cinco embarazos que han llegado a término; partos espontáneos, sin accidentes; en el cuarto parto nació un feto muerto y macerado, sin que se haya podido precisar la causa; un aborto de tres meses, hacen tres años, seguido de curetaje al octavo día, complicado con infección. De sus hijos tan sólo viven tres.

Estado actual: Múltipara, séptimo embarazo; fecha de la última regla, el día 12 de Diciembre de 1937, de tres días de duración; tiempo aproximado de la gestación 8 meses y 10 días. Refiere la enferma que durante los tres primeros meses ha sufrido de vómitos intensos; que en el mes de Julio presentó hemorragia en regular cantidad por sus genitales, que la obligaron a hospitalizarse; estuvo sometida a tratamiento apropiado durante varios días; y que el día 3 de Setiembre al amanecer, estando en reposo, en cama, se le presentó nueva hemorragia en fuerte cantidad, que la decidió a volver a la Maternidad en donde continuó perdiendo sangre en el Consultorio, hasta su ingreso al Servicio N° 5.

Examen clínico: Mujer bien desarrollada, disneica, pálida, febril, con pulso frecuente, regular; estado general comprometido. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre grande, globuloso, línea bruna marcada, cabeza alta y movable, sensación de almohadilla en el hipogastrio, dorso a la derecha, foco de los latidos fetales a la derecha (150) pequeños, débiles, irregulares; dilatación de 2 cm.; a través del orificio uterino se percibe cuerpo blando, sangrante, que cubre todo el orificio; sangre negruzca en los genitales externos; con estos signos se hace el diagnóstico de placenta previa central total. En el examen de los otros aparatos orgánicos sólo se descubre a nivel del aparato respiratorio signos de bronquitis. Hay además, un índice de coagulabilidad retardado (19 minutos).

Tratamiento.—Frente a la grave situación que presenta la parturienta, se procede a la terminación artificial del parto, haciéndole cesárea extraperitoneal; previa autohemoterapia de 20 cc. de sangre y raquianestesia a la Novocaína suprarrenina; en el curso de la operación se presenta fuerte hemorragia al incidir el segmento inferior, se extrae con el forceps, feto vivo de 2,800 gr. de peso, y la placenta por alum-

bramiento artificial de 780 gr. de peso; se produce desgarro del fondo de saco vesico-uterino, que se le sutura inmediatamente; se sutura la herida uterina en dos planos; se inyecta Pituitrina intravenosa por seguir la hemorragia, luego se cierra la pared del abdomen, dejando un dren fijo en el ángulo inferior de la sección de la pared, con el objeto de drenar el parametrio izquierdo; la mujer sale de la sala de operaciones en pésimo estado general; se ordena se le ponga suero fisiológico intravenoso y subcutáneo con Adrenalina y Pituitrina, estimulantes cardíacos, posición inclinada, transfusión sanguínea, calentamiento periférico, hemostático, etc.; para combatir la hemorragia secundaria que se ha presentado.

Post-operatorio.—La evolución post-operatoria, se presenta llena de accidentes, debida en gran parte a las condiciones en que fué operada de urgencia: febril, con bronquitis y anemia; la hemorragia secundaria duró por espacio de una hora después de la intervención, siendo convenientemente tratada por transfusiones y hemostáticos; al día siguiente el pulso es de 140 al minuto, temperatura de 38°, tos improductiva, se hace nueva transfusión; al segundo día, disnea intensa, insomnio, pulso de 120, temperatura de 36°4 en la mañana y 38°6 en la tarde, ligero timpanismo abdominal; al tercer día, vómitos biliosos, sed intensa, tos frecuente, pulso de 140, temperatura de 37°5, no hay meteorismo, se retira el dren; cuarto día, continúa la tos, temperatura de 37°, pulso de 180, respiraciones 20 al minuto; quinto día, tos frecuente, disnea, temperatura de 38°; al sexto día, dolor intenso en la axila izquierda, tos con expectoración sanguinolenta; los días que siguen continúa con los mismos síntomas, la temperatura oscila entre 38°2 y 39°2, hasta el duodécimo día que baja la temperatura y declinan los síntomas respiratorios, permaneciendo así tres días, al cabo de los cuales siente hormigueo en el miembro inferior izquierdo, dolor inguinal, luego fiebre alta, seguida de edema blanco, duro y doloroso del miembro izquierdo (flegmasia alba dolens), sigue febril durante ocho días con temperatura entre 39° y 37°, al cabo de los cuales desaparece en forma definitiva, entrando la paciente en pleno período de declinación de sus complicaciones y siendo sometida a tratamiento apropiado. se consigue su curación; habiendo permanecido en el Servicio durante largo tiempo, sien-

do dada de alta completamente sana el día 14 de Noviembre de 1938.

**HISTORIA N° 10.**—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana e inminencia de rotura del útero.—María P. V., de 28 años de edad, mestiza, casada, natural de Huancayo, lavandera, procede de Lima, ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad el día 24 de Octubre de 1938, con dolores de parto.

**Antecedentes:** los padres son muertos; la madre de reumatismo y el padre de un accidente; han sido siete hermanos que viven y son sanos. Ha sufrido de sarampión en la infancia, gripe y paludismo en su niñez, y bronconeumonía en su juventud; padece actualmente de dolores osteócopos.

**Menarquia** a los 13 años, tipo 3/30, con dolores e irregulares. Ha tenido tres embarazos que han llegado a término, presentando durante los primeros meses náuseas y vómitos; los partos fueron distócicos: el primero en presentación de nalgas, se le hizo extracción; el segundo, presentación cefálica, se extrajo con forceps, el tercero después de un período expulsivo prolongado terminó con expresión.

**Estado actual:** Múltipara, cuarto embarazo, no recuerda la fecha de su último período, tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la enferma que durante los tres primeros meses sufrió con náuseas y vómitos, que después desaparecieron; los primeros dolores de parto le comenzaron al amanecer el día 24 de Octubre, siguiendo en forma regular hasta la una del día, en que la bolsa de las aguas se le rompió; luego las contracciones fueron más intensas, obligándola a internarse en la Maternidad, donde los dolores continuaron todo el día hasta que en la mañana siguiente (día 25) fué examinada por el Jefe del Servicio.

**Examen clínico:** mujer con aspecto general intranquilo, agitada, pulso frecuente, de talla pequeña, con miembros inferiores incurvados, manos cuadradas. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre grande, globuloso, regular, línea bruna manifiesta; dorso a la derecha, foco de los latidos fetales a la derecha, cabeza alta, grande, movable; altura del útero 32 cm., circunferencia 96 cm.; al tacto membranas rotas, cabeza alta y rechazable, cuello con dilatación de 6 cm., no se tacta presentación, promontorio accesible. La pelvime-

tría externa da los siguientes diámetros: biespinoso 21 cm., bicrestal 24 cm., bitrocantereo 29 cm.; Baudelocque 17 cm.; conjugado diagonal 10 cm.; conjugado verdadero 8 y  $\frac{1}{2}$  cm.; todos los diámetros están disminuídos, la maniobra de Müller es negativa; y además el útero en el momento de las contracciones violentas que tiene la parturienta presenta la forma de reloj de arena. El examen de los diferentes aparatos orgánicos no revela nada de particular, salvo a nivel del aparato digestivo que presenta estreñimiento crónico y caries dentarias.

Diagnóstico: Estrechez pelviana, útero en inminencia de rotura.

Tratamiento.—Teniendo en cuenta los resultados del examen que indican desproporción pelvi-fetal, con parto de prueba sin resultado, que ha durado largo tiempo, con signos de inminencia de rotura del útero; se procede a la terminación artificial del parto haciendo cesárea extraperitoneal. Anestesia raquídea con Novocaína suprarrerina, se procede a la intervención, que permite extraer con el forceps un feto femenino, vivo de 3,250 gr. de peso; placenta de 500 gr., desprendida por alumbramiento artificial; se sutura la herida del segmento inferior y luego la pared anterior del abdomen, dejando un dren en el parametrio izquierdo que se fija al ángulo inferior de la herida de la pared; en el curso de la operación se rasga la vena uterina izquierda, que da salida a regular cantidad de sangre, se liga en sus dos cabos sin mayor dificultad.

Post-operatorio.—En el post-operatorio se presenta temperatura que oscila entre  $37^{\circ}$  y  $37^{\circ}8$ , durante 6 días, al cabo de los cuales desaparece en forma definitiva; pulso entre 100 y 112 durante el mismo tiempo, desciende luego para mantenerse alrededor de 82 al minuto, disnea los seis primeros días; ligero meteorismo abdominal durante tres días; la sonda vesical y el dren se retiran al tercer día; la enferma permanece en el Servicio hasta la completa curación de la pequeña herida abdominal y es dada de alta, sana, el día 23 de Noviembre de 1938.

HISTORIA N<sup>o</sup> 11.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana.—Ana A. B., india, soltera, de 22 años de edad, natural de Morococha, procede de Miraflores, ingre-

sa al Servicio N° 5 de la Maternidad el día 8 de Noviembre de 1938, con dolores de parto.

Antecedentes: padres muertos, ignora la causa; han sido cinco hermanos que viven y son sanos, en la infancia ha sufrido de sarampión; gripe en varias ocasiones. Menarquia a los 13 años, tipo 4/30 en regular cantidad y sin dolores.

Estado actual: primer embarazo, fecha de la última regla el 4 de Enero de 1938, de tres días de duración; tiempo aproximado de la gestación: 9 meses. Refiere la enferma que su embarazo ha evolucionado sin accidentes, y que sólo en los últimos días se le presentaron edemas de los miembros inferiores; que los primeros dolores de parto comenzaron el día 8 de Noviembre a las 10 de la mañana, continuaron espaciados durante los días 8 y 9, haciéndose más intensos el 10, que se rompió la bolsa de las aguas a las 7 a. m.; las contracciones se hicieron violentas y frecuentes que obligaron a sedar el útero con inyecciones de heroína y efetonina sin que se observara progreso del parto.

Examen clínico: mujer de talla pequeña, agitada, pulso regular, 80 al minuto, con temperatura de 36°; el examen obstétrico da los siguientes datos: vientre globuloso, de tamaño regular, línea bruna manifiesta; cabeza alta, movable, grande, sobresale del pubis; dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; altura del útero 29 cm., circunferencia 90 cm.; al tacto: dilatación de 6 cm., bolsa de aguas rota, cabeza alta y rechazable, maniobra de Müller negativa, promontorio accesible fácilmente. La pelvimetría externa indica que todos los diámetros están reducidos: biespinoso 21 cm., bicrestal 23 cm., bitrocantereo 28 cm., Baudelocque 18 cm., conjugado diagonal 10 y ½ cm., conjugado verdadero 9 cm.

El examen de los distintos aparatos orgánicos, sólo revela alteraciones renales por el edema de los miembros inferiores; presión máxima 16, mínima 8.

Diagnóstico: se trata de estrechez pelviana (pelvis plana) con desproporción manifiesta pelvifetal, con prueba de trabajo de parto prolongado que ha durado 51 horas, sin ningún resultado favorable, con feto vivo.

Tratamiento: Frente al fracaso del parto de prueba se decide la terminación artificial del parto, haciendo cesárea extraperitoneal, previa anestesia raquídea con Novocaína su-

prarrerina; se extrae con forceps un feto masculino, vivo, de 3,500 gr. de peso; y la placenta de 500 gr., por alumbramiento artificial; en el curso de estas maniobras se rasga en pequeña extensión el fondo de saco vesico-uterino, sutura inmediata; sutura en dos planos del segmento inferior y de la pared del abdomen, dejando dren fijo en el ángulo inferior de la herida abdominal para que salga el exudado del parametrio izquierdo; colocación de sonda vesical permanente por tres días.

Post-operatorio: se presenta cefalalgia durante varios días; dolor en el hipogastrio y meteorismo dos días; temperatura entre 38° y 37°2 durante siete días, al cabo de los cuales cae en forma definitiva; el pulso ha sido de 100 en los seis primeros días, para luego descender manteniéndose alrededor de 84; respiraciones alrededor de 30 en los primeros días, y luego 22 en los siguientes; el dren y la sonda vesical fueron retiradas al tercer día. El examen bacterioscópico del exudado del parametrio revela la presencia de estafilococos, coli, estreptococos. La herida de la pared del abdomen presenta signos de infección, y al sacarse los crines y agrafes al octavo día, salió exudado purulento. Se le trata convenientemente hasta su completa cicatrización y la enferma es dada de alta, sana, el 14 de Diciembre de 1938.

Nota.—A los ocho meses y diecisiete días después de operada es fecundada nuevamente, este segundo embarazo evoluciona con síntomas vagosimpáticos, llega a término y es sometida a cesárea segmentaria transperitoneal, con esterilización, el día 9 de Mayo de 1940. Véase historia N° 32.

HISTORIA N° 12.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana.—María D. A., de 26 años de edad, de raza mestiza, soltera, natural de Lima, de profesión costurera, procede de Lima, calle de Francisco Pizarro; ingresa a la Maternidad el 1° de Marzo de 1939 con dolores de parto, ocupando la cama N° 13 del Servicio N° 5, a las 6 y 30 de la mañana.

Antecedentes.—El padre vive y es sano, la madre es muerta, ignora la causa; han sido dos hermanas, que son sanas, ha sufrido en su infancia de sarampión, tos convulsiva, gripe, después ha gozado de buena salud. Menarquia a los 14

años, tipo 8/30 con dolores y abundante; ha tenido un aborto de 4 meses que evolucionó sin complicaciones.

Estado actual.—Secundípara, primer embarazo a término, fecha de la última regla el 23 de Abril, de tres días de duración, tiempo aproximado de la gestación, 9 meses.

Refiere la enferma que su embarazo ha evolucionado en forma tranquila, sin presentar ningún trastorno que le llamara la atención. Los primeros dolores de parto le principiaron el día 1º de Marzo a las 3 a. m., después de haber perdido agua en pequeña cantidad; le continuaron en forma regular, obligándola a internarse en la Maternidad a las 6 y 30 a. m. por haberse roto la bolsa de las aguas.

Examen clínico.—Mujer de talla pequeña, 1.42 m., con aspecto general bueno, febril, con pulso frecuente. El examen obstétrico da el siguiente resultado: vientre prominente, globuloso; línea bruna bien marcada; cabeza alta y movable; dorso a la derecha, foco de los latidos fetales a la derecha; altura del útero 32 cm., circunferencia 91 cm.; al tacto se encuentra el cuello con dilatación de 4 cm., bolsa de aguas rota, cabeza alta y movable, no se tactan las fontanelas; promontorio fácilmente accesible; maniobra de Müller negativa.

La pelvimetría interna da un conjugado diagonal de 9 y  $\frac{1}{2}$  cm. y un conjugado verdadero de 8 cm.; la pelvimetría externa da los siguientes datos: diámetro biespinoso 22 cm.; bicrestal 25 cm.; bitrocantereo 28 cm. y Baudelocque 18 cm.

El examen de los diferentes aparatos orgánicos no revelan nada de particular. La presión máxima es de 12 y la mínima 9.

Diagnóstico.—Estrechez pelviana, con desproporción pelvi-fetal.

Tratamiento.—Frente al fracaso del parto de prueba, se procede a la terminación artificial del parto, haciendo cesárea segmentaria extraperitoneal, el día 1º de Marzo a la 1 p. m.; previa anestesia raquídea con solución de C. de Novocaína suprarrenina Bayer, se consigue extraer con forceps un feto vivo, de sexo femenino, de 3,500 gr. de peso; placenta extraída por alumbramiento artificial de 500 gr. de peso; se sutura el útero en dos planos y luego la pared anterior del abdomen, dejando un dren en el parametrio izquierdo fijo al ángulo inferior de la herida abdominal. La intervención se



realiza sin ningùn accidente, se le coloca una sonda vesical permanente.

Post-operatorio.—Durante los seis primeros días, presenta la enferma temperatura de tipo irregular que oscila entre 37°5 y 38°5; pulso que varía entre 120 y 115; disnea moderada, respiraciones comprendidas entre 24 y 26 al minuto; ligero balonamiento del vientre, marcado sobre todo en el epigastrio; dolorabilidad difusa del abdómen; la sonda vesical y el dren son retirados al cuarto día; de la herida abdominal sale exudado sero sanguinolento; al séptimo día se presenta malestar general, náuseas, vómitos, elevación de la temperatura que llega a 38°6, pulso a 120; respiraciones 32, y aparece brote en la piel con aspecto de urticaria, estos trastornos duran tres días con elevación del pulso hasta 140; bajan luego simultáneamente, para quedar la temperatura en 37°; el pulso en 108 y las respiraciones en 28; al décimo día aparece edema duro y doloroso en la parte posterior del muslo izquierdo con remisión de la temperatura que llega a 36°6, pulso frecuente 100 al minuto; este estado dura dos días, al cabo de los cuales la temperatura sube a 38°, el pulso se mantiene alrededor de 94 y las respiraciones en 28; el edema avanza en el muslo y después de cuatro días, todo el miembro inferior se presenta con edema duro, doloroso (flegmasia alba dolens); hacia el día 17 después de la operación, la temperatura baja en forma definitiva, no así el pulso que se mantiene alrededor de 92 muchos días; junto con los síntomas presentados desde el décimo día se observa que el exudado de la herida toma caracteres de pus, con fuerte olor a putrefacción; desaparecidos los trastornos que hemos señalado, sólo queda el tratamiento de la flegmasia y de la herida que con el reposo y medicación apropiada se consigue su curación definitiva; la enferma es dada de alta, sana, el día 10 de Abril de 1939.

Nota.—Un año, dos meses y diecisiete días después de ser operada, es nuevamente fecundada; la gestación evoluciona con vértigos; el miembro inferior izquierdo se edematiza al 6° mes; la gestación llega a término y es sometida a cesárea corporal iterativa el día 19 de Febrero de 1941; se extrae feto vivo femenino y se esteriliza a la paciente por sección de las trompas; en el Hospital Obrero.

HISTORIA N° 13.—Cesárea segmentaria extraperitoneal por estrechez pelviana.—Otilia A. R., de 19 años de edad, de raza india, soltera, natural de Parinacochas, de profesión su casa; procede de Lima, calle Nazarenas; ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 2 de Marzo de 1939 a las 10 a. m., con dolores de parto, ocupando la cama N° 12.

Antecedentes.—Los padres han muerto, ignora la causa; han sido dos hermanos que viven y son sanos. Ha sufrido de sarampión en su niñez y de gripe en su juventud. Menarquia de tipo 3/30, sin dolores y en regular cantidad, ignora la fecha de su primera aparición; carece de antecedentes obstétricos.

Estado actual.—Primípara, fecha de su última regla, el día 13 de Mayo de 1938, de 4 días de duración, tiempo aproximado de la gestación 9 meses y días. Refiere la enferma que en el mes de Junio presentó manchas sanguíneas por la vagina que le duró un día; en el curso del tercer y cuarto mes del embarazo sufrió proceso febril con dolores óseos generalizados y cefalalgia persistente; al octavo mes presentó edema de las extremidades inferiores y sarna. Los primeros dolores de parto se presentaron el 25 de Febrero, siendo intermitentes y muy espaciados; continuaron en la misma forma hasta el día 28 (dolores preparantes) a partir del 1° de Marzo los dolores se hicieron intensos, regulares y cada vez más frecuentes, lo que la obligó a internarse en la Maternidad; el trabajo del parto comenzó a los 10 p. m., siguiendo así hasta el día siguiente que fué examinada por el Jefe del Servicio.

Examen clínico.—Mujer de talla pequeña, con pulso regular, 84 al minuto; intranquila, con temperatura de 37°; el examen obstétrico da los siguientes datos: vientre grande, prominente, en obús; línea bruna manifiesta; cabeza alta y móvil, dorso a la izquierda, foco de los latidos a la izquierda; dilatación del cuello de 3 cm., bolsa de las aguas rota, cabeza alta; promontorio accesible, maniobra de Müller negativa. La pelvimetría da diámetros externos ligeramente disminuídos; el conjugado diagonal mide 11 cm. y el verdadero 9 cm. El examen de los diferentes aparatos orgánicos no revela nada anormal, salvo el aparato respiratorio que presenta signo de bronquitis y el renal comprometido con edemas manifiestos.

Diagnóstico.—Situación longitudinal cefálica, izquierda, posterior, con estrechez moderada de la pelvis (pelvis plana simple) con desproporción pelvi-fetal.

Se le somete a la parturienta a la prueba del trabajo hasta el día 3 de Marzo, en que se observa que el parto no ha progresado y la mujer presenta signos de agotamiento, decidiéndose entonces hacer la terminación artificial de éste.

Tratamiento.—Frente al fracaso de la prueba del trabajo (38 horas) se decide intervenir haciendo cesárea extraperitoneal; previa anestesia raquídea con Novocaína suprarrenalina, e inyección subcutánea de Efetonina, se consigue extraer con el forceps un feto vivo, femenino, de 3,400 gr. de peso; placenta de 500 gr. extraída por alumbramiento artificial; luego se sutura el segmento inferior en dos planos; lo mismo se hace con la pared anterior del abdomen y se coloca un dren en el parametrio izquierdo y sonda vesical permanente. La operación no tienen ninguna dificultad.

Post-operatorio.—La evolución post-operatoria, se presenta llena de accidentes y complicaciones: la mujer tiene el día de la intervención (3 de Marzo) en la noche, fenómenos de excitación psicomotriz, con movimientos desordenados en la cama y arrancamiento de la sonda vesical; hay insomnio y la temperatura asciende a 37°8; al día siguiente se le nota agitada, disneica (38 respiraciones al minuto) con pulso de 106 al minuto, y temperatura de 38°6; hay tos y estertores roncantes en ambos pulmones; balonamiento ligero del vientre en la región epigástrica y dolorabilidad difusa de la cavidad abdominal; al 2º día la temperatura es de 38°8; disneica, 36 respiraciones, con pulso de 102; tos frecuente con expectoración muco-purulenta y estertores roncantes difusos; en la tarde la temperatura es de 39°2; al tercer día: disnea intensa, 40 respiraciones al minuto, pulso de 96, temperatura 39° en la mañana y 39°2 en la tarde, tos frecuente, estertores crepitantes y subcrepitantes en la base del pulmón derecho; estertores roncantes y sibilantes diseminados en ambos pulmones, rubicundez en las mejillas; se inicia bronco-neumonía; al 4º día, la temperatura asciende a 39°6 en la mañana y declina a 39° en la tarde, los síntomas bronco-pulmonares se hacen más intensos y manifiestos, aparece cianosis de los labios y de las uñas; el 5º y 6º día, la temperatura se mantiene entre 39° y 38°2, la disnea es mayor 40 y 42 respiracio-

nes, el pulso está entre 100 y 92 al minuto, los mismos síntomas bronco-pulmonares con el estado general muy comprometido; al 7º día: la temperatura sube a 40º, el pulso es de 130 al minuto, disnea intensa 48 respiraciones, cianosis intensa, nuevo foco de estertores crepitantes en el pulmón izquierdo, agravación de los síntomas pulmonares y del estado general; en estas condiciones permanece la enferma durante dos días más y fallece al amanecer del día 12 de Marzo.

La sonda vesical fué retirada al tercer día y el dren al cuarto; la herida de la pared no presentó ningún accidente.

Los exámenes bacterioscópicos del exudado del parametrio dieron los siguientes resultados: 4 de Marzo, flora variada, tetradas, cocos Gram positivo, bacilos Gram negativo; 6 de Marzo, cocos Gram positivo en cadenas cortas, bacilos finos Gram negativo tipo coli, no se encuentran otros gérmenes de significación específica.

Autopsia.—Incisión mediana desde el mango del esternón al pubis; el examen de la herida de la pared anterior del abdomen en plena cicatrización revela la existencia de exudado purulento de color verdoso que infiltra el tejido celular subcutáneo; abierto el vientre se observan las asas intestinales, de color gris, el peritoneo parietal tiene el mismo color; el examen de las vísceras abdominales no presenta nada de particular; el peritoneo que cubre el útero está intacto, sin alteraciones macroscópicas; la observación de este órgano da datos importantes: a nivel del segmento inferior en la zona de la incisión se ve que los puntos de sutura se han desprendido, los bordes tienen coloración negruzca y son irregulares; la cavidad uterina está recubierta de un barniz de aspecto seropurulento; exudado seropurulento abundante a nivel del parametrio izquierdo.

El examen de los órganos de la cavidad torácica revela que los pulmones de ambos lados tienen coloración rojiza, son de consistencia dura (hepatización roja) los lóbulos superior e inferior de los pulmones son resistentes y a la sección dan lugar a la salida de exudado fibrinoso. El aspecto macroscópico de los pulmones recuerda al que presentan las bronconeumonías. El corazón no tiene nada de particular.

Conclusión.—¿Lesiones de bronconeumonía pseudo-lobar?

Esta historia clínica es de una gran importancia, porque permite reflexionar sobre algunos puntos que son convenientes señalar: primero, la separación o desprendimiento de los puntos de sutura sin producción de síntomas que llaman la atención; segundo, la existencia de exudado abundante sero-purulento a nivel del parametrio y la necesidad de drenaje; tercero, la presencia de lesiones de endometritis; cuarto, la preexistencia de una bronquitis aguda de tipo gripal con un estado de anergia, preparante de la complicación broncopulmonar y su terminación fetal, por causa extraña a la intervención quirúrgica.

En todos los casos que hemos operado se han hecho los exámenes de Laboratorio que son de práctica corriente: análisis completo de orina, dosaje de Urea en la sangre, índice de coagulabilidad, numeración y fórmula, investigación de hematozoarios, examen de secreción vaginal y reacción de Wasserman; los resultados no los consignamos en las historias respectivas por no hacerlas más extensas.

#### COMENTARIOS

**El estudio cuidadoso de las Historias Clínicas**, nos sugiere la necesidad de hacer **algunos comentarios** que permitirán comprender mejor los resultados operatorios: el número de operadas ha sido de trece; nueve por estrechez pelviana de grado variable, sometidas todas a la prueba del trabajo durante largo tiempo y con las membranas que han permanecido rotas por espacio de muchas horas:

- Historias: 1, parto 24 horas, membranas rotas 12 horas;  
2, parto 17 horas, membranas rotas 17 horas;  
3, parto 30 horas, membranas rotas 19 horas;  
4, parto 37 horas, membranas rotas 6 horas;  
7, parto 72 horas, membranas intactas;  
10, parto 29 horas, membranas rotas 10 horas;  
11, parto 49 horas, membranas rotas 4 horas;  
12, parto 10 horas, membranas rotas 10 horas;  
13, parto 39 horas, membranas rotas 20 horas.

Algunos con tactos repetidos y sospechosos, febriles varios, infectadas casi todas, historias 1, 2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, y cuatro por placenta previa central, historias 5, 6, 8, 9; de las **trece** mujeres, **doce** están vivas y sanas; **una** muerta por bronconeumonía, causa extraña a la intervención; de los **trece** fetos extraídos, **once** están vivos; dos han muerto: uno por debilidad congénita (hist. 5); y el otro por asfixia intrauterina (hist. 8); la anestesia empleada en todos los casos ha sido la raquínea, con la solución C al 5% de Novocaina suprarrenina Bayer; precedida de inyección subcutánea de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína y seguida de inyección de 1 cc. de Efe-tonina Merck (0.05 gr.); esta anestesia tiene la ventaja del gran silencio abdominal, facilita la retracción uterina, que favorece la hemostasia; evita complicaciones en particular las pulmonares, y permite un post-operatorio sin accidentes; la incisión del segmento inferior no da pérdidas sanguíneas en todos los casos sometidos a la prueba del trabajo cuando éste ha sido prolongado, por el mejor desarrollo del segmento y su delgadez; no sucede lo mismo tratándose de placenta previa, en la que la vascularización del segmento inferior y la presencia de la placenta dan lugar a la producción de hemorragias, algunas considerables como en la historia N<sup>o</sup> 9; el desgarro accidental del fondo de saco vesicouterino en el curso de la extracción del feto no ensombrece el pronóstico (hist. 5, 7, 9, 11) aunque le hace perder la pureza a la intervención; al despejar la vejiga y el peritoneo hemos herido, una vez, una de las venas vesicales posteriores (hist. N<sup>o</sup> 6), y la vena uterina izquierda (hist. N<sup>o</sup> 10); estos vasos fueron ligados sin dificultad; el taponamiento intrauterino con gasa yodoformada preconizado por Dürhssen y aconsejado por Doderlein para facilitar la hemostasia, concepto que lo ha modificado últimamente este autor, **no lo empleamos**; usamos en su lugar la inyección intramuscular de 1 gr. de Ergotina con 5 unidades internacionales de Pituitrina, inmediatamente después de extraído el feto y la placenta; **seguida de una inyección intravenosa de 3 unidades de Pituitrina**; esto permite suturar el segmento inferior casi sin sangre; luego se le inyecta a la operada **1 litro de suero fisiológico con 5 unidades de Pituitrina y 1 cc. de solución al 1/1000 de Adrenalina, en el tejido celular subcutáneo**; la reabsorción lenta del líquido **mantiene la contracción y re-**

**tracción uterina** durante el tiempo suficiente para facilitar la producción del **complejo de la hemostasia** en el sitio de implantación de la placenta, y además combate con éxito en el mayor número de casos las hemorragias secundarias; y que hemos observado en todas las operadas, en una, en forma grave (Hist. N<sup>o</sup> 9).

Doderlein aconseja no drenar ningún caso; pero el gran desprendimiento y maltrato del tejido celular de la pelvis, en particular el del parámetro izquierdo, su contacto y contaminación con líquidos sépticos de procedencia uterina, **me han obligado a drenarlo de modo sistemático**, haciendo uso de un tubo delgado de jebe forrado en gasa, que se fija al ángulo inferior de la herida de la pared, y a través del cual sale en buen número de casos, en los días que siguen a la intervención gran cantidad de líquido putrefacto, cargado de gérmenes virulentos, como lo hemos podido constatar por el examen bacterioscópico hecho en alguno de éstos, cuya retención agrava el estado febril de las pacientes; lo retiramos casi siempre al tercer o cuarto día.

Siendo la vejiga uno de los órganos más fuertemente traumatizados durante la operación, **la ponemos en reposo**, por la colocación de una sonda permanente durante tres días, tiempo que creemos suficiente para evitar complicaciones; esta conducta nos ha dado buenos resultados en todas las pacientes.

**La evolución clínica** que han tenido las operadas ha sido relativamente tranquila; se ha observado en ellas meteorismo ligero, aceleración del pulso durante los primeros días; temperatura de duración variable, generalmente los ocho primeros días, y en relación con fenómenos inflamatorios localizados al endometrio y parametrio; han habido cuatro complicaciones de endometritis puerperal (hist. Nos. 1, 3, 4, 12), y dos septicemias crónicas; una de ellas con embolias pulmonares y flegmasia alba dolens (hist. N<sup>o</sup> 9) y la otra con flegmasia alba dolens (hist. N<sup>o</sup> 12); han habido dos infecciones de la pared (hist. Nos. 2, 11); no hemos tenido que lamentar ningún caso de peritonitis. En conclusión el grado de morbilidad ha estado en relación con el tiempo de trabajo de parto y con la rotura de las membranas.

**Los resultados lejanos** de siete de nuestros casos nos permiten señalar algunas conclusiones de carácter práctico

sumamente interesantes; en primer término debemos indicar que las nuevas gestaciones en las cesarizadas (hist. Nos. 1, 2, 6, 7, 8, 11, 12) han evolucionado sin accidentes y complicaciones, llegando a término; lo que demuestra la solidez de la cicatriz, y la ausencia de fijación del útero; tres han tenido partos espontáneos, sin alteraciones de la contracción uterina; con alumbramiento natural sin accidentes, y puerperio normal; los fetos han sido expulsados vivos (hist. Nos. 2, 6, 8); las cuatro restantes han sido tratadas por cesárea iterativa; segmentaria transperitoneal (hist. Nos. 1, 7, 11); y corporal clásica (hist. N<sup>o</sup> 12); las tres primeras nos han permitido constatar la ausencia de adherencias en la cavidad abdominal; la que hemos encontrado libre; el despegamiento de la vejiga ha sido fácil; la cicatriz del segmento inferior reducida a una línea blanquecina, sumamente delgada, apenas visible, resistente y fuerte; hechos constatados por otros operadores, hace mucho tiempo; lo que permite explicar fácilmente las ventajas de la cesárea segmentaria, la falta de roturas uterinas, y la evolución, sin angustias, de las gestaciones ulteriores.

Del conjunto de hechos expuestos, se deduce que los resultados de la cesárea segmentaria extraperitoneal son buenos; su difusión entre nosotros, contribuirá a disminuir la mortalidad de las cesarizadas; pero tratándose de una operación difícil y delicada, su práctica sólo es recomendable a condición de que se cumplan estos tres principios fundamentales: 1<sup>o</sup> indicación justa y exacta del caso que se presenta; 2<sup>o</sup> conocimiento perfecto de la técnica que hemos señalado; 3<sup>o</sup> conocimiento de la región en que se actúa; porque en ella existen órganos nobles que se deben respetar y cuidar; sus lesiones agravan el pronóstico y pueden convertir a la mujer en una inválida.

## **OPERACION CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL**

### **TECNICA DE OPITZ**

La cesárea segmentaria transperitoneal llamada también supra sinfisaria, intracavitaria, cervicosegmentaria, laparotraquelotomía, se caracteriza porque se llega a la matriz des-



pués de abrir la cavidad abdominal; la incisión radica en el segmento inferior detrás de la vejiga.

#### INDICACIONES

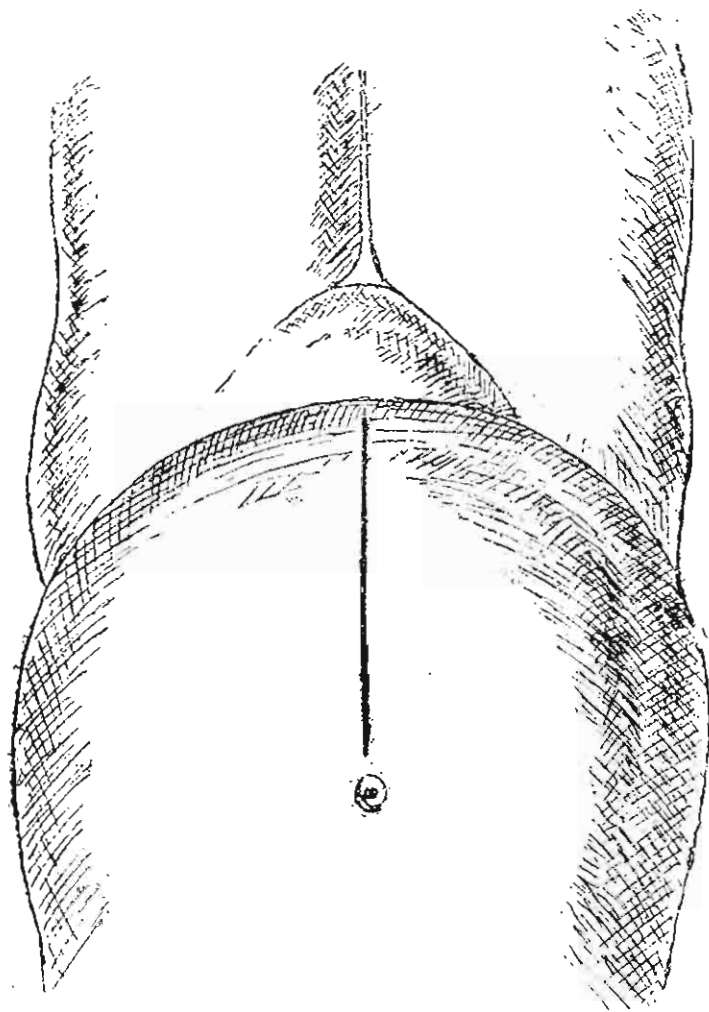
**Las principales indicaciones** de la cesárea segmentaria transperitoneal, ya se trate de casos puros, sospechosos, o infectados sin compromiso del estado general de la mujer, son las siguientes: estrecheces pelvianas exageradas con un conyugado verdadero de menos de 3 cm.; pelvis asimétricas fuertemente deformadas; pelvis límites después de la prueba del trabajo; placenta previa central; esclerosis del cuello; prociencia del cordón, presentación de hombro descuidada, presentaciones de frente, cara y nalgas; quistes del ovario cuando son previos; primíparas añosas, etc. Estas indicaciones unas son obligatorias de carácter absoluto, único recurso para salvar a la madre y a veces al niño; y las otras son obligatorias de carácter relativo, casi siempre de salvaguardia fetal; muchas de las cuales forman parte de las que Fruhinsholz llama cesáreas facultativas. Las primeras comprenden: las estrecheces pelvianas exageradas, las pelvis asimétricas muy pronunciadas, la placenta previa central, las esclerosis de las partes blandas y tumores previos; a las segundas pertenecen: las pelvis límites, las presentaciones viciosas: hombro, frente, cara; la prociencia del cordón, la presentación de nalgas, las primíparas añosas.

Desde que Frank dió a conocer su técnica de cesárea segmentaria suprasinfisaria, se han descrito por muchos autores, numerosas modificaciones, variantes unas de otras; habiendo personalmente adquirido experiencia con la técnica de Opitz, nos concretaremos a ella, que corresponde aproximadamente a las referidas por Pfannestiel, Polano, Brindeau, Beuttner, Fonio, Fehling, Franz Krönig, De Lee, etc.

**La operación** (paciente en decúbito dorsal; mesa en posición de Trendelenburg moderada; evacuación de la vejiga) se divide en los siguientes tiempos:

Primero: **incisión de la pared del abdomen**; incisión mediana infra umbilical, desde el surco génito abdominal hasta el ombligo. Al seccionar los planos abdominales debe procederse con cuidado, porque en el embarazo se adelgazan tanto que es muy fácil herir los órganos subyacentes. En se-

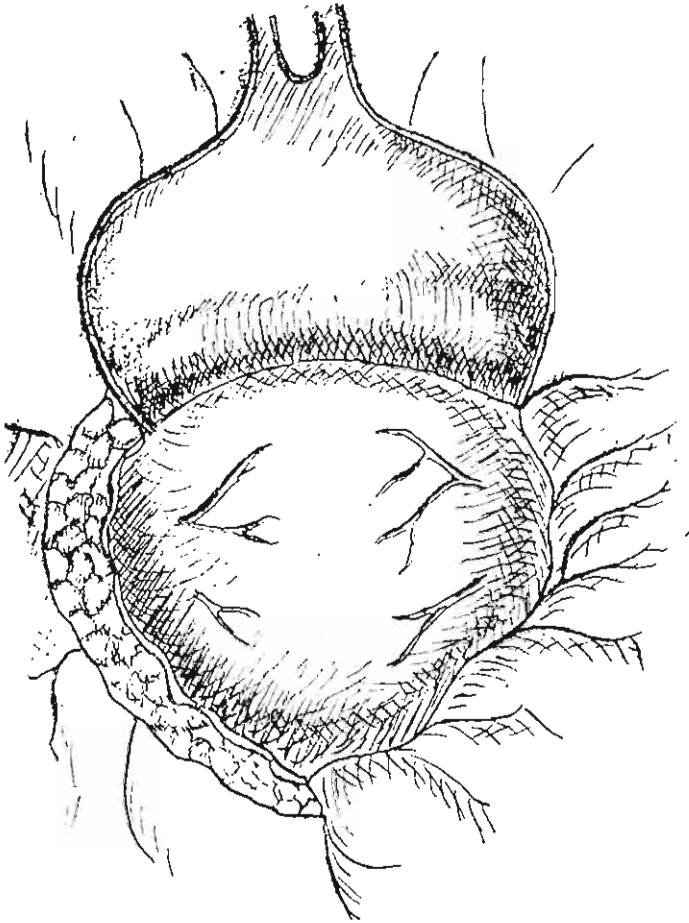
guida se cubre los bordes de la herida con compresas de gasa y se aseguran con los separadores colocados para exponer ampliamente la cavidad o con las pinzas que sirven para eso (pinzas fijas compresas). Por lo común, una valva suprapúbica es suficiente para este objeto. (Esquemas Nos. 7, 8).



Esquema N° 7. — Línea de la incisión de la pared del abdomen.

Segundo: **incisión y desprendimiento del peritoneo uterino.** Descubierta la pared anterior del útero al aislar el campo operatorio con compresas, dos o tres son suficientes, se lle-

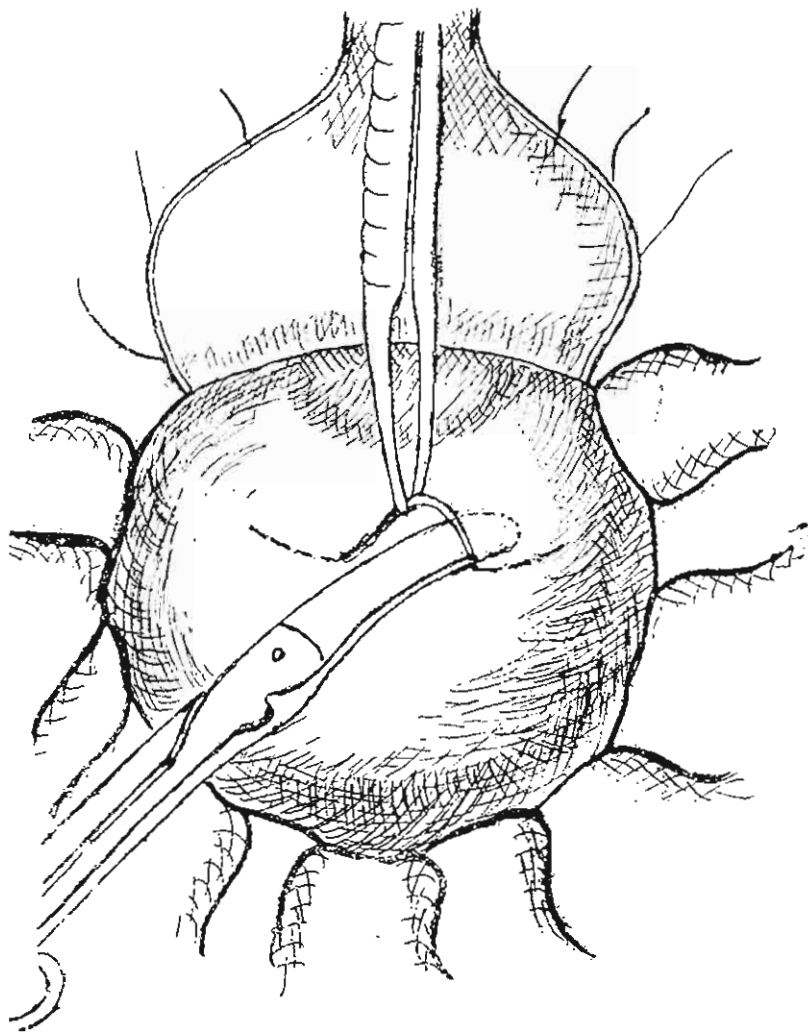
va hacia arriba el útero, para hacer más visibles el fondo de saco vesicouterino, y a cuatro o seis centímetros por encima de éste, se incinde transversalmente con las tijeras curvas el peritoneo visceral uterino en una longitud de doce centímetros, interesando tan sólo la delgada hoja peritoneal y sepa-



Esquema N° 8. — Colocación de la valva suprapubiana y de compresas de gasa para aislar el campo operatorio.

rando ligeramente el borde inferior. Luego se toma este borde con una pinza en estribo o de anillo y se desprenden suavemente las adherencias naturales que la unen a la pared segmentaria; y esto en toda su altura, lo que impone incluir la vejiga en el colgajo peritoneal. La tarea es fácil si se recurre a una pinza que lleva en su extremo libre un trozo de

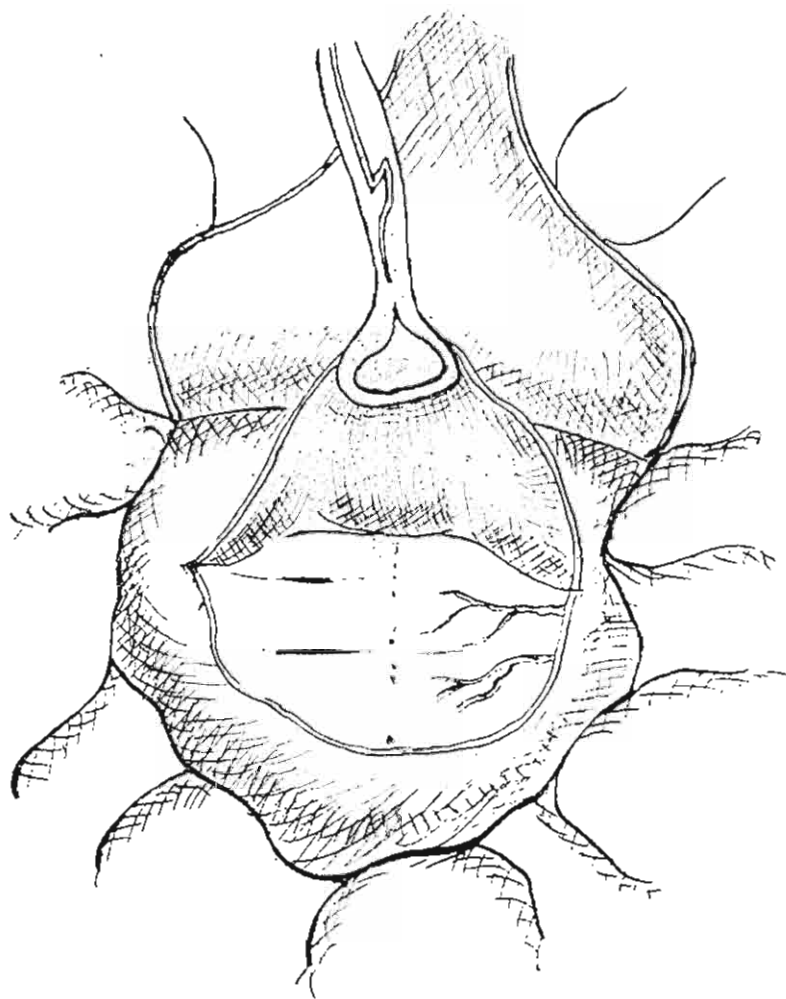
gasa, no se debe avanzar mucho en las partes laterales por el riesgo de desgarrar los vasos de los plexos uterinos; debe protegerse la vejiga con un separador en bayoneta o en su



Esquema N° 9. — Incisión del peritoneo visceral por encima del fondo de saco vesico-uterino, separación del colgajo inferior tomado con pinzas de anillo o estribo.

lugar hacer el desprendimiento bajo el control de la vista para no lesionar los vasos del plexo vesical. Se descubre así una longitud de pared que no baja de doce centímetros; pero si ésta no fuera suficiente, porque el segmento inferior

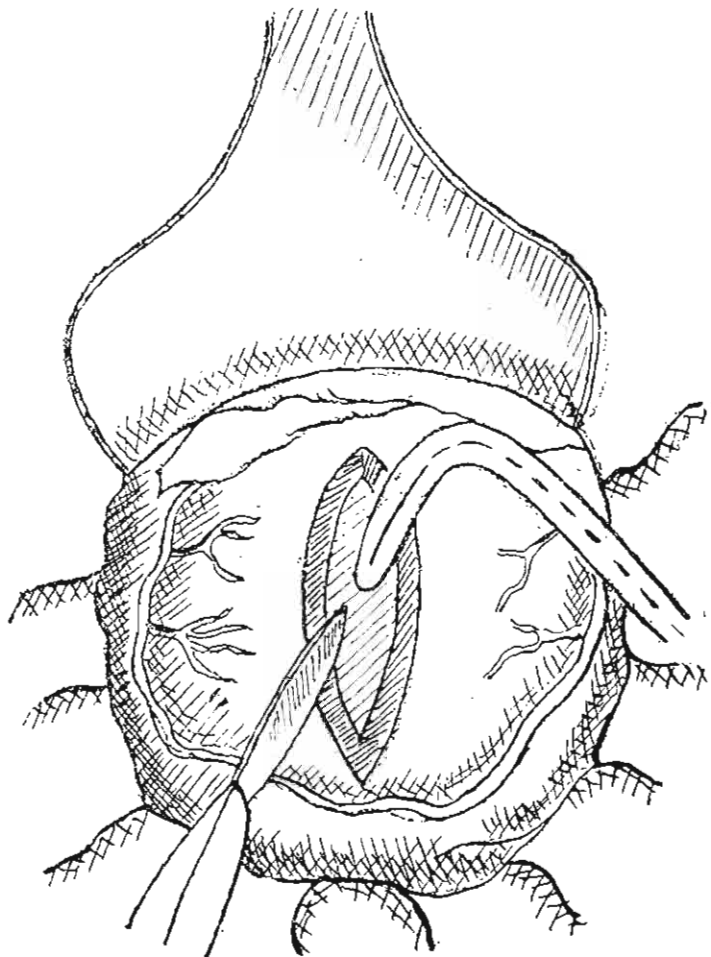
es corto o el fondo de saco vesicouterino alto; se debe desprender el borde superior del peritoneo en una medida de dos o tres centímetros, hasta su parte fija; así se obtiene siempre extensión suficiente de pared del segmento inferior para seguir el otro tiempo. (Esquemas Nos. 9, 10).



Esquema N° 10. — Despegamiento del colgajo peritoneal inferior comprendiendo la vejiga; hecho con pinzas que llevan gasa, hasta la parte inferior; despegamiento del colgajo peritoneal superior hasta su parte fija.

Tercero: **incisión del segmento inferior.** Para incidir longitudinalmente el segmento inferior, estando alejada la

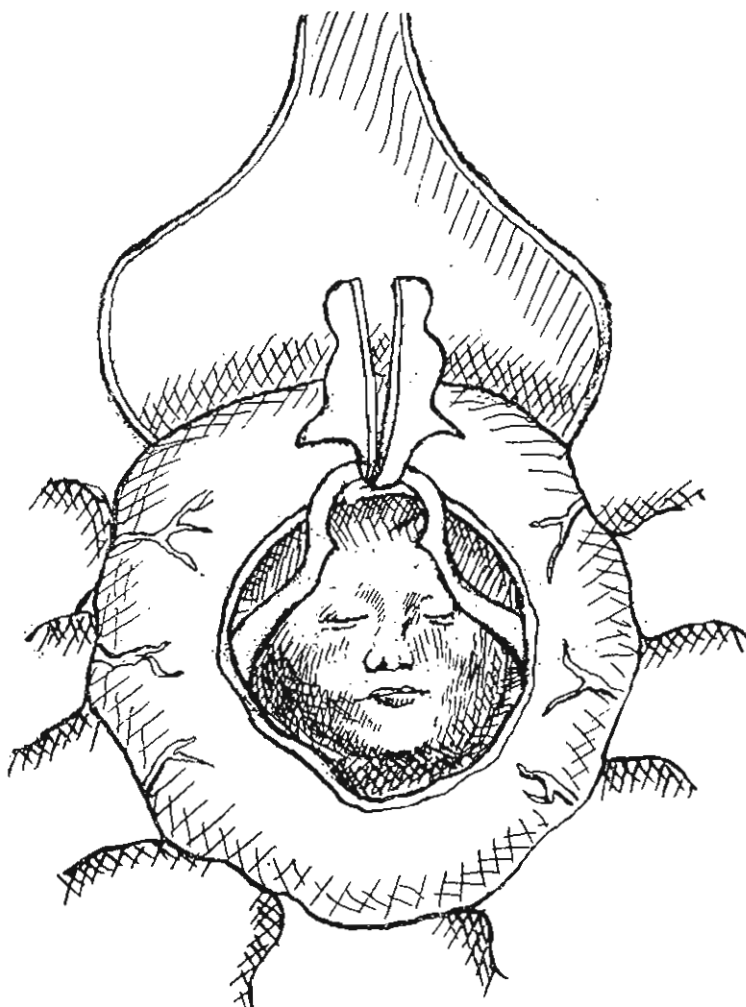
vejiga por una valva acodada o por la misma valva suprapúbica, o por un ayudante que se encargue de ella; se hace con el bisturí un ojal de dos o tres centímetros en el límite superior de la pared y se introducen las tijeras rectas de punta roma para seguir el corte hacia abajo, teniendo cuidado de no herir al feto, para lo cual se le defiende introduciendo dos



Esquema N° 11. — Incisión de la pared del segmento inferior, en toda la extensión de la porción descubierta.

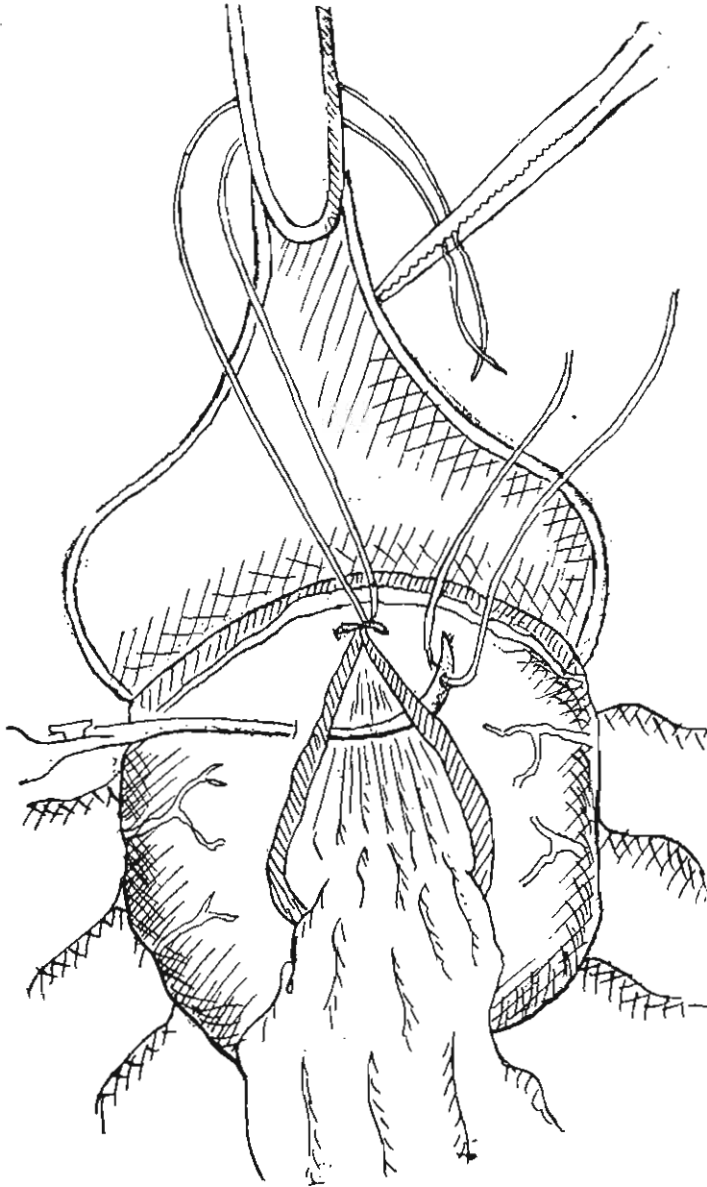
dedos que sirven de guía, y que permiten hacer la sección en toda la extensión del segmento inferior. Si se incide en la línea media y ésta no se corre al cuerpo, la sangre que sale de la herida es a menudo muy poca; salvo cuando se encuen-

tra la placenta, que da muchas veces hemorragias intensas; la sangre se debe absorber con un aspirador o embeberse gasas con ella. (Esquema N° 11).



Esquema N° 12. — Extracción del feto con el forceps después de llevar la línea facial al eje de la herida: extracción de la placenta por alumbramiento artificial.

Cuarto: extracción del feto y de los anexos ovulares. Las membranas pueden haber estado todavía íntegras y romperse al incidir el útero, el líquido amniótico o la sangre al salir, inundan el campo operatorio; en ambas circunstancias se debe embeber gasas para limpiar o servirse de un aspirador

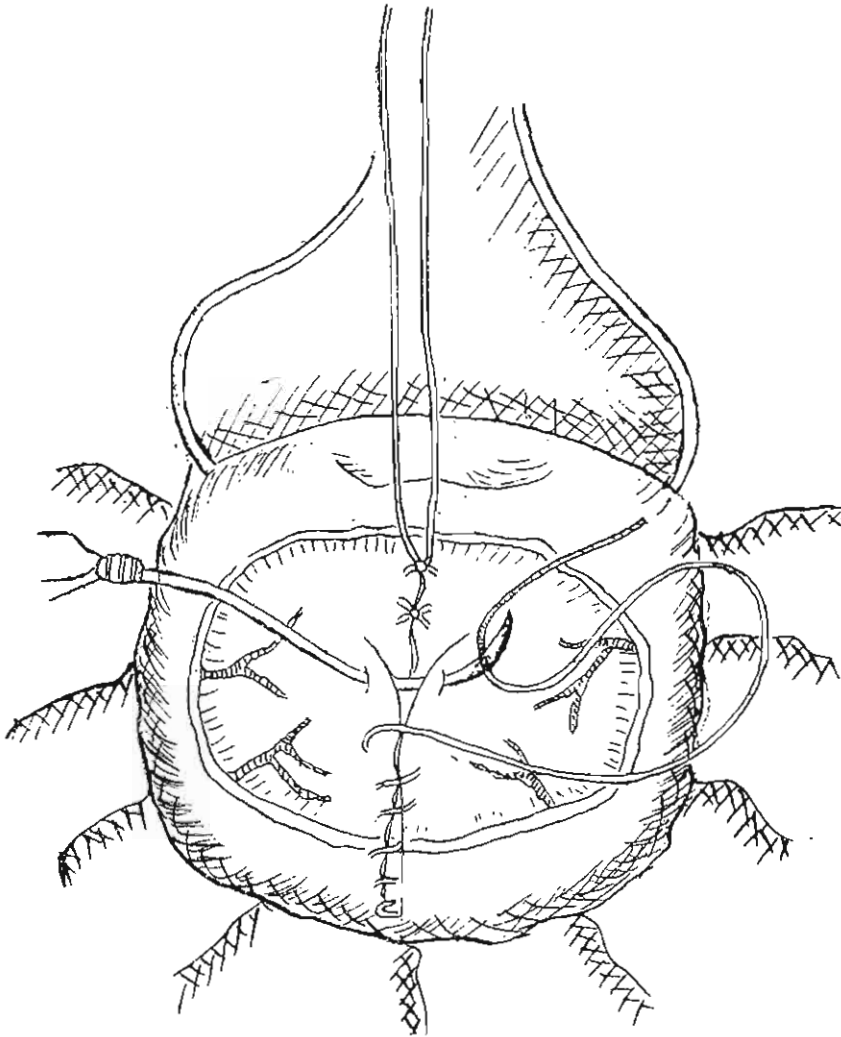


Esquema N° 13. — Reparación de los bordes de la herida del segmento inferior con pinzas; primer plano de sutura, tomando todo el espesor de la pared.

para absorberlos y poder extraer el feto; si la presentación es cefálica, se hace una aplicación ordinaria de forceps; o si la cara es accesible, se introduce uno o dos dedos en la boca del



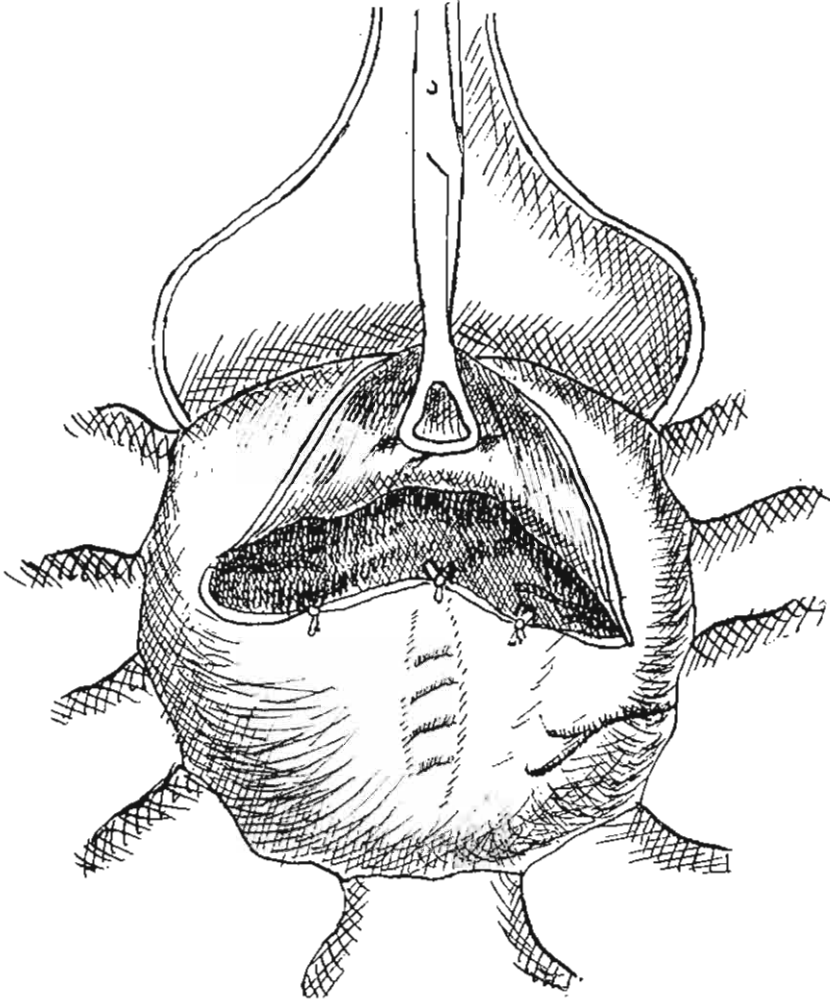
feto y se lleva la línea facial para que coincida con el eje de la herida y se aplica el forceps y con ayuda de expresión se extrae; o también, se puede tirar la cabeza con una pinza co-



Esquema N° 14. — Segundo plano de sutura del segmento inferior con puntos continuos de catgut.

locada a la altura de la fontanela menor y obligarla a flexionarse (Küstner); o servirse de palancas, ya sea la de Sellheim, o la de Farabeuf, que colocada por detrás de la cabeza y apoyándose sobre la sínfisis del pubis la levante, mientras se ex-

terioriza con ayuda de la expresión del fondo del útero. Y si las nalgas son las más accesibles, o la cabeza huye, se puede hacer versión; se tracciona desde uno de los pies, extra-

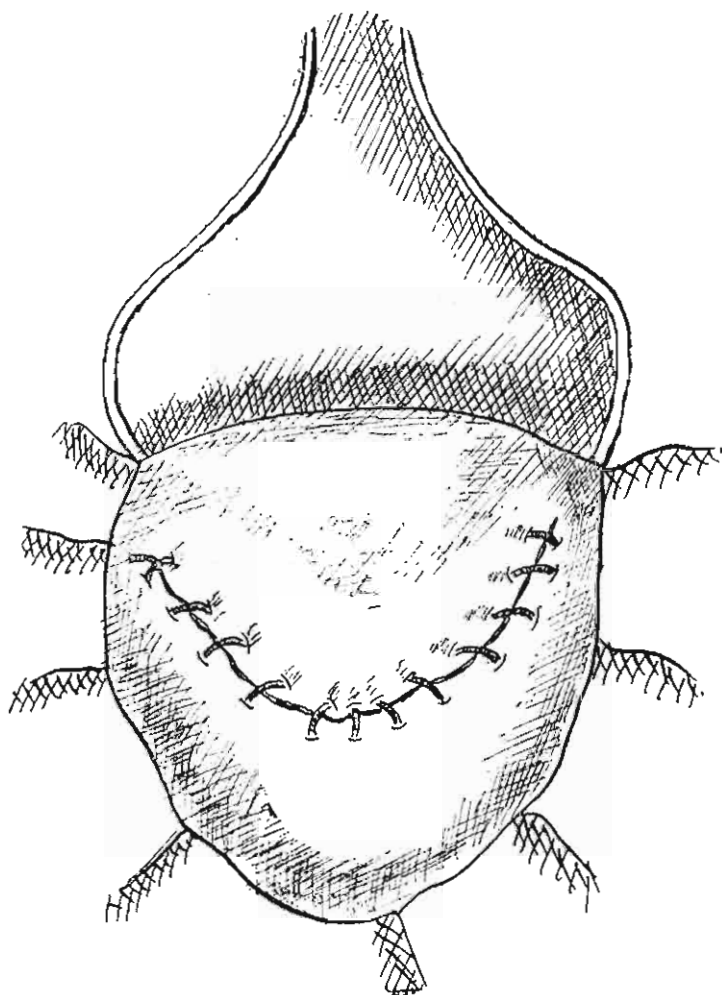


Esquema N° 15. — Sutura del peritoneo visceral; fijación del colgajo superior con puntos separados.

yendo la cabeza por una maniobra parecida a la de Mauriceau.

Terminada la extracción del feto se procede al desprendimiento de la placenta por alumbramiento manual o artificial; luego se le inyecta a la paciente 1 gr. de Ergotina con 5 unidades de Pituitrina por vía intramuscular y tres unida-

**des de Pituitrina por vía intravenosa;** esta conducta permite actuar después en un medio casi sin sangre, si la hubiera se embeben gasas para limpiar el campo o se absorbe los líquidos salidos del útero con un aspirador. (Esquema N° 12).



Esquema N° 16. — Sutura del colgajo inferior, colocándolo sobre el superior, se hace con puntos continuos de catgut. Esta sutura se hace con frecuencia acercando simplemente los bordes peritoneales.

**Quinto: Sutura del útero y del peritoneo visceral.**—Se toman los bordes de la herida uterina con pinzas de anillo, se introduce una gasa en la cavidad uterina que se retira después, antes de terminar la sutura; y luego se hacen dos planos de sutura: el primero con puntos continuos, que atravie-

san todo el espesor de la pared y salen en puntos simétricos, con catgut, y el segundo, que cubre el anterior y afronta la pared restante, inclusive ese espesamiento superficial que tiene a veces consistencia de fascia; se hace, también, sutura continua, con catgut; hay algunos que usan puntos separados. (Esquemas Nos. 13, 14).

**Luego se rehace el peritoneo visceral**, afrontando y uniendo sus bordes, con sutura continua con catgut; algunos, a fin de proteger más cumplidamente el peritoneo de la contaminación secundaria que puede venirle del útero, aconsejan imbricar el colgajo inferior en una forma que el otro lo cubra y haga posible suturarlo de nuevo a la matriz (doble sutura del peritoneo; De Lee, Brindeau, F. Nubiola). (Esquema Nos. 15, 16).

**Sexto: Cierre de la pared del abdomen.**—Esta se sutura en tres planos: primero el peritoneo con sutura continua con catgut; segundo la aponeurosis, sutura continua; y luego puntos de refuerzo separados, con catgut; y tercero la piel con crines de Florencia y agrafes.

#### VARIANTES DE LA TECNICA

El primer tiempo se puede modificar haciendo la incisión de la piel transversalmente, próxima a la sínfisis del pubis (incisión de Pfannestiel). Otros autores como Polano, Henkel, aconsejan exteriorizar el útero.

En el segundo tiempo hay quienes no creen necesario separar la vejiga e incinden directamente la matriz en su segmento inferior hasta el orificio cervical, desprendiendo solo el peritoneo si aquel órgano dificulta la extracción (Pfannestiel, Beuttner).

En el tercer tiempo, los que siguen la técnica de Opitz o de Krönig hacen la abertura del útero muy baja, cesárea cervico segmentaria; pero los que no desprenden la serosa, se reducen a una incisión más alta. Todavía hay quienes incinden el segmento inferior transversalmente (Julien, Kehrer, Kerr, Phaneuf y otros), cuando tiene poca amplitud o existen adherencias de la vejiga, fundándose aun en las condiciones anatómicas de la región, más propicias para eso, (M. R. Keller) y en la consolidación más perfecta de la cicatriz (C.

Perdu, L. Kraul). Y hay todavía quienes lo inciden en la pared posterior (Polano).

En el sexto tiempo se ha sugerido, cuando existe infección amniótica, dejar un drenaje a la Mikulicz (J. L. Faure, Brindeau, Asteriades y otros) para que los órganos de la pelvis menor, útero inclusive, queden aislados de la gran cavidad y se localice allí una posible propagación séptica a la serosa.

Como recuerdo histórico, debe citarse la técnica que propuso Dürhssen y que la llamó "**parto de Buda**". Consiste en hacer una colpotomía anterior; incidir la pared anterior del útero como en la cesárea vaginal; y extraer el feto por el abdomen, después de ampliar desde allí la abertura cervico segmentaria.

#### INCONVENIENTES DE LA TECNICA

Es evidente que esta técnica presenta algunas dificultades.

La serosa que cubre el segmento inferior puede estar muy adherida y el sitio de la sección surcado por venas de gran calibre; pero insistiendo en despegarla con cuidado, y siempre contra la pared del segmento, y ligando los pedículos venosos se resuelven estas dificultades.

La longitud del segmento inferior puede ser insuficiente para dar paso a la cabeza; si esto ocurre, basta prolongar la incisión hacia abajo, al cuello, y si es preciso hacia arriba al cuerpo, antes de que aquélla lo haga de un modo irregular.

La delgadez del segmento inferior expone a herir el feto, aconsejándose para que esto no suceda un bisturí botonado (Hook knife de De Lee) aunque es suficiente estar prevenido contra este peligro.

Cuando existen dificultades para extraer el feto y no las solucionen el forceps, la palanca o la versión, se debe aumentar la incisión del útero.

Las dificultades del alumbramiento se originan por las adherencias anormales de los cotiledones y por la distancia de la mano para desprenderlos, venciendo los dos sin grandes inconvenientes a no ser que se trate de una placenta acreta.

## COMPLICACIONES

Las complicaciones de la cesárea segmentaria transperitoneal pueden dividirse en dos clases: inmediatas cuando ocurren en el curso de la operación; y mediatas cuando se presentan un tiempo después.

Entre las primeras, la más importante es la hemorragia, que puede proceder de la herida de la pared o del sitio de implantación de la placenta; se corrigen por la sutura rápida y el uso de ocitócicos: pituitrina, ergotina o sus derivados.

En el curso de la operación puede herirse la vejiga, debiéndose suturarla inmediatamente en dos planos y colocar una sonda permanente durante diez días. La embolia gaseosa es muy rara (Kraul, Dusalia, Audebert).

Entre las complicaciones mediatas la más importante es la peritonitis, que conduce a la muerte; puede producirse por contaminación primitiva o secundaria, como consecuencia de la abertura de la cicatriz; es relativamente rara en la cesárea segmentaria.

En la cesárea suprasifisaria existe predisposición para las infecciones venosas; y la flegmasia alba dolens es bastante frecuente (M. Riviere), así como las embolias (Fournier, Cheval, Dencher).

La oclusión intestinal, que se observa en la cesárea clásica, muy rara vez se presenta en la segmentaria; lo mismo puede decirse de las ventro fijaciones, de las fístulas útero parietales y de las diastasis de los rectos.

## PRONOSTICO

El pronóstico de la cesárea segmentaria transperitoneal varía según el momento de su ejecución; las condiciones de asepsia, sin tactos, con bolsa de aguas rota, con tentativas de extracción; según la indicación, estrechez pelviana, placenta previa, prociencia de cordón; y según, también, las complicaciones ocurridas durante ella. La mortalidad materna en los casos puros es de 2%; pero en los sospechosos o infectados la mortalidad materna oscila entre 4% y 7%; (7.5%) Phaneuf y Hegarty; 7% Brindeau; 2.99% Schickelé; 2.2% Marassi; 3.7% Winter; 1.33% M. Courtiss y J. C. Fische).

En lo que respecta a la mortalidad según las indicacio-

nes es indudable que la placenta previa, y los casos de distocia compleja son los que proporcionan un índice más elevado.

**La morbilidad por infección** llega, también, a límites considerables; predominando los procesos de endometritis, de flebitis (flegmasia alba dolens); supuraciones de la pared abdominal (25% Jeannin; 30% Schäffer; 31% De Lee y Connel; 49% J. P. Greenhil).

**La mortalidad fetal es mínima**, en el curso de la cesárea segmentaria (0.8% J. F. Greenhli; 2.7% S. A. Selitzky).

Los niños extraídos por cesárea, no ofrecen ninguna particularidad; respiran conforme se sacan del útero; pero otras veces transcurren algunos minutos antes de que hagan la primera inspiración; siguen un desarrollo ulterior normal, y la cesárea no tiene ninguna influencia en el porcentaje alejado de sus muertes.

#### CASUÍSTICA

Veamos ahora las historias clínicas sintetizadas de los casos operados y sus resultados inmediatos.

**HISTORIA N° 14.**—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana.

Rosa G. Q., de 21 años de edad, mestiza, soltera, natural de Ica, procede de Lima; ingresa al Servicio N° 1 de la Maternidad, el día 20 de Noviembre de 1938, con dolores de parto, a las 11 y 55 p. m.

**Antecedentes.**—El padre vive y es sano; la madre es muerta, ignora la causa; ha tenido dos hijos que gozan de buena salud. Menarquia a los 14 años, tipo 3/28, de regular cantidad y sin dolores. Ha sufrido de sarampión, gripe y paludismo.

**Estado actual.**—Primípara; fecha de la última regla, 8 de Febrero, de tres días de duración; tiempo aproximado del embarazo nueve meses. Refiere la parturienta que en los tres primeros meses tuvo náuseas, vómitos y sialorrea intensa, acompañándose estos trastornos de anorexia; en la segunda mitad de la gestación la evolución de su gravidez fué tranquila.

Los primeros dolores de parto le comenzaron en la mañana, continuando en forma irregular y haciéndose más intensos hasta su ingreso al hospital.

Examen clínico.—Mujer de talla pequeña, febril 37°4, pulso frecuente, regular, de buena tensión, con deformación de la columna vertebral, lordosis lumbo sacra, pelvis inclinada. El examen de los diferentes aparatos orgánicos no revela nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes resultados: vientre grande, globuloso, en obús, línea bruna bien marcada, cabeza alta y movable, desviada a la fosa iliaca derecha, dorso anterior y a la izquierda; foco de los latidos a la izquierda; altura uterina 28 cm., circunferencia 92 cm.; al tacto se encuentra cuello con dilatación de 5 cm., bolsa de aguas rota, no se percibe presentación; promontorio fácilmente accesible con un conjugado verdadero de 8 ½ cm.; es decir, que hay una estrechez pronunciada de la pelvis.

La pervimetría externa da las siguientes dimensiones: biespinoso 24 cm.; bicrestal 28 cm.; bitrocantereo 31 cm., Baudelocque 19 cm.

La parturienta permanece en el Servicio haciendo la prueba del trabajo durante 12 horas sin que se consiga nada favorable; decidiéndose entonces terminar el parto por cesárea transperitoneal.

Tratamiento.—Habiéndose hecho el diagnóstico de estrechez pronunciada de la pelvis, con feto en situación oblicua y gran desproporción pelvi-fetal se procede a la intervención.

Anestesia general al éter: laparatomía mediana infraumbilical; abierto el vientre, se incinde el peritoneo visceral por encima del fondo de saco vesico-uterino; se secciona la cara anterior del segmento inferior, previa separación de la vejiga, se extrae el feto vivo con forceps, que es de sexo masculino y de 3,600 gr. de peso; luego se extrae la placenta por alumbramiento artificial de 500 gr. de peso; se sutura el segmento inferior en dos planos; la serosa visceral con puntos continuos; se esteriliza a la mujer por sección de las trompas, y finalmente se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos; la operada recibe inyección de 1 gr. de Ergotina y 5 unidades internacionales de Pituitrina. La operación es practicada por los Dres. V. M. Bazul y M. Escate, el día 21 de de Noviembre de 1938.

Post-operatorio.—Inmediatamente después de terminada la intervención, a la enferma se le inyecta 1 litro de suero fi-



siológico con 1 ampolleta de 1 cc. de Adrenalina al 1/1000 y 5 unidades de Pituitrina por vía subcutánea; 20 cc. de suero antiperitonítico y 20 cc. de suero antineumónico, tonicardíacos, etc. El post-operatorio evoluciona en forma tranquila, hay ligero balonamiento del vientre durante dos días con dolor al hipogastrio; temperatura de 37°6 dos días, para después oscilar entre 36°6 y 37°4 por espacio de 8 días, al cabo de los cuales asciende a 38°4 y 38°6 un día para luego descender en forma definitiva; durante este tiempo el pulso se mantiene en 100 y 88 al minuto; la enferma es dada de alta sana, el día 7 de Diciembre de 1938.

HISTORIA N° 15.—Cesárea segmentaria transperitoneal por pelvis coxálgica.

Carmen F. G., de 22 años de edad, mestiza, casada, natural del Callao, procede de Lima, ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 8 de Marzo de 1939 a las 11 a. m., en estado de gestación con deformación de la pelvis.

Antecedentes.—Padre muerto en un accidente, la madre vive, es sana, ha tenido doce hijos a término y ocho abortos. En su infancia ha sufrido de sarampión y coqueluche; después ha padecido de grippe y paludismo. A los 14 años sufrió de dolores en el miembro inferior derecho sobre todo a nivel de la cadera, que la imposibilitaban para caminar y la obligaron a hospitalizarse en el Loayza en donde fué sometida a intervención quirúrgica por el Dr. Carlos Villarán. Menarquia a los 14 años, tipo 9/30 con dolores y en gran cantidad; ha tenido un aborto provocado al 6° mes y un parto prematuro artificial al 7° mes.

Estado actual.—Tercer embarazo; fecha de la última regla, el 29 de Junio de 1938 de cuatro días de duración; tiempo aproximado del embarazo ocho meses. Refiere la gestante que durante los tres primeros meses tuvo náuseas y vómitos matutinos que luego le desaparecieron. A esta grávida la mantuvimos en reposo en cama, hasta el 22 de Marzo, para que el feto adquiriese mayor desarrollo, fecha en la cual fué operada; tenía alrededor de 8 y ½ meses de embarazo.

Examen clínico.—Mujer de aspecto tranquilo, de pulso regular, apirética, de 1.41 m. de estatura, con marcha oscilante. El examen de sus diferentes aparatos orgánicos no presenta nada de particular; en cambio el examen del esqueleto

da datos interesantes: la columna vertebral presenta escoliosis derecha en la región dorsal y escoliosis pronunciada izquierda en la región dorso-lumbar; el surco inter-glúteo, está fuertemente desviado a la izquierda; el miembro inferior derecho tiene un acortamiento de 5 cm.; las espinas ilíacas anteriores y superiores están a diferente nivel, más alta la izquierda; se nota una cicatriz curva por debajo del trocánter derecho, deformación del fémur del mismo lado, atrofia de la masa muscular del lado izquierdo.

El examen obstétrico nos da los datos siguientes: vientre globuloso, línea bruna marcada, cabeza alta, movable, dorso a la derecha; foco de los latidos del corazón del feto a la derecha; altura del útero 33 cm., circunferencia 91 cm.; al tacto: cuello cerrado, blando, no se encuentra presentación; sínfisis del pubis desviada de la línea media, aplanamiento de la pelvis del lado derecho acercándose a la línea media, no se tacta promontorio.

La pelvimetría externa da: biespinoso anterior 19 cm.; bicrestal 20 cm.; bitrocantereo 26 cm.; Baudelocque 14 cm. El rombo de Michaelis está deformado, el triángulo derecho tiene menor altura que el izquierdo.

Diagnóstico.—Pelvis asimétrica, tipo caxálgica, con gran desproporción pelvi-fetal que obligan a hacer el parto artificial.

Tratamiento.—Anestesia general al éter; laparatomía mediana infraumbilical, abierto el vientre se procede a practicar cesárea segmentaria transperitoneal por el procedimiento de Opitz. Al seccionar el segmento inferior hay regular pérdida sanguínea, se extrae por versión un feto vivo, de sexo femenino y de 3,500 gr. de peso; se hace alumbramiento artificial, placenta de 500 gr. de peso; luego se sutura el útero y la serosa visceral; en seguida se esteriliza a la mujer por sección de las trompas con inclusión de los muñones entre las dos hojas del ligamento ancho y se termina cerrando la pared anterior del abdomen en tres planos; en el curso de la intervención se le inyecta a la operada 1 gr. de Ergotina y 5 unidades internacionales de Pituitrina y como se presentara hemorragia secundaria de regular cantidad, se le inyecta en las venas tres unidades de Pituitrina.

Post-operatorio.—En el post-operatorio, la enferma recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de Adrenalina al

1/1000 y 5 unidades de Pituitrina, oleobixina, tonicardíacos, etc.; en la noche del día de la intervención (22 de Marzo) la paciente presenta fenómenos de excitación psicomotriz, dolores óseos a nivel de su antigua lesión de la articulación de la cadera, sensación de angustia; la temperatura asciende a 38° y el pulso a 112; en los días siguientes se presenta ligero meteorismo en el epigastrio, vientre flácido, ligeramente doloroso en el hipogastrio, estos trastornos desaparecen a las 48 horas; la temperatura se mantiene elevada entre 38°4 37°4 por espacio de cinco días al cabo de los cuales desciende en forma definitiva; el pulso es de 88 y 80 al minuto en los primeros días, para luego mantenerse alrededor de 78 al minuto. Ligera disnea los cinco primeros días, para después las respiraciones estar entre los límites normales. La enferma es dada de alta perfectamente sana, catorce días después de haber sido operada (5 de Abril de 1939).

Seis meses después de haber salido de la Maternidad (mes de Setiembre) tuvimos ocasión de examinarla nuevamente por quejarse de dolores en las fosas ilíacas; al examen de los órganos genitales no se encontró nada anormal; en cambio se hallaron alteraciones a nivel de la pelvis, que estaban en relación con su antigua enfermedad.

**HISTORIA N° 16.**—Cesárea segmentaria transperitoneal por insuficiencia cardíaca y placenta previa marginal.

Hermelinda R. V., de 40 años de edad, mestiza, viuda, natural de Arequipa, procede de la Magdalena Vieja e ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, por hemorragias genitales, el 21 de Marzo de 1939, a las 10 a. m.

**Antecedentes.**—Padres muertos, ignora la causa, sufrieron de reumatismo; la madre tuvo seis hijos, viven cinco que padecen de reumatismo. Ha sufrido de sarampión; estando en la edad escolar, padeció de reumatismo articular agudo de la rodilla izquierda, esta enfermedad le ha repetido muchas veces, tomándole diferentes articulaciones. Menarquia a los 14 años, tipo 3/30, en pequeña cantidad, pero regular en su presentación. Ha tenido cinco embarazos que han llegado a término, con partos normales. Desde hacen catorce años sufre de disnea, primero nocturna, después durante el día, edemas de los miembros inferiores y de los párpados; la disnea le imposibilita mantenerse en posición de decúbito

dorsal, siente además palpitaciones y angustia, a veces con sensación de muerte; dolor precordial a veces agudo. Estos trastornos mejoraban con los cuidados médicos; pero se presentaban nuevamente en los embarazos posteriores, estando los síntomas tan aumentados de intensidad que la obligaban a dormir sentada.

Estado actual.—Múltipara, sexto embarazo, fecha de la última regla el 2 de Junio, de tres días de duración, tiempo aproximado de la gestación, nueve meses. Refiere la gestante que desde los primeros meses ha sufrido de disnea, con sensación de cansancio, edema de los miembros, y que a medida que ha progresado su embarazo estos trastornos se han hecho más pronunciados. En el mes de Febrero presentó pérdida sanguínea por sus genitales externos, este accidente se ha repetido en mayor cantidad el día anterior de su ingreso a la Maternidad.

Examen clínico.—Enferma de aspecto intranquilo, disneica, pulso frecuente, irregular, tensión máxima 20, tensión mínima 10; edema de los párpados y de los miembros inferiores; hígado aumentado de volumen; estertores crepitantes en las bases de ambos pulmones; la punta del corazón late en el 6º espacio intercostal izquierdo por fuera de la línea mamilar, soplo sistólico bien marcado en el foco mitral. Los exámenes de laboratorio dan los siguientes datos: Urea en la sangre 0.40 gr. ‰; y el análisis microscópico: células epiteliales, renales, cilindros hialinos, cilindroides, leucocitos, algunos conglomerados, fosfatos amorfos y urato de sodio, cloruros 2.950 ‰.

El examen obstétrico nos da los siguientes datos: vientre grande, globuloso, línea bruna bien marcada; cabeza alta, movable, dorso a la izquierda, foco de los latidos a la izquierda; al tacto: cuello blando, entreabierto, a través del cual se percibe el borde placentario; sangre en los genitales, bolsa de aguas íntegra.

Diagnóstico.—Placenta previa marginal e insuficiencia cardíaca.

Frente a la situación delicada que presenta la enferma, con una doble complicación: 1º la placenta previa y 2º la insuficiencia mitral con insuficiencia cardíaca, creímos conveniente terminar su gestación artificialmente haciendo cesárea abdominal baja.

Tratamiento.—Anestesia general al éter; laparatomía mediana infra-umbilical, abierto el vientre se procede a hacer cesárea segmentaria transperitoneal por el procedimiento de Opitz; al seccionar el segmento inferior se produce hemorragia en regular cantidad, apareciendo en el sitio la placenta; se extrae con el forceps el feto vivo, masculino, de 3,600 gr. de peso; y la placenta por alumbramiento artificial de 510 gr. de peso; se sutura el útero y el peritoneo visceral y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos; en el curso de la intervención la enferma recibe en inyección intramuscular 1 gr. de Ergotina y 5 unidades internacionales de Pituitrina. Se le esteriliza por sección de las trompas con inclusión de los muñones entre las dos hojas del ligamento ancho.

Operación practicada, el día 21 de Marzo de 1939 por los doctores V. M. Bazul y E. Martínez.

Post-operatorio.—En el curso del post-operatorio, la enferma recibe 1 litro de suero glucosado al 45 por mil con una ampolleta de Adrenalina y 5 unidades de Pituitrina; 5 cc. de aceite alcanforado y  $\frac{1}{4}$  mgr. de digitalina y una inyección de oleobixina; al día siguiente se observa polipnea, pulso irregular que sube hasta 128 al minuto, ligero meteorismo del vientre, dolorabilidad a nivel del hipogastrio; la temperatura asciende de 37°4 hasta 39° para descender en forma definitiva al segundo día, manteniéndose en apirexia hasta su salida del hospital.

En los días que siguen, hasta el quinto, los síntomas de insuficiencia cardíaca se hacen más intensos, se presenta tos con expectoración mucopurulenta; la paciente es sometida a tratamiento conveniente con tonicardíacos y dieta apropiada hasta que se consigue la compensación del aparato cardiovascular; es dada de alta en buen estado el día 11 de Abril de 1939.

HISTORIA N° 17.—Cesárea segmentaria transperitoneal, por estrechez pelviana (pelvis plana raquítica).

Hortencia R. E., de 28 años de edad, mestiza, soltera, natural de Lima, procede de Lima, ingresa al Servicio N° 1 de la Maternidad el día 13 de Mayo de 1939 a las 9 a. m., con dolores de parto.

Antecedentes.—El padre es muerto en un accidente; la madre vive y es sana, ha tenido tres hijos nacidos a término

y dos abortos. En su infancia ha sufrido de sarampión, tos convulsiva y de nefritis. Después ha sido sana. Menarquia a los 12 años, tipo 5/30, abundante, dolorosas, regulares en su presentación. Ha tenido dos embarazos que llegaron a término, con partos distócicos; el primero después de un período expulsivo prolongado, terminó con una aplicación de forceps, se extrajo el feto vivo; el segundo igualmente después de un período expulsivo prolongado, se hace versión por maniobras internas, se extrae feto muerto.

Estado actual.—Múltipara, tercer embarazo; fecha de la última regla, el 16 de Julio de 1838 de tres días de duración; tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la paciente que su embarazo ha evolucionado durante los tres primeros meses con náuseas y vómitos en las mañanas y dolorabilidad del vientre, que después, la marcha de la gestación ha sido tranquila.

Examen clínico.—Aspecto general bueno, gran desarrollo del penículo adiposo, talla pequeña, caderas ensanchadas, pulso frecuente, regular, apirética.

El examen de los diferentes aparatos orgánicos no revela nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre prominente, globuloso, línea bruna bien marcada, cabeza alta y movable, por encima del estrecho superior; dorso a la derecha, foco de los latidos a la derecha; altura del útero 36 cm., circunferencia 100 cm.

La pelvimetría externa da las siguientes dimensiones: biespinoso anterior 23 cm.; bicrestal 24 cm.; bitrocantereo 32 cm.; Baudelocque 20 cm.; conjugado diagonal 9 cm.; conjugado verdadero 7 y  $\frac{1}{2}$  cm.

La exploración interna permite constatar la existencia, de cuello con tres cm. de dilatación, bolsa de las aguas rota, presentación no hay; promontorio fácilmente accesible.

La parturienta comienza su trabajo de parto el día 12 de Mayo a las 11 y  $\frac{1}{2}$  p. m.; los dolores son irregulares y espaciados; así continúan hasta el día 15, en la mañana (8 a. m.), se rompe precozmente la bolsa de las aguas, sin que la dilatación haya progresado por inercia primitiva del trabajo; la paciente presenta síntomas de agotamiento, y se observan signos de sufrimiento del feto.

Diagnóstico.—Estrechez pelviana, con desproporción pelvi-fetal, inercia del período de dilatación y signos de agotamiento de la parturienta.

Frente a la evolución desfavorable que tiene el parto, tres días de duración, y teniendo en cuenta los antecedentes de los partos anteriores y los resultados del examen clínico, creímos conveniente terminar artificialmente el parto por cesárea transperitoneal.

Tratamiento.—Anestesia general al éter; laparatomía mediana infra-umbilical, abierto el vientre se procede a practicar cesárea segmentaria transperitoneal por la técnica de Opitz; se extrae con el forceps un feto vivo, de sexo masculino y de 3,300 gr. de peso; la placenta por alumbramiento artificial y de 500 gr. de peso; se sutura el segmento inferior y la serosa visceral; se esteriliza a la mujer por sección de las trompas, con inclusión de los muñones entre las dos hojas del ligamento ancho y se termina cerrando la pared anterior del abdomen en tres planos. En el curso de la intervención se le inyecta por vía intramuscular 1 gr. de Ergotina y 5 unidades internacionales de Pituitrina. Operación practicada el 15 de Mayo, por los Dres. V. M. Bazul y M. Escate.

Post-operatorio.—Después de la intervención se le inyecta a la paciente 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de Adrenalina al 1 por mil y 5 unidades de Pituitrina, oleobixina, tónicos cardíacos; a las 24 horas se observa temperatura elevada de 38°, pulso de 130; disnea, dolorabilidad difusa del abdomen, excitación psicomotriz; hasta el cuarto día la temperatura oscila entre 38° y 37°6, pulso por encima de 120 al minuto, respiraciones entre 38 y 30; a partir del quinto día cambia por completo el estado general, entrando en período de franca mejoría; la temperatura desciende en forma definitiva, lo mismo pasa con el pulso y las respiraciones que se normalizan; la mujer es dada de alta perfectamente sana el día 30 de Mayo de 1939.

HISTORIA N° 18.—Cesárea segmentaria transperitoneal por placenta previa central total.

Zoila N., de 28 años de edad, india, casada, natural de Parinacochas, procede de Lima; ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 25 de Junio de 1939, a las 8 y ½ p. m.,

por hemorragias genitales y edema generalizado, ocupando la cama N<sup>o</sup> 10.

Antecedentes.—Padre muerto, ignora la causa, la madre vive y es sana; ha tenido cuatro hijos, de los cuales tres viven y son sanos. Ha sufrido de bronconeumonía en su infancia; posteriormente ha padecido de infecciones de origen dentario. Menarquia a los 15 años, tipo 3/30, regulares en su presentación y cantidad.

Estado actual.—Primer embarazo; fecha de la última regla, el 22 de septiembre de 1938 de cinco días de duración; tiempo aproximado de la gestación 8 y  $\frac{1}{2}$  meses. Refiere la enferma que en los cinco primeros meses de su gravidez, sufrió con náuseas, vómitos y cefalalgias; estos trastornos no han desaparecido completamente persistiendo cefalalgias intensas. Hacen dos meses que se presentan edemas de los miembros inferiores que luego se le generalizaron, acompañándose de vértigos, obnubilación visual, cefalalgias, oliguria; síntomas todos en relación con un estado de intoxicación gravídica y que corresponden a las nefropatías agudas del embarazo. El día 25 de Julio estos síntomas se hacen más intensos, y principia a perder sangre rutilante por sus genitales, esta hemorragia es indolora; en estas condiciones ingresa al servicio en donde es sometida a examen y puesta en observación, se constata la repetición de las hemorragias genitales los días 26 y 27 de Junio.

Examen clínico.—Mujer de aspecto general tranquilo, con pulso lleno, lento, apirética, con anasarca.

En el aparato digestivo se descubre la existencia de dientes con caries avanzadas; el aparato de la visión presenta trastornos de la agudeza visual y de la percepción de los objetos; sistema nervioso, cefalalgias con predominio occípito frontal. Hay en el aparato renal, marcados signos de alteración que se traducen por edemas generalizados y oliguria; el aparato cardio vascular no presenta nada de particular; la tensión máxima es de 16 y la mínima de 8.

El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre grande, globuloso, línea bruna bien marcada, cabeza alta, movable, sensación de cuerpo blando a la palpación profunda de la región del hipogastrio; dorso del feto a la derecha; foco de los latidos a la derecha; sangre negruzca por los genitales externos; al tacto: cuello blando, cerrado, de múltipara, alto,



centralizado; fondos de saco vaginales ocupados por cuerpo blando con sensación de almohadilla, no se tacta presentación.

La pelvimetría externa da dimensiones compatibles con las normales, no se toca promontorio.

Diagnóstico.—Placenta previa central y nefropatía aguda del embarazo.

Tratamiento.—Teniendo en cuenta los resultados del examen, y frente al peligro de nuevas hemorragias, que podían comprometer la vida de la mujer, se decide intervenir de urgencia, haciendo cesárea segmentaria.

Anestesia raquídea con solución C de Novocaína suprarenina Bayer, previa inyección de 0.25 gr. de Cafeína, seguida después de inyección de 0.05 gr. de Efe-tonina; se procede a practicar laparatomía mediana infraumbilical, abierto el vientre se realiza la cesárea segmentaria transperitoneal siguiendo la técnica de Opitz; se extrae con forceps un feto vivo de sexo masculino y de 3,300 gr. de peso; y la placenta por alumbramiento manual de 450 gr. de peso; al seccionar el segmento inferior se produce regular pérdida sanguínea por la gran vascularización que presenta y la presencia de la placenta; se le inyecta a la operada 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina, se sutura el útero en dos planos y luego la serosa visceral con puntos continuos de catgut, nueva inyección intravenosa de 3 unidades de Pituitrina y se termina cerrando la pared anterior del abdomen en tres planos.

Post-operatorio.—Inmediatamente después de operada la enferma recibe una inyección de 1 litro de suero glucosado al 45 por mil con una ampolleta de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina; oleobixina, tonicardíacos, etc.; hay ligera hemorragia secundaria que cede fácilmente al tratamiento. El post-operatorio evoluciona en forma tranquila, hay apirexia desde el primer día, pulso de 80 al minuto, 24 respiraciones; vientre ligeramente balonado durante 24 horas, flácido, no doloroso; después de permanecer en el servicio el tiempo suficiente para su completo restablecimiento, es dada de alta, sana, el día 12 de Julio de 1939.

La operación fué practicada por los Dres. V. M. Bazul y E. Martínez, el día 27 de Junio de 1939.

HISTORIA N<sup>o</sup> 19.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana y prociencia de cordón.

Elisa R. M., de 25 años de edad, natural de Huancayo, soltera, mestiza, procede de Lima; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad el día 5 de Julio de 1939, a las 7 y 40 a. m., por dolores de parto, ocupando la cama N<sup>o</sup> 13.

Antecedentes.—El padre murió de tuberculosis pulmonar; la madre es muerta, ignora la causa; ha tenido un solo hijo que vive. Ha sufrido de coqueluche y varicela en su infancia; después ha tenido gripe en varias ocasiones. Menarquia a los 15 años, tipo 3/30, regular en cantidad y sin dolores.

Estado actual.—Primípara, fecha de la última regla, el 17 de septiembre de 1938, de tres días de duración; tiempo aproximado de la gestación, nueve meses. Refiere la parturienta que su embarazo ha evolucionado durante los tres primeros meses con náuseas, vómitos, sialorrea, cefalalgias, que después desaparecieron, continuando su gestación sin ningún accidente; los primeros dolores de parto le comenzaron el día 4 a las 10 p. m., siguiéndoles en forma regular y cada vez más intensos hasta su ingreso al hospital; la bolsa de las aguas se rompió en la mañana del día 5 con escape del cordón, sin estar la dilatación completa.

Examen clínico.—Mujer de talla pequeña, con estado general bueno, pulso frecuente, regular, apirética. El examen de sus diferentes aparatos orgánicos no revela nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre voluminoso, prominente; línea bruna bien marcada; cabeza fija, dorso a la izquierda; foco de los latidos fetales a la izquierda, éstos se perciben con marcada irregularidad; al tacto, cuello con dilatación de 7 cm., cordón umbilical pro-cidente y con latidos, bolsa de las aguas rota; cabeza alta y fija, promontorio fácilmente accesible, con un conjugado verdadero de 7 y  $\frac{1}{2}$  cm.

Pelvimetría.—La pelvimetría externa da las siguientes dimensiones: biespinoso 24 cm.; bicrestal 27 cm.; bitrocantereo 32 cm.; Baudelocque 18 cm.; conjugado diagonal 9 cm.; conjugado verdadero 7 y  $\frac{1}{2}$ .

Diagnóstico.—Estrechez pelviana (pelvis plana simple) con desproporción pelvi fetal y procidencia del cordón.

Tratamiento.—Frente a los resultados del examen y habiendo hecho la parturienta la prueba del trabajo durante 12 horas, con la bolsa de aguas rota y procidencia del cordón y

con signos de comprensión de éste y estando en peligro la vida del feto, sin posibilidad de obtenerlo vivo al ser extraído por vías naturales por la deformación pelviana, se procede a la terminación artificial del parto haciendo cesárea segmentaria transperitoneal siguiendo la técnica de Opitz.

Anestesia general al éter, laparatomía mediana infraumbilical; abierto el segmento inferior, se extrae con el forceps un feto vivo de sexo masculino de 3,500 gr. de peso; la placenta es extraída por alumbramiento artificial, pesa 500 gr.; se le inyecta a la operada 1 gr. de Ergotina y 5 unidades internacionales de Pituitrina; se sutura el segmento inferior en dos planos y la serosa visceral con puntos continuos de catgut y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La intervención se practica el día 5 de Julio por los Dres. V. M. Bazul, E. Martínez y A. Yuén.

Post-operatorio.—Terminada la intervención se le inyecta a la paciente 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina; 20 cc. de suero antiperitonítico, 20 cc. de suero antineumónico, oleobixina y tonicardíacos; durante 24 horas hay ligero meteorismo del vientre, temperatura de 37°4; 28 respiraciones por minuto; pulso entre 120 y 116 al minuto; después la temperatura cae a 36°8 manteniéndose en forma definitiva; el pulso permanece por encima de 100 hasta el octavo día en que desciende a 90 y luego a 80 para permanecer en dicho número; las respiraciones bajan a 24, después a 20 definitivamente; habiendo entrado todo en orden, la paciente es dada de alta completamente sana el día 22 de Julio de 1939. Al sacársele los puntos al octavo día se constata a nivel de la herida de la pared la existencia de exudado sero purulento, de mal olor, que desaparece pocos días después de ser sometida a tratamiento apropiado.

HISTORIA N° 20.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana y eclampsia.

Luzmila L. T., de 23 años de edad, mestiza, casada, natural del Callao, procede de Lima, ingresa al servicio N° 5 de la Maternidad, el día 11 de Agosto de 1939, por ataques convulsivos y dolores de parto a las 9 a. m., ocupando la cama N° 11.

Antecedentes.—Padres vivos y sanos. La madre ha tenido 16 hijos de los cuales cinco viven y son sanos. Ha sufrido en su infancia de sarampión y en la adolescencia de gripe. Menarquia a los 11 años tipo 3/30, regular en cantidad y tiempo; ha tenido un embarazo que terminó por aborto.

Estado actual.—Segundo embarazo, primero a término; fecha de la última menstruación, el 22 de Octubre de 1938, de tres días de duración; tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere que su gravidez ha evolucionado con vómitos y náuseas en los tres primeros meses, que en el curso del octavo mes se le presentaron edemas de los miembros inferiores, siendo más marcado en el lado derecho; los primeros dolores de parto comenzaron el día 8, presentándose con largos intervalos, la bolsa de las aguas se rompió el día 10 a las 11 pm.; los dolores se hicieron más intensos y frecuentes, sin que se observara progreso del parto; el día 11 a las 7 y  $\frac{1}{2}$  am., se le presentó crisis convulsiva con pérdida del conocimiento, que obligó a sus familiares a internarla en la Maternidad, en el Servicio N° 5, en donde fué alojada; se le volvió a presentar otro ataque teniendo los caracteres de eclampsia.

Examen clínico.—Mujer con aspecto abotargado, edema de los miembros inferiores, pérdida del conocimiento, con pulso lleno y regular, apirética; tensión máxima de 15 y mínima de 10, oliguria marcada; el examen de los aparatos respiratorio y digestivo no revela nada de particular. El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre grande y globuloso, línea bruna bien marcada, cabeza fija en la parte alta de la pelvis; dorso a la izquierda, foco de los latidos a la izquierda; al tacto: cuello con dilatación de 6 cm., membranas rotas, presentación alta, cabeza rechazable, promontorio accesible, conjugado diagonal de 10 cm.

Pelvimetría.—La pelvimetría nos dá las siguientes dimensiones: biespinoso anterior 24 cm.; bicrestal 27 cm.; bitrocantereo 30 cm.; Baudelocque 19 cm.; conjugado diagonal 10 cm. y conjugado verdadero 8 y  $\frac{1}{2}$  cm.

Diagnóstico.—Parto distócico por estrechez pelviana complicado con eclampsia del trabajo.

Tratamiento.—Habiendo estado la parturienta durante tres días en trabajo, sin conseguirse que la evolución fuera espontánea, con rotura precoz de la bolsa de las aguas más de

12 horas, y crisis de eclampsia; atendida en su domicilio en condiciones desfavorables, resolvimos terminar artificialmente el parto haciendo cesárea segmentaria transperitoneal.

Anestesia general al éter, laparatomía mediana infraumbilical, abierto el vientre se procede a practicar la cesárea transperitoneal por la técnica de Opitz; seccionado el segmento inferior, se extrae con el forceps un feto vivo, mestizo de 3,200 gr. de peso; y la placenta por alumbramiento manual de 600 gr. de peso; se le inyecta a la operada 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina; se sutura el segmento inferior en dos planos y la serosa visceral con puntos continuos de catgut y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La sección del segmento inferior no produce pérdida de sangre. La operación fué practicada por los Dres. V. M. Bazul y E. Martínez, el día 11 de Agosto de 1939.

Post-operatorio.—Terminada la intervención se presenta hemorragia secundaria de regular intensidad, se le inyecta a la paciente 1 litro de suero glucosado al 45 por mil con 5 unidades de Pituitrina y 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil; 3 unidades de Pituitrina, en la vena, tonicardíacos, etc.; en los primeros tres días hay ligero balonamiento del vientre; temperatura entre 37°4, 38°, 37°6 durante ocho días; pulso de 130, 120, 112; respiraciones alrededor de 32, 42, 36, 28, 24, durante este mismo tiempo; tos seca al principio, luego con expectoración mucopurulenta, dolorabilidad a nivel de la herida abdominal; al sacársele los puntos el octavo día se constata que la cicatriz de la pared está húmeda y que a nivel de su parte media sale exudado sero purulento abundante y de mal olor; se somete a la operada a tratamiento apropiado y se consigue que la temperatura, el pulso y las respiraciones se normalicen, y que la tos y los trastornos bronquiales desaparezcan; hacia los 19 días, se presenta nuevamente fiebre de 39°, malestar general, dolores articulares y en el ángulo del maxilar inferior, disfagia; al examen se descubre la existencia de una amigdalitis críptica; después de tres días, estos accidentes desaparecen en forma definitiva; no queda sino la curación de la herida de la pared que cicatriza bien y la enferma es dada de alta sana el día 11 de septiembre de 1939.

HISTORIA N° 21.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana.

Eulogia H. E., de 20 años de edad, mestiza, soltera, natural de Arequipa, procede de Lima, ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad, el día 10 de septiembre de 1939 a las 11 y  $\frac{1}{2}$  a. m., con dolores de parto, ocupando la cama N<sup>o</sup> 7.

Antecedentes.—Los padres viven y son sanos; la madre ha tenido cuatro hijos que viven y gozan de buena salud. Comienza a caminar a los 18 meses, alimentación materna; en su infancia ha sufrido de viruelas, sarampión; en su adolescencia de gripe y disentería. Menarquia a los 15 años, tipo 5/30, regular en cantidad y tiempo y sin dolor, a los 16 años se hace irregular y con dolores; ha tenido un embarazo que llegó a término, con parto largo y prolongado que terminó artificialmente por aplicación de forceps con feto muerto.

Estado actual.—Segundo embarazo; fecha del último período menstrual el 1<sup>o</sup> de Diciembre de 1938 de seis días de duración; tiempo aproximado de la gestación, nueve meses. Refiere la enferma que durante los tres primeros meses de embarazo presentó náuseas, hiperacidez, cefalalgias y vómitos matutinos, después tuvo pérdidas sanguíneas por sus genitales por espacio de ocho días; en la segunda mitad de la gestación ésta evolucionó sin accidentes; el día 9 en la noche, se le rompen las membranas con pérdida de abundante líquido amniótico; horas más tarde le comienzan los dolores de parto, en forma intermitente y con espacios prolongados; así continúan hasta la mañana del día diez que ingresa al Servicio; en donde es examinada y sometida a observación; los dolores se hacen cada vez más frecuentes e intensos con agitación de la parturienta; los latidos del corazón fetal se presentan en forma irregular; en esta situación se inyecta a la mujer medicación sedante del útero y tonicárdiacos fetales; así continúa la paciente hasta que es examinada por el Jefe del Servicio.

Examen clínico.—Paciente con aspecto general intranquilo, con signos de agotamiento, apirética, pulso lleno, regular, 84 al minuto, ligera disnea. El examen de sus aparatos orgánicos no revela nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre globuloso y prominente, línea bruna bien marcada; cabeza grande, alta, movable, por encima del estrecho superior; dorso a la derecha; foco de los latidos fetales a la derecha; al tacto: cuello con 6 cm. de dilatación, bolsa de las aguas rota, no hay presentación, pro-

monitorio fácilmente accesible, con un conjugado diagonal de 10 cm.

La pelvimetría da las siguientes dimensiones: diámetro biespinoso 22 cm.; bicrestal 26 cm.; bitrocantereo 30 cm.; Baudelocque 18 cm.; conjugado diagonal 10 cm.; conjugado verdadero 8 y  $\frac{1}{2}$  cm.

La medida de la tensión indica: tensión máxima 13; tensión mínima 7.

Diagnóstico.—Distocia por estrechez pelviana con fuerte desproporción pelvi fetal, signos de agotamiento de la mujer y de sufrimiento del feto.

Tratamiento.—Frente a los resultados del examen, con una prueba de trabajo prolongada, con agotamiento de la mujer e inminencia de asfixia del feto, teniendo además, en cuenta que el primer parto fué largo y terminó con un fracaso, se resuelve terminar artificialmente el actual, haciendo cesárea transperitoneal baja.

Previa inyección de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, se hace anestesia raquídea con solución C de Novocaína suprarenina Bayer, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efetonina; laparatomía mediana infraumbilical; abierto el vientre se procede a practicar cesárea segmentaria transperitoneal por la técnica Opitz; se extrae con forceps un feto vivo de sexo masculino, de 3,540 gr. de peso; luego se hace alumbramiento artificial, placenta de 800 gr. de peso; se le pone a la paciente una inyección, de 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina; se sutura el segmento inferior adelgazado, que no dió sangre a su sección, en dos planos, y la serosa visceral con puntos continuos de catgut, y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La operación se realizó el día 11 de septiembre por los Dres. V. M. Bazul, A. Yuén y E. Martínez.

Post-operatorio.—Después de la intervención la enferma pierde discreta cantidad de sangre por sus genitales; se le inyecta 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina, 20 cc. de suero anti-perifonítico y antineumocócico, oleobixina y tonicardíacos. Al día siguiente la enferma está tranquila, vientre ligeramente balonado, tos seca; temperatura de 37°3; 80 pulsaciones al minuto y 22 respiraciones; la temperatura remite en la tarde a 36°5, y se mantiene así hasta el cuarto día; el pulso os-

cila entre 86 y 80; en la tarde del cuarto día la temperatura asciende a 37°6 y el pulso a 100; al día siguiente desciende a 36°6; el pulso baja a 86, luego a 80 y cae a 74 manteniéndose en forma definitiva junto con la temperatura; así permanece en el servicio, en donde se observa además el desarrollo de una bronquitis, que dura hasta el octavo día con expectoración muco purulenta; libre de esta complicación es dada de alta sana, el día 26 de septiembre de 1939.

HISTORIA N° 22.—Cesárea segmentaria transperitoneal por rigidez anatómica del cuello en primípara añosa.

F. de M. de la R. T., natural de Lima, de 32 años de edad, casada, procede de Lima; ingresa a la Maison de Santé, el día 12 de Abril de 1939, por rotura prematura de la bolsa de las aguas, ocupando el departamento N° 53.

Antecedentes.—Padres muertos, ignora la causa. Ha sido hija única; siempre ha gozado de buena salud; menarquia a los 13 años, tipo 4/30, regular en cantidad y tiempo.

Estado actual.—Primer embarazo; fecha de la última regla alrededor del 28 de Julio de 1938, de cuatro días de duración; tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la enferma que su embarazo ha evolucionado en forma tranquila, sólo en el curso del octavo mes se le presentó edema intenso en los miembros inferiores que luego se le generaliza y la obliga a consultar al médico, que le prescribe reposo en cama y medicación apropiada hasta su completa desaparición. Al amanecer el día 12 de Abril se le rompen las membranas; con pérdida de líquido amniótico y sin dolores; en el curso del mismo día se le presentan de vez en cuando ligeras contracciones con pérdida de líquido con algunas estrias sanguinolentas; el examen demuestra que no hay trabajo de parto; es solamente al día siguiente que principian verdaderas contracciones dolorosas, las que se presentan en forma intermitente; irregulares y espaciadas, los latidos del corazón del feto son de 152 al minuto; la temperatura de la parturienta es de 37° y 92 pulsaciones al minuto; las contracciones intensas atormentan a la paciente y obligan en la noche a una nueva exploración interna.

Examen clínico.—Mujer de talla pequeña, con pulso frecuente, regular, 92 al minuto, temperatura de 37°, un poco agitada. El examen de sus diferentes aparatos orgánicos no



revela nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre grande, globuloso, con útero de forma cilíndrica, desviado un poco a la derecha; línea bruna bien marcada; a la palpación: excavación libre, por encima del pubis, tumor de forma irregular, semiduro, movable y libre con caracteres de nalgas; a nivel del hipocondrio derecho, tumor duro, redondeado, movable, que permite el peloteo, es la cabeza; dorso del feto a la izquierda; partes pequeñas a la derecha; foco de auscultación alto a nivel del ombligo y a la izquierda; al tacto, después de más de 12 horas de trabajo; cuello con dilatación de 3 cm., duro con sensación de cuero engrasado, rígido, con los caracteres de la rigidez anatómica; bolsa de las aguas rota, nalgas altas, no se percibe promon-

Diagnóstico.—Distocia por rigidez anatómica del cuello y presentación de nalgas incompletas y altas en primípara de edad.

Tratamiento.—Frente a los resultados del examen y después de observación cuidadosa de la parturienta, con la existencia de rigidez anatómica del cuello, que impide su dilatación, y el desarrollo seguro de nueva complicación por tratarse de presentación de nalgas incompletas que no habían encajado, a pesar de las horas transcurridas del parto y con rotura de la bolsa de las aguas, nuevo factor de distocia, seguida del alza de la temperatura que nos indicaba la iniciación de proceso infeccioso, creímos justo terminar el parto artificialmente, haciendo cesárea segmentaria transperitoneal.

Anestesia general al éter; laparatomía mediana infraumbilical, abierto el vientre se practica la cesárea segmentaria transperitoneal por la técnica de Opitz; se extrae por tracción un feto vivo, masculino, de 3,800 gr. de peso; y la placenta por alumbramiento manual de 500 gr. de peso; después de inyección de 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina, se sutura el segmento inferior, cuya sección no dió sangre, en dos planos, y la serosa visceral con puntos continuos de catgut y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La operación fué practicada por los Dres. V. M. Bazul, Miguel Escate y E. Martínez, el día 13 de Abril a las 9 p. m.

Post-operatorio.—La paciente sale en buen estado de la sala de operaciones y se le inyecta 1 litro de suero fisiológico

con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina, tonicardíacos, oleobixina y 20 cc. de suero antiperitonítico; al día siguiente el vientre está blando, flácido, con ligero meteorismo; el pulso es alto llega a 150 al minuto, con 36 respiraciones, mucosas un poco pálidas; temperatura de 37°5, este estado de verdadero shock dura 48 horas, cediendo a la medicación apropiada (Coramina, suero glucosado hipertónico, solución salina), después que el pulso ha remitido llegando al normal, así como las respiraciones; la temperatura persiste alrededor de 37°4, 37°2 hasta el cuarto día que desciende en forma definitiva; queda sólo pequeña pérdida sanguínea por los genitales, que desaparece al séptimo día, entrando todo en orden; la enferma es dada de alta perfectamente sana, el día 26 de Abril de 1939.

HISTORIA N° 23.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana.

Magdalena M. A., de 17 años de edad, mestiza, soltera, natural de Huánuco, procede de Lima; ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 9 de Julio de 1939, a las 11 y 15 a. m., por dolores de parto.

Antecedentes.—Padres vivos y sanos; la madre ha tenido siete hijos que nacieron a término y son sanos, y tres abortos. Ha sufrido en su infancia de sarampión y después ha padecido de gripe varias veces. Menarquia a los 12 años, tipo 4/30, en regular cantidad y con dolores.

Estado actual.—Primer embarazo, fecha de la última regla, el 2 de Octubre, de cuatro días de duración; tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la paciente que su embarazo ha evolucionado en los tres primeros meses con náuseas y vómitos; que después ha seguido una marcha tranquila; los primeros dolores de parto le comenzaron en la noche del día 8, continuaron en forma más o menos regular todo el día 9, habiéndosele roto la bolsa de las aguas este mismo día a la 1 p. m.; las contracciones se hicieron cada vez más frecuentes y dolorosas, presentándose signos de fatiga de la parturienta con fenómenos de agitación, sin que se observara progreso del parto.

Examen clínico.—Mujer de talla pequeña, agitada, pálida, pulso frecuente, regular, 120 al minuto, con temperatura de 37°. El examen de sus diferentes aparatos orgánicos

no revela nada de particular; la presión máxima es de 12 y la mínima de 6 al Pachón. El examen obstétrico da los siguientes datos: pelvis inclinada; vientre regular, globuloso, prominente, en obús, línea bruna bien marcada; cabeza grande alta, movable, por encima del estrecho superior, dorso a la izquierda; foco de los latidos fetales a la izquierda; al tacto: cuello con dilatación de 4 cm., bolsa de las aguas rota, cabeza alta y movable, sólo se aprecia la sutura sagital; promontorio fácilmente accesible; maniobra de Müller negativa.

Pelvimetría.—La medida de los diámetros pelvianos da las siguientes dimensiones: biespinoso 24 cm.; bicrestal 25 cm.; bitrocantereo 32 cm. Baudelocque 16 cm., conjugado diagonal 10 cm.; conjugado verdadero 8 y  $\frac{1}{2}$  cm.

Diagnóstico.—Parto distócico por estrechez pelviana, con desproporción pelvi fetal.

Tratamiento.—Frente a los resultados del examen, después de haber sido sometida a la prueba del trabajo, sin posibilidad de terminación espontánea, con bolsa de las aguas rota más de 7 horas, y temperatura de 37°; iniciándose proceso infeccioso, resolvimos hacer la terminación artificial del parto, practicando cesárea abdominal baja.

Anestesia general al éter; laparatomía mediana infraumbilical, abierta la cavidad abdominal se procede a practicar cesárea segmentaria transperitoneal siguiendo la técnica de Opitz; seccionado el segmento inferior, que no da sino algunas gotas de sangre, se extrae con el forceps un feto vivo de sexo masculino y de 3,150 gr. de peso; se hace alumbramiento artificial, placenta de 600 gr. de peso; luego se le inyecta a la paciente 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina, se sutura el segmento inferior en dos planos y la serosa visceral en uno con puntos continuos de catgut y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos; la operación se realiza el día 9 de Julio de 1939, a las 7 y 30 p. m., por los Dres. V. M. Bazul y M. Escate.

Post-operatorio.—El post-operatorio evoluciona lleno de accidentes y complicaciones; terminada la intervención la paciente recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina; 20 cc. de suero antiperitonítico y antineumocócico, oleobixina, tonicardíacos, etc.; durante 24 horas el vientre está ligeramente balonado, doloroso, sobre todo a nivel de la inci-

sión; tos seca y frecuente; pérdidas sanguíneas discretas por sus genitales, que toman mal olor a partir del tercer día; la temperatura asciende desde el primer día y tomando un tipo irregular, con grandes oscilaciones, se mantiene entre 37°6, 38°5, 39°, 40°, 37°4, 37°2, etc., por espacio de 39 días; al cabo de los cuales cae en forma definitiva, presentando sin embargo, ligera alza a los 50 días; el pulso es alto, 120, 106, 110, 100, 80, 76 al minuto; las respiraciones son frecuentes y llegan a 40, 38, 36, 30, 28, 24 al minuto; la tos de los primeros días se hace cada vez más pronunciada, hay estertores húmedos en ambos pulmones; al octavo día aparece un foco de bronconeumonía en el lado derecho, con soplo y estertores crepitantes y subcrepitantes; en los días que siguen, otro foco en el lado izquierdo; más tarde signos de derrame pleural en el lado derecho, disnea, cianosis de los labios y de las extremidades; junto con los trastornos del aparato respiratorio se produce infección de la herida de la pared anterior del abdomen con infiltración y disección de todos sus planos y separación de sus bordes en toda su extensión; la supuración que se establece a este nivel dura cerca de tres meses, haciéndose una cicatrización lenta y dejando como recuerdo un trayecto fistuloso un poco por debajo del ombligo; agrégase a este accidente la producción de endometritis puerperal con secreción loquial fétida y subinvolución uterina; en resumen nuestra paciente presenta en el post-operatorio tres complicaciones que ponen en grave peligro su vida y que son: endometritis, infección masiva de la herida de la pared anterior del abdomen y afección bronco-pleuro-pulmonar de origen séptico y embólico; después de 39 días de verdadera angustia las complicaciones declinan y entra en una faz de completa calma que permite su lento restablecimiento y curación; la enferma permanece en el Servicio durante tres meses al cabo de los cuales es dada de alta en buenas condiciones; sólo le queda el trayecto fistuloso; recomendándole venir al servicio para continuar su tratamiento, sale el día 8 de Octubre de 1939.

HISTORIA N° 24.—Cesárea segmentaria transperitoneal por placenta previa central.

Máxima L., de 33 años de edad, india, soltera, natural de Mala, procede de Chorrillos; ingresa al Servicio N° 5 de la

Maternidad, el día 11 de septiembre de 1939, por hemorragias genitales y ocupa la cama N<sup>o</sup> 11.

Antecedentes.—El padre murió de asfixia por inmersión; la madre falleció de parto, tuvo cinco hijos que viven y son sanos. En su infancia y adolescencia ha sido sana, sólo ha sufrido de paludismo; menarquia a los 16 años, tipo 3/30, regular en tiempo y cantidad; ha tenido cuatro embarazos que llegaron a término con partos espontáneos y sin accidentes en el puerperio.

Estado actual.—Multipara, quinto embarazo; fecha del último período el día 1<sup>o</sup> de Enero de 1939 de tres días de duración, tiempo aproximado de la gestación, ocho meses. Refiere la paciente que su embarazo ha evolucionado durante los tres primeros meses, con náuseas y vómitos matutinos; que después estos trastornos desaparecieron por completo; el día 16 de Agosto a continuación de haber tomado purgante se le presentó hemorragias abundantes por sus genitales que le duraron por espacio de dos días, sin dolores; cesaron por medicación apropiada; después de varios días de reposo se le volvieron a presentar nuevas pérdidas sanguíneas, pero en menor cantidad, desaparecieron con la permanencia en la cama, pero el día 9 de Setiembre, estando en su lecho, en pleno descanso, por la noche, fué sorprendida por una hemorragia genital abundante que la obligó a internarse en el hospital de Maternidad.

Examen clínico.—Mujer con aspecto general tranquilo, mucosas pálidas, pulso frecuente, regular, de buena tensión; apirética. Algunos estertores húmedos diseminados en el aparato respiratorio; presión máxima de 13 y mínima de 7; no se descubre nada de particular en los otros aparatos orgánicos. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre grande, globuloso, de forma regular, línea bruna bien marcada; polo inferior del feto, de forma irregular con partes duras y semiblandas, situado en la fosa iliaca derecha, con caracteres de nalgas; tumor redondeado, regular, con el cual se hace fácilmente el peloteo fetal, y que corresponde a la cabeza situada en el hipocondrio izquierdo; dorso a la derecha y adelante; foco de los latidos a la altura del ombligo y a la derecha; la excavación pelviana libre, ocupada en su parte profunda por un cuerpo que da la sensación de masa blanda; al tacto se encuentra: cuello entreabierto, descentrado y pos-

terior; fondos de saco de la vagina ocupados por un cuerpo que da la sensación de almohadilla; a través del orificio uterino se percibe la presencia de una masa blanda que sangra al menor contacto; finalmente se constata la presencia de sangre en los genitales externos.

Diagnóstico.—Placenta previa central total; con feto en situación oblicua.

Tratamiento.—La paciente es puesta en reposo y observación; dos días después de estar en el servicio, presenta en la noche hemorragia abundante que obliga en la mañana a intervenir de urgencia, haciéndole cesárea abdominal baja.

Previa inyección de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, se hace anestesia raquídea con solución C de Novocaína suprarenina Bayer, seguida de una inyección de 0.05 gr. de Efe-tonina; laparatomía mediana infraumbilical; abierto el vientre se procede a practicar cesárea segmentaria transperitoneal por el procedimiento de Opitz; la sección del segmento inferior da lugar a la producción de hemorragias en regular cantidad por la presencia de la placenta; se extrae por versión un feto vivo masculino de 2,700 gr. de peso; y la placenta por alumbramiento artificial de 500 gr. de peso; se le inyecta por vía intramuscular 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina, y como el útero estuviera blando se le inyecta 3 unidades de Pituitrina intravenosa; se sutura a continuación el segmento inferior en dos planos y la serosa visceral con puntos continuos de catgut y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La operación es practicada por los Dres. V. M. Bazul y E. Martínez, el 13 de septiembre de 1939.

Post-operatorio.—Terminada la intervención la paciente presenta hemorragia secundaria, en regular cantidad; recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina; 20 cc. de suero antiperitonítico y antineumocócico, oleobixina, tonicardiacos, etc. En la tarde del día de la operación la temperatura asciende a 37°6, se mantiene así hasta la mañana siguiente, se presenta después una nueva alza que llega a 39° y con ligeras remisiones matutinas permanece entre 38°8 y 37°5 hasta el octavo día en que desciende en forma definitiva a 36°8; el pulso oscila entre 120, 110, 90 y 78; las respiraciones varían entre 24, 28, 22; en los primeros días el vientre está ligeramente balonado y doloroso, en particular a nivel de la herida de la pared;

hay insomnio, agitación y mucha sed; tos seca, que aumenta con el transcurso de los días, sin signos broncopulmonares; el octavo día al quitarse los agrafes de la herida de la pared, se observa que ésta tiene bordes adematosos y húmedos; de la parte media de ésta se separan los bordes dando salida a serosidad sanguinolenta abundante, que continúa en menor cantidad hasta los veinte días, desprendiéndose a veces pedazos de catgut no reabsorbido; cicatrizada la herida de la pared es dada de alta sana el día 17 de octubre de 1939.

HISTORIA N<sup>o</sup> 25.—Cesárea segmentaria transperitoneal por placenta previa central.

Ana P. B., de 17 años de edad, mestiza, soltera, natural de Lima, procede de Barranco; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad, el día 29 de septiembre de 1939, por hemorragias genitales y ocupa la cama N<sup>o</sup> 13.

Antecedentes.—Los padres viven y son sanos, la madre ha tenido doce embarazos con partos a término, le viven nueve hijos; y tres abortos. Durante su infancia ha padecido de sarampión, tos convulsiva. Menarquia a los 14 años, tipo 4/30, regular en cantidad y tiempo y sin dolores.

Estado actual.—Primer embarazo; fecha del último período, el 12 de Diciembre de 1938, de seis días de duración, tiempo aproximado de la gestación 9 meses. Refiere la paciente que durante los tres primeros meses sufrió con náuseas y vómitos en las mañanas; el día 23 de Julio (séptimo mes) se le presentó hemorragia por sus genitales, que dura dos días, sin dolores; después de un período largo de reposo, se le presenta nuevas hemorragias (15 de septiembre), que se prolongan muchos días, haciéndose cada vez más intensas, que la obligan a internarse en la Maternidad; permanece en el Servicio en reposo por espacio de seis días, teniendo siempre pequeñas pérdidas, hasta que el día 5 de Octubre una hemorragia abundante nos obliga a intervenir de urgencia.

Examen clínico.—Paciente con aspecto general tranquilo, mucosas pálidas, pulso frecuente, regular, de buena tensión; apirética. Al examen del aparato respiratorio se descubre la existencia de estertores húmedos diseminados y discretos; los otros aparatos orgánicos no presentan nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre globuloso, de forma regular; línea bruna bien mar-

cada; cabeza alta, movable; la palpación profunda permite percibir un cuerpo blando; dorso del feto a la izquierda; foco de los latidos a la izquierda; sangre negruzca a través de los genitales externos; al tacto: cuello cónico, blando, cerrado, dirigido hacia atrás, fondos de saco vaginales ocupados por un cuerpo blando con sensación de almohadilla, no se tacta presentación.

La pelvimetría externa nos indica dimensiones normales.

Diagnóstico.—Placenta previa central, feto en situación longitudinal cefálica.

Tratamiento.—Después de varios días de estar sometida la gestante a reposo y con medicación apropiada, una hemorragia abundante nos obliga a someterla a intervención quirúrgica, haciendo cesárea abdominal baja.

Previa inyección de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, se hace anestesia raquídea con solución C de Novocaína suprarenina Bayer, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efetonina; abierto el vientre por laparatomía mediana infraumbilical, se procede a practicar cesárea segmentaria transperitoneal por la técnica de Opitz; la sección del segmento inferior da lugar a hemorragia de regular intensidad por encontrarse la placenta; se extrae con el forceps un feto vivo, de sexo femenino y de 2,500 gr. de peso; la placenta es extraída por alumbramiento artificial, con un peso de 540 gr., con focos de infarto blanco; se le inyecta a la paciente por vía intramuscular 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina, y como el útero se mantuviese blando, se inyecta por vía intravenosa 3 unidades de Pituitrina; luego se sutura el segmento inferior en dos planos y la serosa visceral con puntos continuos de catgut y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos.

Post-operatorio.—Terminada la intervención la operada recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al 1 por mil y 5 unidades de Pituitrina; 20 cc. de suero antiperitonítico y antineumocócico, oleobixina, tonicardíacos, etc. El post-operatorio evoluciona lleno de accidentes y complicaciones que terminan por matar a la mujer. Hay en primer lugar hemorragia secundaria que aumenta el estado de anemia; luego estado de agitación psicomotriz con insomnio, que persiste varios días; dolorabilidad difusa del vientre con ligero meteorismo; el dolor es marcado en la fosa iliaca de-



recha y en el hipogastrio; al tercer día se presentan trastornos vesicales con dolor a la micción y tenesmo; diarreas de tipo disentérico con cámaras numerosas que desaparecen al 6º día con medicación apropiada; desde el primer día la temperatura es elevada, llega a 38° y se mantiene así con oscilaciones que suben hasta 38°6, 39°4 con remisiones matutinas pero sin descender a la normal por espacio de 45 días; el pulso es alto, sube a 120, 140, 160 con descensos que lo mantienen siempre por encima de 100; las respiraciones son de 30, 40, 50, 35, 28, es decir, siempre disneica. A partir del sexto día sale exudado purulento por la parte inferior de la herida de la pared anterior del abdomen; se comprueba la infección total de ésta, y la secreción purulenta cada vez más abundante persistirá hasta la muerte de la paciente. Al explorar la herida se constata que está en comunicación con el parametrio el fondo de saco lateral derecho de la vagina dando lugar a la salida de regular cantidad de pus. La enferma agrava progresivamente su estado general, se caquectiza y termina por morir el día 21 de Noviembre de 1939. La evolución clínica de esta operada nos permite concluir que ella ha tenido las siguientes complicaciones: endometritis, parametritis, miocarditis e infección de la herida de la pared del abdomen, con supuración prolongada, que por acción toxi-infecciosa dieron fin a su vida a los 47 días después de la intervención.

Autopsia.—Sólo pudo hacerse exploración de la cavidad abdominal por razones ajenas a nosotros. La inspección de la región hipogástrica permite apreciar la existencia de una herida de 10 cm. de longitud con secreción purulenta mezclada a materias fecales; incindida ésta, y ya en plena cavidad abdominal, se encuentra en la pelvis el útero retraído y duro, de forma más o menos cónica, fuertemente adherido a la S ilíaca; anexos caídos al Douglas y adheridos a la pared posterior del útero; peritoneo visceral intacto, no se percibe la sección en el segmento inferior; vejiga libre, fondo de saco vesico-uterino libre; fondo de saco lateral derecho de la vagina perforado, permite el pasaje de un dedo, intestinos adheridos en la parte superior de la incisión de la pared del abdomen, un poco por debajo del ombligo; serosa visceral engrosada y bañada de pus, la pared intestinal tiene colora-

ción violácea y en una de las asas del ilion se halla una perforación que da salida al contenido intestinal.

HISTORIA N<sup>o</sup> 26.—Cesárea segmentaria transperitoneal por placenta previa central.

Elisá C. D., de 44 años de edad, mestiza, soltera, natural de Huacho, procede de Lima; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad, el día 5 de Octubre de 1939, a las 9 a. m., por hemorragias genitales, ocupando la cama N<sup>o</sup> 14.

Antecedentes.—Padre muerto, ignora la causa; la madre murió de afección inflamatoria del útero; han sido ocho hermanos, seis muertos en la infancia, quedan dos que son sanos. Menarquia a los 12 años, tipo 4/28, regular en cantidad y tiempo. Ha tenido siete embarazos que llegaron a término con partos espontáneos y sin accidentes en el puerperio; y dos abortos. Ha sufrido en su infancia de sarampión y varicela, después ha tenido disentería y gripe en varias ocasiones.

Estado actual.—Multípara, décimo embarazo, fecha de la última regla el 30 de Diciembre de 1938, de cuatro días de duración; tiempo aproximado de la gestación, nueve meses. Refiere la paciente que su embarazo ha evolucionado en los tres primeros meses con náuseas y vómitos en las mañanas; que en el mes de Agosto estando en reposo le sobrevino hemorragia genital que le duró varios días, desapareciendo espontáneamente con la permanencia en cama; en Setiembre le repitieron las pérdidas sanguíneas en pequeña cantidad, estando hospitalizada por espacio de 20 días; el día 3 de Octubre nuevamente se le presentan hemorragias abundantes y sin dolor que la obligan a internarse por segunda vez en la Maternidad.

Examen clínico.—Mujer de aspecto general tranquilo, pálida, con pulso frecuente, pequeño, regular, 104 al minuto, apirética; el examen de sus diferentes aparatos orgánicos no revela nada de particular; con tensión máxima de 12 y mínima de 7. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre de tamaño regular, globuloso, línea bruna manifiesta; cabeza por encima del estrecho superior, movable; dorso del feto a la derecha; foco de los latidos a la derecha; a la palpación profunda de la pelvis, presencia de masa blanduzca; al tacto: cuello cilíndrico, blando, cerrado, dirigido hacia

atrás, fondos de saco de la vagina ocupado por un cuerpo blando con sensación de almohadilla; polo inferior del feto con caracteres de cabeza, no hay presentación; presencia de sangre en los genitales externos.

Diagnóstico.—Por los datos y el resultado del examen se hace el diagnóstico de placenta previa central, feto en situación longitudinal cefálica.

Tratamiento.—Frente a las hemorragias repetidas cada vez más abundantes, decidimos hacer la interrupción del embarazo por cesárea abdominal baja.

Previa inyección subcutánea de Benzoato de cafeína (0.25 gr.) se hace anestesia raquídea con solución C de Novocaína suprarrenina Bayer seguida de inyección de 0.05 gr. de Efe-tonina; laparatomía mediana infraumbilical. Abierto el vientre se practica cesárea segmentaria transperitoneal por la técnica de Opitz; la sección del segmento inferior va acompañada de la producción de hemorragia de regular cantidad, por encontrarse implantada la placenta; se extrae por versión un feto femenino de 2,170 gr. de peso, en estado de asfixia blanca, el que a pesar de haberse empleado todos los medios para combatir su estado, no se consigue que vuelvan los movimientos respiratorios; la placenta es extraída por alumbramiento artificial y pesa 400 gr.; se le inyecta a la paciente 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina, se sutura el útero en dos planos y la serosa visceral en uno, con puntos continuos de catgut, se esteriliza a la mujer por sección de las trompas con inclusión de los muñones entre las dos hojas del ligamento ancho y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La operación se realiza el día 8 de Octubre por los Dres. V. M. Bazul y E. Martínez.

Post-operatorio.—Terminada la intervención recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina; durante tres días hay ligero balonamiento de la parte superior del abdomen, con dolorabilidad difusa; la temperatura sube a 37°6, 37°5, 37°6, para después descender en forma definitiva al tercer día; el pulso es de 110, 104, 92, 80; las respiraciones son de 32, 28, 20 por espacio de tres días; luego la paciente entra en período de franca mejoría, permanece en el servicio hasta su completa curación y es dada de alta, sana, el día 19 de Octubre de 1939.

HISTORIA N<sup>o</sup> 27.—Cesárea segmentaria transperitoneal por situación oblicua y procidencia de cordón en primípara añosa.

A. M. A. de Ch., de 35 años de edad, casada, natural de Trujillo, de profesión farmacéutica, procede de Lima; ingresa a la Maison de Santé el día 29 de Octubre de 1939 a la 1 a. m. por dolores de parto y ocupa el departamento N<sup>o</sup> 5.

Antecedentes.—El padre es muerto, ignora la causa; la madre vive y es sana; ha sufrido de sarampión en su niñez y de fiebre tifoidea en su juventud. Menarquia a los 13 años, tipo 5/30, con cólicos y en abundante cantidad.

Estado actual.—Primer embarazo, fecha de la última regla, el 21 de Enero de 1939, de cinco días de duración; tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la enferma que los primeros meses tuvo náuseas y vómitos matutinos que desaparecieron después; que en la segunda mitad del embarazo sufría sensación de cansancio, las conjuntivas oculares amarillas y flujo verdoso y abundante por los genitales; las membranas se rompieron prematuramente en la noche del día 28, tres horas después principiaron los dolores de parto bajo la forma de contracciones intermitentes que fueron acentuándose más y más hasta su ingreso a la clínica.

Examen clínico.—Mujer de talla elevada, con conjuntivas ictéricas, pulso regular, de buena tensión, apirética. El examen del aparato digestivo revela síntomas de sufrimiento del hígado; los otros aparatos orgánicos no presentan nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos; vientre grande, globuloso, más ancho en el diámetro transversal; su eje mayor es oblicuo a la derecha; línea bruna marcada; a la palpación, vientre más ancho que alto; cabeza en la fosa ilíaca izquierda; dorso a la izquierda y adelante, foco de los latidos fetales por debajo del ombligo; éstos son irregulares y desaparecen por momentos; al tacto: cuello con dilatación de tres centímetros, bolsa de las aguas rota prematuramente, cordón umbilical procidente y con latidos.

Diagnóstico.—Distocia de origen fetal, situación oblicua con procidencia de cordón en primípara de edad.

Tratamiento.—Por haber visto a la paciente durante los últimos meses y encontrar el feto siempre en oblicua, irreducible a la versión por maniobras externas, y presentar la bolsa de las aguas rota con procidencia del cordón y signos de sufri-

miento del feto, y con la seguridad que el parto iba a terminar en forma desastrosa por la edad de la parturienta, creímos que la terapéutica justa era la cesárea abdominal baja.

Previa inyección de 0,25 gr. de Benzoato de cafeína, se hace anestesia raquídea con la solución C de Novocaína suprarenina Bayer, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efetonina; luego se procede a practicar la cesárea segmentaria transperitoneal por la técnica de Opitz; se extrae por versión un feto vivo, de sexo femenino de 3,800 gr. de peso, que presenta deformación de la mastoide derecha y del esternocleído mastoideo del mismo lado, con flexión lateral, del cuello; la placenta se desprende por alumbramiento artificial con un peso de 500 gr.; se le inyecta a la operada 1 gr. de Ergotina con 5 unidades de Pituitrina; se sutura el segmento inferior en dos planos y la serosa visceral en uno con puntos continuos de catgut, y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La intervención es realizada por los doctores V. M. Bazul, M. Escate y E. Martínez, el día 29 de Octubre de 1939.

Post-operatorio.—Inmediatamente después de la operación, la enferma recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina, 20 cc. de suero antiperitonítico, oleobixina, tonicardíacos, etc.; en los días siguientes, el vientre está flácido, ligero balonamiento del epigastrio, dolorabilidad del hipogastrio por tres días; temperatura que oscila entre 37°6 y 36°9 durante siete días; el pulso está entre 100 y 88 al minuto; después de cinco días de apirexia y en buenas condiciones abandona la clínica a los doce días de la intervención; pero, en la tarde de su salida, en su domicilio, experimenta dolor agudo del tórax (lado derecho) con imposibilidad para respirar, tos seca, disnea, temperatura de 38°5; al examen se encuentran estertores subcrepitantes finos en el sitio del dolor; reposo y medicación apropiada alivian esta situación; en los días posteriores se calma la tos, el dolor desaparece, persistiendo la temperatura con dolores articulares en los miembros; el 16 de Noviembre se presenta dolor inguinal en el miembro inferior izquierdo con empastamiento de la cara interna del muslo; dos días después aparece edema generalizado, con dolor y cambio de coloración de la piel (flegmasia alba dolens); el 26 de Noviembre aparecen signos de inflamación de la mama izquierda, la que a pesar del tratamiento, termina por la for-

mación de un absceso que es incindido, con salida de buena cantidad de pus; el reposo y la medicación apropiada hacen desaparecer estas complicaciones y a partir del 14 de Diciembre la enferma entra en apirexia; la permanencia en cama, los masajes oportunamente prescritos contribuyen a la curación de la flebitis, que permiten a la enferma levantarse el 30 de Enero de 1940. En conclusión esta cesarizada ha presentado las siguientes complicaciones: endometritis con síntomas atenuados; embolia pulmonar de tipo doloroso; flegmasia alba dolens y absceso de la mama.

HISTORIA N<sup>o</sup> 28.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana en gestante cesarizada en el parto anterior por técnica extraperitoneal.

Carmen R. E., de 23 años de edad, mestiza, soltera, natural de Trujillo, procede de Lima; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad, el día 17 de Enero de 1940, por embarazo con estrechez pelviana, para ser sometida a intervención quirúrgica, ocupa la cama N<sup>o</sup> 10.

Antecedentes.—Padre muerto, ignora la causa; la madre falleció de parto, tuvo cuatro hijos de los cuales viven tres que son sanos. Menarquia a los 12 años, tipo 6/30, en regular cantidad y sin dolor; ha sufrido en su infancia de varicela, sarampión y paludismo; después en su juventud ha padecido de dolores cólicos con localización en la fosa ilíaca derecha y en la región vesicular, con trastornos dispépticos; y en una ocasión cámaras sanguinolentas. Ha tenido un embarazo que llegó a término, con parto distócico por estrechez pelviana, que obligó a su terminación artificial por cesárea extraperitoneal, el 12 de Junio de 1938.

Estado actual.—Segundo embarazo, fecha de la última regla el día 23 de Abril de 1939, de cuatro días de duración; tiempo aproximado de la gestación ocho meses y medio. Refiere la paciente que en los dos primeros meses tuvo náuseas y vómitos, y dolor en la región hipogástrica a nivel de la cicatriz, con sensación de tirantez, que ha desaparecido en los últimos meses; la segunda mitad de la gestación ha evolucionado sin ningún accidente.

Examen clínico.—Mujer de talla pequeña (1.40 m.) con aspecto general tranquilo, pulso lento, de buena tensión, regular, apirética. El examen de sus diferentes aparatos orgá-

nicos no revela nada de particular. La tensión máxima es de 10.5 y la mínima de 7. El examen obstétrico dá los siguientes datos: caderas ensanchadas, fuerte ensilladura lumbar (lordosis), vientre de forma regular, globuloso, cicatriz mediana infraumbilical, irregular en su parte inferior, pigmentada de negro; cabeza por encima del estrecho superior, alta, movable, dorso a la izquierda; foco de los latidos fetales a la izquierda; al tacto: cuello cilíndrico, blando, cerrado, cabeza alta, no hay presentación; promontorio fácilmente accesible, con conjugado verdadero de 7 cm. Altura del útero 33 cm. y con circunferencia de 100 cm.

Pelvimetría.—La medición de los diámetros pelvianos dá las siguientes dimensiones: biespinoso 25 cm.; bicrestal 26 cm.; bitrocantereo 31 cm.; Baudelocque 18 cm.; conjugado diagonal 9 cm.; conjugado verdadero 7 cm.; bisquiático 10 cm.

Diagnóstico.—Estrechez pelviana absoluta (pelvis plana raquítica), feto en situación longitudinal cefálica, izquierda posterior.

La gestante es mantenida en reposo en cama, por espacio de cuatro días, al cabo de los cuales se decide la intervención, porque conocida la viciación pelviana no tenía objeto esperar el desarrollo del parto, y porque, además, era conveniente actuar en condiciones de pureza que asegurara el éxito de la operación.

Tratamiento.—Inyección de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, anestesia raquídea con solución C de Novocaína suprarenina Bayer, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efe-tonina. Después de extirpar la cicatriz antigua, se hace laparatomía mediana infra umbilical y se procede a realizar la cesárea segmentaria transperitoneal por la técnica de Opitz. Abierto el vientre se constata que la cavidad abdominal está libre; se observa gran desarrollo vascular en el parametrio izquierdo y algunos gruesos vasos que surcan la cara anterior del segmento inferior un poco por encima del fondo de saco vesico uterino. Seccionado el peritoneo visceral por encima del fondo de saco vesico-uterino cuidando de no herir los vasos, se despega fácilmente la vejiga dejando al descubierto la cara anterior del segmento inferior; hacia la izquierda y a inmediaciones de los vasos uterinos se percibe una línea vertical blanquecina que corresponde a la cicatriz anterior; las venas

de la cara posterior de la vejiga forman un rico plexo, se secciona el segmento inferior cuidando de no herir los vasos, en la línea media; se extrae con el forceps un feto vivo, masculino, de 3,000 gr. de peso, y la placenta, por alumbramiento artificial de 700 gr. de peso, se le inyecta a la paciente 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina intramusculares; y luego se sutura el segmento inferior en dos planos y la serosa visceral con puntos continuos de catgut, se hace la esterilización por sección de las trompas con inclusión de los muñones entre las dos hojas del ligamento ancho y se termina cerrando la pared anterior del abdomen en tres planos. Operación practicada el 21 de Enero de 1941, por los Dres. V. M. Bazul y E. Martínez.

Post-operatorio.—Inmediatamente después de terminada la intervención, la paciente recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina, oleobixina, tonicardíacos, etc. Durante tres días la paciente presenta dolorabilidad del abdomen, en especial a nivel del hipocondrio derecho y en la fosa iliaca del mismo lado; ligero balonamiento, temperatura de 37°6, 38°6, 37°; pulso de 82, 120, 110, 90 al minuto; 26, 40, 28 respiraciones; disuria que la mortifica, insomnio; a partir del cuarto día todos estos trastornos desaparecen y entra en período de franca mejoría; permanece en el Servicio hasta su completa curación y es dada de alta sana el día 3 de Febrero de 1940.

HISTORIA N° 29.—Cesárea segmentaria transperitoneal por rigidez anatómica del cuello en primípara añosa.

A. V. de V., de 31 años de edad, blanca, casada, natural de Lima, procede de Lima; ingresa al Servicio de Paga de la Maternidad, el 26 de Enero de 1940, por dolores de parto, ocupa el cuarto N° 16.

Antecedentes.—El padre vive y es sano; la madre murió de afección al corazón. Menarquia a los 12 años, tipo 5/28, regular en cantidad y tiempo. En su infancia ha sufrido de sarampión y varicela; después ha tenido paludismo y gripe.

Estado actual.—Primer embarazo; fecha de la última regla, el 12 de Abril de 1939 de cinco días de duración; tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la paciente que en los tres primeros meses sufrió de náuseas y vómitos matutinos; estos trastornos desaparecieron en la segunda mi-



tad de la gestación; presentándose flujo vaginal de color verdoso, abundante que fué disminuyendo con tratamiento apropiado. Los primeros dolores de parto comenzaron el día 27 de Enero a la 1 y  $\frac{1}{2}$  am., bajo la forma de contracciones intermitentes e irregulares, cada vez más intensas; a las 3 am. del mismo día se rompieron precozmente las membranas, con salida de líquido amniótico en cantidad; luego los dolores continuaron cada vez más intensos sin que se observara progreso del parto; las contracciones tan violentas obligaron a prescribir medicación antiespasmódica; la duración de este estado trajo alteraciones del estado general de la parturienta e irregularidades de los latidos fetales; por espacio de doce horas se mantuvo este sufrimiento de la mujer, sin que se consiguiera nada favorable.

Examen clínico.—Mujer pálida, con aspecto general angustiado, pulso frecuente, regular, apirética. El examen de sus diferentes aparatos orgánicos no revela nada de particular. El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre globuloso, prominente, regular, línea bruna manifiesta; cabeza insinuada, movable; dorso a la derecha; foco de los latidos fetales a la derecha; éstos se presentan frecuentes, irregulares, desaparecen por momentos; al tacto: cuello con dilatación de tres cm., duro, resistente, con sensación de cuero mojado, tiene los caracteres de la rigidez anatómica; bolsa de las aguas rota; cabeza alta, sólo se percibe la sutura sagital; líquido amniótico teñido de meconio; altura del útero 32 cm. La pelvimetría dá dimensiones normales. El estado general de la parturienta presenta signos de agotamiento.

Diagnóstico.—Distocia por rigidez anatómica del cuello, con signos de agotamiento de la mujer y sufrimiento del feto, en primípara de edad.

Tratamiento.—Después de haber examinado a la parturienta y observado cuidadosamente la evolución del parto, sin posibilidades de terminación espontánea, con peligros para la vida de ella y mayores, todavía, para la del feto, y con la esperanza de poder salvar a éste, resolvimos terminar artificialmente el parto, por cesárea segmentaria transperitoneal, teniendo, además, presente que la bolsa de las aguas estaba rota hacía nueve horas.

Anestesia general al éter; laparatomía mediana infraumbilical. Abierto el vientre se procede a practicar la cesárea

segmentaria por la técnica de Opitz; se extrae por versión un feto femenino de 3,900 gr. de peso, que sale en estado de asfixia sincopal, se hacen maniobras de respiración artificial sin éxito; la placenta se extrae por alumbramiento artificial de 600 gr. de peso; al seccionar el segmento inferior se cae sobre la placenta que tiene inserción baja y dá lugar a la producción de hemorragia; se le inyecta a la operada 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina por vía intramuscular y 3 unidades de Pituitrina por vía intravenosa; se sutura el útero en dos planos y la serosa visceral con puntos continuos de catgut, y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La operación se realiza el 28 de Enero de 1940 por los Dres. V. M. Bazul, M. Escate y E. Martínez.

Post-operatorio.—Terminada la intervención, la paciente recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil, oleobixina, 20 cc. de suero antipeptonítico, tonicardíacos, etc. Se presenta después de colocada en cama, hemorragia secundaria abundante; a partir de la tarde del día de la operación, la temperatura asciende a 37°8 y se mantiene con ligeras remisiones entre 38°2, 37°8, 37°4 por espacio de trece días; el pulso es durante este tiempo de 100, 112, 96, 115, 90, 86 al minuto; en los primeros días hay dolorabilidad difusa del abdomen, más marcada en el hipogastrio; pérdidas sanguíneas en pequeña cantidad hasta el octavo día; a partir del día 13 todos los trastornos disminuyen y la paciente entra en período de franca mejoría; permanece en la clínica hasta la desaparición completa de los síntomas de endometritis y sale sana, el día 17 de febrero de 1940.

HISTORIA N° 30.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana en primípara de edad.

A. C. de R., de 33 años de edad, blanca, casada, natural de Pisco, procede del Callao; ingresa a la Maison de Santé el 29 de Febrero de 1940, para ser atendida en su parto; ocupa el departamento número 1.

Antecedentes.—La madre murió de nefritis, el padre vive y es sano; han sido cinco hermanos, que gozan de buena salud. Menarquía a los 14 años, tipo 3/30, en cantidad regular y sin dolores. En su infancia ha sufrido de sarampión, varicela y coqueluche; después ha tenido grippe, sufre estreñimiento crónico.

Estado actual.—Primer embarazo; fecha de la última regla el 18 de Mayo de 1939 de tres días de duración; tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la paciente que su gravidez ha evolucionado durante los tres primeros meses con náuseas y vómitos frecuentes que desaparecieron con tratamiento por cuerpo amarillo; a partir del séptimo mes se le presentó edema de los miembros inferiores que luego se generalizó, obligándola a guardar reposo en cama y a cambiar el régimen alimenticio; estando ya en la clínica en espera del parto se le presentan ligeros dolores muy espaciados el 4 de Marzo; el 5 de Marzo se le rompen las membranas sin que hubiera parto (9.20 cm.) con pérdida abundante de líquido amniótico (rotura prematura de las membranas) continúa perdiendo líquido hasta el día 8 sin que se declarara el trabajo del parto a pesar de los medios empleados.

Examen clínico.—Mujer de talla regular, de aspecto tranquilo, con pulso frecuente, regular, de buena tensión (104 al minuto), apirética. Examen de los aparatos circulatorio y respiratorio no revela nada de particular; el aparato digestivo acusa signos de entreñimiento con meteorismo; en el aparato renal hay trastornos que se manifiestan por edemas de los miembros inferiores; y alteraciones de la orina. El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre globuloso, de forma regular; línea bruna manifiesta; cabeza alta, movable; dorso a la izquierda; foco de los latidos fetales a la izquierda; al tacto; cuello en descomposición, membranas rotas prematuramente; cabeza alta, no hay presentación; promontorio accesible con esfuerzo; conjugado verdadero de 9 y  $\frac{1}{2}$  cm.

Pelvimetría.—La pelvimetría dá las siguientes dimensiones: diámetro biespinoso 23 cm.; bicrestal 27 cm.; bitrocantereo 38 cm.; Baudelocque 19 cm.; conjugado diagonal 11 cm.; conjugado verdadero 9 y  $\frac{1}{2}$  cm.

Diagnóstico.—Estrechez pelviana (pelvis límite) rotura prematura de membranas en primípara de edad.

Tratamiento.—Después de observar a la paciente durante nueve días; con la bolsa de las aguas rota por espacio de tres días, sin que el parto se iniciara, con peligro del desarrollo de proceso infeccioso por estar el huevo abierto; pelvis ligeramente estrecha, tratándose de una primípara de edad, en la cual la evolución favorable del parto era dudosa; resolvimos terminar la gestación por cesárea abdominal baja, me-

dio seguro de conseguir al feto vivo y dejar a la madre en buen estado.

Prevía inyección subcutánea de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, se hace anestesia raquídea con solución C. de Novocaína suprarrenina Bayer, seguida de inyección subcutánea de 0.05 gr. de Efe-tonina. Abierto el vientre se practica cesárea segmentaria transperitoneal por la técnica de Opitz; la sección del segmento inferior mal desarrollado, da lugar a pérdidas sanguíneas en regular cantidad; sobre la serosa visceral, un poco por encima del fondo de saco vésico-uterino, se observan gruesos vasos venosos que serpentean; se extrae con el forceps un feto vivo, de sexo femenino de 3,000 gr. de peso; y luego la placenta por alumbramiento artificial, sale decoronada, con un peso de 480 gr.; se le inyecta a la paciente por vía intramuscular 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina; sutura del útero en dos planos y de la serosa visceral en uno, con puntos continuos y se cierra la pared anterior del abdomen en tres planos. La operación es practicada por los Dres. V. M. Bazul, M. Escate y E. Martínez.

Post-operatorio.—Terminada la intervención, se presenta hemorragia secundaria moderada y síntomas de shock; la paciente recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina; 20 cc. de suero antiperitonítico, tornicardiacos, etc.; el estado de shock dura 48 horas; a partir de la tarde del día de la operación, la temperatura asciende a 37°6 y en los días siguientes a 38°2, 38°4, 37°5, 37° hasta el séptimo día en que cae en forma definitiva; el pulso durante este tiempo es de 128, 134, 140, 100, 90, 88; las respiraciones son de 38, 30, 24 al minuto; hay dolorabilidad difusa del abdomen, ligeras pérdidas sanguíneas; desde el séptimo día todos estos trastornos desaparecen y la enferma entra en período de franca mejoría, permanece en la clínica hasta su completa curación y es dada de alta sana el día 26 de Marzo de 1940.

HISTORIA N° 31.—Cesárea segmentaria transperitoneal por placenta previa central.

Dolores R. A., de 38 años de edad, india, soltera, natural de Cerro de Pasco, procede de Lima; ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 10 de Abril de 1940 por hemorragias genitales.

Antecedentes.—El padre es muerto en un accidente; la madre vive, es enfermiza, ha tenido tres hijos de los cuales viven dos que son sanos. Menarquia a las 12 años, tipo 3/28, abundante y sin dolor; ha padecido de sarampión, varicela, grippe, paludismo y cefalalgias intensas; ha tenido cuatro embarazos, los dos primeros llegaron a término, parto espontáneo; murió el primer niño a las 26 horas; el tercero y cuarto embarazo, terminaron con partos prematuros de 7 y 8 meses y fetos muertos.

Estado actual.—Múltipara quinto embarazo, fecha de la última regla el 21 de Julio de 1940 de tres días de duración; tiempo aproximado de la gestación 8 meses. Refiere la paciente que su gradivez ha evolucionado durante los primeros tres meses con náuseas, vómitos y cefalalgias; estos trastornos desaparecieron después; el día 2 de Abril, se le presentaron por primera vez pérdidas sanguíneas por sus genitales, abundantes y sin dolor; sometida a tratamiento y reposo, desaparecen; pero algunos días más tarde se le vuelven a presentar, esta vez en mayor cantidad y siempre sin dolor, obligándola a hospitalizarse.

Examen clínico.—Aspecto general tranquilo, un poco pálida, con buen estado de nutrición, pulso de buena tensión y regular, apirética. Los dientes presentan caries de grado variable; a nivel del aparato respiratorio se observan signos de afección crónica, en especial en el vértice izquierdo; en los demás aparatos no se encuentra nada de particular. El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre globuloso, de regular tamaño, de forma regular; cabeza alta, movable; dorso a la derecha, foco de los latidos fetales a la derecha; a la palpación profunda sensación de amohadilla; al tacto se encuentra cuello de múltipara, entreabierto, sangre en los genitales, presentación no hay; sensación de cuerpo blando que ocupa los fondos de saco vaginales.

Diagnóstico.—Frente a las hemorragias silenciosas y con los signos obtenidos por el examen obstétrico, se concluye en la existencia de placenta previa central; se somete a la paciente a reposo y observación y, al presentarse nuevamente hemorragia tres días después de estar en el Servicio se decide intervenir de urgencia.

Tratamiento.—Previa inyección de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, se hace anestesia raquídea con solución C. de No-

vocaina suprarenina Bayer, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efetonina; laparatomía mediana infraumbilical, abierto el vientre, se secciona el peritoneo visceral por encima del fondo de saco vesico uterino, se desprende fácilmente la vejiga, se secciona la cara anterior del segmento inferior, y al caer sobre la placenta se produce hemorragia abundante; se extrae por versión un feto vivo de sexo masculino, de 2,000 gr. de peso; la placenta se desprende por alumbramiento artificial de 600 gr. de peso; se le inyecta a la operada por vía intramuscular 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina y 3 unidades de Pituitrina por vía intravenosa; sutura del útero en dos planos y la serosa visceral en uno; se termina cerrando la pared anterior del abdomen en tres planos.

Post-operatorio.—Los cuatro primeros días después de la operación, la paciente tiene vientre flácido, ligeramente doloroso; temperatura que oscila entre 37°8 y 37°6; pulso entre 120, 100 y 90; respiraciones 36 al minuto; luego desaparece la temperatura y declinan los otros síntomas, entra en período de franca mejoría y permanece en el Servicio hasta su completa curación, es dada de alta sana el día 30 de Abril de 1940.

HISTORIA N° 32.—Cesárea segmentaria transperitoneal en gestante cesarizada en parto anterior por técnica extraperitoneal.

Ana A., de 23 años de edad, india, soltera, natural de Morococha, procede de Miraflores, ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 6 de Mayo de 1940, para ser sometida a intervención quirúrgica.

Antecedentes.—El padre es muerto, ignora la causa; la madre murió de parto; han sido cinco hermanos que viven y son sanos. Menarquia a los 13 años, tipo 4/30, en regular cantidad y con dolores; ha sufrido de epistaxis; ha tenido un embarazo que llegó a término, siendo operada de cesárea extraperitoneal por estrechez pelviana el día 10 de Noviembre de 1938.

Estado actual.—Segundo embarazo, fecha de la última regla el 27 de Julio de 1939, de cuatro días de duración, tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la paciente que su gravidez ha evolucionado durante los cuatro primeros meses con cefalalgias, náuseas, vómitos bien acentuados, anorexia, vinagreras y sensación de ardor epigástrico,

después de los alimentos; hay flujo vaginal de color verdoso; alrededor del séptimo mes; tiene por espacio de diez días, malestar general, fiebre discreta; le aparecen en diferentes sitios de ambas piernas, tumoraciones pequeñas, un poco dolorosas, de color violáceo, duras acompañadas de edemas, que le imposibilitan caminar y la obligan a hospitalizarse en la Maternidad, Servicio N<sup>o</sup> 5; en donde fué sometida a tratamiento apropiado hasta la completa desaparición del eritema nudoso. Después de permanecer tres días en reposo, se inician los dolores de parto, el día 9 a las 6 am., los cuales continúan en forma intermitente y cada vez más intensos hasta las 11 y 45 de la mañana que fué operada.

Examen clínico.—Aspecto general tranquilo, apirética, pulso lleno, regular, de buena tensión.

El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre globuloso, grande, péndulo, línea bruna bien marcada, cicatriz infraumbilical, cabeza grande, insinuada, dorso a la derecha, foco de los latidos fetales a la derecha; no se hizo exploración interna; altura del útero 35 cm., circunferencia 102 cm. La pelvimetría dá las siguientes dimensiones: bicrestal 24 cm.; biespinoso 21 cm.; bitrocantereo 27 cm.; Baudelocque 18 cm.; conjugado diagonal 10 y  $\frac{1}{2}$  cm; conjugado verdadero 9 cm. El examen de los diferentes aparatos no revela nada de particular.

Diagnóstico.—Estrechez pelviana (pelvis plana) con desproporción magnífica pelvi-fetal; por ser una parturienta ya conocida se procede sin espera al tratamiento conveniente.

Tratamiento.—Anestesia raquídea con solución C. de Novocaina suprarrenina Bayer, previa inyección de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, seguida de inyección de Efe-tonina Merck de 0.05 gr.; después de extirpada la cicatriz de la pared del abdomen, se hace laparatomía mediana infraumbilical; abierto el vientre, se encuentra la cavidad abdominal libre; se nota algunos gruesos vasos sobre la cara anterior del segmento inferior; el parametrio izquierdo aparece duro; seccionado el peritoneo visceral por encima del fondo de saco vesico uterino, y despegado éste para descubrir la cara anterior del segmento inferior, se observa que la separación es fácil y se puede avanzar hasta el parametrio derecho; en el lado izquierdo la vejiga está adherida al tejido celular del parametrio; se desprende con cuidado las adherencias para dejar li-

bre la vejiga, y se descubre con dificultad la cicatriz de la sección anterior, reducida a una línea blanquecina, resistente, apenas perceptible; las venas del plexo vesical son numerosas y una de ellas se desgarró en las maniobras de separación; se liga inmediatamente; se incide el segmento inferior y se extrae con el forceps un feto vivo, de sexo femenino de 3,800 gr. de peso y la placenta por alumbramiento manual de 650 gr. de peso; se sutura el útero en dos planos y la serosa visceral en uno con catgut; luego se esteriliza a la mujer por sección de las trompas con inclusión de los muñones entre las dos hojas del ligamento ancho y se termina cerrando la pared del abdomen en tres planos.

En el curso de la intervención hay hemorragia moderada que cesa después de una inyección intravenosa de tres unidades de Pituitrina.

Post-operatorio.—Se le inyecta a la paciente 1 litro de suero fisiológico con Adrenalina (1 cc. de solución al uno por mil); 20 cc. de suero antiperitonítico y antineumocócico; oleobixina, tonicardíacos, etc.; en la tarde del día de la operación la temperatura asciende a 37° 6; el pulso a 108, y 35 respiraciones por minuto, pasa la noche intranquila y aparece urticaria en los miembros superiores; al día siguiente, hay dolorabilidad difusa del vientre, temperatura de 37°4, pulso de 100, respiraciones 32 al minuto, dolor en el hemitórax derecho; en los días que siguen se presenta tos frecuente y seca al principio, con expectoración mucopurulenta después; estertores roncantes y sibilantes en ambos pulmones, brotes de urticaria, que desaparecen después, temperatura que oscila entre 39° y 38° hasta el noveno día, que desciende a 37° y luego a la normal; el pulso tiene remisiones entre 108, 98, 80 durante el mismo tiempo, las respiraciones se mantienen por encima de 30 al minuto y al décimo día bajan hasta la normal; al sacarse los agrafes al 8º día se descubre que la herida de la pared está infectada; a través de un ojal que se hace, sale exudado seropurulento; a partir del décimo día declinan todos los síntomas y la operada entra en período de franca mejoría de sus tres complicaciones: bronquitis, enfermedad sérica e infección de la herida de la pared; permanece en el Servicio hasta su completa curación y es dada de alta sana el día 30 de Mayo de 1940.



**HISTORIA N° 33.**— Cesárea segmentaria transperitoneal en gestante cesarizada en parto anterior por técnica extraperitoneal.

Felipa O., de 17 años de edad, india, soltera, natural de Caraz, doméstica, procede de Lima, ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 16 de Mayo de 1940, para ser sometida a intervención quirúrgica.

**Antecedentes.**—El padre es muerto, ignora la causa; la madre vive y es sana; han sido ocho hermanos, uno vive; los siete restantes han muerto, no conoce la causa. Menarquia a los 14 años, tipo 4/30, regular, abundante y dolorosa; ha sufrido en su niñez de sarampión, grippe y paludismo; a los nueve años después de una caída sufre fractura del antebrazo y pierna izquierda; luego observa que el esqueleto se le comienza a deformar por la aparición de tumoraciones óseas en distintos puntos. Ha tenido un embarazo que llegó a término con parto distócico que fué tratado por cesárea extraperitoneal, el 22 de Diciembre de 1937.

**Estado actual.**—Secundípara, fecha de la última regla, el 23 de Agosto de 1939 de tres días de duración; tiempo aproximado del embarazo 8 y  $\frac{1}{2}$  meses. Refiere la paciente que su gravidez ha evolucionado con náuseas, vómitos y cefalalgias hasta el sexto mes; a partir del cual siente dolores en el vientre localizados en la línea media y con sensación de tensión a nivel de la cicatriz; presenta flujo vaginal de color verdoso, abundante, con ardores a la micción, vagina caliente y prurito vulvar; en estas condiciones ingresa al Servicio en donde permanece sometida a tratamiento y en reposo hasta el 30 de Mayo, fecha de la intervención.

**Examen clínico.**—Mujer de aspecto general tranquilo, apirética, con pulso frecuente, lleno, de buena tensión; de talla pequeña (1.38 m.) con miembros cortos y deformados, presentan humoraciones óseas a nivel de las epífisis, las manos con dedos cortos; el examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre grande, globuloso, de forma regular, en obús; línea bruna bien marcada, cicatriz mediana infraumbilical, de aspecto irregular, cabeza alta, móvil y desviada a la fosa iliaca izquierda, dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; cuello blando de múltipara; presentación no hay, promontorio accesible; pelvis inclinada, fuerte ensi-liaçura lumbar.

La pelvimetría externa dá las siguientes dimensiones: biespinoso 21 cm.; bicrestal 24 cm.; bitrocantereo 23 cm.; Baudelocque 19 cm.; conjugado diagonal 9 cm.; conjugado verdadero 7 y  $\frac{1}{2}$  cm.

El examen de los diferentes aparatos orgánicos, no revela nada de particular.

Diagnóstico.—Pelvis general y regularmente estrecha, con feto grande y desviado en situación oblicua; pelvis quirúrgica por la gran reducción de sus diámetros obliga a seguir una conducta definida.

Tratamiento.—Anestesia raquídea, con solución C. de Novocaina suprarrenina Bayer, previa inyección subcutánea de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efe-tonina Merck; extirpada la cicatriz de la pared del abdomen, se hace laparatomía. Abierto el vientre se observa que la cavidad abdominal está libre, algunas neomembranas sobre la cara anterior del útero, que se liberan fácilmente; el parametrio izquierdo está grueso e infiltrado, la sección del peritoneo visceral se detiene hacia el lado izquierdo por estar adherida la vejiga; se le desprende con cuidado y se consigue dejarla completamente libre; hacia el lado izquierdo de la línea media sobre la cara anterior del segmento inferior se encuentra la cicatriz de la cesárea precedente, de color blanco nacarado, de aspecto regular, resistente, representada por una línea angosta; se incinde el segmento inferior sobre la parte mediana, y luego se extrae por versión un feto vivo de sexo femenino de 2.850 gr. de peso y la placenta por alumbramiento artificial con un peso de 450 gr. Se le inyecta a la paciente por vía intramuscular 1 gr. de Ergotina con 5 unidades de Pituitrina, se sutura el útero en dos planos y la serosa visceral en uno con catgut; se inyecta por vía intravenosa 3 unidades de Pituitrina, por presentarse hemorragia secundaria moderada; luego se esteriliza a la mujer por sección de las trompas con inclusión de los muñones entre las dos hojas del ligamento ancho y se termina cerrando la pared del abdomen en tres planos.

Post-operatorio.—La paciente recibe 1 litro de suero fisiológico con 5 unidades de Pituitrina y 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil; suero glucosado intravenoso al 33 y  $\frac{1}{2}$  %, oleobixina, tonicardíacos, etc.; el primer día después de la intervención tiene insomnios y está un poco agitada;

al día siguiente se observa el estado general bueno, micciones espontáneas, vientre flácido; 37°2 de temperatura, 96 de pulso y 26 respiraciones al minuto; los días posteriores la temperatura es normal, 88 pulsaciones al minuto y 28 respiraciones; éstas bajan posteriormente a 24 y 22; entra desde el segundo día en período de franca mejoría y así continúa hasta ser dada de alta completamente sana, el día 19 de Junio de 1940.

HISTORIA N° 34.—Cesárea segmentaria transperitoneal por placenta previa central.

Marcela F. F., de 28 años de edad, mestiza, soltera, natural de Ica, procede de Lima, ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad, el día 4 de Julio de 1940, por hemorragias genitales.

Antecedentes.—Padres muertos, ignora la causa; han sido cuatro hermanos que viven y gozan de buena salud. Menarquia a los 13 años, tipo 4/30, en regular cantidad y con dolores. Ha sufrido de sarampión en la primera infancia, bronquitis a repetición; pleuresía a los 16 años, le duró dos meses; a la edad de 27 años tuvo "congestión pulmonar" con esputos hemoptoicos. Ha tenido cuatro embarazos que llegaron a término con partos y puerperios normales; el tercer hijo murió a los 7 años de meningitis; un aborto de un mes, tratado por curetaje, con infección que duró un mes.

Estado actual.—Múltipara, sexto embarazo, fecha de la última regla el 1° de Octubre de 1939 de tres días de duración, tiempo aproximado de la gestación nueve meses. Refiere la paciente que su gravidez ha evolucionado con náuseas y vómitos en los tres primeros meses; al cuarto mes se le presentó una sensación de pesadez a nivel de los genitales externos, que el examen no reveló nada de particular; el 1° de Julio, estando en reposo en cama, es sorprendida por hemorragia genital, indolora y abundante; sometida a tratamiento cesa; pero cuatro días después se presenta nuevamente, en mayor cantidad y sin dolores; que obligan a hospitalizarse en la Maternidad.

Examen clínico.—Paciente con estado general comprometido, pulso frecuente, pequeño, vértigos, gran palidez de la piel y mucosas, apirética. El examen de los diferentes aparatos orgánicos sólo revela la existencia de signos de bronquitis. El examen obstétrico dá los siguientes datos; vientre grande,

globuloso, de forma regular, línea bruna marcada; cabeza alta y movable, dorso a la derecha, foco de los latidos fetales a la derecha; sangre negruzca en los genitales externos; cuello cilíndrico, entreabierto, blando, sensación de cuerpo blando que ocupa los fondos de saco vaginales, peloteo de la cabeza, no hay presentación. La paciente permanece durante un día en observación, notándose que la hemorragia persiste y se hace cada vez más intensa.

Diagnóstico.—Placenta previa central. Sometida a intervención el 5 de Julio de 1940.

Tratamiento.—Previa inyección de 0.25 gr. de Benzoato de cafeína, se hace anestesia raquídea, con solución de C. de Novocaína suprarrenina Bayer, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efe-tonina Merck; laparatomía mediana infraumbilical; abierto el vientre se encuentra a la derecha de la cara anterior del segmento inferior un grueso vaso venoso, varicoso, que se secciona entre dos ligaduras, la separación de la vejiga va acompañada de hemorragia en superficie del segmento inferior; la sección del útero produce hemorragia moderada por la presencia de la placenta, se extrae con el forceps un feto vivo de 3,200 gr. de peso, de sexo femenino, y la placenta por alumbramiento artificial de 500 gr. de peso; se le inyecta a la operada 3 unidades de Pituitrina intravenosa y 1 gr. de Ergotina con 5 unidades de Pituitrina intramusculares, se sutura el útero en dos planos y la serosa visceral en uno; hay atonía del útero con hemorragia moderada; se termina cerrando la pared del abdomen en tres planos.

Post-operatorio.—Los tres primeros días la paciente tiene insomnio, vientre flácido, temperatura máxima 37°6; pulso de 104, 32 respiraciones al minuto; a partir del cuarto día la temperatura se hace irregular oscilando entre 38° y 37°5, hay dolorabilidad del vientre a nivel del hipogastrio; tos seca al principio y con expectoración muco-purulenta después; pulso que oscila entre 126 y 105, disnea. con respiraciones por encima de 26 al minuto; en este estado permanece por espacio de 24 días; al cabo de los cuales los síntomas declinan y entra en período de franca mejoría; al séptimo día se descubre la herida de la pared, los bordes están edematosos e infiltrada la pared, sale un exudado seropurulento, que al quitarse los agrafes al octavo día, es francamente purulento, con estos caracteres persiste muchos días, hasta que por fin de-

saparece. En resumen, esta enferma ha tenido un post-operatorio complicado con bronquitis e infección de la herida de la pared del abdomen, se le trata en el Servicio hasta su completa curación y es dada de alta sana el día 6 de Agosto de 1940.

HISTORIA N<sup>o</sup> 35.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana.

Juana R., de 18 años de edad, mestiza, soltera, natural de la Oroya, procede de Lima; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad el día 20 de septiembre de 1940, con dolores de parto.

Antecedentes.—Los padres viven y son sanos. Han sido nueve hermanos; seis viven y gozan de buena salud, y tres han muerto. Ha sufrido de sarampión y paludismo. Menarquia a los 14 años, tipo 5/30, regular y sin dolor.

Estado actual.—Primer embarazo, fecha de la última regla el día 14 de Diciembre de 1939 de cinco días de duración; tiempo aproximado de la gestación alrededor de nueve meses. Refiere la paciente que su gravidez ha evolucionado en los tres primeros meses con náuseas y vómitos matutinos, que al desaparecerle le permitieron seguir un desarrollo tranquilo. Los primeros dolores de parto le comenzaron a las 7 am. del día de su ingreso, después de haberse roto las membranas.

Examen clínico.—Paciente de talla pequeña, miembros cortos y deformados los inferiores; aspecto general tranquilo, apirética, pulso frecuente, regular. El examen de los diferentes aparatos orgánicos no revela nada de particular. Tensión máxima 15 y mínima 10. El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre grande, globuloso, de forma regular, en obús; línea bruna bien marcada; cabeza alta y movable, dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; altura del útero 32 cm.; circunferencia 96; al tacto: cuello con dilatación de 3 cm.; membranas rotas prematuramente, cabeza alta, promontorio fácilmente accesible; maniobra de Müller negativa.

La pelvimetría externa dá las siguientes dimensiones: biespinoso 22 cm.; bicrestal 24 cm.; bitrocantereo 28 cm.; Baudelocque 17 cm.; conjugado diagonal 9 cm.; conjugado verdadero 7 y  $\frac{1}{2}$  cm.

Diagnóstico.—Estrechez pelviana con desproporción manifiesta pelvifetal.

Tratamiento.—Frente a la evolución desfavorable de la prueba de trabajo, se decide intervenir; la operación tiene lugar el día 20 de septiembre de 1940 a las 10 y 30 am. Previa inyección de Benzoato de cafeína 0.25 gr.; se hace anestesia raquídea con la solución C. de Novocaína suprarrenina Bayer, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efetonina Merck; laparatomía mediana infraumbilical; abierto el vientre se observan algunos gruesos vasos venosos que serpentean sobre el segmento inferior; se secciona con cuidado el peritoneo visceral por encima del fondo de saco vesico uterino; se incinde el útero que dá poca sangre, y se extrae con el forceps un feto vivo de sexo femenino y 3,500 gr. de peso. luego la placenta por alumbramiento manual de 600 gr. de peso; se inyecta por vía intramuscular 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina, y por vía intravenosa 3 unidades de Pituitrina, por haber hemorragia en regular cantidad; se sutura el segmento inferior en dos planos y luego la serosa visceral en uno, y se termina cerrando la pared abdominal en tres planos.

Post-operatorio.—La paciente recibe 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución al uno por mil de Adrenalina y 5 unidades de Pituitrina; aceite alcanforado con digitalina y esparteína, oleobixina, suero antiperitonítico y antineumocócico. Al día siguiente de la intervención el estado general es regular; vientre flácido, dolor a nivel de la herida; 37°2 de temperatura, 60 respiraciones al minuto, 132 de pulso, hay un poco de excitación; al segundo día, vientre balonado, sed intensa, cefalalgia, pulso de 128, respiraciones 48; 37°6 de temperatura; a partir del tercer día se presentan disposiciones líquidas, frecuentes, cuyo número aumenta en forma considerable el cuarto y quinto día; la temperatura llega a 38° y 39° en las tardes, las respiraciones son 44 al minuto y el pulso de 128; el sexto día, las cámaras son incontables, el pulso asciende a 160, las respiraciones a 90, y la temperatura es de 38°6; hay balonamiento del vientre, la enferma está fría, lengua seca, ojos hundidos, se presentan vómitos; a las 2 am. del día 27, entra en colapso y muere. Esta operada ha presentado desde el tercer día un síndrome coleriforme, de causa no bien determinada, que le produjo la muerte tres días después, siendo impotentes todos los recursos terapéuticos; muerte completamente ajena a la intervención.

HISTORIA N° 36.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana y rigidez del cuello de forma esclerosa.

G. S., de 29 años de edad, india, soltera, natural de Huaraz, procede de la Oroya; ingresa al Servicio de Paga de la Maternidad, cuarto N° 29, el día 9 de Enero de 1941, con rotura prematura de membranas, y dolores de parto.

Antecedentes.—Padres muertos, ignora la causa; han sido diez hermanos, viven tres, los siete restantes han muerto. En su infancia ha sufrido de sarampión, disentería, grippe; después ha gozado de buena salud. Menarquia a los 14 años, tipo 8/30, en regular cantidad y sin dolor. Ha tenido cinco embarazos que llegaron a término, con partos largos y laboriosos; el último fué operada, haciéndosele aplicación de forceps; todos los hijos viven y son sanos.

Estado actual.—Múltipara, sexto embarazo, fecha de la última regla, el 8 de Abril de 1940 de 8 días de duración; tiempo aproximado del embarazo 8 y  $\frac{1}{2}$  meses. Refiere la paciente que los tres primeros meses tuvo náuseas y vómitos, después la gestación siguió su curso normal; las membranas se rompieron prematuramente el día 9 a las 2 y 30 am.; con salida de líquido amniótico en cantidad; a las 11 am. del mismo día se iniciaron los primeros dolores de parto, poco intensos y muy alejados; se traslada a Lima e ingresa a la Maternidad a las 2 y 30 pm.; durante todo el día y el siguiente continúan las contracciones, haciéndose un poco más intensas, pero siempre espaciadas y con pérdida de líquido.

Examen clínico.—Paciente con aspecto general intranquilo, apirética, pulso frecuente, regular. El examen de sus diferentes aparatos orgánicos no revela nada de particular. El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre de tamaño regular, globuloso, péndulo, línea bruna marcada; cabeza insinuada, con tendencia a desviarse hacia las fosas ilíacas; alta, movable; dorso a la derecha, foco de los latidos fetales a la derecha; cuello con dilatación de 3 cm., duro, rígido, escleroso, membranas rotas, presentación no hay; promontorio accesible con facilidad; maniobra de Müller negativa.

La pelvimetría dá las siguientes dimensiones: biespinoso 22 cm.; bicrestal 26 cm.; bitrocantereo 28 cm.; Baudelocque 18 cm.; conjugado diagonal 11 cm.; conjugado verdadero 9 y  $\frac{1}{2}$  cm.

Diagnóstico.—Estrechez pelviana, con inercia primitiva del trabajo y rigidez del cuello con desproporción manifiesta pelvi-fetal.

Tratamiento.—Frente al fracaso del parto, por la inercia y la rigidez, estando las membranas rotas 57 horas, se decide terminar el parto artificialmente; previa inyección de 0.25 de Benzoato de cafeína, se hace anestesia raquídea con solución C. de Novocaína suprarrenina Bayer, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efe-tonina Merck; laparatomía mediana infraumbilical; abierto el vientre se constata la presencia de algunos vasos venosos que serpentean sobre la cara anterior del segmento inferior; después de sección del peritoneo visceral, el desprendimiento de la vejiga se acompaña de hemorragia por desgarramiento de algunos vasos; la sección del segmento inferior no dá pérdida sanguínea; se extrae con el forceps un feto vivo de sexo femenino, de 3,000 gr. de peso; y la placenta por alumbramiento artificial de 500 gr. de peso; se le inyecta a la paciente 3 unidades intravenosas de Pituitrina y 1 de Ergotina con 5 unidades de Pituitrina por vía intramuscular; se sutura el útero en dos planos y la serosa visceral en uno; se esteriliza a la operada por sección de las trompas con inclusión de los muñones entre las dos hojas del ligamento ancho; y se termina cerrando la pared del abdomen en tres planos. La intervención tiene lugar el día 11 de Enero de 1941.

Post-operatorio.—Terminada la operación la paciente presenta hemorragia secundaria moderada; los dos primeros días hay vientre flácido, balonamiento epigástrico; pulso frecuente que oscila entre 130, 120 al minuto, temperatura de 38°2 y 37°2; 32 respiraciones al minuto; al tercer día declina la temperatura, para volver a subir al cuarto, a 38°2, que aparecen accidentes séricos, y mantienen la temperatura por encima de 37°, el pulso sube a 110; así permanece hasta el 11° día que estos trastornos desaparecen en forma definitiva, y entra en período de franca mejoría; permanece en el Servicio tratándose una endometritis y es dada de alta sana el día 29 de Enero de 1941.

HISTORIA N° 37.—Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pelviana y rigidez anatómica del cuello.

Rosa R., de 22 años de edad, mestiza, casada, natural de Lima; ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad el día 24 de Febrero de 1941 con dolores de parto y bronquitis.



Antecedentes.—El padre murió de afección al corazón; la madre vive y es sana; han sido diez hermanos, de los cuales viven ocho. Ha sufrido de paludismo en la primera infancia; tos convulsiva a los 17 años y bronquitis desde el mes de Enero. Menarquia a los 14 años, tipo 5/28, regular en presentación pero en pequeña cantidad.

Estado actual.—Primípara, fecha de la última regla el 27 de Mayo de 1940, de tres días de duración; tiempo aproximado del embarazo nueve meses. Refiere la enferma que su gravidez ha evolucionado con náuseas y vómitos los cuatro primeros meses; edema discreto de los miembros inferiores a partir del séptimo mes; grippe en el curso del séptimo mes que dejó una bronquitis asmátiforme muy intensa que la obligó a hospitalizarse en la Maternidad en Enero, en donde estuvo en el Servicio N<sup>o</sup> 5, sometida a tratamiento apropiado por espacio de varios días, hasta su completa mejoría. Los primeros dolores de parto le comenzaron el día 23 a las 10 am.; las membranas se rompieron precozmente el mismo día a las 12 y 30 pm.; siguieron los dolores cada vez más intensos los días 24 y 26; había tos de tipo espasmódico con expectoración mucopurulenta y hemoptoica, habiéndose presentado fiebre de 38<sup>o</sup>6 el día 26 que fué operada.

Examen clínico.—Paciente con aspecto intranquilo, disneica, febril, pulso frecuente. El examen del aparato respiratorio permite descubrir estertores sibilantes y roncales en ambos lados; la respiración es frecuente, tos repetida, con expectoración con estrías sanguinolentas. El corazón presenta los tonos exagerados, el pulso llega a 100 al minuto; tensión máxima 13 y  $\frac{1}{2}$ , tensión mínima 8; hay oliguria.

El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre grande, globuloso, regular, línea bruna marcada; cabeza alta y movable, dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; cuello duro con dilatación de 2 cm.; membranas rotas, promontorio accesible, presentación alta; a las 48 horas se vuelve a practicar tacto, el cuello tiene 4 cm. de dilatación duro, rígido, con contracciones espasmódicas y muy dolorosas.

La pelvimetría dá las siguientes dimensiones: biespino-so 23 cm.; bicrestal 25 cm.; bitrocantereo 29 cm.; Baudelocque 17 cm.; conjugado diagonal 10 cm.; conjugado verdadero 8 y  $\frac{1}{2}$  cm.

Diagnóstico.—Estrechez pelviana, con desproporción pelvifetal, rigidez anatómica del cuello y bronquitis.

Tratamiento.—La parturienta es sometida a la prueba del trabajo durante 72 horas sin éxito; estando las membranas rotas 70 horas y con una complicación broncopulmonar, se decide terminar el parto, teniendo en cuenta los peligros por tratarse de un mal caso obstétrico y quirúrgico.

Anestesia raquídea siguiendo la técnica habitual; abierto el vientre, se secciona la serosa visceral, se incinde el segmento inferior y se extrae con el forceps un feto vivo, femenino de 3,500 gr. de peso; la placenta por alumbramiento artificial de 400 gr. de peso; se le inyecta a la operada 1 gr. de Ergotina con 5 unidades de Pituitrina por vía intramuscular y 3 unidades de Pituitrina por vía intravenosa; se sutura el útero en dos planos y la serosa visceral en uno, se le esteriliza por ligadura y sección de las trompas, se pone 20 cc. de suero anti-peritonítico en la cavidad abdominal y se cierra la pared del abdomen en tres planos.

Post-operatorio.—Se le inyecta a la paciente 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina; aceite alcanforado con digitalina y esparteína, oleobixina, suero glucosado al 33 y  $\frac{1}{2}$  % intravenoso; calentamiento periférico, etc. Al día siguiente de la operación se observa vientre flácido, vómitos discretos, tos frecuente y espasmódica, con sensación de ahogo, disnea intensa, cianosis de los labios y uñas, temperatura elevada; la mujer fallece a las 10 de la noche; 36 horas después de ser operada (27 de Febrero de 1941).

Autopsia.—Abdomen, presencia de líquido serosanguinolento, asas intestinales y epiplón de aspecto normal. Peritoneo parietal equimótico y deslustrado.

Aparato genital: útero desviado ligeramente a la izquierda, su cara anterior de coloración rojo pálido, libre; el segmento inferior, la sutura con caracteres de perfección y el peritoneo adyacente sin signos de reacción, ningún punto se había desprendido. Fué extraído este órgano para su conservación.

Tórax.—Pulmones: vistos por su cara anterior de aspecto y coloración normal; en las bases y caras posteriores se presentan zonas de color violáceo. A la sección del lóbulo superior del pulmón izquierdo se notan zonas de coloración rojo

vinosa, de consistencia dura y que a la expresión deja salir gotas de pus; lo mismo se observa en la base del pulmón derecho. Pleuras deslustradas, sin adherencias.

Corazón, en diástole; pericardio nada anormal. Miocardio nada visible macroscópicamente. Endocardio, válvula tricúspide indurada y fibrosa.

De las lesiones encontradas en la autopsia se puede deducir que tal vez ha habido un proceso de bronco-neumonía en evolución, el cual dió lugar a accidentes cardíacos, causa probable de la muerte rápida de la operada.

HISTORIA N<sup>o</sup> 38.—Cesárea segmentaria transperitoneal por placenta previa central.

Luisa P., de 29 años de edad, mestiza, casada, natural de Huancayo, procede de Miraflores; ingresa al Servicio N<sup>o</sup> 5 de la Maternidad el día 22 de Febrero de 1941, con hemorragias genitales.

Antecedentes.—Padres vivos y sanos, han sido nueve hermanos; viven cinco que gozan de buena salud. Menarquia a los 14 años; tipo 4/30, regular y con dolores. Infancia sana; ha sufrido de cólicos hepáticos, siendo operada de la vesícula biliar en 1934. Ha tenido dos embarazos que llegaron a término con partos espontáneos y niños vivos.

Estado actual.—Múltipara, tercer embarazo, fecha de la última regla el 22 de Mayo de 1940, de tres días de duración; tiempo aproximado de la gestación 8 y ½ meses. Refiere la grávida, que su estado ha evolucionado con náuseas y vómitos en los tres primeros meses; después ha seguido desarrollo normal, hasta los últimos días que se le presentó edema de los miembros inferiores; el día 21, tiene en la noche, estando en reposo en cama, fuerte hemorragia genital sin dolor al principio, pero sí al fin; el mismo día se presentaron dolores que creyó eran de parto, lo que obligó a internarse en la Maternidad; estuvo en observación en el Servicio durante tres días; en la noche del 23 se inician los dolores de parto, con pérdidas sanguíneas que se hacen más abundantes en cada contracción tomando caracteres de hemorragia.

Examen clínico.—Aspecto general tranquilo, ligeramente pálida, pulso lleno, regular, apirética. El examen de sus diversos aparatos orgánicos no revela nada de particular. El examen obstétrico dá los siguientes datos: vientre grande, glo-

buloso, de forma regular, línea bruna marcada; cabeza alta, movable; dorso a la izquierda, foco de los latidos fetales a la izquierda; al tacto cuello con dilatación de 3 centímetros, presencia de cuerpo blando sangrante que cubre dos tercios del orificio uterino (lado izquierdo) bolsa de las aguas íntegra; no hay presentación.

Diagnóstico.—Placenta previa central parcial con fuertes hemorragias.

Tratamiento.—La abundancia de la hemorragia obliga a intervenir de urgencia, haciendo cesárea abdominal baja.

Previa inyección de Benzoato de cafeína (0.25 gr.) se hace anestesia raquídea con la solución C. de Novocaína suprarrenina, seguida de inyección de 0.05 gr. de Efetonina; laparatomía mediana infraumbilical, seccionado el peritoneo visceral e incindido el segmento inferior se extrae con el forceps un feto vivo de sexo femenino de 3,500 gr. de peso y la placenta por alumbramiento artificial de 480 gr. de peso; se inyecta 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina intramusculares y 3 unidades de Pituitrina intravenosa; se sutura el útero en dos planos, y la serosa visceral en uno; se termina cerrando la pared anterior del abdomen en tres planos.

Durante el desprendimiento del colgajo inferior del peritoneo, que era sumamente delgado, se desgarró éste, lo que obliga a suturarlo.

Post-operatorio.—La noche del día de la operación, la paciente está con insomnios, y sed, sin temperatura; al día siguiente se encuentra vientre flácido, temperatura de 37°2 en la mañana y 38°6 en la tarde; 84 de pulso; 35 respiraciones al minuto; a partir del segundo día la temperatura desciende a la normal hasta el quinto día; el pulso oscila entre 118 y 90, las respiraciones entre 40 y 30 al minuto; al sexto día sube nuevamente la temperatura y se mantiene entre 37°4 y 37°2 hasta el octavo día; el pulso baja a 100, 98, 88; las respiraciones están alrededor de 28; a partir del octavo día; declinan todos los síntomas y la enferma entra en período de franca mejoría; al quitarse los agrafes se observa que la parte inferior de la herida está edematosa; y por el punto inferior sale exudado turbio; esta excreción se mantiene varios días hasta la completa cicatrización de la pequeña herida; la enferma permanece en el Servicio hasta quedar sana y es dada de alta el día 16 de Marzo de 1941.

En todos los casos operados se han hecho los exámenes de laboratorio que son de práctica corriente: análisis completo de orina; numeración y fórmula e investigación de hematozoarios; índice de coagulabilidad y dosaje de úrea en la sangre; reacción Wasserman, y examen bacteriológico de la secreción vaginal; sus resultados no los consignamos para no hacer más extensas las historias.

#### COMENTARIOS

El estudio cuidadoso de los casos operados, nos obliga a hacer algunos comentarios que permitirán comprender mejor los resultados obtenidos: el número de operados ha sido de **veinte y cinco**; once por estrechez pelviana, sometidas a la prueba del trabajo durante largo tiempo, con bolsa de aguas rota, con tactos repetidos y sospechosos, febriles varias, infectadas casi todas (Historias: 14, 15, 17, 20, 21, 23, 28, 30, 32, 33, 36); dos por estrechez pelviana y rigidez del cuello, verdaderas distocias complejas (Historias: 36, 37); dos por rigidez anatómica del cuello (Historias: 22, 29); dos por procidencia del cordón, situación oblicua y estrechez pelviana (Historias: 19, 27), distocias también asociadas; siete por placenta previa central (Historias: 18, 24, 25, 26, 31, 34, 38); y una por insuficiencia cardíaca y placenta previa marginal (Historia: 16); de las veinte y cinco mujeres están vivas y sanas veinte y dos; tres han muerto: una por grave proceso supurativo del tejido celular de la pelvis y de la pared del abdomen (Historia: 25); y las dos restantes, una por síndrome coleriforme, y la otra por accidente cardíaco agudo; causas ajenas a la intervención (Historias: 35, 37).

De las veinte y cinco fetos extraídos, veinte y tres están vivos; dos han muerto por asfixia blanca o sincopal. La anestesia empleada ha sido la general por éter en ocho mujeres; y la raquídea con solución C. de Novocaína suprarrenina Bayer en diez y siete. La duración del trabajo del parto y el tiempo que las membranas han permanecido rotas ha sido el siguiente:

Historia 14, parto 12 horas, membranas rotas 10 horas.

Historia 15, sin parto, membranas íntegras.

Historia 16, sin parto, membranas íntegras.

- Historia 17, parto 72 horas, membranas rotas 3 horas.  
Historia 19, parto 13 horas, membranas rotas 4 horas.  
Historia 20, parto 63 horas, membranas rotas 12 horas.  
Historia 21, parto 39 horas, membranas rotas 13 horas.  
Historia 22, parto 36 horas, membranas rotas 43 horas.  
Historia 23, parto 23 horas, membranas rotas 7 horas.  
Historia 27, parto 10 horas, membranas rotas 15 horas.  
Historia 28, sin parto, membranas íntegras.  
Historia 29, parto 13 horas, membranas rotas 9 horas.  
Historia 30, sin parto, membranas rotas 72 horas.  
Historia 32, parto 5 horas, membranas íntegras.  
Historia 33, sin parto, membranas íntegras.  
Historia 35, parto 5 horas, membranas rotas 6 horas.  
Historia 36, parto 48 horas, membranas rotas 57 horas.  
Historia 37, parto 72 horas, membranas rotas 70 horas.

Al despegar el peritoneo y la vejiga hemos desgarrado la serosa (Historia: 38) y herido las venas vesicales posteriores (Historias: 32, 36). La incisión del segmento inferior no dá sangre, en todos los casos sometidos a la prueba del trabajo cuando éste ha sido prolongado; no sucede lo mismo cuando éste está poco desarrollado o tratándose de placenta previa, en la que la vascularización del segmento y la presencia de la placenta dan lugar a hemorragias, algunas veces considerables (Historias: 24, 25, 30, 35). Hemos observado hemorragias secundarias pero moderadas, sin compromiso del estado general en varios casos (Historias: 20, 21, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36). Para evitar su repetición empleamos 1 gr. de Ergotina y 5 unidades de Pituitrina por vía intramuscular y 3 unidades de Pituitrina intravenosa; luego se le inyecta a la operada 1 litro de suero fisiológico con 1 cc. de solución de Adrenalina al uno por mil y 5 unidades de Pituitrina en el tejido celular subcutáneo; la reabsorción lenta del líquido mantiene la contracción y retracción uterina durante el tiempo suficiente para hacer la hemostasia del sitio de implantación de la placenta, se combate así con éxito en el mayor número de casos las hemorragias secundarias.

**La evolución clínica** que han tenido las pacientes ha sido en la mayoría de ellas tranquila; se ha observado balonamiento ligero del vientre; a veces meteorismo, aceleración del pulso durante los primeros días, temperatura de duración va-

riable, generalmente en los seis primeros días, algunas veces más tiempo, y en relación con el grado de impureza del caso; hemos tenido siete complicaciones de endometritis puerperal (Historias: 23, 25, 27, 29, 30, 34, 36); una septicemia crónica con embolia pulmonar y flegmasia alba dolens (Historia: 27); dos infecciones graves de la pared, y tejido celular de la pelvis con muerte de la paciente (Historia: 25) y una grave de la pared con otras complicaciones (Historia: 23). Las infecciones benignas de la pared anterior del abdomen a nivel de la herida han sido varias (Historias: 19, 20, 24, 32, 33, 35, 38). No ha habido ningún caso de peritonitis. Además se han presentado otras complicaciones en particular del aparato respiratorio, siendo más frecuentes las bronquitis, que han contribuido a modificar la marcha tranquila de las operadas. Podemos decir que la morbilidad ha sido manifiesta y en relación con el grado mayor o menor de infección de las sometidas a intervención quirúrgica.

Del conjunto de hechos expuestos, se puede deducir que los resultados de la cesárea segmentaria transperitoneal son buenos, su difusión entre nosotros contribuirá a disminuir la mortalidad de las cesarizadas.

### RESULTADOS GÉNERALES

**Los resultados generales** que hemos obtenido con la cesárea segmentaria, tanto en su forma extraperitoneal como en la transperitoneal han sido muy halagadores; excluyendo las causas de muerte ajenas a la intervención tenemos: en la cesárea extraperitoneal 13 operadas, con éxito completo o sea el ciento por ciento; en la cesárea segmentaria transperitoneal, 25 operadas, con una muerte, lo que representa un éxito casi completo. En lo que se refiere a los fetos vivos, tenemos 13 extraídos en la cesárea extraperitoneal y 25 en la segmentaria transperitoneal, o sea:

Cesárea extraperitoneal 13 operadas, 1 muerta por causa ajena (100 por ciento de éxitos).

Trece niños extraídos: 11 vivos, 2 muertos, uno por causa extraña a la operación, o sea 7.65% de mortalidad fetal.

Cesárea segmentaria transperitoneal: 25 operadas, una muerta; o sea 4% de mortalidad materna.

Veinticinco niños extraídos, 2 muertos o sea 8% de mortalidad fetal.

Considerando las cifras en forma global tenemos:

Cesárea segmentaria, operadas: 38 mujeres, 1 muerta o sea 2.6% de mortalidad materna.

Fetos extraídos 38, muertos 3; o sea 7.08%.

Estas cifras pueden ser modificadas y los éxitos ser mayores con la perfección de la técnica.

#### COMPLICACIONES DE LA CESAREA SEGMENTARIA

Después de haber estudiado las técnicas, las indicaciones, inconvenientes y algunas complicaciones, es necesario fijar las ideas sobre las complicaciones que pueden acompañar a esta intervención, capítulo interesante que se debe conocer bien.

En el curso de la cesárea segmentaria puede desgarrarse el peritoneo visceral ya sea a nivel del fondo de saco vesico uterino o del colgajo inferior; este accidente impone la sutura inmediata; pueden herirse los vasos del plexo vesical o uterino, al despegarse la vejiga, se produce entonces hemorragia en chorro, que se debe cohibir por la forcipresión y la ligadura rápida de estos vasos; también la vejiga puede ser herida, accidente que se corrige por la sutura en dos planos y la puesta de sonda permanente 10 o 12 días; esta complicación puede producirse en el momento del desprendimiento; sobre todo en las cesáreas iterativas, o al hacer la incisión de la parte baja del segmento inferior. El segmento inferior puede estar mal desarrollado, sobre todo cuando se interviene al principio del trabajo, de donde dificultades para la incisión, que no es siempre puramente segmentaria, sino que se prolonga al cuerpo, de aquí la producción de desgarros que se dirigen al cuello o al cuerpo y también dificultades para la extracción del feto.

La delgadez del segmento inferior, su aplicación íntima sobre la presentación, es causa de heridas del feto, que si no perjudican a éste, en cambio maltratan la reputación del cirujano.

Los fetos extraídos en la cesárea segmentaria, salen frecuentemente en estado de apnea, particularmente si se ha



operado con anestesia general, la respiración se establece en la gran mayoría de casos espontáneamente; si la apnea persiste, se recurrirá a los medios habituales para combatirla; respiración artificial, inyección de lobelina, etc.

Hemorragias ya sean primitivas al incidir la pared del segmento inferior o secundarias provenientes del sitio de implantación de la placenta pueden presentarse; unas veces son moderadas y otras, abundantes y graves; se deben corregir por la sutura o el uso de la hipofisina; cuando hay coágulos y el orificio uterino no es permeable, se hará la dilatación de éste por medio de una pinza.

Es frecuente observar durante los primeros días que siguen a la operación, elevaciones de temperatura; ésta es debida a la reabsorción de sangre o de líquido amniótico que ha pasado a la cavidad abdominal. Con el empleo sistemático del aspirador, que permite una limpieza cuidadosa del campo operatorio y de la serosa peritoneal, estos movimientos febriles de los primeros días son raros y menos acentuados.

Las peritonitis son raras en los casos puros o sospechosos, tanto en su forma primitiva como en la secundaria o tardía; la sutura bien cubierta protege el peritoneo; pero en los casos impuros o infectados y particularmente cuando la cesárea ha sido practicada por una distocia de las partes blandas, rigidez o edema del cuello; las peritonitis son frecuentes, casi siempre primitivas, debidas a la contaminación del peritoneo en el curso de la intervención.

Si las peritonitis son infinitamente más raras después de las cesáreas segmentarias, que de las corporales; las tromboflebitis, por el contrario, parecen ser más frecuentes después de las cesáreas bajas. Es posible que esto se deba a la extensión de sus indicaciones a los casos impuros; pero también lo es que se deba a las condiciones anatómicas que la predisponen. En esta operación los plexos venosos periuterinos son frecuentemente interesados, la intervención se hace en la vecindad de los pedículos uterinos, hematomas pueden producirse alrededor de los troncos venosos. Estos son los factores que favorecen la aparición de una flebitis. Anderodias ha encontrado una flebitis en el 10% de sus operadas.

Las infecciones del tejido celular subperitoneal son propias de la cesárea segmentaria. Se observa sobre todo después de las cesáreas en los casos sospechosos o infectados que

han sido insuficientemente drenados; se les ve igualmente cuando en el curso de la operación se ha producido una hemorragia o se ha formado un hematoma en el tejido celular subperitoneal. Son más frecuentes estas infecciones en las cesáreas por placenta previa que en las otras. Generalmente las infecciones del tejido celular subperitoneal evolucionan con los síntomas de una celulitis pelviana de marcha subaguda. La reabsorción espontánea es la regla. Excepcionalmente estas celulitis evolucionan hacia la supuración.

En casos raros la celulitis puede tomar la marcha de un flemón difuso. Los síntomas son aquellos de una peritonitis generalizada, de la cual es difícil distinguirla. En este caso, la muerte es la regla.

Las infecciones de la pared abdominal, se observa después de las cesáreas segmentarias, como después de toda operación ginecológica. Puede ser que su frecuencia sea superior, puesto que Anderodias la ha encontrado en el 15% de los casos operados.

#### EL PORVENIR OBSTETRICO DE LAS MUJERES CESARIZADAS

Ese porvenir está en relación con el valor funcional del útero que ha sufrido una o varias cesáreas y con el grado de resistencia de la cicatriz.

Las reglas no parecen sufrir ninguna modificación. Sin embargo, se ha señalado algunos casos de dismenorrea después de la cesárea.

Toda mujer cesarizada queda moralmente afectada, y es frecuente observar que aunque la fecundidad no está modificada, hay una disminución de ésta, algunas veces una esterilidad voluntaria o no; que trae como consecuencia un menor número de hijos; este hecho debe influir en la decisión que se tome al operar a una mujer, para evitar de hipotecarles el porvenir.

Los abortos no son más frecuentes; pero sí lo son los partos prematuros en aquellas que han sido sometidas a la cesárea.

Todo el problema del porvenir, radica en el valor de la cicatriz, y aunque este asunto ya lo hemos tratado, conviene insistir en él para fijar mejor los conceptos.

En la operación cesárea segmentaria extraperitoneal o transperitoneal; la rotura o estallido de la cicatriz del útero es menos frecuente, o por decir mejor, rara (Wetterwald, France, Vogt, Martius, Freund, A. de Moraes, Lichtenstein). Esto se explica porque la zona en que ella se encuentra no sufre períodos de contracción, mientras se va formando, como sucede en la región corporal; y porque la placenta pocas veces se inserta en el segmento inferior. La cicatriz es tan sólida que a menudo no se puede reconocer en otra cesárea (Wetterwald, P. Nubiola), estos hechos los hemos comprobado personalmente.

Los partos espontáneos son posibles sin inconvenientes en la mujer que por causas "ocasionales" han debido sufrir la operación cesárea (partos espontáneos a repetición; Rice, Couvelaire, Anderodias, Balard, Pheneuf); de tal manera que esto se puede consentir siempre que la cicatrización de la herida se haya hecho en muy buenas condiciones, sin infección; y no se repitan las causas que las indicaron la primera vez; pelvis viciada, tumor previo; esto también lo hemos comprobado. El viejo criterio de que una cesárea impone otra, ha dejado de ser un axioma en los tiempos actuales; pues, así lo enseña la experiencia.

Al finalizar este trabajo, en el cual sólo hemos tratado los puntos fundamentales, para demostrar las ventajas de la cesárea segmentaria, quedando por consiguiente mucho que decir, asunto que dejamos para otros estudiosos; debemos recordar que si la cesárea tiene múltiples ventajas, tales como la de salvar gran número de niños, cosa que no ocurre con las otras operaciones obstétricas; y puede a su vez detener en cualquier momento el peligro sufrido por la madre; es también tan peligroso hacerla fácilmente como dejar sus indicaciones para salvar casos desesperados.

En éstos la indicación exacta es la cesárea mutiladora, porque la segmentaria sólo se justifica cuando hay una esperanza en el porvenir obstétrico; y en el deseo de salvar este porvenir y los mandatos de estricta seguridad, el partero practicará algunas veces cesáreas segmentarias, seguidas de grandes fracasos y en mu raras ocasiones con éxito, que compensarán sus angustias, teniendo siempre la conciencia de haber actuado en defensa de los intereses de la parturienta confiada a sus cuidados.

El verdadero problema, sobre el cual debemos actuar, es de evitar en la medida de lo posible las cosas desgraciadas, por una justa evaluación del momento donde baja seriamente el coeficiente de seguridad. En el estado actual de la Obstetricia, es practicando sistemáticamente partos médicos, hábilmente dirigidos y rápidos, que aprenderemos a precisar mejor las indicaciones de las cesáreas segmentarias de seguridad. Suprimiendo la fatiga por una prueba de trabajo de corta duración, las maniobras obstétricas violentas por vía baja, no justificadas; que predisponen al shock, a los síncope, a las trombosis; podremos así, practicar cesáreas segmentarias de indicación pura, y así, reduciremos al mínimo los peligros.

El profesor Brindeau, al llamar la atención sobre el valor de la cesárea dice: "En el período moderno, la cesárea segmentaria tiende por su simplicidad a substituir un cierto número de operaciones obstétricas; pero hoy en día, nosotros los parteros, que a pesar de todo, no tememos las operaciones abdominales, estamos obligados a frenar el entusiasmo de los jóvenes".

"Actualmente el tocólogo puede pensar mejor en el niño, porque en los casos de distocia grave, la cesárea está indicada no solamente en el interés de la madre sino también en el del feto. Sin embargo no se debe exagerar; esta operación no debe suprimir el parto por vías naturales. Se debe tener la paciencia, y haber adquirido la experiencia y la habilidad que sólo una larga práctica obstétrica permite obtener. Es cierto que la falta de conocimiento del mecanismo del parto, y del hábito de las operaciones obstétricas llevan a algunos médicos a recurrir sin reflexión a la cesárea. Asistimos a una reacción: el parto prematuro, la sinfisiotomía, el forceps, prudentemente manejado, la versión, recuperarán seguramente su lugar; pero para esto se debe ser partero, lo que exige una larga práctica".

Las frases del Profesor Brindeau son de un valor innegable; pensamos que la solución quirúrgica de las complicaciones que pueden ocurrir en el curso del estado puerperal, sólo deben llevarse a cabo cuando otros recursos obstétricos son incapaces para salvar una situación difícil; la práctica de la cesárea segmentaria, terapéutica máxima en Obstetricia, debe

sujetarse siempre a indicaciones justas, exactas y honorables, que no comprometan el porvenir de las mujeres ni hipotequen su vida, muchas veces a breve plazo.

### CONCLUSIONES

Primera.—La cesárea segmentaria dá las más grandes garantías tanto para la vida de la madre como para la del feto.

Segunda.—La cesárea segmentaria puede practicarse en los casos puros, sospechosos o infectados, sin compromiso del estado general de la mujer, sin peligro de las temibles peritonitis.

Tercera.—La cesárea segmentaria permite el parto de prueba, y evita las embriotomías en feto vivo.

Cuarta.—La cesárea segmentaria permite el desarrollo de embarazos ulteriores sin la angustia de las roturas uterinas; y cuando es hecha por causas ocasionales, el parto puede evolucionar en forma espontánea y sin complicaciones.

Quinta.—Le damos la preferencia a la cesárea segmentaria extraperitoneal pura, por sus excelentes resultados, a pesar de la complejidad de su técnica; hemos tenido en los Trece casos operados una mortalidad materna de 0% y fetal de 7.05%.

Sexta.—La cesárea segmentaria transperitoneal es la más recomendable para el práctico por la sencillez de su ejecución. Siguiendo la técnica de Apitz hemos tenido en veinte y cinco casos operados una mortalidad materna del 4% y fetal del 8%.

Séptima.—La cesárea segmentaria es actualmente la operación que se practica en casi todas las Maternidades del Mundo; su difusión en el Perú contribuirá a disminuir la mortalidad de las cesarizadas.

## BIBLIOGRAFIA

- ACOSTA JOSEPH.—Historia Natural Moral de las Indias.—Impreso de Sevilla, en la Casa de Juan de León—1590.
- ARRIAGA PABLO JOSEPH DE.—Extirpación de la Idolatría en el Perú (Anotada y comentada por H. Urteaga).
- BIBLIOTECA NACIONAL DE LIMA.—Papeles varios.
- HERRERA CENTURION.—El Perú.
- CIEZA DE LEON PEDRO.—Segunda parte de la Crónica del Perú que trata del Señorío de los Incas—Publicado por Marcos Jiménez de la Espada—1880.
- COBO BERNABE.—Historia del Nuevo Mundo—Publicada por Marcos Jiménez de la Espada—Sevilla 1890.
- COBO BERNABE.—Historia de la fundación de Lima—Librería e Imprenta Gil 1935—Nueva edic.
- DELGADO BEDOYA GABRIEL.—El proceso del parto entre nuestras indias—Rev. Méd. Peruana—Junio 1935.
- GARCILAZO DE LA VEGA EL INCA.—Comentarios Reales que tratan del origen de los Incas—Madrid 1829.
- GONZALES LAGUNA FRANCISCO.—Zelo sacerdotal para con los niños no nacidos—Lima 1781—Biblioteca del Convento de la Buenamuerte.
- LAVORERIA DANIEL EDUARDO.—El arte de curar entre los antiguos peruanos—Tesis de doctor en Medicina—Anales Universitarios 1901.
- DIETSCHY HANS.—La Medicina en el Perú de Antaño—Actas Ciba—1938, N° 10.
- GALLARDO LUIS B.—El Gran Imperio Inca y la Medicina—Gaceta Peruana de Medicina y Cirugía—Marzo-Abril 1941.
- MENDIBURU MANUEL DE.—Diccionario histórico-biográfico del Perú.
- MOLOCHE RICARDO.—La Maternidad de Lima—Tesis de Bachiller—Lima 1908.
- MUÑIZ MANUEL A.—La Medicina Legal en el Perú: la operación cesárea, el aborto, la obstetricia—La Crónica Médica 1886.
- PATRON PABLO.—La Medicina en el Perú, por los años de 1730, según Mr. Petit—La Crónica Médica—1884-1885.
- ROCHA DIEGO ANDRES.—Tratado único y singular del origen de los Indios occidentales del Perú, México, Santa Fe y Chile—Lima 1681—Madrid 1891.
- ROMERO JORGE L.—Operación cesárea clásica conservadora.—Tesis para Bachiller—Lima 1918.
- TORRES DE MENDOZA LUIS.—Relación de la religión y ritos del Perú—De la colección de documentos inéditos del Archivo de Indias.

- ULLOA JOSE CASIMIRO.—Discurso Académico—Anales Universitarios 1859.
- UNANUE JOSE HIPOLITO.—Decadencia y restauración del Perú.—Oración inaugural del Anfiteatro Anatómico.—Obras científicas y Literarias del Dr. H. Unánue.—Tomo II—Barcelona 1914.
- VILLAMON FROILAN.—Historia de la Obstetricia en el Perú.—Revista Médica Peruana—Dic. 1936.
- SOSA ARTOLA BELISARIO.—Una operación cesárea.—La Crónica Médica 1910.
- PAZ SOLDAN CARLOS ENRIQUE.—Cuatro siglos de Medicina Limense—Lima 1935.
- VALDIZAN HERMILIO.—La Facultad de Medicina de Lima.—Tomo I—1927.
- VALDIZAN HERMILIO.—La Facultad de Medicina de Lima.—Tomo II—1927.
- VALDIZAN HERMILIO.—La Facultad de Medicina de Lima.—Tomo III—1929.
- VALDIZAN HERMILIO.—La Facultad de Medicina de Lima (1811-1911).
- VALDIZAN HERMILIO.—Apuntes para la Bibliografía Médica Peruana 1928.
- VALDIZAN HERMILIO.—La Maternidad—Apuntes inéditos.
- VALDIZAN HERMILIO.—Diccionario de Medicina Peruana.—Letras A y B.
- VALDIZAN, y MALDONADO ANGEL.—La Medicina Popular Peruana. Lima 1922.
- DODERLEIN.—Über Extra-peritonealen Kaiserschnitt. Mon Schr. f. Gebh. u. Gyn. 1911. 33 : 1.
- D. KIN.—S. J. Extraperitoneal Cesarean Section. Jr. Am. Med. A. May. 2. 1914.
- DÜHRSEN A.—Zwei Weitere Buddhageburten. Berl. Klin. Aug. 1910.
- HIRST, B. C.—The Advantages of the Suprasymphyseal Extraperitoneal. Cesarean Section. Am. Jr. Obst. 1913. v. 67.
- KRONIG.—Transperitonealer, Cervicaler Kaiserschnitt. In Kronig—Döderlein op. Gynak. 1912. P. 879.
- LATZCO.—Über den Extra-peritonealen.—Zentrbl. f. Gyn 1909. P. 275.
- POLAK, J. C.—Trasperitoneal Celiohysterotomy.—Am. Jr. Obst. 1916. v. 74.
- REYNOLDS, E.—The Superiority of Primary over Secondary Cesarean Sections.—Tr. Am. Gyn. Soc. 1907.
- C. GIANELLA.—Dieextraperitonealisierung der Cervix beim kaiserschnitt.—Zentralbl. f. Gynak. 60 : 1936-1938.—June 6 : 1936.
- G. KABOTH.—Technique de la césarienne extra-peritonéale.—Zentralbl. für. Gyn. an LVIII, N° 6, 10/2/34—Presse medicale N° 36, 27/10/1934.
- JUAN LEON.—A propósito de las cesáreas cervicosegmentarias por artificio agregado personal a la técnica de Michon.—Soc. de obst. y gin. de Buenos Aires. Junio 27/1935.
- L. REID.—Considerations sur la césarienne segmentaire d'après le procédé de Louis Michon.—XXIII° Cong. Franc. de med. et XIII° cong. de medicine de Langue française de l'amérique du Nord—Quebec—27/30 8/1934—Presse Medicale N° 82—13/10/1934.
- J. LEON.—A propósito de las cesáreas cervicosegmentarias extra peritoneales por artificio agregado personal a la técnica de Michon.—(Comunicacion previa) Semana Médica. 2 : 773-780-sept. 12 : 1935.

- JUAN LEON.—Nueva cesárea istmo-cervical extra-peritoneal por arteificio.—*Semana Médica* N° 1, 1936.
- A. PERALTA RAMOS, R. BELLO.—L'opération césarienne extra-péritoneale par artifice dans le cas impur technique Michon.—*Gynec. er. obst.* 33 : 531-541—Jun 1936.
- M. REYES.—Cesárea extraperitoneal con sutura útero parietal (Zonate) en un caso de distocia por anomalía de contracción uterina.—*Seman Méd.* 2 : 55-57—July 6-1933.
- J. F. SCOTT.—Extraperitoneal cesarean section.—*North-west-med.* 34-391-393—Oct. 1935.
- KÜSTNER.—Der abdominale Kaiserschnitt; Bergmenn, 1915.
- KÜSTNER.—Cesárea extraperitoneal a causa de presentación transversal encorjada. (Extractado por Vital Aza en "Revista Española de Obstetricia y Ginecología"; Febrero de 1917).
- NUBIOLA.—La vía extraperitoneal en Tocología (*Revista Española de Obstetricia y Ginecología*; Noviembre, 1918).
- NUBIOLA.—Dos casos de operación cesárea extraperitoneal ("Revista de Medicina y Cirugía". Diciembre 1918. Reproducción en la "Revista Española de Obstetricia y Ginecología—Marzo 1919).
- T. A. CHAMORRO.—Cesárea extraperitoneal por el procedimiento de Döderlein. *Anal. de la Soc. de Obst. y Gin. de Bs. As.* pag. 43 y 137.—1915. "La Semana Médica", pág. 171—T. II *Rev. de la Asoc. Med. Arg.* pág. 813 T. I.
- T. A. CHAMORRO.—Contribución al estudio de la cesárea extraperitoneal. (*La Semana Médica de Buenos Aires*, p. 576 T. I, 1918).
- M. MATEOS F.—La cesárea extraperitoneal de Latzko.—Döderlein. (*Cirugía y Cirujanos, Rev. de la Acad. de Cirug.—Méjico.* Febrero 1938).
- A. DODERLEIN.—Capítulo "Las operaciones cesáreas", en *Tratado de Obstetricia*. Ed. 1925-1938.
- W. STOECKEL.—Capítulos : "Operación cesárea", "Placenta previa", en *Tratado de Obstetricia*. 1924.
- ZWEIFEL.—Capítulo "Placenta previa" en Döderlein. *Tratado de Obstetricia—Ed. 1925-1938.*
- M. L. PEREZ.—Capítulo: "Operación cesárea" en *Tratado de Obstetricia*. Segunda edición.—T. II.
- A. PERALTA RAMOS Y BAZAN.—Tratamiento de la placenta previa. Estudio comparado de los resultados obtenidos con los métodos más modernos. (Comunicación al III Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires 1925. Publicada en "La Clínica" Febrero de 1927).
- H. VIGNES.—L'insertion du placenta sur le segment inférieur.
- WILLIAMS.—Capítulo: "Operación cesárea" en *Tratado Completo de Obstetricia—T. I.*
- E. BUMM.—Capítulo: "Operación cesárea" en *tratado Completo de Obstetricia.*
- ED. CHOME.—"Les opérations césariennes abdominales". *Encyclopédie médico-chirurgicale. Obstétrique.*
- V. M. BAZUL.—La cesárea baja extraperitoneal en el tratamiento de las estrecheces pelvianas y de la placenta previa central. *Actualidad Médica Peruana—Julio 1938.*



- V. M. BAZUL.—Roturas espontáneas e insidiosas del útero durante la gestación. *Actualidad Médica Peruana*—Enero 1940.
- V. M. BAZUL.—Tres casos de cesárea segmentaria iterativa practicada por primera vez en el Perú. *Actualidad Médica Peruana*—Diciembre de 1940.
- V. M. BAZUL.—Tres casos de partos espontáneos después de cesárea segmentaria extraperitoneal. *Actualidad Médica Peruana*. Febrero de 1941.
- CATHALA.—De la valeur de la césarienne transpéritoneale supra-symphysaire (*Presse Médicale* 10 Mars 1926).
- CATHALA.—De la valeur de la césarienne transpéritoneale basse (soc. d'Obst. et de gynec. de Paris—fasc. I—p. 37—1926).
- P. DELMAS.—Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique (*Gazette d'accouchements de Montpellier*—1er. Mars. 1932 N° 3).
- P. DELMAS.—Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique. (*Le Languedoc Médical*—N° 8—10 aout 1932—p. 322).
- DUVAL.—Césarienne basse ses avantages sur le césarienne haute. (*arch. Médico-chirurg.* N° 106—1932).
- PEREY.—A propos des césariennes et en particulier des césariennes basses. (XL<sup>e</sup> Congr français de chirurgie—Paris. 5-10 Octobre 1931).
- HILLIARD E. MILLER.—The low or Cervical cesarean section (*New Orleans Medical and surgical Journal*. Vol. 79. April 1927. N° 10).
- I. PROCTER.—Cesarean section: Safety of low cervical section as compared to classical operation. (*South. Med. etc surg.* 93 : 513-517. July 1931).
- SCHICKELE.—Pelvitomie contre la césarienne basse (Congrès de Gynécologie et d'obstetrique de Paris. 1925. Gyn. et obst. N° 4 t. XII. p. 318).
- TURENNE.—Operation de Portes ou césarienne basse (*Rev. Sud-Americaine de Médecine et de chirurgie*. Paris. t. I. N° 6. p. 579).
- TURENNE.—Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique (*La Vie Médicale*. N° 8. 25 Avril 1930).
- BALARD & MAHON.—La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétrical (*Marseille Médical*. 5 aout 1928).
- BERENI.—Contribution a l'étude de la césarienne basse dans l'infection amniotique (Thèse de Bordeaux. 1935-36).
- BEUTTNER.—Operation césarienne transpéritonéale basse pour bassin plat et scoliose (*Rev. Med. de la suisse Romande*. t. XLII. N° 3).
- M. BOISRAME.—Contribution a l'étude de l'opération césarienne basse chez les femmes ayant déjà subi une hystérectomie (Thèse de Paris. Firmin-Didot. 1934).
- MAURICE BROUHA.—A propos des indications de la césarienne supra-symphysaire (communication á la société belge de Gynécologie et d'Obstetrique. 1er. Mai 1926).
- BURGER.—Indications particulieres pour la section césariennes basse (*Strasbourg Médical*. 1926. t. II. p. 335).
- DEVRAIGNE-SEGUY & LAENNEC.—Indications actuelles de la césarienne basse (*Journal de Médecine et de chirurgie Pract.* 10 Juin 1929. p. 407).
- PIERRE DUBOS.—La place de la césarienne basse conservatrice dans le traitement de l'insertion basse du placenta (Thèse de Paris. 1936).
- ENTZ.—La césariennes basse en dehors des dystocies osseuses (Thèse de Strasbourg. 1929-1930).

- FAVREAU-KLEIN & LEDIEU.—Césarienne basse. apres forceps et malgré la mort de l'enfant (Bull. soc. d'Obstetr. et de gynécologie 21: 60-62. Janvier 1932).
- FORGEAUD.—Indications et résultats de la césarienne basse a Bordeaux (Thèse de Bordeaux, 1935-1936).
- GAUCHERAND & R. BURTHIAUDT.—Césarienne basse pratiquée d'urgence pour un cas de procubitus du cordon (Sté. d'Obstetrique et de gynécologie de Lyon. S. du 7 décembre 1936. In Bulletin de la Société d'Obstetrique et de gynécologie. Mars 1937).
- GREEHALL.—Shall the indication for the lower cervical cesarean section be extended (Internat. Clinics 1925. t. IV. Série 35).
- HOUEL & JAHIER.—À propos d'un cas de placenta previa et presentation de l'épaule traitée par la césarienne supra-symphysaire (Indication) (Bull. sec. d'Obst. et de gynécologie. 18 : 615 Novembre 1929).
- HOUEL & JAHIER.—Césarienne basse pour présentation d l'épaule négligée (l'Algérie Médicale. Janvier 1929. p. 32).
- JAHIER & SESINI.—Césarienne supra-symphysaire pour décollement prématuré du placenta normalement inséré (Société d'Obstetrique et de Gynécologie d'Alger. Séance du 13 Avril 1929).
- DONATIEN MARION & ARTHUR MAGNAN.—La césarienne basse dans un bassin plat. (L'Union Médicale du Canada, N° 3. t. LXI. Mars. 1932).
- PASQUET.—La place de la césarienne basse dans la therapeutique des hémorragies du placenta previa (Thèse de Bordeaux, 1929-1930).
- PASTIELS.—Dystocie par kyste ovarian; césarienne supra-symphysaire suivie d'ovariectomie (Bruxelles Médical. 11 décembre 1927. p. 175).
- ROCMANS.—La place actuelle de la césarienne basse dans la therapeutique obstetricale (Bruxelles Medical. 12 éme année. N° 25. 17 avril 1932).
- M. TISSERAND & M. BARRET.—Les opérations césariennes et leurs indications; importance de la césarienne basse en obstetrique (Actualité Médico-chirurgicale. N° 2. fevrier 1937).
- M. TISSERAND & M. BARRET.—Les opérations césariennes et leurs indications. Importance de la césarienne basse en obstetrique (La Clinique. Organ du Practiciens. N° 279. XXXII<sup>e</sup> Année. Février 1937 (A)).
- ANDERODIAS.—Utilité de l'aspirateur électrique au cours de la césarienne basse (Bull. Soc. d'Obstetri. et de Gynec. 17 : 244. Mars 1928).
- AUDEBERT.—A propos de la technique de la césarienne basse. Incision vertical du péritoine utérin et césarienne segmo-corporéale (La gynécologie. Juillet 1934. p. 447).
- AUDEBERT.—Modification à la technique classique de la césarienne supra-symphysaire (Toulouse Médical. 1er. Janvier 1930. p. 22).
- AUDEBERT.—Quelques points de technique de césarienne basse (VII éme congrès de l'association des gynécologues et obstetriciens de langue française. 1. 2 et 3 Octobre 1931).
- AUDEBERT.—Technique de la césarienne basse (Rev. Franc. de gynécologie et d'Obstetri. Paris—an XXVI—N° 12, decembre 1931).
- BECKERS.—La procédé de Phaneut dans la césarienne basse (Bruxelles Médical—N° 4. 24 Novembre—p. 85).
- MICHEL-BENOIST-GIRONIERE.—Contribution a l'étude de l'opération césarienne supra-symphysaire (Thèse de Paris. 1930).

- A. BRINDEAU & M. CANNONE.—Technique de la césarienne basse (Indication; résultats). (Journ. Med. franc. 19 : 3-8. Janvier 1930).
- M. BROUHA.—A propos de la technique de la césarienne basse (Bruxelles Médical. 21 Mai 1933. N° 29).
- F. CHATILLON.—Accouchement normal apres opération césarienne basse (Rev. franc. de gynec. et d'Obstetr. 25 : 194-195. March 1930).
- CONTOU.—Les différentes techniques de la césarienne basse (These de Toulouse. 1932-33. N° 9).
- DE LEE.—Technique de la césarienne basse (Journal of the American Medical Association. 14 Mars. 1925).
- DANIEL FERREY.—Avantages de la césarienne basse. Quelques détails de technique (Le Bulletin Médical. 16 Janvier 1932. N° 3. 46 eme année).
- HENRI FRUCHAUD.—La césarienne basse. Sa technique, ses avantages, ses résultats (Arch. Médico-chirurgicale de Province. N° 5. Mai 1934. p. 170).
- H. FUCHS.—Longitudinal transverse and curved incision in low cesarean section (Zentralbl. f. Gynak. 57 : 2549-2555. 28 Octobre 1933).
- H. FULCONIS.—Sur un mode d'exclusion temporaire de la cavité péritonéale au cours de la césarienne basse (Société d'Obstetrique et de Gynécologie d'Algier. Séance du 9 décembre 1936. In Bull. de la Société d'Obstetrique et de gynécologie de Paris 26 éme année N° 6. Juin 1937.—Masson et Cie. Editeurs p. 474).
- GRIMAUULT.—Césarienne basse: temps septique estrapéritoneal (Réunion obstr. et gynec. de Nancy—15 Juin 1927—Revue Médicale de l'Est. Nancy. 1er. avril 1928. p. 262. In Bull. Soc. d'Obstetr. et de Gynécologie de Paris. 1927. p. 594).
- LEROUX.—La césarienne basse: sa place en obstetrique, sa technique, ses suites opératoires, ses indications, son pronostic. (La Sage femme de l'Ouest. N° 3. Mars. 1932).
- MARCEL METZGER.—Valve sus-pubienne fenêtrée avec écarteur de la vessie pour césarienne basse (Seance du 3 Mai 1937. In Bull. de la Soc. d'Obstetrique et de gynécologie de Paris. 26 éme anné. N° 5. Mai 1937.—Masson et Cie Edit. p. 401).
- P. NUBIOLA.—Detalles de técnica en la cesárea baja o segmentaria (Rev. Española. de Obstetr. y Gynec. 16 : 553. July 1931).
- W. R. PAYNE.—Cesarean section with special reference to lower segment transverse incision case analyses (Virginia M. Monthly 58 : 234-328. July 1931).
- JEAN PELLOT.—Quelques détails de technique de la césarienne basse Arch. Medico-chirurgicale de Province. N° 1. Janvier 1937).
- GDALI RUBIN.—Le pronostic de la césarienne basse (These de Paris. 1930).
- SENECHAL.—L'incision transversale cutanee-aponérotique sus-pubienne (La Presse Médicale. N° 72. Sept. 1928. p. 1142).
- SLIWINSKI.—Quelques mots sur la technique de la césarienne supra-symphysaire (Revue française de gynécologie et d'ostetrique. Juin 1931. N° 6).
- SZYMANOWICZ.—L'hystorotomie transversale basse dans l'opération césarienne sus pelvienne. (Polaka gazeta Lekarska. N° 22 du 28 Mai 1933).
- DE LEE, JOSEPH B.—An Illustrated History of the Low or Cervical Cesarean Section. (Am. J. Obst. & Gynec. St. Louis, 1925. 4, 10. 503-520).

- CAMERON S. J.—Technique of Cesarean Section. Proc. Roy. Soc. Med. Lond. 1923, 16 : 50-54).
- BECK A. C.—Advantages and Disadvantages of the Two Flap Low. Incision Cesarean Section, with a Report of 83 cases, Done by 14 Operators (Am. J. Obst. & Gynec. St. Louis, 1921, 1 : 586).
- WELTON, T. S.—Double Flap Low' Cesarean Section Results. (Am. J. Obst. & Gynec. St. Louis, 1 : 350).
- ARNALDO DE MORAES.—Cesariana intra-peritoneale baixa (Revista de gynecologia e d'obstetrica. Rio de Janeiro. Fev. 1927. N° 2).
- BECK.—Sur une césarienne basse (American Jour of Obstetr. Gynec. t. 1 N° 6. Mars 1925. N° 8. Mai 1921).
- BESIMON TOBY.—La césarienne supra-symphysaire d'après les documents recueillis a la Maternité de Nancy (The de Nancy, 1930-31).
- BERNARD BERCOVICI.—Contribution a la étude de la césarienne basse (Thèse de Doctorat. Paris. 1927. Marcel Vigné Edit.)
- P. BRAULT.—Les possibilités actuelles de la césarienne (Progrès Médical pp. 234-237. 7 Feb. 1931).
- HENKEL M.—Der Kaiserschnitt und seine Anzeigen in der modernen Geburtshilfe. (Med. Klin. Berl & Wein, 1922, 18 : 917-920).
- KRAUSE, H.—Der Suprasymphysaire Transperitoneale Kaiserschnitt bei engem Becken an der Iniversitäts fraunklinik Würzburgy. (Ztsch. f. Geburtsh. u. Gynäc. Stuttg. 1923, 86 : 598-611).
- WAGNER, A.—Zum transperitonealen Kaiserschnitt bei Eklampsie. (Zentralbl. f. Gyn., Leip. 1924, 68 : 1263-1265).
- BENTHIN W.—Der Kaiserschnitt in der Modernen Geburtshilfe. (Deutsche med. Wchnschr., 1923, 49 : 572-574).
- P. BRAULT.—L'abus de la césarienne (Rev. breton. d'Obstetr. Juillet 1927. N° 2. p. 35).
- BRETTE.—Note sur césarienne absse, suprasymphysaire (Arch. de med. et de Pharm. Navales N° 1. Janvier-février-mars. 1936).
- BRINDEAU.—De la césarienne transpéritoneale supra-symphysaire (Presse Médicale. 10 mars. 1926).
- BRINDEAU.—La césarienne basse. (Librairie Tschann, 84 Boulevard de Montparnasse. Paris. 1934).
- H. CHASSOT.—De la césarienne basse (Revue Medicale de la Suisse Romande 51 : 212-226. 25 March 1931).
- LABHARDT.—Bericht über die Serie von 200 Kaiserschnitten. (Klin. Wchnschr. Berl., 1926, 5 : 241).
- HODGKINS E. M.—Hirts Transperitoneal Cesarean Section. (Boston M. & S. J., 1924, 190 : 920-925).
- KRONIG R.—Kaiserschnitt bei ausgedehnter ankylosierender Polyarthritits deformans et destruen. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäp Stutig., 1923, 86 : 669-675).
- QUIGLEY J. K.—Low Cervical Cesarean Section and Its Advantages (N. York State J. M., 1925, 25 : 49-53).
- ESSEEN-MOLLER E.—The Place of the Cesarean Section in Obstetrics. (Acta Gynes. Scandin., Stockholm, 1923, 2 : 244-279).
- ALBERT-JOSEPH COEN.— Des facteurs de gravité de l'operation césarienne

- basse. Au cours du travail. (These de Paris. 1936. Librairie Louis Arnette 2 Rue Casimir Delavigne. Paris).
- CONSTANTINESCO.—Sur la césarienne basse (Revue française de gynécologie et d'obstetrique. 1927. 22 émé année. p. 317).
- CONSTANTINESCU M.—Low cesarean section (Rev. san. Mil. Bucaresti 29 : 303-306. Aug. Sept. 1930).
- DANFORTH AND GRIER.— Low cervical cesarean section (The American Journal of Obst. and Gynecology. aout 1928. p. 239).
- A. S. DE BUSTAMANTE.—Primer caso de cesárea baja interativa practicada en Cuba (Rev. Med. Cubana. 42 : 999-1002. Septiembre 1931).
- BRINDEAU A.—De la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. (Press méd., Par., 1926,34 : 305-308).
- BALLANTYNE J. W.—Indications and Technique of Cesarean Section. Edinb. M. J., 1922, 28 : 28-40. 74-85).
- BRANDT P.—Zehn Jahre Sectio. Suprapubica. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Stuttg. 86 : 564-588).
- HOLLAND E.—Methods of Performing Cesarean Section. (Brit. M. J. Long., 1921, 2 : 519-524).
- KÜSTNER O.—Perforation of the Living Child vs. Extra-peritoneal Cesarean Section. (Zentralbl. f. Gynäk. Leips., 1922, 46 : 882-890).
- DUFOUR.—Operation césarienne basse par incision transversale du segment inferieur. (Gazette des Hopitaux N° 95 Novembre 1928. p. 1662).
- D. ENEA.—Taglio cesareo soprasinfisario (Pag. Sanitario. Agosto 1929. N° 8 A. VII. p. 309).
- FLEURENT.—A propos de la césarienne basse (Société d'Obstetrique et de Gynécologie de Strasbourg. Juin 1925).
- A. FRUHINSHOLZ-HAMANT.LEVY.—Sur un cas de césarienne basse chez une primipare agée (Bull. sec. d'Obstetrique et de Gynécologie 17 : 651. Juli 1928).
- S. GARCIA MARRUE & F. VILLALTA.—Cesarea iterada Primera intervencion cesárea baja. Segunda: cesárea corpórea. Breves consideraciones. (Rev. Med. cubana 43 : 130-138. Feb. 1932).
- BRAUMM P.—Die supra-symphysaire, Entbindung und ihr Anwendungsgebiet. (Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynack., Berl., 923, 65 : 5-10).
- KLUMPER P.—Über die Behandlung der Nachgeburtsperiode beim Cervicalen Kaiserschnitt. (Zentralbl. f. Gynäk., Leipz., 1926, 50 : 2319-2322).
- KÜSTNER H.—Zur Frage der Apnee un Asphyxie der Kaiserschnitt Kinder. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Stuttg., 1923, 85 : 567-578).
- DIJAL G.—Deux observation d'opération césarienne transpéritonéale basse. (Bull. Soc. d'Obst. et de Gynée de Par. 1924. 13 : 459-461).
- WETTERWALD, MAX.—Zur Frage der Uterusruptur nach Cervicale Transperitonealer Schnittenbindung. (Zentralbl. f. Gynäk., Leipz. Mar. 6. 1926).
- GELLE.—Contribution à l'étude de la césarienne transperitonéale basse. (These de Lille. 1929-1930).
- G. P. GRIGSBY.— So called low cesarean section (Celiotra-chelohysterotomy). (Internat. J. Med. et surg. 44 : 83-85. Feb. 1931).
- A. GROSSE.—L'Opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. (Opération césarienne basse). Gazette Médicale de Nantes 1er. aout 1927. N°

15. p. 352 —et 15 aout 1927— p. 379, In Revue Francaise de Gynécologie et d'Obstetrique. Mai 1927).
- A. GROSSE.—L'Opération césarienne supra-symphysaire (O. C. Basse). (La Science Médicale Pratiq. p. 593, 15 November 1929).
- A. GROSSE & LEROUX.—Sur l'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (Rev. Francaise de Gynécologie et d'Obstetrique. Mars 1927).
- COUVELAIRE & PORTES.—A propos de la césarienne transpéritonéale basse. (Bull. Soc. d'obst. et gynec., Par., 1925, 647-653).
- GAIFAMI, F.—Transpéritoneal low cesarean section. (Policlin. sez chir). Roma. 1922. 29 : 540-544).
- WETTERWALD, MAX.—A propos de l'avenir obstetrical des femmes ayant subi la césarienne transpéritoneale basse. (Gynée & obst., Par., 1926, 13 : 131-137).
- BRAUHM, H.—Suprapubic Cesarean Section Because of Chondroystrophic Dwarf Pelvis, Fetal Chondrodystrophy in Child. (Deutsche med., Wchnschr., Berl. & Leipz., 1926, 52 : 743-745).
- SNOECK JEAN J.—L'Epreuve du travail et la césarienne basse. (Bruxelles Médical, Bruxelles, 1927, N° 7, 27 : 857-863).
- P. GUENIOT.—La césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. (Bull. Med. Paris. 44 : 357-367. 17 May 1930).
- JEANNIN.—La césarienne basse supra-symphysaire (Rapport de la société d'Obstetrique. Du 9 Oct. 1909. Revue générale d'Obstetrique. 1909).
- I. KLEIN.—Les césarienne supra-symphysaire Revue critique (These de Paris. 1912).
- PIERRE LANTUEJOL.—La césarienne basse (L'Union Médicale. 10 Juill. 1934).
- LEROUX.—Le césarienne basse (La Sage-Femme de l'Ouest. Mai 1932. N° 5).
- GAIFAMI, P.—Rec. franc. de gynée, et d'obst., Paris. 1923, 18 : 33).
- HAUGH.—Gynée et obst., Par., 1925, N° 4, 12 : 327).
- KERR, J. M., MUNRO & HENDRY, JAMES.—Conservative Cesarean Section by the Lower Uterine Segment Incision. (Surg. Gynée & Obst. Chicago. July. 1926. 85-88).
- MAXWELL, ALICE F.—Unusual Complication Following a Low Cesarean Section. (J. Am. M. Ass., Chicago, 1927, N° 2, 89 : 111).
- PHANEUF, LOUIS E. & HEGARTY, JOSEPH G.—The Transpéritoneal Cervical Cesarean Section. Report of Cases. Boston M. & S. J., 1922, N° 22, 186 : 733-738).
- PHANEUF, LOUIS E.—The Transpéritoneal Cervical Cesarean Section. Surg., Gynée. & Obst., Chicago. 1923 N° 6, 37 : 765-773).
- PHANEUF, LOUIS E.—An Obstetrical Case Presenting an Unusual Group of Complications. (Boston M. & S. J., 1923 N° 24, 188 : 942-946).
- PHANEUF, LOUIS E.—The Transpéritoneal Cervical Cesarean Section. (Bull. Lyingin Hosp. N. I., 1924, N° 1 13 : 94-111).
- MAGOS.—Quelques réflexions à propos de l'opération césarienne supra-symphysaire (Société Belge de Gynécologie et d'Obstetrique Séance du 9 Novembre 1929. Bruxelles Médical. N° 5. Décembre 1929. p. 128).
- MARASSI.—Contribution à l'étude de la césarienne basse transpéritonéale supra-symphysaire (These de Paris. 1925. A. Legrand. Editeur 93 Boulevard Saint-Germain. Paris).

- PHANEUF, LOUIS E.—La césarienne suprasymphysaire. *Bruxelles Médical*, Bruxelles, 1924, N° 49. 890-903).
- H. S. MILLER.—Low cervical cesarean section with report of 28 cases (*New Orleans M. & S. J.* 83 : 227-231. Octobre 1930).
- NOUVIAN.—La césarienne supra-symphysaire (Thèse de Paris. 1921).
- PAUCOT.—La césarienne basse transpéritonéale (*l'Echo Médical du Nord*. N° 53 du 31 décembre 1927).
- F. M. PETRY.—Etude générale critique de la césarienne basse et en particulier de l'accouchement sus-symphysaire (Thèse de Nancy. 1933. Impr. Georges Thomas. 28 Rue de Solignac Nancy. Edit.)
- PHANEUF.—La césarienne supra-symphysaire (Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique. 3 Juillet 1926. In *Bruxelles Médical*. 26 Septembre 1926).
- PHANEUF LOUIS.—Malformation of the Vaginal Obstructing. (*Labor, J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1925. 84 : 1915-1916).
- PHANEUF LOUIS E.—Congenital Pulmonary Stenosis and Prenancy. Delivery by low or cervical cesarean section under scopolamine morphine and local anesthesia. (*Ledical Rev. of Rev.*, N. Y., 1926, N° 5. 32 : 248-251).
- PHANEUF LOUIS E.—La césarienne supra-symphysaire (césarienne basse). A propos de deux cent-trois observations. (*Bruxelles Médical*, Bruxelles, 1926; N° 48. 1434-1443).
- PHANEUF LOUIS E.—The Obstetric Future of Women Delivered by the Low or Cervical Cesarean Section. (*Am. J. Obs. & Gynec.*, St. Louis, 1927, N° 4, 13 : 446-457).
- RIDDEL.—Cesarienne basse (*The British Medical Journal*. 18 avril 1936. p. 792).
- ROLINDO.—Ligeiras consideracoes sobre a cesariana segmentar transperitoneal Rio de Janeiro, Maio de 1927).
- EMILE-BERNARD ROUAULT.—De la cesarienne basse (Thèse de Paris 1923. Librairie Arnette L. Editeur).
- C. W. SEWALL.—Some observations on present status of low cervical caesarean section. (*New England J. Med.* 203 : 356-361. 21 aug. 1930).
- PHANEUF LOUIS.—L'accouchement par les voies naturelles a la suite de l'opération césarienne transpéritonéale basse. (*Rev. franc. de gynéc. et d'obst.*, Par., 1927. N° 4, 22 : 177-182).
- PHANEUF LOUIS E.—The Transverse Cervical Incision in the Low Cesarean Section. (*Boston M. & J.* 1927, N° 197 : 825-829).
- PHANEUF LOUIS E.—The Place of the Vaginal Cesarean Section in Obstetrics (*Am. J. Obst. & Gynec.*, St. Louis 1928, N° 315 : 325-336).
- JOSEPH SNOECK.—L'épreuve du travail et la césarienne basse. (Communication à la société belge de gynécologie et d'Obstétrique. 2 avril 1927 et *Bruxelles Médical*. 1927. p. 799).
- JOSEPH SNOECK-SPIES-WODON-PASTIELS & MAGOS.—Quelques réflexions au sujet de la césarienne basse (Sté. Belge de gynécologie et d'Obstétrique. Séance du 4 Janvier 1930).
- R. VAUDESCAL.—La césarienne vaginale dans la première moitié de la grossesse l'hospital. N° 356 bis. Avril 1934).
- J. ST. C. WILSON.—Loxer uterine sement caeserean section. (*J. Obst. et gynec. Brit. Emp.* 38 : 504-515. 1931).

- J. ST. C. WILSON.—Lower sement caesarean section (British Medical Journal 1 : 798. 9 May 1931).
- BURGER.—Les hémorragies dans la section césarienne basse (Strasbourg Médical. N° 6. 20 Mars. 1929. p. 150).
- GUENIOT.—Les hémorragias dans la cesarienne basse (Le Médecine N° 5. Avril 1930).
- M. TOURNANT.—Les complications Hémorragiques au cours de la cesarienne basse. (Gazette Médicale de France. N° du 15 Octobre 1930).
- PAUL BALARD.—A propos d'un cas de rupture de cicatrice de césarienne haute (La Puericulture. N° XIV. 25 Avril 1932. p. 423).
- VALERE COCQ.—La césarienne haute doit-elle être reléguée parmi les techniques surannées et doit-en lui substituer la césarienne segmentaire? (Bruxelles Medical N° 21, 20 Mars. 1932).
- V. COCQ.—De la valeur et des indications respectives de la césarienne haute et de la césarienne basse. (Soc. Belge de Gynécologie et d'obstetrique, séance du 4 Juin 1932).
- J. COURTOIS.—Indications pour choisir le procédé de césarienne le mieux approprié a chaque dystocie particulière. Césarienne abdominales, simples ou mutilatrices (La Concours Medical. 1° Mars 1936).
- JACQUES COURTOIS.—Quelques Considérations à propos de 104 césariennes abdominales et plus spécialement de 80 césariennes bases supra-symphysaires (La Science medicale pratique, N° 11, 1°[6]36).
- DELMAS PAUL.—Les indications respectives de la voie haute et de la voie basse chez la parturiente é terme (Concours medical du 28 Oc. 1925: Revista argentina de Obstetricia y ginécol. Nov. Dic. 1926).
- DURAN, M. CULTY.—Quelques réflexions sur la césarienne haute. (Cahier de pratiques Médico-chirurgicales N° 2. Mars-Avril 1935).
- R. ELLENBOGEN.—Contribution a l'étude de la césarienne haute (These Paris 1935. Ed. Jouve et Cie., 15 Rue Racine Paris).
- ENGLANDER.—Cesarienneon haut forceps (Polska Gazeta Lakarska 1° Sept. 1935. p. 622).
- PAUL GUENIOT.—Quelle place doit encore occuper la césarienne haute classique (La Gynecologie, decembre 1934).
- PAUL GUENIOT.—Hystérectomie après une césarienne pour procidence du cordon, motivée par une indication exceptionnelle (enorme epaississement hypertrophique et éversion de la tranche de section utérine rendant difficile une suture satisfaisante). (Sec. d'obst. et gyn. de Paris, séance du 1° Fev. 1937. In: Bull. sec., obst. et Gyn. N° 2. Fevrier 1937).
- CH. M. GILBERT.—De l'extension des indications de la césarienne abdominale (These Paris 1935.)
- LAFFONT EZES.—Césarienne supra-symphysaire pour présentation de la épaule avec procidence d'un bras et du cordon filtrac-vaccin intra-uterin. Guérison. (Sté d'obstet. et de Gyn. d'Alber s. du 9|2|35. In: L'algérie medical avril 1935).
- LE BRAS.—Contribution à l'étude des indications de l'opération césarienne supra-symphysaire dans le présentations du siège. (These Bordeaux. 1934-1935).
- LECONTE DES FLORIS.—Cesarienne haute classique et césarienne basse du segment inferieur (soc. med. de la Franche Comté, N° 11. 15 Nov. 1932).



- MARASSI JOSEPH.—Contribution a l'étude de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (these Paris 1925. N° 209).
- P. MÜLLER.—A propos de la césarienne haute et de la césarienne basse (Rev. Med. de la Franche Comté. N° 6. 13 Juin 1933).
- PERY, MARC RIVIERE, MANGE.—Césarienne supra-symphysaire pour hémorragie par insertion basse du placenta, après échec de la methode de Delmas. (Soc. d'orthop et de chir. de l'ap. motur de Bordeaux, séance du 2 Janv. 1931, N° 14, gaz. hebd. des sciences médicales, 5 Avril 1931).
- MAX PETIT.—Sur les différents procédés de césarienne abdominale utilisés dans les cas impurs. (These de Paris, 1932, Jouve. Edit.)
- A. E. RICHARD.—L'anesthésie epidurale haute par voie sacrée dans la césarienne supra-symphysaire (These Paris 1935, ed. L. Arnette, 2, Rue Casimir Deavigne Paris).
- SESINI ET GOUILLOU.—Césarienne supra-symphysaire pour sclérose cicatricielle du col. (Soc. d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, séance du 16 Mai 1931).
- VIRGINIE STANCULESCO.—Contribution a l'étude des résultats éloignés de la césarienne supra-symphysaire (These de Paris 1936 edit., 7 : Joive 15, Rue Racine, Paris).
- TARTANSON, BONNAUD, GRIMAUD.—Sur une série d'opérations de césarienne haute (Cahiers de pratique Med. chir. N° 1, Janvier-Février 1935).
- E. VAYSSIERE.—Nouvelles indications de l'opération césarienne supra-symphysaire (Arch. de Médecine Générale et coloniales. N° 9, 1936, p. 289).
- E. VAYSSIERE.—Nouvelles indications de l'opération césarienne supra-symphysaire (Les sciences medicale de Paris, 15 Mars, 1937).
- J. L. WODON.—Les variations des différent temps de la cesarienne cervicale abdominale (Bruxelles medical 31 Juillet 1932, N° 40).
- RAHIMI (HOSSEINCHOLI).—Contribution a l'étude de la rachianesthésie dans la cesarienne basse (These de Toulouse. 1934-35).
- A. HOSSEN-GHOLI RAHIMI.—La rachianesthésie dans la cesarienne basse (Toulouse Médical. N° 14 du 15 Juillet 1935).
- J. ANDERODIAS & P. BALARD.—L'avenir obstetrical des femmes opérées de césarienne basse (Journal de Médecine de Bordeaux, 20-30 Septembre 1931).
- ANDERODIAS.—L'opération césarienne basse; des indications, et ses résultats (Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux, t. XLIX, N° 16, 15 Avril 1928).
- BERGOUIGNAN.—L'opération césarienne basse. Ses principales indications; ses résultats (Le Phare Médical de Paris, N° 118, Octobre 1932).
- P. BRAULT.—L'avenir obstetrical des femmes cesarisées. Supériorité de la césarienne basse considerable (Gazete Médicale de France & des Pays de Langue Francaise, 15 Mars 1936).
- BROUHA.—Le pronostic de la cesarienne basse. Suites immédiates (Bruxelles Médical, N° 41-10 aout 1930).
- BUE-PALLIEZ-LOUIS GERNEZ.—La césarienne basse á la clinique obstetricale de la Charité au cours de ces cinq dernieres années : considerations sur 131 interventions consécutives sans mortalité maternelle (Reunion Obstetricale de Lille, Séance du 27 Janvier 1937. In Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Gynecologie Mars, 1937).

- J. COLLE & J. MONTAGNE.—Césariennes basses itératives pour bassin rachitique, auto-greffes ovariennes après catration; resultats (Reunion Obstetricale de Lille. S. du 29 Janv. 1936. In Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Gynécologie de Paris. N° 4. Avril 1934).
- J. C. R. VEYRAC.—L'accouchement par les voies naturelles après la césarienne basse (These de Paris. Jouvre. 1934).
- A. S. DE BUSTAMANTE.—Primer caso de cesárea baja iterativa practicada en Cuba (Rev. Méd. Cubana, 42: 999-1002 Sept. 1931).
- GEORGES DU LAC.—Avantages et inconvenients de la césarienne supra-symphysaire itérative. (Thésé de Paris 1935 Lib. Le Francois 91, Ed. St. Germain. Paris).
- HUBERT LAMBINON.—La césarienne abdominale itérative. Six césariennes sur une femme rachitique (Liégué Médicale, Février 1934).
- N. V. ORLOFF.—Repeated cesarean section (Kub. Nauch. med. Vestnik. 12 : 13 54-62, 1930).
- SCHEBAT.—Accouchement spontané chez une parturiente ayant subi une césarienne corporéale pour une présentation du siège (Soc. d'Obstet. & Gyn. d'Alger, séance du 9 Dec. 1933. in : Algerie Med., Sept. 1934. p. 631).
- J. ANDERODIAS, R. JAULAIN.—Césarienne haute ou césarienne absse (Presse Med. 16|10|37).
- BANISTER.—Position actuelle de la césarienne en pratique obstetricale (The Britis Med. Med. Journ. 14|11|35. p. 1143).
- BLANC CHAPPAZ.—Césarienne pour utérus double (Union Méd. Nord. Est. N° 3 Mars. 1934).
- P. CARRERAS.—Considerations sur la technique de l'opération césarienne (La Gynécologie Mai 1935).
- COTTE, BANSSILBON, BUCHER.—Césarienne et myomectomies multiples pour fibrome praevia (Sté. d'Obstétrique et Gynecol. de Lyon Sec du 9|11|36. In : Bull. de la Sté. d'Obstétrique et de Gynecol. e Paris N° 1. Janv. 1937).
- W. A. CRACRAFT, M. B. WILLIAMS.—Caesarean section (Wewst. Virginia M. J. 33 : 492-495 Nov. 1937).
- DORE DURAND.—Grossesse monstrueuse. Opération césarienne (C. R. Sté Franc. de Gynec. N° 3. Mars 1935).
- D. FERRACCIU.—Taglio cesareo abdominale permancata dilatazione del l'orificio uterino esterno (Clin. Obstet. 35 : 145-150 March 33).
- FLEISCHER, KUSHNER.—Opérations césariennes par l'incision de Latzk (Surg. Gynec. and Obstet. N° 2 1|2|36).
- H. FOBE.—Section césarienne et accouchements ultérieurs (Sté d'Obst. et de Gynec. de Strasbourg Sce. du 23|3|36 in Bull. de la Sté. d'Obst. et de Gynec. N° 8 Oct. 36).
- R. DE GUCHTENEERE P. LAHAYE, M. FOULON.—Césarienne por circulaire du cordon diagnostiquée au cours de travail (Bruxelles Med. N° 22. 31|3|35).
- R. DE GUCHTENEERE.—Césarienne pour circulaire du cordon diagnostiquée au cours du travail (Sté. Belge de Gynec. et d'Obst. Sec. du 6|10|34 in Bruxelles Med. N° 4 25|11|24).
- L. GUERIN-LAJOIE.—Césarienne itérative compliquée de rupture utérine quelques minutes avant l'intervention (L'Union Med. du Canada Dec. 1935).

- W. L. HAYES.—Section césarienne, Revue de 486 opérations consécutives à l'hôpital des femmes de Melbourne (The Med. Journ of Australia N° 45 5|6|35).
- R. J. HEFFERNAN.—Transverse cervical section; critical analysis of 150 consecutive cases (Am. J. Obst. et Gynec. 29 : 860-866 June 1935).
- KOLLER.—20 ans de délivrance transpéritoneale cervicale (Schweizerische Medizinische Wochenschrift 11|1|36 p. 44).
- KRAATZ.—Césarienne; les méthodes diverses et leur emploi actuel (Munich. Mediz. Wochenschrift 84 N° 2. 8|1|37 p. 45).
- LAINEL, LAVASTINE, ABBAS, NAFICY.—Opération césarienne avec emploi du vin comme anesthésique d'après le "livre des Rois" de Firdvuzi Bull. de la Sté. Lyonnaise et de la Sté Franc. d'histoire de la Med. t. XXVIII N° 1-2 Janv-Fev. 1934).
- LANDRIEU.—La place de la Césarienne dans la pratique obstétricale nord-américaine (Le Prog. Med. N° 18 6|5|33).
- LUDWIG.—La césarienne dans petits hôpitaux de province (Wiener Klinische Wochenschrift N° 36 8|9|33).
- LYNCH.—Plus de conservatisme dans l'opération césarienne (Surg. Gynec. and Obst. Chicago vol. 64 N° 3. 15|2|37).
- R. MAHON.—Deux cas de Césarienne et myomectomie (Sté. d'Obst. et Gynec. de Bordeaux Sec. du 13|2|37 in: Bull. Sté. d'Obst. et Gynec. Avril 1937).
- MARTINS.—La césarienne à la clinique obstétricale de Gatting. (Munchener Mediz. Wochen 25|6|37 p. 1003).
- PEMBERTON.—Six césarienne chez une même femme (The Lancet, 31|10|36 p. 1039).
- J. PERY.—Quatre césarienne chez la même malade (Sté. d' Obst. et de Bordeaux Sec. du 31|3|36 in : Bull. Sté. d'Obst. et de Gynec. Nov. (1936).
- L. PORTES. M. MAYER.—Place de la césarienne dans la présentation du siège chez les primipares âgées (Echo des Practiciennes Sept. 37).
- L. PORTES.—A propos des suites éloignées de l'opération césarienne suivie d'exteriorisation temporaire de l'utérus (Mem. de l'Acad. de Chir. Sc. du 20|1|37 t. 63 N° 2).
- J. K. QUIGLEY.—Caesarean section (N. Y. State J. Med. 37 : 543-554; 15 March 1937).
- G. RICHARD.—Mise en surveillance de la suture utérine dans les césariennes pratiqués après rupture de la poche des eaux. (These Paris 1934. Libr. Bizot Rue de la Paroisse Fontainebleau).
- P. SAPPEY, J. MARCOULIDES.—La césarienne corporéale avec extraction de l'oeuf en bloc (Sté. d'Obst. et de Gynec. de Paris. Sec. du 12|7|37 N° 7 Jul 1937 p. 563).
- A. SMITH.—L'Opération césarienne à l'hôpital de Boston (Surgery Gynecology and obstetrics N° 5 11|33).
- R. SCHOCKERT.—Grossesse normale chez une césarisée ayant garde un tampon de gaz dans l'utérus (Bruxelles Med. Rev. Hebd. des Sc. Med. et Chirurg. 29|12|37).
- H. R. SHANDS.—Caesarean section (Mississi Doctor 15 : 38-40 Oct. 1937).
- L. SZTEHLO.—Simple technic for preventing evacuation of amniotic fluid into abdominal cavity during caesarean section (Budapesti orvos iysag 31 : 299-300; 6|4|33; Zentralbl f. gynak 57 : 1287-1289 3|6|33).

P. TRILLAT. P. MAGNIN.—Etude statistique de 51 césariennes itératives (Sté. d'Obst. Gynec. de Lyon Sce. du 6|12|37 in : Bull. Sté d'Obst. Gynec. de Paris N° 10 Dec. 1937).

WIEZYNSKI.—Le role de la césarienne en obstetrique. moderne (Polska gaz Lakars 27|1|35).

WIEZYNSKI.—Césarienne (suite) (Polska gaz Lekars. 3|2|35).