

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LAS INDICACIONES

DE LAS

OPERACIONES OBSTÉTRICAS

Y EN PARTICULAR SOBRE LA

SINFISIOTOMIA Y OPERACIÓN CESÁREA

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL POR

ENRIQUE ARANCIBIA BASTERRICA

(AYUDANTE DE LA CLÍNICA GINECOLÓGICA)



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA SAN BUENAVENTURA

Calle San Francisco Núm. 75

1900

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LAS INDICACIONES

DE LAS

OPERACIONES OBSTÉTRICAS

Y EN PARTICULAR SOBRE LA

SINFISIOTOMIA Y OPERACIÓN CESÁREA

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



ENRIQUE ARANCIBIA BASTERRICA

(AYUDANTE DE LA CLÍNICA GINECOLÓGICA)



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA SAN BUENAVENTURA

Calle San Francisco Núm. 75

1900



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



«Tanto en Obstetricia, como en Medicina y como en Política es necesario mucha tolerancia. Yo creo que se puede llegar á resultados muy buenos por métodos muy diferentes. Es malo limitarse á una sola manera de ver, á una manera única de obrar, y que se considera como la única aceptable; esto es peligroso para todos. Con todas las operaciones se pueden obtener excelentes resultados.»

En estos términos se expresa el doctor Charles Lieja en una comunicación á la «Sociedad obstétrica de Francia», en Abril de 1899.

Dos casos se presentan al partero frente á la mujer embarazada y de pelvis estrecha: el embarazo es ó no es de término.

El embarazo es de término y la pelvis de 7 á 8½ centímetros ¿Qué se debe hacer? ¿esperar ó intervenir? La respuesta es sencilla: así como Charles predica la tolerancia, la práctica y la experiencia aconsejan la prudencia y la paciencia; se debe, pues, esperar; con frecuencia se ha visto el parto terminarse espontáneamente.



Pero si después de esperar, el parto no se termina ¿Qué hacer? He aquí un problema todavía no resuelto y en el que las opiniones están muy divididas; unos prefieren el forceps, otros la versión, otros la sinfisiotomía, otros la embriotomía y otros, por fin, la operación cesárea.

¿Cuáles tienen la razón?

Todos y ninguno. Es aquí precisamente donde debe aplicarse el principio de la tolerancia.

Es este punto el que me propongo tratar en esta tesis, haré un paralelo entre la sinfisiotomía y la operación cesárea y terminaré con la descripción de esta última operación y con las observaciones de las secciones cesáreas hechas en este país.

Indicaciones de las operaciones obstétricas

«Las indicaciones para practicar una operación obstétrica son generales y especiales.

Las indicaciones generales nos hacen conocer la necesidad de intervenir. Las indicaciones especiales dependen del tiempo del trabajo del parto ó de las complicaciones, y ellas nos enseñan á elegir para el caso especial el modo de intervención.

En cada caso obstétrico, debe existir una indicación general, ántes que se pueda pensar en una indicación especial.

El médico llamado al lado de la parturienta debe, desde luego, hacerse esta pregunta ¿Es necesario intervenir? Si llamado por la enferma que, por una razón cualquiera, querría ver el parto terminado; se encuentra, por ejemplo, todo normal, se responderá inmediatamente, que la intervención no está indicada, que es inútil, no científica y no justificada.

Toda complicación, por mínima que fuera, resultante de



una intervención no justificada; sería, por consiguiente, una falta de arte médico, y la falta de arte debe ser considerada por el médico, como un crimen que pesaría continuamente sobre su conciencia.

Pero si, por otra parte, el médico llamado al lado de la parturienta, deduce del estado de la enferma, que hay peligro para la madre ó para el niño, peligro que desaparecería con la terminación del parto, habrá una indicación general que decidirá á terminar el parto.

Con frecuencia el partero tiene á su disposición varios medios para obtener este resultado, cuyas ventajas y desventajas deben ser examinados con cuidado. Una regla principal y fundamental encuentra aquí su aplicación: se debe individualizar. Se examina desde luego si es necesario intervenir, después se vé lo que ofrece más peligro: si esperar ó operar, si la expectación ofrece peligro ó no si la operación es fácil ó difícil, peligrosa ó nó.» (Fritsch)

Hai casos como la eclampsia, por ejemplo, que exigen la terminación rápida del parto: si la pelvis y el feto son normales la extracción del feto es fácil por medio de la versión ó del forceps; pero si se trata de una pelvis estrechada, las operaciones por medio de las cuales se puede terminar el parto son múltiples y es necesario elejir la que más convenga al caso que se presenta, tomando en consideración los peligros que ofrece á la madre y al hijo.

Vemos, pues, en el ejemplo anterior, la indicación general que es terminar pronto el parto y la indicación especial que es la elección de la operación por medio de la cual se obtendría este resultado.

Como ya he dicho al empezar, las indicaciones de una operación obstétrica, son distintas según que el embarazo sea ó no de término.

Embarazo ántes de término.—En este punto casi todas las opiniones están de acuerdo siempre que se trate de una



pelvis con un diámetro mínimo de $7\frac{1}{2}$ á $8\frac{1}{2}$ centímetros: la operación de elección es el parto prematuro artificial provocado al fin del octavo mes ó á principios del noveno. Se obtiene así un feto de una edad suficiente para que en general pueda vivir sin necesidad de cuidados especiales, como ser mansión en incubadoras, alimentación especial, etc.

Sin embargo Pinard y Varnier, en estos casos, prefieren esperar el fin del embarazo y practican la sinfisiotomía.

Charles dice á este respecto: «el parto prematuro artificial es una excelente operación. De los cien últimos niños que he obtenido por este método, he conservado 64 vivos y he tenido 36 muertos. Entre los últimos cuento los macerados, los que han sucumbido los días siguientes, etc. Ninguna mujer muerta. En total una mortalidad de 36 sobre 200 existencias.

¡Comparadla con la de la sinfisiotomía.»

La mortalidad materna es nula según la estadística de Tarnier sobre 116 casos.

Pinard sobre 100 casos ha tenido una mujer y 33 niños muertos.

«El pronóstico para el feto varía esencialmente según la época del embarazo en la cuál la operación ha sido hecha» (Ribemont-Dessaignes).

Difícil es saber que llega á ser de estos niños nacidos prematuramente. Charles cita un ejemplo interesante: «Se trata de una mujer cuya pelvis mide $7\frac{1}{2}$ cent. Cinco veces he provocado en ella el trabajo, entre 7 meses y 7 meses y medio, y he tenido 5 niños vivos; uno ha muerto á los dos años de tisis, otro á los dos meses de neumonía. Quedan tres que tienen respectivamente 13, 10 y 5 años y gozan de muy buena salud.

«El parto prematuro artificial es una operación, que apesar de la sinfisiotomía y de la operación cesárea, represent



aún, á la hora actual, uno de los principales medios auxiliares de la práctica obstétrica, particularmente en la práctica privada» (Leopold)

Para provocar el parto prematuro es necesario el conocimiento previo, exacto y preciso de la edad del embarazo, del grado de la estrechez pelviana y de las dimensiones de la cabeza fetal.

Las contraindicaciones de esta operación son tres:

- 1.º la muerte del feto;
- 2.º el estado muy grave de la enferma, que podría sucumbir durante la operación, vale más en este caso practicar la operación cesárea después de muerta la mujer; y
- 3.º la voluntad formal de la madre que, más que su vida, desea la de su hijo y prefiere llegar al fin del embarazo y soportar una operación que, aunque más peligrosa para ella, sea más benigna para el fruto de su vientre.

Con pelvis inferiores á $7\frac{1}{2}$ se recurrirá al aborto provocado ó si no se esperará el fin del embarazo. Mas adelante veremos lo que se debe hacer en estos casos.

Embarazo de término.—«El grado de viciación pelviana que durante tan largo tiempo, ha servido de base exclusiva para la elección de la intervención, no tiene la importancia que se le atribuye generalmente. Además que es difícil en clínica conocerla exactamente, no debe ser considerada más que en su relación con las dimensiones de la cabeza fetal.

Frente á una mujer que no puede parir por una estrechez pelviana y con un niño vivo ¿qué conducta se debe observar?

Actualmente por lo que nos enseña la experiencia, dos intervenciones solamente pueden y deben ser discutidas: el agrandamiento momentáneo de la pelvis y la operación cesárea.» (Pinard)

Esta manera tan absoluta de apreciar las cosas, hacien-



do abstracción del forceps, de la versión y de la embriotomía, es enérgicamente combatida y con mucha razón por un gran número de parteros.

No se puede poner en duda que la vida de la madre, cualquiera que sea el aspecto bajo el cual se la considere, vale mucho más que la del feto. Y aun cuando las prácticas obstétricas tiendan, en cuanto sea posible, á obtener un niño vivo, no debe olvidarse por un momento los peligros que corre la mujer con tal ó cual operación, mucho más si ésta es madre de varios hijos.

Ahora bien la sinfisiotomía y la operación cesárea son las que dán mayor mortalidad para la parturienta.

Citaré á este respecto las hermosas palabras de Leopold:

«Cuanto más se acumula mi experiencia obstétrica, más me penetro de esta convicción: salvar á toda costa á la madre. Un padre talvez podría ser reemplazado, pero una madre, jamás. El corazón de la madre está ligado al de sus hijos por miles de afectos. Los pensamientos del padre, el cual tiene que asegurar la vida de los suyos, se reparten naturalmente entre la familia y la profesión. Al niño que ha perdido su madre le falta la afección infinita. Al recién nacido que debe la vida á la muerte de su madre y que jamás podrá conocer el corazón materno, le falta para toda su vida la luz del sol.»

En una primípara con una conjugada verdadera que no baje de $7\frac{1}{2}$ centímetros el parto se termina generalmente por sí solo, por supuesto, siempre que se trate de una presentación y posición normal y de una bolsa de las aguas intacta.

En caso que el parto no se termine espontáneamente, ántes de recurrir á una operación hay dos medios que generalmente dan buenos resultados y són: el colporinter y la posición de Walcher.



Pero si á pesar de todo el parto no se termina ¿qué hacer? Charles intenta una aplicación de forceps, y este es un modo muy prudente de obrar, con frecuencia es eficaz y en el caso contrario no hay inconveniente para recurrir á otra operación. Se entiende que debe ser una aplicación prudente y bien hecha, la cual no debe tener peligro para la madre ni para el niño.

Bar no es partidario de esta manera de obrar y la considera difícil y peligrosa para la madre y para el niño; cree «que, en la mayoría de los casos, la versión es la operación de elección antes de la sinfisiotomía». Reserva las aplicaciones de forceps en el estrecho superior para los casos de pelvis poco estrechadas y en que la ruptura de las membranas data de algún tiempo, por ser entónces difícil y aún imposible la versión.

La estadística de Charles sobre 51 aplicaciones de forceps en el estrecho superior, dá el siguiente resultado: 1 mujer muerta, la cual llegó á la maternidad con una ruptura uterina, 19 niños muertos de los cuales varios habían sucumbido antes de la operación y otros en los días siguientes: La estadística de Budin sobre 84 casos, dá: mortalidad materna 0, mortalidad infantil 20 ó sea 24 %.

Si el parto no puede terminarse por medio de esta intervención, solo quedan tres operaciones á las cuales se puede recurrir, y són: la embriotomía, la sinfisiotomía y la operación cesárea. Dejaré estas dos últimas para tratarlas separadamente; solo indicaré aquí que la ruptura de la bolsa de las aguas es una mala condición para hacer la operación cesárea.

Pinard ha dicho: jamás la embriotomía en el niño vivo. Esta proposición es inaceptable en la práctica. Es verdad que la operación cesárea y la sinfisiotomía son muy buenas operaciones, que dan una mortalidad materna relativamente baja, cuando se hacen en muy buenas condicio-





nes y con todas las comodidades que se pueden tener en una clínica; pero ¡cuán diferentes son los resultados que se obtienen en la práctica privada!

Charles se revela contra esta proposición, Leopold, Pestalozza y muchos otros parteros distinguidos son de la misma opinión.

Copio en seguida las enérgicas palabras de Charles: «Si, yo haré la embriotomía y lo digo aquí, porque un decreto de excomunión ha sido lanzado contra el partero que se atreviese hoy á practicar la embriotomía sobre el niño vivo. Yo he levantado este decreto y en vano he esperado la bula... no me ha llegado. Se ha dicho que el partero que practicase la embriotomía no se atrevería á presentar, pues bien, héme aquí.

¿Puede hacerse la embriotomía sobre el niño vivo?

No soy de la opinión de algunos que esperan la muerte del niño, para obrar. Esta es la enseñanza de algunas facultades. Rechazo esta manera de proceder; pues, entonces todos mueren: la madre y el hijo. Es una práctica que no comprendo. Para sostenerla se ha invocado la religión y se ha preguntado á Roma su opinión sobre el particular. Roma ha contestado: «*Non est respondendum*»: Lo que quiere decir: «dejadme en paz ó chist si queréis.» Traduzcámoslo en lenguaje parlamentario: «Lo dejo á vuestra conciencia de hombre honrado.» Mi respuesta es la misma. En cuanto á mí, lo declaro categóricamente, no espero la muerte del feto y no pienso más que en salvar la mujer, lo mejor y más pronto posible.

Por otra parte, los parteros, cuya conducta acabo de condenar, hacen frecuentemente el simulacro de auscultar dicen pronto que nada oyen y luego operan. Este procedimiento jesuítico me disgusta; pero, en suma, los prácticos, en cuestión obran como nosotros por lo cual los felicito.»



Es opinión general que si el niño sufre, sin titubear debe practicarse la embriotomía. Es preferible salvar una existencia cierta á una dudosa y no esponer la vida tan necesaria de una madre.

La embriotomía es una operación fácil hasta con una conjugada verdadera de 6 centímetros, por debajo de este límite se hace difícil y peligrosa y solo puede ser practicada hasta un diámetro mínimun de 5 centímetros.»

La mortalidad materna es de 0 á 1%.

En pelvis con una estrechez inferior á $7\frac{1}{2}$ la conducta que debe observarse es la misma que he indicado mas arriba para una pelvis de $7\frac{1}{2}$ á $8\frac{1}{2}$ en la cual el parto no puede terminarse por sí solo, ni con el auxilio del colporinter, ni de la posición de Walcher.

Jeneralmente el volúmen del feto crece con el número de los embarazos. De aquí que en las múltiparas de pelvis estrechas, la desproporción entre la cabeza fetal y los diámetros pelvianos sea mayor que en las primíparas.

Con un grado mediano de estrechez 8 á $8\frac{1}{2}$ debe observarse la misma conducta que en las primíparas, con los recursos indicados mas arriba.

Si el colporinter y la posición de Walcher no dan resultados, Leopold, prefiere, al forceps, la versión seguida de la extracción inmediata,

«Se consigue con esta operación, cuya condición esencial es la integridad de la bolsa de las aguas, utilizando la posición de Walcher, estraer niños vivos de 3.500 á 3.800 gramos, apesar de una conjugada verdadera de 7 centímetros para las pelvis planas y planas raquílicas, y $7\frac{1}{2}$ para las pelvis planas raquílicas jeneralmente estrechadas» (Leopold).



Cuando la ruptura de la bolsa de las aguas data ya de algunas horas, la versión es jeneralmente difícil, se forma entónces un anillo de contracción que dificulta ó impide la vuelta del feto.

En estos casos tres són las operaciones á que puede recurrir el tocologo: la embriotomía, la sinfisiotomía y la operación cesárea.

Hemos visto ya, que la mayoría de los parteros dán la preferencia á la primera de estas operaciones, siempre que el feto sufre ó cuando no se puede practicar alguna de las otras operaciones en un medio conveniente y en las condiciones que requieren.

Sinfisiotomía y operación cesárea

Pocas operaciones más discutidas, ambas muy antiguas la 1.^a imaginada por Sigault, data de 1777, la 2.^a del siglo XIV á XV, ámbas han pasado por alternativas de abandono y de entusiasmo. Una lucha vivísima sostenida por los partidarios de ambas, ha tenido por resultados el perfeccionamiento de estas dos operaciones tan preciosas en Obstetricia y que tantas vidas han ahorrado á la humanidad. En el estado actual de la ciencia, la opinión parece inclinarse á favor de la última.

Sinfisiotomía.—Solamente es aplicable en pelvis de una conjugada verdadera superior á $6\frac{1}{2}$ centímetros, la operación cesárea es practicable con cualquier grado de estrechez.

Haré ver las ventajas y desventajas que ofrecen estas operaciones.

Los inconvenientes ó complicaciones de la sinfisiotomía, dejando á un lado la técnica operatoria mucho mas simple en la última, son inmediatos y alejados.

Entre las complicaciones inmediatas tenemos: las hemo-



rrájas, la formación de trombus y las desgarraduras de las partes blandas ocasionada por la separación de la sínfisis y por el pasaje del feto. Además se han señalado diversos accidentes que han sido considerados como faltas operatorias; tales son: dificultad para seccionar la sínfisis, ruptura de la vejiga al practicar este tiempo de la operación y dificultad para separar la sínfisis en un caso en que existía una anquilosis de la articulación sacro-ílica derecha.

La hemorragia considerada, por algunos, como muy temible, es para Pinard, Morisani, Bar, etc. de poca importancia y fácilmente puede ser cohibida por medio del taponamiento y por la extracción rápida del niño. Sin embargo se conocen cinco casos fatales debidos á este accidente; tales son los de Tellier, Treub, Kirsch, Onupjew y Chrobak, á estos podemos agregar otro de Runge en el cuál la muerte fué producida por una gran desgarradura de la pared anterior de la vajina.

La hemorragia es debida á la sección de la piel, fácilmente cohibible; y á la ruptura de los plexos prevesicales y cuerpos cavernosos del clítoris, frecuentemente producida por la separación de la sínfisis; son las mas graves.

Los trombus tienen un doble oríjen.

«Unos son producidos por el deslizamiento de las partes blandas distendidas al exeso, en el curso de la extracción rápida del feto, á través de un cuello mal dilatado y de vías genitales mal sostenidas por delante.

Otras son debidas á un despegamiento en cuya jénesis, seguramente juegan un papel importante las tracciones debidas al pasaje del feto, pero que parecen esencialmente atribuibles á la diastásis de las articulaciones sacro-ílicas» (Bar).

No es raro ver que estos hematomas vengán á constituir después un foco de supuración.

La desgarradura de las partes blandas es una de las com-



plicaciones que pueden traer consecuencias mas molestas para la mujer.

Segun Kufferath son debidas á la impericia de los operadores. Sin embargo Pinard, Sweifel, Morisani, Leopold y tantos otros tocólogos ilustres las han tenido, hasta el punto que el último de los nombrados ha formulado la proposición siguiente: «Es preciso evitar, en cuanto sea posible, la sinfisiotomía en las primíparas».

Estas desgarraduras se producen durante la separación de la sínfisis ó en la extracción del feto, interesan sobre todo la pared anterior de la vagina, de la uretra y la vejiga.

Tres son los mecanismos invocados para explicar su producción.

1.º Sección, por los angulos del pubis, de la pared vaginal comprimida entre la pelvis abierta y la cabeza fetal ó el forceps. (Budin, Maigrier)

2.º Distensión transversal de las partes blandas, que se desgarran cuando se sobrepasa el limite de su elasticidad (Winckel, Audevert).

3.º La distensión y tracción hácia abajo de las partes blandas, producida por la cabeza del feto. (Porack, Schauta) (Jorand).

Las desgarraduras vaginales no tienen gravedad siempre que no haya infección, no sucede lo mismo con las desgarraduras de la vejiga ó de la uretra; una fístula urinaria es su consecuencia, que si bien es cierto no es una afección que amenace la vida, en cambio exige para su curación una serie de operaciones y una estadía de muchos meses en el hospital.

Otro de los accidentes que puede sobrevenir en la separación de la sínfisis, es la diastásis de las articulaciones sacroílicas. Bar cita un caso de esta naturaleza con la formación de un trombus por delante de la articulación.



Entre los accidentes inmediatos, podemos colocar también: el choc, las hemorragias secundarias y los accidentes infecciosos.

Fochier considera los fenómenos de choc como frecuentes y temibles después de la sinfisiotomía.

Sin embargo la mayoría de los parteros son de opinión enteramente contraria. Bar no los ha observado nunca en 22 sinfisiotomías practicadas por él.

Las hemorragias secundarias son raras y sin importancia.

«Las complicaciones más serias y más frecuentes, son las atribuibles a la infección.» (Bar).

Es muy frecuente ver después de la sinfisiotomía, una serie de accidentes infecciosos que verdaderamente estrañan en una época en que la infección ha llegado á ser una exepción después de una operación quirúrgica cualquiera.

En la estadística de Pinard del año 1894 al 1897, el 64.52% de las enfermas, han tenido temperaturas superiores á 38°. La estadística de Bar sobre 22 casos, dá un 60%.

Esta morbilidad tan considerable, con razón, ha asustado á los operadores y han buscado una explicación á este fenómeno.

Bar, refiriéndose á sus enfermas, atribuye estos accidentes á condiciones defectuosas de su clínica y á una epidemia de gripe que entonces reinaba en el hospital.

Zweifel dice que la fiebre es debida á la hemorragia y que si la hemostásis pudiese ser perfecta, el puerperio sería fisiológico.

«La infección ha sido á menudo favorecida por la hemorragia, que ha necesitado maniobras más ó menos complicadas de hemostásis, y por las desgarraduras que le han abierto una nueva puerta de entrada. (Jorand)



Los accidentes infecciosos revisten, con frecuencia, caracteres graves; debidos seguramente á la jeneralización de la infección por la herida articular. «Así una infección uterina banal, puede llegar á ser, en una sinfisiotomiza da una septicemia maligna de marcha sobre aguda y rapidamente mortal». (Bar)

Las supuraciones de la herida operatoria, los absesos, los hematomas supurados no son raros. Una enferma de Schwartz y dos de Braun han sucumbido á consecuencia de una inflamación del tejido celular pelviano. Porack ha tenido que lamentar la muerte de una de sus operadas, debida á una septicemia gangrenosa que vino á complicar desgarraduras múltiples de la vajina.

Complicaciones pulmonares (bronquitis, bronconeumonia) *flegmatia alba dolens* y *decubitus* agudo son otros tantos accidentes relativamente frecuentes.

Entre las consecuencias alejadas de la sinfisiotomía tenemos:

La falta de consolidación de la sínfisis, lo cual no parece ser muy frecuente. Morisani, Pinard, Kufferath, von Woerz, Braun dicen no haberla observado y la consideran «como un temor quimérico.» Sin embargo, Schauta, Leopold, Jackson, Franck, Zweifel, Auyard, Mullerheim, Tuffier, etc. citan observaciones en que la marcha ha sido imposible ó difícil hasta 11 meses después de la operación y otras que han quedado imposibilitadas para hacer trabajos pesados.

Zweifel atribuye la dificultad para la marcha en una de sus enfermas á la diastásis de las articulaciones sacroilíaca. Bar dice haber observado en varias de sus operadas, en los días siguientes á la operación, dolores muy vivos en este punto.

Bar sobre 19 operados ha visto 4 veces el prolapso uterino completo con salida de la matriz fuera de la vulva,



tres veces consecutiva á la primera operación y una vez después de la segunda. Jorand, que ha hecho un trabajo sobre los inconvenientes de la sinfisiotomía, dice haber encontrado pocas observaciones en que se mencione ésta complicación.

Las complicaciones urinarias, consistentes en fistulas, incontinencia de orina y cistitis son bastante frecuentes.

Los fistulas más á menudo observadas, son las vésico-vaginales, casi todas consecutivas á desgarraduras producidas durante la operación. Fritsch, en una de sus enfermedades, atribuye la fistula, que apareció al noveno día, á una sutura profunda que había comprendido la pared vesical, Lepage ha observado una fistula vesico-uterina.

La incontinencia de orina, que según Kufferath, es la única complicación que parece seria y á la cual no se le ha encontrado explicación, es bastante frecuente; probablemente debida al estiramiento del cuello vesical por distensión transversal (Kufferath) á menudo rebelde al tratamiento, á veces pasajera, de larga duración en la mayoría de los casos, continua, persistente en algunos, solo se produce en los esfuerzos en otros, ha sido curada por medios muy diversos, electrización (Pinard) colporrafia (Rognier).

«La cistitis bastante frecuente; es debida á los cate-terismos que es necesario hacer en los primeros días. Felizmente es una complicación benigna, que desaparece pronto, bajo la influencia de lavados vesicales.» (Jorand)

¿Cuál es el pronóstico de esta operación?

La estadística de Varnier sobre 124 casos dá:

Mortalidad materna.....	9.67%
id. infantil.....	25.8 %
PLIEGO 2.º	MEMORIA



La de Pinard sobre 69 casos dá:

Mortalidad materna.....	10.14%
id. infantil.....	11.59%

Morisani ha reunido 241 casos que dán:

Mortalidad materna.....	11.6 %
id. infantil	} espurgada..... 12.00% no espurgada..... 22.12%

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL 278 casos reunidos por Neugebauer dán:

Mortalidad materna.....	11.1 %
id. infantil.....	19.00%

Reuniendo estas estadísticas dán el resultado siguiente:

Mortalidad materna.....	10.62%
id. infantil.....	17.90%

Tomo aquí la mortalidad espurgada de la estadística de Morisani.

Debo advertir que todas estas estadísticas datan desde el año 1893.

Operación cesárea.—La operación cesárea es fácil de practicar, naturalmente para aquellos que tienen costumbre de operar, y sobre todo de hacer laparatomías. Inútil es decir que la antisepsia debe ser observada con mucho rigor como siempre que se trata de una operación. La mujer, en cuanto sea posible, debe estar libre de toda infec-



ción, sobre todo del cuello y de la vagina, y especialmente de la gonorrea, que ha sido considerada por Leopold y Haake, como una contraindicación.

Todos los cirujanos están de acuerdo en que la operación debe hacerse antes del principio del trabajo y por consiguiente con las membranas intactas; se trata con esto de evitar en la enferma toda pérdida de fuerza.

La sección cesárea ofrece peligros durante y después de la operación.

Durante la operación existe el peligro de hemorragia por atonía uterina, esta atonía uterina que nunca ha sido observada por Tarnier ni Bar parece ser debida á una mala práctica operatoria; cual es la constricción del segmento inferior del útero por una ligadura elástica.

Muchos medios existen para conjurar este accidente y una enferma jamás debe perecer por esta complicación en manos de un cirujano experimentado y de sangre fría.

El mejor medio de combatirlo es colocar rápidamente las suturas en la herida uterina, sin perder tiempo en exitar el útero con lavados calientes ó fríos, mientras el ayudante comprime los ligamentos anchos.

«Si la hemorragia persiste, haced la constricción del cuello, pero recordad, que frecuentemente esto no será más que el prelude de una operación más seria.

«En efecto, en caso que la atonía no cese, la constricción excelente para detener momentáneamente la sangre, no es un buen medio curativo, pues, más bien favorece que detiene la atonía.

«No titubeis en modificar vuestra técnica: completad la operación cesárea por la ablación supra-vaginal del útero.

«En tales casos la decisión debe ser rápida, ántes que toda pérdida de tiempo multiplique, para la enferma, las probabilidades de shock grave y la ponga en un estado de inferioridad manifiesta en caso de infección.» (Bar).



Leopold 5 veces en 76 casos ha tenido que recurrir á este procedimiento.

La ergotina y demás excitantes del útero empleados convenientemente casi siempre previenen estos accidentes.

Los peligros que siguen á la operación son: el choc, las hemorragias secundarias y la infección.

El choc depende en gran parte de condiciones especiales de la enferma y del tiempo que demora la operación; mientras más rápida sea ésta, menor será la cantidad de sangre perdida. Sin embargo, parece que en esta operación el choc es más frecuente que en las otras operaciones abdominales. Se ha notado en algunas enfermas, en los primeros días que siguen á la operación, tendencia á las lipotimias.

Las hemorragias secundarias cada vez más raras y nunca vistas por Tarnier ni Bar, se evitan rellenando el útero con gaza, en el momento de hacer la sutura. Si se observan, el tratamiento es el mismo que se sigue en las hemorragias *post partum*.—

Por la abertura de la cavidad abdominal, los accidentes infecciosos pueden llegar á ser mucho más graves que los de la sinfisiotomía, una peritonitis mortal puede ser su consecuencia.

Varias enfermas de Olshausen han sucumbido de esta complicación, la única defunción que ha tenido Bar en sus 10 operadas ha sido por la misma causa.

De las 4 operadas en Chile ninguna ha muerto de peritonitis.

Teóricamente este accidente debería desaparecer. Y quien sabe si siempre que se ha observado ha sido por una falta de antisepsia; es tan difícil asegurarse que las manos del cirujano y ayudantes, instrumentos, suturas y demás útiles que se emplean en una operación, estén completamente desinfectados ó asépticos.



¿Cuáles son las consecuencias alejadas de la operación?
Son mucho menos numerosas y graves que las de la sinfisiotomía.

Las que podrían resultar de la infección tales como supuraciones, trayectos fistulosos producidos por un hilo interno infectado, son día por día más raros.

Los peligros de estrangulamiento intestinal en una adherencia del útero con la pared abdominal, señalado por algunos, parece problemático; no ha sido nunca visto por Tarnier, Bar, Leopold, Zweifel, etc.

Las hernias son también raras, suturando en dos ó tres planos la pared abdominal.

El embarazo es muy bien soportado, en la generalidad de las operadas.

Se han señalado tres accidentes que pueden molestar en esta época, tales son: las hernias, adherencias útero-parietales y la ruptura uterina.

Tarnier no ha visto nunca una hernia en ninguna de sus operados, entre las cuales hay una que sufrió tres veces esta operación. Olshausen, Leopold, Zweifel tampoco las han observado. Bar y Tissier las han visto solamente una vez, después de una tercera operación.

Las adherencias útero-parietales, tampoco observadas por Tarnier ni Bar, pueden ser causa de dolores. Solo se conoce una observación de Van de Poll en que las adherencias produjeron el aborto al 3.º mes del embarazo.

Las presentaciones viciosas que algunos han señalado, no constituyen un peligro, puesto que el feto ha de ser extraído por una nueva operación cesárea.

Krukenberg ha presentado una serie de observaciones en que la ruptura uterina se ha producido durante el embarazo. Estas observaciones no tienen valor ninguno, porque todas han sido tomadas en una época anterior á la era antiséptica y en la cual no se hacía la sutura uterina. Los



operadores de la última época no las han observado jamás, á pesar de que la operación cesárea se ha multiplicado mucho en los últimos años. Lo que se ha notado ha sido una disminución del espesor de la pared uterina al nivel de la cicatriz; solo se conocen tres casos; dos de Korn y uno de Brünings.

¿Cual es el pronóstico de esta operación?

He aquí el resultado de las estadísticas:



Museo Nacional de Medicina
Leopold 76 casos
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Mujeres muertas 7 ó sea.....	9.21%
Niños « 5 « »	6.58%

Reynolds 22 casos

Mujeres muertas 0 ó sea.....	0%
Niños « « «	0%

Pasquali 9 casos

Mujeres muertas 1 ó sea.....	11.11%
Niños « ? «	?%

Olshausen 29 casos

Mujeres muertas 2 ó sea.....	6.89%
Niños « 3 «	10.34%

Zweifel 14 casos

Mujeres muertas 0 ó sea.....	0%
Niños « 1 «	7.15%



Charles 10 casos

Mujeres muertas 0 ó sea.....	0%
Niños « « « «	0%



Bar 10 casos

Mujeres muertas 1 ó sea.....	10%
Niños « 0 « «	0%



Museo Nacional de Medicina

La reunión de estas estadísticas dá el resultado siguiente:

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Mortalidad materna	5.31%
id infantil	3.43%

Comparemosla con la de la sinfisiotomía:

Mortalidad materna	10.62%
id infantil	17.09%

Las estadísticas de operación cesárea que presento, datan de 1883 hasta 1899 y las de sinficiotomía desde 1893.

Como se vé hay una diferencia enorme entre ambas.

«Las ventajas, que parecen favorecer á la operación cesárea son las siguientes: operación fácil que puede ser practicada desde el principio del trabajo, ántes que la madre pueda ser infectada y ántes de todo estado de sufrimiento para el feto. Además no existe dificultad alguna para la extracción del niño. El peligro es la abertura de la cavidad abdominal.

La sinfisiotomía no puede ser practicada al principio del trabajo, no es más que una operación preparatoria que sirve para la extracción del feto á través de las partes blandas, frecuentemente no dilatadas.

Reconozco estos inconvenientes y no los niego. Pero la



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ventaja inmensa de no abrir la cavidad abdominal, me hace dar, sin titubear, la preferencia á la sinfisiotomía, siempre que sea practicable».

Estas palabras de Pinard, el partidario mas decidido de la sinfisiotomía, dan la razón á los partidarios de la sección cesárea; pues sabemos que la abertura del vientre ha llegado á ser hoy día, gracias, á los progresos de la anti-sépsia y asépsia, una operación casi inofensiva.

Pero ¿Cual será la mejor manera de juzgar la bondad de una operación? Sin duda que observar sus resultados.

Las estadísticas que he presentado son tomadas de los partidarios de una y otra operación todos tocólogos muy ilustres.

Las conclusiones que de ellas resultan son indiscutibles. Y si á esto agregamos que las consecuencias molestas que siguen á una y otra operación son mucho más numerosas y más graves en la sinfisiotomía, la preferencia por la operación cesárea parece que no puede ser puesta en duda.

Los sinfisiotomistas han alegado que una mujer sinfisiotomizada, puede tener un parto espontáneo. Esto es cierto, pero en un número de casos tan limitado y en condiciones tan especiales, como ser pelvis poco estrechada y feto pequeño, que no puede ser tomado en cuenta más que en los casos en que estas condiciones se presentan; en los cuales frecuentemente el parto se termina por si solo con solo la ayuda del colporinter y de la posición de Walcher.

No se crea por esto que la sinfisiotomía es una operación inútil, nó; hay casos en que está indicada; por ejemplo, en una múltipara en trabajo con pelvis que no baje de 7 á 6½ centímetros, y todavía su indicación es más precisa si la bolsa de las aguas ha sido rota y si el trabajo está avanzado.



Pero tratándose de una primípara que se presenta en las mismas condiciones y en que la extracción del feto por las vías jenitales, puede ser difícil por el obstáculo que opondrían las partes blandas; parece que debe preferirse la operación cesárea.

En una mujer no infectada, sabemos que la infección es una contra-indicación en ambas operaciones, que se observa antes del trabajo, si la pelvis es inferior á $6\frac{1}{2}$ la única operación posible es la cesárea; con un grado de estrechez menor debe preferirse también la misma operación. Al menos ésta es la opinión de la mayoría de los parteros, entre los cuales citaré a Leopold, Frisch, Charles, Treub, Nighoff, etc.

En Chile, de las 5 sinfisiotomías cuyos resultados conozco, tres veces la madre ha fallecido; dos veces la muerte ha sido imputable á la operación, la otra vez á una hemorragia del estómago. Los niños han nacido todos vivos.

Por las cuatro observaciones que acompañan este trabajo, se vé que solo una vez puede culparse á la operación cesárea de la muerte de la enferma (Observación núm. 1) y hay que tomar en cuenta que se practicó al 5.º día del trabajo. En la operación del Dr. Pardo (Obs. núm. 4) el feto nació muerto. (1). Vemos, pues, por estas observaciones que la mortalidad materna de la sinfisiotomía ha sido también en Chile superior á la de la operación cesárea.

Sólo una de estas sinfisiotomías ha sido hecha en la maternidad por el Dr. Murillo, la primera que se hizo en Chile; las otras han sido practicadas por el Dr. Gutierrez en su práctica privada.

(1). Es necesario advertir que hubo un desprendimiento prematuro de la placenta y que la operación tuvo que retardarse por falta de local.



Operación cesárea

Historia.—Es una de las operaciones más antiguas. Desde tiempo muy remoto se practicaba en la mujer muerta; una ley de Numa Pompilio prohibía enterrar una mujer embarazada sin haberle extraído previamente el feto, abriendo la cavidad abdominal. Canglia Mila dice que en Sicilia existía una ley igual.

Su nombre se deriva, según algunos, del verbo latino *caedere*, y según otros de *César* por haber vivido varios de ellos gracias a esta operación.

La operación sobre la mujer viva parece datar del siglo XIV ó XV. Según Jacquemier, la primera se habría practicado el año 1491.

Los hechos más antiguos que se conocen son: el relatado por Sacombe, referente á Juana Seymour, la cual sufrió esta operación por orden de su marido Enrique VIII, rey de Inglaterra, obteniendo de este modo á Eduardo VI que vivió 16 años.

El otro caso es el de Bauhin: refiere que en el año 1500 un castrador de puercos Nuffer de Sigershausen (Thurgovie) impacientado de ver sufrir á su mujer durante 5 ó 6 días sin poder parir, resolvió abrirle el vientre y de este modo estrajo el feto.

En la época de Ambrosio Paré, mediados del siglo XVI, la operación cesárea era considerada como imposible; hé aquí como se expresaba el más gran cirujano de esta época:

«En verdad me maravillo, como hay gente que pueda afirmar que ha visto mujeres á las cuales, para extraerles sus hijos, se les había incindido el vientre y no solamente una vez, sino varias; es algo imposible de creer, ni se atiende que para dar salida al niño, es necesario hacer una gran herida en el epigastrio y otra semejante en la



matriz, órgano que está repleto de sangre, lo cual produciría una hemorragia tan grande, que sería seguida de la muerte de la enferma. Por lo tanto no aconsejaré jamás una operación que tiene tantos peligros y sin esperanza alguna.»

Pero á pesar de ser esta la opinión reinante, apareció en 1581 un trabajo de Rousset, que considera esta operación como poco temible y cita en su apoyo algunos resultados felices.

Recomienda, para practicarla, una incisión de medio pie de largo, hecha á los lados del abdomen y en seguida «una incisión de arriba á abajo entre el costado y la parte anterior del útero, evitando el lugar donde se encuentran los epidídimos, vasos espermáticos y testículos femeninos.» En seguida suturaba la pared abdominal y colocaba un drenaje á través del cuello.

Guillemau, Marchand y gran número de cirujanos de París, se rebelaron contra este trabajo, y acusaban á Rousset de presentar observaciones falsas. Guillemau alumno de Paré, dice haber visto practicar varias veces ésta operación, á su maestro, á Viart, Brunnet, Charbonnet, todos cirujanos muy expertos y siempre con fatales resultados.

Mauriceau rechaza también esta operación en el vivo, la reserva únicamente para la mujer muerta, y aconseja hacer la incisión entre los dos músculos rectos, al nivel de la línea blanca; porque «las incisiones laterales, dice, interesan masas musculares espesas y suministran mucha sangre.»

Ruleau en 1704 practicó en una mujer de pelvis deforme, la primera operación del siglo y esta fué seguida de éxito; desde esta época los resultados felices se siguieron con alguna frecuencia, al punto que Simon en 1761, en una memoria á la «Academia Real de Cirujía» de París, llegaba á las conclusiones siguientes:



- 1.º que la operación cesárea es posible;
- 2.º que constituye en ciertos casos un medio de salvar á la madre y al hijo; y
- 3.º que puede ser practicada varias veces en la misma mujer.

Entre las principales indicaciones, cita: la mala conformación de los huesos de la pelvis de la mujer, las estrecheces cicatriciales de la vagina y ciertas rupturas del útero, con salida completa del feto fuera de su cavidad.

Levret en 1770 publica sus observaciones sobre las causas y accidentes de varios partos laboriosos, recomienda en ellas la incisión paralela á la línea blanca é insiste sobre las ventajas que tiene para la operación, una bolsa de las aguas intacta y una intervención precoz no precedida de tentativas de parto.

Deleurye poco después aconseja la incisión en la línea blanca y rechaza la sutura abdominal, la única que entonces se hacía.

Lauverjat pone en práctica este procedimiento y los malos resultados por él obtenidos, le hacen cambiar su manual operatorio; é idea la incisión transversal del fondo del útero, llegando á él por los lados de la cavidad abdominal y obtiene así cuatro éxitos en cuatro operaciones. Tampoco empleaba las suturas, de modo que la curación de sus operadas demoraba muy largo tiempo.

Millot, Osiander, Stein y otros modificaron las incisiones y, como dice Baudelocque, «casi no hay ningún punto del bajo vientre donde no se haya practicado la incisión exterior de la operación cesárea.»

Baudelocque vuelve á la incisión en la línea media y aconseja las suturas de la pared abdominal, dejando en el ángulo inferior de la herida una pequeña abertura para el paso del sedal.

En 1878 declaró ante la «Sociedad de Medicina» de Pa-



rís, que está demostrado por la experiencia que existen casos en que el parto es imposible por las vías naturales, que en muchos de estos casos la operación cesárea es la única que puede dar probabilidades de salvar á la madre y al niño y que esta operación aunque grave, ha sido á menudo practicada con éxito; y que es un deber del médico recurrir á ella en los casos determinados por el partero.

En esta época y en la siguiente hasta el descubrimiento de la anestesia, la operación se hacía con una rapidez suma y no era raro que demorase tres á cuatro minutos.

El manual operatorio hasta mediados de este siglo era el mismo de Baudelocque más ó menos modificado según los operadores.

Los resultados obtenidos eran muy distintos según las estadísticas. Así en París y en Viena de 1800 á 1870 ninguna operación fué seguida de éxito. Sin embargo Stoltz tenía una mortalidad materna de 33%, Michaëlis y Levy 52%, Villeneuve 31%, Crestien 37%, y Herman 45%. Kayser reunió desde 1850 á 1839, 338 operaciones, que daban una mortalidad media de 62%, Meyer en 1606 casos reunidos en distintos países obtuvo un término medio de 54%. Schroder estima esta mortalidad en 80% porque según él un gran número de operadores poco escrupulosos, se guardaban muy bien de hacer conocer sus casos desgraciados.

Las dos terceras partes de las muertes, eran debidas á la septicemia, la otra tercera á las hemorragias primitivas ó secundarias.

El primero que hizo la sutura de las paredes uterinas fué Lebas, cirujano de Mouilleron, á fines del siglo pasado; colocó tres puntos que los retiró después de algunos días. La mujer curó.

Godefroy en 1840 colocó tres puntos de sutura en el útero y los abandonó en el abdomen; el objeto que se propu-



so con esto fué evitar la penetración del intestino en la cavidad uterina.

Malgaigne y Scanzoni algunos años mas tarde emplearon las suturas como medio hemostático.

El material de sutura que empleaban era diferente; casi siempre materias orgánicas, seda, crin, catgut; los hilos metálicos estuvieron tambien muy en voga.

Los accidentes infecciosos no por eso disminuían y eran atribuidos á la irritación que producían las suturas dentro de la cavidad abdominal. Por este motivo se quitaban las suturas uterinas despues de algunos días, lo cual dió origen á una infinidad de procedimientos para retirar los hilos sin abrir la herida abdominal. Tarnier, Cazin, Fourier, Tiboue, Didot idearon diversas formas de sutura, algunas de ellas muy complicados; y Schlemmer en plena época antiséptica ideó un procedimiento muy complejo con este fin.

Mas tarde Pillore, Martin, Bráxton Hicks, Barnes suturaron la herida uterina junto con la herida abdominal, creyendo que así evitarían la infección porque impedían el derrame de los loquios en la cavidad abdominal.

Esta sutura útero-parietal tuvo gran resonancia y fué practicada por casi todos los parteros de la época, entre ellos por Tarnier, el cual hizo la sutura antes de abrir el útero.

Depaul en 1870 aconsejaba que no se abriese el útero mas que á traves de un círculo de adherencias provocadas por la pasta de Viena. Sanger despues de suturada la herida uterina, suturaba este órgano á las paredes del vientre, dejando abierta la herida abdominal.

A pesar de todas las modificaciones en la técnica operatoria, la sección cesárea seguía dando una mortalidad muy elevada.

Los cirujanos habian notado que juntando dos hojas del



peritoneo en las heridas de ciertos órganos, como en la vejiga, por ejemplo, la cicatrización era muy rápida.

Martino d'Avanzi, fundándose en este hecho, puso en contacto los labios de la herida por su superficie estéril ó peritoneal. En la autopsia de la enferma, muerta 56 horas después de la operación, se encontró que la herida uterina estaba cicatrizada casi en totalidad y que ningún líquido había salido de su interior.

Dusart, Boudin, Cazin imitaron esta conducta y en 1882 casi simultáneamente Säger y Kehrer describieron una sutura en dos planos que juntaba serosa con serosa y que fué un adelanto inmenso en la técnica operatoria.

Kehrer hacía una incisión transversal del segmento inferior del útero. Säger hacía una resección de la túnica muscular que constituía uno de los tiempos más complicados y demorosos de la operación.

Leopold en 1883 fué el primero que tuvo el honor de poner en práctica la sutura de Säger, el útero fué incidido en la línea media y fuera del abdomen. La operación duró una hora, fué practicada con todas las reglas de la antisepsia y la mujer se levantó á los 18 días.

Leopold modificó un poco la técnica de Säger, haciendo un despegamiento del peritoneo alrededor de la herida.

Al describir la técnica operatoria de la operación cesárea, describiré la sutura usada hoy.

Antes de Säger y Kehrer la operación cesárea había sido casi abandonada por sus malos resultados y se recurría más bien á la operación de Porro. Pero gracias al gran adelanto en las suturas, aportado por los autores indicados, la antigua sección cesárea conservadora volvió á su nuevo auge y ha seguido practicándose hasta hoy, á pesar de la lucha encarnizada que contra ella, han sostenido los sinfisiotomistas.



Técnica operatoria.—Comprende 6 tiempos:

- 1.º Incisión de la pared abdominal;
- 2.º incisión del útero;
- 3.º extracción del feto;
- 4.º extracción de las secundinas;
- 5.º sutura de la pared uterina; y
- 6.º sutura de la pared abdominal.

El primer tiempo no difiere en nada del de toda laparatomía. Además de la desinfección del abdomen, se desinfecta también la vagina y se rellena con gaza aséptica.

La incisión será de 16 centímetros estendida desde encima del ombligo hasta 2 traveses de dedo por encima del pubis. Conviene hacer la incisión bastante arriba, sobre todo si la mujer está en trabajo para incidir el útero por encima del anillo de Bandl. Se debe ser muy prudente al hacer esta incisión porque las paredes abdominales están muy adelgazadas; Fritsch cita el caso de una gran herida hecha al feto al incidir el vientre.

Antes de abrir el útero Schauta, Hain, Sanger, Fritsch, Leopold, etc., comprimen el cuello por medio de una ligadura elástica; esta práctica parece que favorece la atonía. Tarnier y Bar la han abandonado por inútil y peligrosa.

La incisión de la pared uterina es un punto hasta ahora discutido. Hasta 1897 se incidía el útero en la línea media, era el procedimiento adoptado por todos. Pero en este año Fritsch aconsejó la incisión transversal del fondo del útero y señala como ventajas de este modo de proceder: que la incisión abdominal se hace más arriba, que la hemostásis es más fácil, que la extracción del feto es más sencilla y en fin que el peritoneo se introduce por sí mismo entre los labios de la herida muscular y que, por consiguiente, la sutura se facilita mucho.

Un gran número de cirujanos Sientopf, Hain, Steintal, Riedinger, Heidenhain, Clement, Schroeder, Leopold,



y otros han adoptado este procedimiento con buenos resultados.

Schaller ha tenido dos veces accidentes por observar esta conducta, una vez una gran hemorragia necesitando para cohibirla la constricción elástica del cuello y la ligadura de dos gruesos vasos. Braun ha tenido también una hemorragia difícilmente cohibible. Everke considera que por esta incisión hay más riesgos de infección secundaria, de adherencias del útero á los órganos vecinos y cree que la curación puede ser más difícil por insuficiente nutrición de los tejidos.

Bar se expresa de este modo: «La incisión longitudinal se hace en una región en la cual los vasos son relativamente pequeños mientras que la incisión transversal, corriendo en sentido contrario á éstos, puede cortar vasos voluminosos. Por otra parte la incisión longitudinal es llevada sobre un punto de la pared cuyo espesor es más ó menos igual, gracias á la existencia de los haces musculares longitudinales, mientras que es común observar una delgadez muy grande en la pared muscular al nivel de los cuernos, sobre todo del derecho, puntos que son atacados por la incisión de Fritsch. A este respecto es inferior á la longitudinal, y no sé si el porvenir demostrará, como piensa Braitenberg, que espone menos á un gran adelgazamiento de la pared uterina en un embarazo ulterior».

La manera de proceder de este cirujano es la siguiente: en un punto situado cerca del ángulo superior de la herida abdominal, donde no exista ninguna parte fetal y donde no hayan gruesos vasos, hace una punción con el bisturí, la agranda dos ó tres centímetros é introduce el índice izquierdo por esta herida. Una cierta cantidad de sangre y de líquido amniótico sale por la herida, pero luego cesa una vez que el dedo ha sido introducido; porque los labios de la herida se aplican estrechamente sobre él. Hecho

PILEGO 3º.

MEMORIA



esto vuelve la cara palmar del dedo hácia arriba, la aplica á la superficie interna de la pared superior del útero, y por encima conduce un bisturí abotonado; si la placenta se encuentra en el trayecto se incide junto con la pared uterina. Una herida de 15 á 16 centímetros es suficiente.

Abierto el útero se busca rápidamente el pié del feto y se estrae. Puede suceder que durante la extracción la herida uterina se haya retraído tanto que dificulte la salida de la cabeza, «en este caso basta tirar del mentón como si hubiesemos querido hacer la maniobra de Moriceau, si no sale por este medio agrandaremos la incisión con el bisturí.»

Coloca una pinza sobre el cordón umbilical lo secciona y entrega el feto á un ayudante encargado de reanimarlo si ha nacido en estado de muerte aparente.

Estrae en seguida rápidamente la placenta y las membranas deslizando la mano entre éstas y la superficie interna del útero. Durante esta maniobra la sangre corre en abundancia; es preciso, sin embargo, tener calma, la compresión de los ligamentos anchos basta casi siempre para detener la hemorragia.

Retira, en seguida, todos los coagulos que hay en el interior de la cavidad uterina, sin lavar y sin raspar la pared. «Introduzco en seguida una tira larga de gaza yodiformada dirigiéndola hacia el orificio interno sin tratar de penetrar en él, y hago un verdadero taponamiento de la cavidad uterina, yendo de abajo á arriba.»

En seguida se colocan las suturas.

He indicado, al hablar de la historia de la operación cesárea, la gran variedad de suturas que se han indeado y el gran adelanto aportado á la técnica operatoria por Sännger y Kehrer; á éstos siguieron Lebedeff y Hofmeier con sus suturas á cual más complicadas.

Bar ha simplificado sobre manera este tiempo de la ope-



ración. Se sirve para ello de una aguja de Reverdin fina y curva (se puede también hacerlo con una aguja curva común, como en la observación n.º 4 que presento).

«Colocamos rápidamente las suturas yendo de abajo á arriba, la aguja, penetrando á un centímetro de los labios de la herida, abrazará todo el espesor de la pared muscular que sea posible y volverá á salir á un centímetro de la incisión. El hilo será ligado y sus cabos seccionados; proseguiremos la misma operación á $1\frac{1}{2}$ centímetro más arriba. Ocho á diez hilos serán así colocados. El peritoneo por sí solo se adosa al peritoneo.

Si la herida sangra bastarán unos cuantos hilos superficiales para producir la hemostasis».

El material de sutura preferido es la seda delgada, previamente hervida en una solución antiséptica una hora ó media hora antes de la operación.

Una vez terminada la sutura se retiran las compresas colocadas al rededor del útero y se limpia si hay necesidad la cavidad peritoneal y en seguida se procede á cerrar el abdomen. Esta sutura se hace, según la experiencia de los cirujanos, en dos ó tres planos y con seda, crin de Florencia ó catgut.

Una vez terminada la operación se coloca la mujer en posición obstétrica, se retira la gaza de la vagina y con una pinza introducida á través del cuello, se atrae un poco hácia abajo la gaza yodoformada introducida en la cavidad uterina; se vuelve á rellenar de gaza la vagina, sin hacer irrigaciones, se saca la orina y se venda la herida.

«Al día siguiente de la operación, cambio el taponamiento vaginal y tirando sobre la punta de la tira de gaza yodoformada introducida en el útero, retiro una parte de ésta; y vuelvo á llenar, en seguida, la vagina de gaza yodoformada. Cada día hago lo mismo, de modo que al 5.º ó 6.º día he retirado toda la gaza del útero y sigo colocando



gaza yodoformada en la vajina durante 10 ó 12 días consecutivos». (Bar).

Me parece inútil decir que el tratamiento general es el mismo de toda laparotomizada.

La operación cesárea puede practicarse repetidas veces en una misma mujer

Bar ha operado dos mujeres tres veces consecutivas sin accidentes para la madre ni para el niño.

Zweifel tiene cinco enfermas operadas por 2.^a vez sin accidentes de ninguna especie y dos operadas tres veces, uno de estos niños murió de diarrea.

Leopold y Haake han operado una mujer 4 veces, otra 3 veces y once 2 veces, todas han curado y sus hijos han nacido vivos.

Entre las enfermas de Olshausen que han sufrido varias veces esta operación, una 3 veces y tres 2 veces, tampoco ha habido accidentes que lamentar.

La operación cesárea recidivada puede llegar á ser más difícil que cuando se practica por primera vez, por las adherencias útero-parietales que pudieran existir





Observación núm. 1 (Murillo)

Operación cesárea por raquitis al quinto día del trabajo del parto.—Muerte al tercer día por choc.—1877.

En la tarde del día 12 de Septiembre de 1877 llegaba á pedir una cama en la maternidad N. N., de 31 años de edad, embarazada de término y en el cuarto día de un penoso trabajo de parto. No pudiendo obtener mejoría en la calle, viene al establecimiento en busca de alguna operación que la salve. Examinada con la debida atención, dice que no pudo andar hasta la edad de 9 años porque fué muy enfermiza desde chica; que, segun ha oído en estos días, el Dr. don Lorenzo Sazie había dicho en aquel tiempo que no podría tener familia; lo que probaba que en la infancia sufrió de raquitis. En efecto, á la sola inspección de las extremidades inferiores, se notan los caracteres distintivos de esta afección; los huesos de los muslos y de las piernas están chuecos, tienen una gran inflección; las



articulaciones son gruesas y los piés se encuentran doblados hácia su parte interna. La pelvis está bastante deformada, siéndonos imposible dar sus dimensiones por habérsenos extraviado nuestros apuntes; solo conservamos el recuerdo y una observación puesta al márgen de otras notas, que el diámetro más angosto del estrecho no pasaba de 3 centímetros.

El feto se mostraba de vertice y estaba muerto. No se pudieron percibir ruidos cardíacos, y el mal olor que principiaba, venía á dar más certidumbre á la muerte del producto de la concepción.

La operación cesárea se imponía como la única posible, ya que la introducción de cefalotribos y su manejo iban á estar impedidos por estrechez tan considerable.

Decidida la operación, se practicó en la mañana del día 13 por cuanto carecíamos de los elementos necesarios para practicarla la noche misma de su ingreso. No hubo aquí método antiséptico empleado; fué sólo la limpieza la que hizo el gasto.

Cloroformada la paciente, se abrió la cavidad abdominal y nos encontramos á más de un edema bien pronunciado de las paredes, con la vejiga llena. Felizmente no fué tocada con el bisturí. Uno de los ayudantes á quien había confiado esta operación, tuvo la mala idea de no informarnos que no había podido introducir la sonda. La compresión que la cabeza fetal ejercía sobre la vejiga, le había impedido penetrar. Estraigo con rapidez la orina, empujando la cabeza y usando una sonda metálica para hombre, sale más de medio litro de orina.

Es conducido el útero al medio de la incisión abdominal y es enderezado, á la vez que se aplican las paredes del vientre á sus costados para impedir la caída del agua del amnios y de la sangre en la cavidad del abdomen. Practico la incisión con un bisturí y tengo la fortuna de no



encontrar la placenta en mi camino. El feto es extraído con cuidado y en seguida desprendo la placenta y las membranas. La pérdida de sangre es poca y no obliga á ligadura alguna.

Inyección hipodérmica de ergotina que repito á los 10 minutos. Reducción del útero sin ligaduras; la retracción se hace con regularidad y detiene la escasa aparición de sangre. Solo un punto del útero es tocado con la tintura muriática de fierro ó con una fuerte solución de ácido fé-nico (no recuerdo con cual de ellas), practicándose en seguida las ligaduras.

Para el afrontamiento de las paredes abdominales, practiqué seis ú ocho grandes suturas profundas que comprendieron el peritoneo, y después numerosas suturas superficiales celulo-cutáneas.

Curación con glicerina fenicada; vendaje del cuerpo.

La operación duró hora y cuarto.

El feto era masculino y pesó 2.800 gramos.

La enferma murió al 3.º día.

La autopsia nos muestra el útero retraído; no hay en el peritoneo exudación ni signos inflamatorios.

A nuestro modo de ver, la operada ha fallecido bajo la influencia de un choque profundo, una especie de sideración nerviosa, debida á un trabajo muy prolongado y á una operación grave en una persona debilitada.



Observación núm. 2 (Murillo, Gutierrez)

*Pelvis cifo-escoliótica.—Operación cesárea.—Feto vivo.—**Curación*

N. N. soltera, de profesión cocinera; constitución raquí-tica, de 25 años, entró el 28 de Noviembre de 1892 á ocu-par el núm. 18 de la Maternidad, servicio del doctor Mu-rillo.

La causa de la admisión fué el estado del trabajo.

Los antecedentes anamnésicos de la enferma eran los siguientes: Primípara, de menstruación regular, había te-nido sus últimas reglas en Febrero de 1892 y durante su embarazo novedad ninguna. Los dolores habíanle princi-piado en su casa el día anterior al anochecer; continuándo-se con regularidad hasta la hora de su ingreso, 9 A. M.

Como no adelantara el parto, la matrona le aconsejó su venida á la maternidad.

Añade que cuando niña de 3 á 4 años, sufrió un golpe que le produjo la deformidad de la columna vertebral. Su salud ha sido delicada.

Exámen de la enferma

El aspecto de la mujer, su estatura pequeña, su clau-dicación, todo nos revela en ella una persona raquí-tica.

La cara es angular los pómulos salientes, teniendo su rostro un sello especial que imprime el desarrollo anormal del esqueleto.

La columna vertebral es irregular, presentando las des-viaciones de la cifosis y de la escoliosis, como indicaremos más adelante.

Palpación abdominal.—El vientre presenta la disposi-

ción característica designada con el nombre de *vientre en obús*. Las paredes abdominales son delgadas y podríase fácilmente diagnosticar, palpando, que la presentación es de vértice.

El tumor formado por la cabeza fetal se toca por encima del estrecho superior.

El útero está inclinado hácia la derecha. La cantidad de líquido amniótico es regular. El tamaño del tumor uterino indica una preñez de término,

Auscultación.—Los latidos fetales claros y distintos se oyen en el lado derecho por debajo de la línea umbilical.

Tacto vaginal.—La vulva es estrecha. La enferma acusa dolor á la introducción de los dedos índice y medio. La vagina misma se nota angosta. Los dedos paralelos en su dirección horizontal no pueden franquear el estrecho inferior. Las tuberosidades isquiáticas lo impiden. Siguiendo el tacto con el índice tan solo se puede alcanzar el cuello el cual está muy hácia atrás arrimado al fondo de saco posterior. Con el extremo de este dedo no se alcanza á tocar el promontorio. La dilatación del cuello es de 4 á 6 centímetros. La bolsa de las aguas está intacta.

Exámen físico

Altura de la enferma, 1.20 metro

Columna vertebral.—Presenta dos incurvaciones. En la región dorsal presenta el tumor característico de la cifosis, y en las partes laterales la estrechez es de tal naturaleza que hace clasificar la en fermedad que nos ocupa como cifo-escoliótica.

Pecho deprimido en su parte superior. El apéndice xifoides parece pronunciarse.

Miembros.—Presentan incurvaciones dependientes del raquitismo. Son delgados; sus curvas flácidas.



PELVIMETRÍA EXTERNA

Diámetro ántero posterior

- a) Conjugada externa ó diámetro de Baudeloque 0.23

Diámetros transversos

- b) De una espina ilíaca anterior y superior á la otra 0.22
 c) De una cresta ilíaca á la otra 0.255
 d) Bitrocantariano 0.027
 e) De una espina ilíaca anterior y superior á la otra 0.07

Diámetros oblicuos

- f) De una tuberosidad isquiática á la espina ilíaca posterior y superior opuesta 0.165
 g) De la espina ilíaca antero-superior á la espina ilíaca postero-superior opuesta 0.20
 h) De la apófisis transversa de la 3.^a lumbar á la espina ilíaca antero superior 0.185
 i) De la parte media del borde inferior de la sínfisis pubiana á la espina ilíaca postero-superior 0.17

Escavación. Estrecho inferior

- Entre los dos fondos de la cavidad cotiloidea 0.05
 Cocci-subpubiano 0.06
 Bisisquiático 0.035
 Altura del pubis 0.05
 Espacio del pubis 0.02



PELVIMETRÍA DIJITAL

El diámetro conjugado del estrecho superior tiene 11 centímetros. El sub-pubiano 12.5. El oblicuo izquierdo por las enseñanzas del índice se puede apreciar que es un poco mayor que el derecho.

Los del estrecho superior son los arriba apuntados.

Una vez verificado el exámen prolijo de la enferma, se acordó, en vista del grado de la estrechez que imposibilitaba la estracción, aun por aquellos medios que más reducen los diámetros del feto, practicar la operación cesárea á las 3 P. M. del mismo día.

Preparativos

a). *Desinfección de la sala operatoria.*—Piso y paredes fueron lavados con la solución fenicada al 5%; acto continuo, cerrando herméticamente todas las puertas y ventanas, se la sometió á la acción prolongada del ácido sulfuroso

Se mantuvo la sala á 28°. La saturación de la atmósfera se obtuvo mediante el funcionamiento de dos *spray* hácia el medio de la sala, aparato que dirijía un chorro de vapor fenicado hácia arriba.

b.)—*Desinfección de la enferma.*—En la mañana se la hizo tomar un baño de cuerpo entero.

Evacuación del recto, por medio de lavativas boratadas.

Desinfección prolija de los órganos jenítales externos con solución fenicada al 3%. Inyección vaginal con creolina al 1½%.

Se hizo el cateterismo de la vejiga y por último despues de rasurados los pelos abdominales y pubianos, se lavó el abdómen, primero con jabón y cepillo, sublimado al 1‰, despues con eter y en seguida con alcohol absoluto. Para

evitar trato ulterior se colocaron compresas sublimadas sobre el abdómen.

Instrumentos.—Se les sometió durante una hora al calor seco y fueron despues colocados en la solución fenicada al 5%.

El catgut, seda y esponjas usadas en la operación estaban preparadas de antemano mediante riguroso procedimiento antiséptico.

OPERACIÓN

Empezó á las 3½ P. M. y terminó una hora despues.

Narcotizada la enferma se practicó una incisión de 15 centímetros en la línea alba.

Era tan delgada la pared abdominal, que del primer corte con el bisturí se llegó al peritoneo; reconocido éste, previa abertura de un ojal, se le abrió con la tijera.

Inmediatamente apareció á nuestra vista el útero, inclinado hácia el flanco derecho, pudiendo verse fácilmente; hácia el lado izquierdo, los ligamentos anchos y las trompas que por la torsión de la víscera estaban inclinadas hácia el plano anterior. Lo primero que hubo de hacerse fué modificar esta inclinación, trayendo al frente de la herida abdominal la parte media de la cara anterior del útero.

Hasta este momento la pérdida sanguínea era insignificante.

El peritoneo se fijó con pinzas, para facilitar posteriormente, su sutura.

Incisión uterina.—Manteniéndose, por los ayudantes, bien aplicadas las paredes abdominales al útero para evitar así, en lo posible, la introducción de sangre ó de líquido amniótico al interior de la cavidad peritoneal, se hizo una incisión vertical de 13 centímetros de largo en la parte media de la cara anterior.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Atentos á la hemorragia los ayudantes colocaban pinzas en las ramas arteriales gruesas.

Rotas inmediatamente las membranas, se presentó á nuestra vista la pelvis y miembros inferiores de un feto de término. Su extracción se hizo rápida y con toda felicidad, tratando el operador de presentar los menores diámetros fetales en sentido transversal y haciendo dar por último, á la cabeza movimientos al desprenderse, fijándose al pubis como en un parto normal.

Sin accidente el que menor transcurrió este difícil tiempo de la operación. Luego se ligó y cortó el cordón.

La placenta, cuya inserción encontraba en la cara posterior hácia el fondo, se estrajo normalmente.

Inmediatamente vino una fuerte contracción del útero. La cavidad se limpió bien con esponjas asépticas y con agua esterilizada.

La hemorragia fué poco abundante.

Permeabilidad del útero.—Desembarazado el útero de todo coágulo y limpiada su cara anterior por medio de compresas con agua esterilizada, se procedió á efectuar las suturas uterinas.

La contracción del útero había ya reducido á 8 centímetros la incisión y las paredes, que al corte presentaban un espesor de 8 milímetros, habían adquirido un espesor triple de 25 milímetros. Esta contracción había disminuído mucho la sangre.

Sutura uterina.—Se practicaron 8 suturas profundas entrecortadas, con seda fuerte.

La sutura del peritoneo visceral se hizo con catgut; fué continúa.

Sutura abdominal.—Sutura peritoneal continua con catgut. Sutura de los planos músculo-aponeuroticos.

Después de un lavado cuidadoso de la enferma, aplica-



— 46 —

ción del apósito y vendajes, se la trasladó á su cama, en donde se la abrigó convenientemente.

Cantidad de cloroformo empleado: 60 gramos.

Ergotina: 2 gramos, solución Dusart.

Convalecencia feliz.

Observación núm. 3 (Murillo)

Mercedes D. de 35 años, es llevada á la Maternidad á mediados del mes de Noviembre con una preñez avanzada. Se la reconoce y se la estudia bajo el punto de vista de su conformación física para ver si es posible un parto normal porque es primípara y á primera vista es caso sospechoso de estrechez.

Del reconocimiento practicado y del interrogatorio á que fué sometida resulta que menstruó á los 15 años; que su menstruación le dura tres días y que su salud siempre ha sido buena. Nada sabe de antecedentes hereditarios, no tiene nada que contarnos acerca de complicaciones ó accidentes sobrevenidos durante su jstación. Hace datar su embarazo desde el 25 de Febrero y no recuerda la fecha de su última regla; afirma, sí, que debe contarse la fecha inicial de él desde el día indicado.

Es de pequeña estatura, tiene 1.145 de altura.

Existe una lijera diferencia en la longitud de ambas extremidades inferiores: la izquierda es un centímetro y medio más larga.

Las mensuraciones nos dan los siguientes resultados:

Longitud total del miembro inferior izquierdo	0.725
Desde el borde de la cresta ilíaca al borde plantar	0.79



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Desde el trocanter mayor á la cabeza del peroné	0.355
» el peroné al borde plantar	0.37
Longitud total del miembro inferior derecho	0.71
Desde la cresta ilíaca al borde plantar	0.79
» el trocanter al peroné	0.34
» » peroné á la planta	0.37
Diámetro de Baudelocque ó conjugada esterna	0.155
Distancia entre ambas espinas ilíacas antero-superiores	0.23
» » » crestas ilíacas	0.245
» » » ambas trocánteres	0.25
Desde el apéndice xifoides á la sínfisis pubiana	0.18
Circunferencia de la cintura	0.91
» mayor del abdomen	1.00
Diámetro bisisquiático	0.06
» bisiático	0.055
(Las dos espinas ciáticas muy prominentes especialmente la izquierda)	
Conjugada verdadera	0.08
De la espina ciática derecha á la espina del pubis	0.06

Con una estrechez de esta naturaleza no nos era posible contar con la dilatación que nos podría proporcionar una sinfisiotomía; el feto no habría podido salir vivo. He aquí nuestra determinación por la operación cesárea que llevamos á efecto el día 30 de Noviembre en la mañana.

Preparada convenientemente la paciente y dispuesto todo lo necesario se procedió á la operación incindiendo la pared abdominal y después el útero en la línea mediana.



Al practicar esta incisión cono zco que caigo sobre la inserción de la placenta por la abundante sangre que mana de la herida. Resguardado como se encuentra el peritoneo por la excelente contención y el cuidado del ayudante y en la convicción de que el medio más rápido para cohibir esta hemorragia es obrar con ligereza, termino rapidamente la abertura de la pared y procedo á lo estracción del feto y de las membranas: la hemorragia cesa. Irrigo el útero con agua esterilizada, en seguida, y procedo á las suturas.

Seguendo el procedimiento de Sãnger practico dos órdenes de suturas uterinas; la primera muscular comprendiendo una pequeña capa muscular y teniendo muchísimo cuidado de que el ayudante haga penetrar y mantenga la serosa entre los labios de la solución para que la aguja la atraviese doblemente. De este modo no puede haber temor de hemorragia y facilita la cicatrización.

Las paredes abdominales son clausuradas con tres planos de sutura.

La operación dura hora y cuarto.

El niño de sexo masculino respiró desde los primeros momentos y es bien desarrollado. Pesó 3.190 gramos y tenía 0.49 de longitud. Era, pues, de tiempo.

La convalescencia de nuestra operada fué de las más felices; no tuvo vómitos ni elevación de temperatura. Al cuarto día se estableció bien la secreción láctea y pudo dar de mamar á su hijo.

La enferma salió de alta, llevando á su niño en muy buenas condiciones de salud á los 21 días después de la operación.



Observación núm. 4 (Pardo)

OPERACIÓN CESÁREA POR SEGUNDA VEZ EN LA MISMA
ENFERMA

N. N. de 32 años. cocinera, entró á la Maternidad el... de Febrero de 1900 á las 4 P. M. Dice haber sido operada por el doctor Murillo en otro embarazo el año 1892, obteniendo por la abertura del vientre un niño vivo.

Fui avisado y pude ver la enferma á las 6 P. M.

Se trataba de una mujer muy pequeña, 1.20 de alto, jorobada, y con un vientre muy abultado caído hacia adelante, embarazada de término y con algunos dolores desde dos días atrás. Al tacto vaginal difícil por el poco espacio que dejaban las ramas del pubis, se notaba: cuello borrado y sin dilatación, las contracciones no impulsaban hacia abajo ninguna parte fetal.

Por los antecedentes que daba la enferma y por el aspecto físico de ella, se imponía una operación para extraer el feto que estaba vivo, lo que se podía comprobar perfectamente por la auscultación y la palpación abdominal.

(1) La medición de la pelvis dió el resultado siguiente:

Diámetro de Baudelocque	0.161
Distancia entre ambas espinas ilíacas anterior superiores	0.224
Distancia entre ambas crestas ilíacas	0.252
Distancia entre ambas espinas ilíacas posterior-superiores	0.075
Diámetro bitrocantariano	0.24

(1) Estas cifras difieren bastante de los apuntados en la Observación núm. 2.

PLIEGO 4.º

MEMORIA



Desde el trocater derecho á la espina	
ilíaca antero superior izquierda	0.26
El mismo invertido	0.258
Diámetro bisquisiático	0.061
Promonto sub-pubiano míuimo	0.085
Cocci-subpubiano	0.10
Distancia entre el pubis y el apéndice xi-	
foides	0.14
Esterno pubiano	0.28
Circunferencia mayor de la pelvis	0.91

Los dolores espaciados y las débiles contracciones permitían una espera que se imponía por no existir en el servicio ni sala, ni elementos apropiados para una intervención como la que indicaban las circunstancias. Las salas del hospital que me fueron ofrecidas, carecían de luz artificial. Me ví obligado á postergar la operación para el día siguiente, tomando con la enferma las precauciones necesarias.

Fué acostada, prévio un baño de aseo, lavado y rasurado el abdomen y por último se colocaron en el vientre las compresas de formol al 2% que acostumbro en la región operatoria. Al mismo tiempo se le hizo una inyección de morfina de 0.01 para calmar las contracciones, con la orden de repetirla más tarde si fuese necesario.

A las 12 de la noche fuí avisado de que la enferma tenía dolores y que perdía sangre. Efectivamente, los dolores que habían pasado 4 ó 5 horas, volvieron con fuerza y producían en cada contracción un poco de sangre. Al tacto se notaba una ligera dilatación del orificio esterno pero no se tocaba el huevo ni parte fetal y la sangre se contuvo con irrigaciones calientes. Se le colocó un poco de gaza en la vagina y se le puso un enema de 1 gramo de cloral que atenuó los dolores.



El feto estaba vivo y su foco de auscultación variaba con sus movimientos activos.

A las 6½ A. M. los dolores habian aumentado mucho y tambien la sangre salía en mayor cantidad.

Una hora mas tarde se procedió á practicar la operación cesárea.

Cloroformada la paciente se le hizo una inyección de ergotina; una incisión de 0.20, en la línea media que atravesó toda la pared abdominal, reducida á un espesor de cuatro milímetros, descubrió el útero, que se rodeó de compresas asépticas de gaza para proteger el intestino.

Se incindió el útero en la línea media en una estensión de 0.18 centímetros mas ó menos cayendo sobre la inserción de la placenta en la estremidad inferior de la abertura Abierto el amnios se estrajo un feto que no respiraba y se introdujo la mano para sacar la placenta que estaba completamente desprendida, conteniendo bastante sangre entre ella y la pared uterina.

El ayudante tomó con sus manos los bordes de la herida uterina mientras se colocaba un plano de suturas que comprendia músculo y serosa, usando para ello una aguja curva de Hagedorn. Terminada esta sutura se colocaron algunos puntos superficiales para unir mejor los labios de la herida. Antes de cerrar el útero se relleno su cavidad con una tira de gaza yodoformada de 6 á 7 metros de largo, colocando una de sus estremidades cerca del orificio interno del cuello, pero sin atravesarlo. En seguida se suturó la pared abdominal en dos planos.

La operación duró medio hora por la demora al suturar la piel sumamente flácida.

La pérdida de sangre fué insignificante.

Una vez terminado el trabajo en el abdomen, una pinza de curación, guiada por los dedos, penetró al orificio interno y estrajo la estremidad inferior de la gaza, la que



envuelta en otra yodoformada, se dejó en la vajina previamente desinfectada.

Se le pusieron 300 gramos de serun Hayem en la tarde y 0.01 de morfina en la noche, á pedido de la enferma por tener el hábito de ella

A las 48 horas se le sacó la gaza de la vajina y tirando de la estremidad de la que habia en el útero se quitó metro y medio de ella que salió lijaramente teñida en sangre, rellenando de gaza nuevamente la vajina.

La enferma siguió bien hasta el 4.º día, en la noche de éste, en un descuido de la veladora que la vigilaba por ser muy indócil, se levantó desnuda á beber agua de una llave, sintiéndose desde entónces mal, con escalofrios, dolor, tos y fiebre.

En la mañana siguiente tenía 39º de temperatura, disnea, pulso frecuente, etc., una violenta neunomia se había declarado. Se le instiutyó un tratamiento conveniente.

Las curaciones vajinales se continuaron y el 7.º día se estrajo el último resto de gaza intra-uterino, haciendo despues lavados esternos con lisol al 1º/0, sin que hubiera nada de anormal. Los hilos de la pared abdominal se sacaron á los 8 días, habiendo cicatrizado ésta por 1.ª intención.

La enferma que estaba muy bien de su neunomia, no pudo resistir un nuevo foco que apareció al 10.º día, falleciendo al 11.º

Autópsia.—Cuidadosamente examinada la cicatraz abdominal, para lo cual se levantó la pared por medio de incisiones laterales, se encontró una cicatrización perfecta el peritoneo perfectamente continuo, sobre la cicatriz, no se adhería á ninguna víscera abdominal; no existía la menor huella de inflamación. El útero estaba contraído, adherido á la derecha, formando un solo cuerpo con órganos de



ese lado. La cicatriz y su línea de sutura se encontró en la cara posterior é izquierda, perfectamente cerrada.

Como era esta pieza la más importante de la autopsia se estrajo cuidadosamente para estudiarla fuera del cadáver.

Colocado en posición natural media 0.10 de longitud, presentaba al lado derecho adherencias con el intestino, epiplón y ligamento ancho de ese lado. Desprendidas éstas con mucho cuidado, se trató de buscar las suturas hechas con seda 8 años ántes, pero no se encontró ninguna. Se notaba en la cara anterior un espacio angosto como de 0.05 de largo por $\frac{1}{2}$ de ancho, blanquiceo, como tejido cicatricial, lo que nos hizo suponer que fuera ésta la antigua cicatriz.

La cavidad uterina estababien limpia y sus paredes en plena regresión.

Se trató, en seguida, de extraer el pulmón derecho, lo que no se pudo conseguir sino desgarrándolo, tanto por las anti-guasy fuertes adherencias que lo mantenían fijo, como por la blandura de su tejido debida á la hepatización gris. Todo el lóbulo superior estaba supurado. En la pleura izquier-da había 300 gramos de líquido seroso y algunas adheren-cias en su cara anterior. El pulmón presentaba en su base un gran foco de neumonia en el período de hepa-tización roja.

Se estrajo tambien la pelvis con las vertebrae lumbares algunas dorsales y la mitad de los fémures para prepa-rarla y poder medir con exactitud sus diámetros internos.

La longitud de éstos resultó la siguiente:

Estrecho superior:

Antero-posterior	0.11
Transverso	0.11
Oblicuo	0.11



Escavación:

Del centro de un acetabuum al otro	0.085
Del centro de la concavidad del sacro al ángulo inferior del pubis	0.11

Estrecho inferior:

De una tuberosidad isquiática á la otra	0.043
Entre las ramas del pubis	0.032
Diámetro coccisubpubiano	0.089
Diámetro biciático	0.06

Como se vé, estos diámetros, medidos con mucho cuidado en la pelvis despojada de sus partes blandas, difieren bastante de los apuntados más arriba y de los de la observación núm. 2, lo que prueba lo difícil que es apreciar con exactitud, en el vivo, el grado de estrechez pelviana.

He tenido la suerte de asistir á estas dos últimas operaciones: á la primera como simple espectador y á la segunda como ayudante principal.



Museo Nacional de Medicina

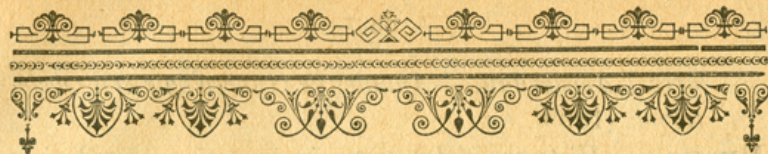
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Bibliografía


 Museo Nacional de Medicina
 WWW.MUSEOMEDICINA.CL

AUVARD.—*Traité pratique d'accouchements.*—Paris 1891

BAR.—*La symphyséotomie. Ses resultats immediats et éloignés. Ses indications relatives par rapport à la section césarienne.*—*L'Obstétrique* (Julio 1899).

- » *De l'opération césarienne. La technique, les resultats immediats et éloignés.*—*L'Obstétrique* (Mayo 1899).

BLANC.—*De l'opération césarienne.*—*Archives de tocologie 1890.*

CHARLES.—*Parallele entre les diverses opérations à pratiquer dans les vices du bassin.*—*L'Obstétrique* (Mayo 1899)

FRITSCH.—*Traité clinique des opérations obstétricales.*—Paris 1892.

- » *Une incision nouvelle dans l'opération césarienne.*—*Archives de tocologie. Revue analytique* (Marzo de 1899).

JORAND.—*Accidents et complications de la symphyséotomie.*—Paris 1896.

LEOPOLD.—*Rapports entre les indications de l'opération césarienne, de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel. Rapport au Con-*



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

gres d' Amsterdam.—*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.* (1899).

MURILLO.—*Historia de dos operaciones cesáreas.*—*Revista Médica* (Marzo 1893).

« *Mi tercera cesárea.*—*Revista Médica* (Junio 1899).

PÉNARD ET ABELIN.—*Guide de l'accoucher et de la sage-femme.* París 1896.

PESTALOZZA.—*Indicación de l'opération césar., de la symphys., de la craniot. et de l'accouch, prématuré art. Rapport au Congrès d'Amsterdam Annales de Gyn. et d'Obst.* 1899.

PINARD.— *id. id. id. id.*

• *De l'agrandissement momentané du bassin. Rapport au Congrès de Rome 1894.*

POZZI ADRIEN.—*Manuel theorique et pratique d'accouch,* París 1897.

WASSEIGE.—*Des operations obstétricales.* París 1881.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL