

## LAS INDICACIONES DE LA CESÁREA ABDOMINAL

por el doctor

**E. MACÍAS DE TORRES**

Jefe de la Clínica de Ginecología del Hospital Provincial de Oviedo

Los progresos de la técnica operatoria, la seguridad y la sencillez de los diversos géneros de operación cesárea, el progresivo respeto a la vida fetal y la fase lapidaria de PINARD (*l'embriotonie sur le fœtus vivant a veau*), que ideó el insigne tocólogo francés, no pensando en la operación cesárea precisamente, sino en las pelvitomías, han contribuído conjuntamente, a que se extiendan y amplíen las indicaciones relativas de operaciones cesáreas de una manera tan extraordinaria que, a nuestro juicio, es abusiva en la actualidad y conviene volver algo sobre nuestros pasos y precisar un poco más sensatamente las verdaderas indicaciones de la operación cesárea.

Las técnicas extraperitoneales y la cesárea baja, indudablemente ventajosas en determinados casos, han contribuído a extender las indicaciones del parto cesáreo a los casos francamente sépticos y a los dudosos, otorgando desde el punto de vista materno una seguridad muchas veces falsa. La consecuencia de todo ello es que se pierden un número crecido de madres que no siempre acusan las estadísticas, pues sabido es que por lo general, no se publican más que los casos favorables.

Nosotros no podemos en modo alguno suscribir la manera de ver de SERDUKOFF, quien afirma en uno de sus trabajos que la vida del feto *in-útero* y la de la madre tiene el mismo valor para el tocólogo. Yo no veo que haya en medicina ni dentro de la recta moral, regla alguna de mayor valor que aquella que nos aconseja proceder con las pacientes a nosotros confiadas en la misma forma que lo haríamos con las más allegadas personas de nuestra familia. No olvidando nuestro precepto, la vida de la madre tendrá en la mayor parte de los casos ante nuestra conciencia un valor superior a la del feto, con las escasas excepciones que más adelante consignaremos, y nos evitaremos casos tan lamentables (a mi juicio) como el publicado por un tocólogo en el que por salvar la vida a un feto *que pesó 1.800 gramos*, y que se hallaba en presentación transversal, se hizo una cesárea seguida *de histerectomía en una primípara de pelvis normal*.

Las consecuencias de las cesáreas abusivas son que se pierden un crecido número de madres, y aún entre las que se salvan, a la larga se pierden también un gran número de hijos probables por la frecuencia con que en los casos impuros hay que terminar por una mutilación o mediante técnica que, como la exteriorización, casi equivalen a ella.

La embriotonía en feto vivo en la actualidad es una

operación que apenas tiene indicaciones; pero entre ella en determinados casos y la cesárea poco menos que sistemática que se hace en algunas clínicas cada vez que se tropieza con un caso de prociencia de cordón, considero más defendible aquélla que ésta. En suma: que la posición del tocólogo, en los casos en que puede haber conflicto entre la vida del feto y la de la madre, debe ser la siguiente. El feto, en tanto que no ha sido expulsado debe considerarse como un órgano importante materno; por tanto, la madre debe arriesgar algo por conservarlo, pero no demasiado. Nadie sentará caprichosamente la indicación de extraer un riñón o de amputar un brazo, pero nadie dejará perder la vida por no hacer a tiempo una intervención de este género.

La cesárea, en los casos puros, antes que se rompa la bolsa de las aguas y operando en las debidas condiciones, es una operación relativamente benigna, como ya demostró BAR, y su mortalidad, con la seguridad de técnica actual, no pasa del 4-5 %; en los casos dudosos en los que la bolsa lleva rota varias horas, hubo tactos sospechosos o existe hipertermia moderada, la cesárea baja o las diversas técnicas extraperitoneales pueden dar aún resultados aceptables; los casos francamente infectados deben resolverse por las más naturales, o si la indicación de cesárea es absoluta debe completarse con histerectomía o *Porro*; la exteriorización es una modificación poco afortunada de la técnica operatoria a pesar de la relativa boga que alcanzó. Los resultados buenos que con ella se lograron se hubieran obtenido asimismo con cesárea baja o extraperitoneal, y es posible que se hubieran evitado algunas histerectomías consecutivas, los casos excepcionales en los cuales hubo una gestación ulterior normal.

Después de haber empleado la técnica de PORTES se refieren todos a mujeres en las cuales el útero exteriorizado había cerrado por primera intención, hecho que desde luego no es el corriente en tales casos.

Por nuestra parte, también hemos realizado algunas cesáreas por indicaciones que hoy rechazaríamos y que resolvemos por la vía natural en la mayor parte de los casos en la actualidad; nos referimos principalmente a la placenta previa al decir esto.

Sin contar las enfermas que actualmente se hallan hospitalizadas por haber sido cesareadas ya, o que van a serlo en breve, contando solamente las que ya han causado alta, llevamos en el momento presente realizadas 78 operaciones cesáreas de diversos tipos en nues-

tra clínica hospitalaria; y al hacer el presente trabajo tomaremos en cuenta no más que las 50 últimas, con el objeto de calcular más fácilmente los porcentajes. Estas 50 enfermas han sido observadas en un período algo menor de 5 años, ascendiendo el número total de hospitalizadas durante el mismo tiempo a unas 2.000, de modo que corresponde una cesárea por cada 40 enfermas ginecológicas, cifra indudablemente crecida y que es motivada principalmente por el gran número de casos de nanismo que se dan en esta provincia.

De los 50 casos que consideramos en esta estadística, 23 eran enanas, considerando como tales las mujeres de una talla inferior a 135 centímetros. Aunque indudablemente las mujeres con estenosis pélvicas de otro origen, por ejemplo, las afectas de pelvis plana raquítea, son más numerosas que las enanas propiamente dichas, llegan, sin embargo, a nuestra clínica en una proporción menor, por la razón de que la dificultad para el parto en los casos de pelvis aplanada en las mujeres de talla normal, no se hace ostensible hasta el momento preciso en que ya avanzado el trabajo de parto se comprueba que la expulsión es imposible, y por consiguiente, en un gran número de casos la distocia es solucionada por lo general en el propio domicilio de la enferma, y como es consiguiente, mediante una operación embriotómica. En cambio, en los casos de nanismo, la deformidad es tan patente que, no ya al médico rural si tiene ocasión de observar a la paciente durante el embarazo, sino los profanos, los propios familiares o vecinos de la enana, suponen que el parto ha de ser difícil o imposible totalmente y la envían al hospital de un modo precoz, cuando faltan algunas semanas para el término del embarazo. Sólo de este modo (aparte de nuestra repugnancia a cesarear los casos impuros o sospechosos), puede explicarse que entre nuestras cesareas el 46 % esté representado por enanas.

De las 23 enanas, 13 medían menos de 1.20 y diez entre 1.20 y 1.30, en muchas de ellas existían deformidades óseas acentuadas aparte del nanismo, tales como, falsos promontorios sacros, incurvaciones pseudo-osteomalácicas, etc., de modo que en todas ellas la indicación de cesárea podía considerarse como absoluta. Todas menos una eran primerizas, y en la que ya había tenido un embarazo anterior (que era de las de talla relativamente más elevada—128) el parto anterior fué terminado por basiotripsia. De las 23, 20 ingresaron sin rotura de la bolsa de las aguas y aun la mayor parte (16) sin iniciación del trabajo de parto, cuatro con dolores durante unas horas pero con bolsa íntegra. De las 16 que ingresaron en las últimas semanas del embarazo, todas fueron intervenidas sin esperar a que se presentasen los dolores de parto, y tan pronto como se juzgó por los datos que pudieran ser recogidos que se habían cumplido las nueve faltas. De las 16 mujeres operadas en estas condiciones y que por consiguiente hay que considerar como casos decididamente puros o asépticos, todas las madres curaron. En una de ellas hubo que hacer histerectomía después de la cesárea, porque la matriz no se contraría de una manera satisfactoria; 7 de ellas tuvieron durante el principio alguna elevación de temperatura pero sin signos locales de infec-

ción; en ningún caso la elevación febril sobrepasó 38°5 ni se prolongó más de 3 días. Las criaturas vivieron todas menos una que no pudo ser reanimada a pesar de presentar en el momento de ser extraída latidos cardíacos si bien débiles.

De las cuatro enanas que ingresaron en trabajo de parto con bolsa íntegra y que fueron operadas de urgencia, una murió por bronconeumonía al quinto día, todas las criaturas vivieron.



Fig. 1

La enana más baja de las cesareadas. 1 m. 4 cm. de talla.

De las tres pacientes que llegaron después de rota la bolsa de las aguas, todas ellas llevaban muchas horas de parto (hasta 6 días) y se habían intentado operaciones tocológicas (forceps, versión, perforación craneal), en condiciones lamentables, de modo que a su ingreso eran ya casos ultrasépticos. En todos ellos, como la indicación de cesárea era absoluta, se hizo esta intervención seguida de *Porro* o histerectomía; en dos de los casos se dejó un MICKULIZ, de estas tres enfermas dos sucumbieron por sepsis y una consiguió salvarse.

En todos los casos de enanas en que no se hizo histerectomía y que presentaban cretinismo o un déficit mental evidente (15), se hizo esterilización tubárica. Para ello, en nuestras primeras intervenciones utilizábamos la ligadura simple o doble de ambas trompas seguida de sección con el termocauterio; pero desde que nos falló el procedimiento en un caso, obligándonos a

una cesárea iterativa, empleamos la peritonización del cabo proximal de la trompa seccionada con las hojas del ligamento ancho por el procedimiento de ASCH. A las enfermas que no fueron esterilizadas se les indicó la necesidad de reingresar si sobrevinía un nuevo embarazo para ser cesareadas otra vez y al tiempo se les dieron nociones sobre anticoncepción si deseaban evitar un nuevo embarazo.

La cesárea por nanismo no ha motivado, que nosotros sepamos, trabajo alguno fuera de los nuestros. Debe ser ello debido a que en ninguna otra región española es tan frecuente como en ésta, porque quizá no concurren las circunstancias orográficas, climatológicas, económicas y sociales que en Asturias. Es ésta una región eminentemente bociosa, y alguna de nuestras cesareadas, como puede verse en las fotografías, presentaba bocio considerable. Sin embargo, en otras regiones como en el pirineo catalán y aragonés, existe también, aunque en menor proporción, porque parece ser que además de las altas montañas y hondos valles que caracterizan a todas las comarcas bociosas se precisa también una cierta lluviosidad y carencia solar que no existen en las regiones pirinaicas y en cambio concurren acentuadamente en Asturias.

Es posible que a la producción del nanismo, aparte del bocio y del cretinismo endémicos concurren otros factores, como la deficiente alimentación de ciertas aldeas, las avitaminosis que como la pelagra se han padecido desde tiempo inmemorial y se padecen aún si bien en menor proporción que antes, y, finalmente, como causa de degeneración por acumulación de taras, la consanguinidad inevitable en los poblados de muy escaso vecindario y aislados.

*Pelvis planas.* Después de los casos de nanismo, el mayor contingente de nuestras cesareadas lo forman las mujeres de talla normal que presentaban aplanamiento de la pelvis de origen raquíitico. En todas ellas la indicación ósea de cesárea podía considerarse solamente como relativa, puesto que en ellos el conjugado verdadero oscilaba entre 7 y 9 cms., pero no siendo yo partidario de las pelvitomías me creí en el caso de hacer cesárea en todos los casos en que estaba el feto vivo. Algunas veces, a pesar de hallarse muerto o fragmentado nos vimos en el caso de hacer una cesárea mutiladora por concurrir las circunstancias que más adelante señalaremos.

Entre los 50 casos de cesáreas que venimos considerando, 17, o sea el 34 %, lo fueron por pelvis plana raquíitica. De las 17 enfermas, ocho habían tenido partos anteriores (uno o varios) laboriosos, terminados operativamente y por lo general con fetos muertos; tres de ellas habían tenido partos prematuros y solamente una de ellas conservaba el hijo vivo; las otras dos, que eran sifilíticas, o habiendo parido fetos macerados o que habían perecido precozmente; las otras seis pacientes eran primerizas. De las 17 pacientes, 14 ingresaron antes de la rotura de la bolsa de las aguas o sin haberse iniciado el parto, todas ellas fueron sometidas a la cesárea clásica, y todas curaron en definitiva, una de ellas padeció bronconeumonía de forma grave y otra una flebitis muy prolongada; uno de los fetos fué extraído

muerto, a pesar de que se habían comprobado latidos cardíacos al hacer los preparativos para la intervención.

Dos enfermas afectas de estenosis pélvicas moderadas (7 y medio y 8 cms. respectivamente), con bolsa rota ambas desde algunas horas en las que se habían efectuado pocos tactos fuera de la clínica y en las que el feto estaba vivo y no encajado, fueron sometidas a la cesárea baja, siendo la temperatura materna en el momento de la intervención de 37°5 y 37°7, respectivamente; ambos fetos respiraron inmediatamente y las madres tuvieron el puerperio febril y una de ellas un pequeño flemón de la pared abdominal. A pesar de los



Fig. 2  
Enena cesareada. Lordosis muy acentuada.

resultados en definitiva buenos que nos ha proporcionado la cesárea baja en nuestras pequeñas experiencias, no creemos que deba aplicarse con la extensión que hoy se hace a los casos dudosos y sépticos y estamos muy lejos de compartir el optimismo de SERDUKOFF, que reputa la cesárea baja en los casos de infección más favorable para la madre que la basiotripsia, ni mucho menos la opinión de PHANOEU, quien dice que las consecuencias postoperatorias de la cesárea baja son las de un parto por las vías naturales.

En otro caso, la mujer afecta de estenosis pélvica se hallaba de parto desde dos días antes y el feto había sido perforado con un berbiquí; a pesar de ello estaba vivo; se hizo una cesárea seguida de histerectomía por ser la mujer ya de bastante edad y problemática su fertilidad ulterior; el feto se desarrolló sin incidente y la madre curó.

No insistimos sobre este caso por haber sido reseñado ya en otro de nuestros trabajos.

Otra mujer afecta de estenosis pélvica acentuada, que ingresó ya con infección evidéntísima, había sido sometida a varias tentativas de forceps y se le había aplicado pituitrina, después se la hizo una versión se-

guida de decapitación del feto por no haberse podido extraer la cabeza, ingresó además de infectada con útero en reloj de arena, el segmento inferior contenía la cabeza fetal, el superior la placenta; se hizo una histerectomía en block seguida de MICKULIZ, la madre curó. Este caso ha sido ya asimismo reseñado.

La infección materna unida a la estenosis pélvica, puede, si bien excepcionalmente, ser considerada como indicación de cesárea seguida de histerectomía, aunque la distocia pélvica no sea invencible por la vía natural, así lo confirman los casos recientemente publicados de HOUËL-JAHIER, AUTEFAGE y JAHIER-LARRIBÈRE. En suma, las estenosis pélvicas absolutas, por nanismo, o



Fig. 3  
Enana cretina y afecta de bocio. Cesárea.

relativas, por pelvis aplanadas, nos han suministrado el 80 % de los casos en que hemos considerado adecuada la cesárea y en las estadísticas de la mayor parte de los autores figuran las estenosis pélvicas en primera línea, si bien no en tan gran proporción como en la nuestra; así BRINDEAU da en sus casos de cesárea una proporción de 70 % de estrechas pélvicas, BECK un 50 por 100, ESSEN-MOELLER el 70 %, EMERSON el 30 %, COUVELAIRE el 75 % y KOUWER el 72 %, solamente la estadística de COVA da una proporción superior al 80 por 100. A este resultado creemos que contribuyen aparte de la ya citada frecuencia del nanismo el no poseer maternidad propiamente tal en el Hospital, donde sólo se admiten los casos distócicos; y éstos, por las largas distancias a que se hallan muchas localidades de la capital, o no son enviados o llegan en condiciones en las cuales a nuestro juicio no está ya justificada la cesárea que es siempre una operación grave.

Otra de las indicaciones por las cuales hemos practicado algunas operaciones cesáreas, si bien con una frecuencia mucho menor que por nanismo y por estenosis pélvica, ha sido por placenta previa. En la esta-

dística que venimos considerando han sido intervenidas por este motivo cuatro enfermas o sea que un 8 % del total de cesareadas lo han sido por placenta previa. Sabido en las grandes discusiones que hace 18 ó 20 años hubo para que la cesárea fuera admitida como uno de los tratamientos posibles en esta distocia; en la actualidad y fuera de las estenosis pélvicas es una de las indicaciones de cesárea que figura con mayor frecuencia en las estadísticas, admitiéndose su indicación por casi todos los autores que recientemente se han ocupado de las indicaciones de la cesárea (CUMSTON, MAC HWRAITH, RONGY, NIEMACK, CONINAD, HENROTAY, SERDUKOFF, etc.), otros autores la consideran indicada solamente cuando se reúnen determinadas condiciones en el caso clínico (BAR, VANVERTS, COUVELAIRE), opinión que consideramos la más razonable y más adelante especificaremos las condiciones en las cuales consideramos en la actualidad justificada la cesárea por placenta previa.

La frecuencia con que los diversos autores han practicado la cesárea por placenta previa con relación al total de mujeres cesareadas es muy variable y así BECK, da en sus casos una proporción de 6 %, ESSEN-MOELLER, 7 %; COVA, poco más del 1 %; EMERSON, 5 %; KOUWER, da también una proporción ligeramente superior al 1 %, HAUCH, excluyendo las estenosis pélvicas de su estadística da una proporción de placenta previa algo mayor del 20 %; BRINDEAU, el 7 %; sobre el total de cesareadas; casos aislados de cesárea por placenta previa hay muy numerosos en la literatura médica reciente (PICARD, DUVILLIER, CAMBIER, GAUTRET, VEYSSIÈRE, BRIGGS, WEYMERSCH, etc.). De nuestras cuatro enfermas dos eran primíparas y las otras dos múltiparas, los cuatro fetos fueron extraídos vivos y se desarrollaron normalmente; de las madres dos tuvieron un puerperio post-cesáreo fisiológico, otra le tuvo febril durante cuatro o cinco días y otra tuvo una flebitis de la pierna izquierda y de los plexos pampiniformes, instaurándose una fiebre de tipo puerperal con escalofríos y hemocultivo positivo; en estas condiciones vivió algo más de un mes, y cuando los síntomas se iban ya atenuando y parecía que se lograría la curación, se presentó una embolia pulmonar séptica que produjo la muerte de la enferma a los tres días. La herida operatoria había cicatrizado por primera intención.

De las otras enfermas operadas sabemos que dos de ellas han tenido después partos normales por la vía natural. En la actualidad no consideramos indicada la cesárea por placenta previa más que en las primerizas, cuando la hemorragia sobreviene fuera de toda iniciación de trabajo de parto y sobre todo cuando la hemorragia es ya repetida. En las múltiparas o en las primerizas si existe trabajo de parto que haya dilatado algo el cuello, consideramos muy preferibles los métodos puramente obstétricos y sobre todo el parto metódicamente rápido a lo DELMAS, con las modificaciones que ya hemos señalado en nuestros trabajos. Claro está que los métodos por la vía natural no garantizan la vida fetal en la misma proporción que la cesárea abdominal en la placenta previa, pero ya hemos dicho que nosotros no podemos en manera alguna conceder el mismo valor a la vida fetal que a la materna y mucho menos en los

casos de placenta previa en los que muchas veces las hemorragias sobrevienen en fechas alejadas aun del término del embarazo y en que el desarrollo fetal es deficiente para soportar con éxito la vida independiente.

En otras tres ocasiones hicimos cesáreas por existir deformidad uterina que ocasionaba presentación de hombro por decirlo así habitualmente. La historia clínica de todas era sumamente parecida, habían tenido varios partos terminados por versión y solamente una de las enfermas conservaba un hijo vivo, otra de cuatro partos de término no tenía ninguna y la tercera (sífilítica que no había sido tratada) había tenido 5 partos

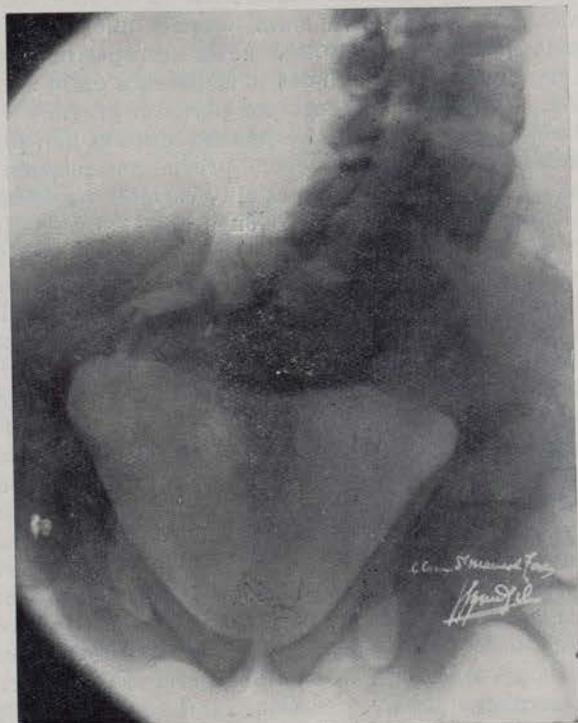


Fig. 4  
Deformidad pseudo-osteomalálica de una enana cesareada.

de 7 a 8 meses con fetos macerados la mayor parte de ellos, uno que nació vivo murió a las pocas horas. En las tres enfermas se intentó la versión externa pero no se lograba a pesar de la cintura eutóica una reducción permanente satisfactoria, por lo cual y manifestando el deseo las pacientes de tener hijos vivos fueron cesareadas. Tuvimos la suerte que la referida enferma sífilítica ingresara a los 6 meses de embarazo con lo cual el enérgico tratamiento específico emprendido permitió que el embarazo llegase a término.

En la primera de las referidas enfermas esperamos a que se iniciasen los dolores de parto para intentar nuevamente la versión externa y al no dar ésta el resultado apetecido se practicó la cesárea alta, las otras dos fueron intervenidas antes de la aparición de los dolores.

Las tres presentaban la deformidad llamada útero cordiforme o con ensilladura media central que pudié-

ramos considerar como el grado mínimo de duplicidad uterina. La anomalía era perceptible por la exploración externa durante el embarazo y más aun durante la intervención después de vaciado el útero.

La indicación esta de cesárea debe ser bastante rara puesto que en la literatura de que disponemos no hemos encontrado más que un caso parecido de LAFFONT-JAHIER, sin embargo, es muy probable que muchos de los casos de cesárea por presentación de hombro que se encuentran reseñados en las revistas (HOUËL, GONZÁLEZ, RIVÈRE, etc.), fuesen motivadas por esta deformidad y desde luego no debe reputarse como rara su posibilidad puesto que siendo relativamente frecuentes los casos de útero doble bicorne los grados mínimos de estos defectos congénitos deben ser más frecuentes aún. Casi todos los autores que se han ocupado de las indicaciones de la cesárea admiten esta intervención en los casos de presentaciones anormales (BECK, 5 casos; EMERSON, 2 casos; BRINDEAU, 1 caso, y otros sin citar el número de casos intervenidos, CONINAND, HENROTAY, COUVELAIRE, etc.). En general, estos autores se refieren a casos de presentación de hombro con bolsa rota y hasta con retracción uterina acentuada y por lo general con feto vivo, pero aun también se han hecho cesáreas por presentación transversal descuidada con feto muerto (DEVÈZE). En casos como éstos la indicación de cesárea nos parece muy discutible, aun con feto vivo, y creemos que deben ser solucionados por la vía natural cuanto más si el feto está muerto. Por estas razones y aún considerando las especiales circunstancias que concurrían en nuestros tres casos, en la actualidad los trataríamos por el procedimiento DELMAS, que para los casos considerados nos parece, tratándose de múltipares, más ventajoso que la cesárea.

Otro de nuestros casos tratado por cesárea seguida de histerectomía fué una tuberculosa avanzada que fué cesareada en interés del feto y cuyo caso fué expuesto en uno de nuestros trabajos, debemos consignar aquí que el efecto de la histerectomía no fué transitorio puesto que la paciente vive aun. Aunque en aquel artículo razonábamos nuestra opinión consignaremos que en fechas recientes han intervenido casos análogos, BALARD, MANGÉ, MAHOU, BALARD, BARTHÉLEMY y la consideran indicada BONNEY, HAUCH, etc., aparte de otras referencias más antiguas. No insistiremos sobre el asunto porque sería simplemente repetir lo que ya consignamos en el trabajo citado.

Hemos intervenido también una cardíaca afecta de insuficiencia mitral descompensada en la que el tratamiento higiénico dietético y farmacológico no consiguió restablecer la compensación. La cesareamos, porque pocos meses antes habíamos tenido un caso análogo en el que dejamos al parto espontáneo seguir sus pasos haciendo una simple aplicación de forceps sin anestesia, cuando la dilatación fué completa, y la enferma falleció asistólica a las cuarenta y ocho horas del parto. Esperábamos que la cesárea nos diera mejor resultado y para evitar los peligros de la anestesia general o raquídea hicimos la cesárea con anestesia local como recomendación PILCHER que se haga sistemáticamente, pero el resultado no fué mejor por ello. En primer lugar la in-

filtración de las paredes abdominales y uterina fué bastante laboriosa, la exteriorización y otros tiempos operatorios percibidos moleestamente y a pesar de todo la enferma falleció asistólica al cuarto día. La cesárea en las cardiopatías la aceptan RONGY, BONNEY, EMERSON, HENROTAY, KOUVER y HAUCH, otros como COUVELAIRE y CUMSTON la reservan exclusivamente para las cardiopatías primíparas y recientemente han publicado casos de cesárea por cardiopatía, aparte de los autores dichos PADDOCK y GROMADZKI. En los casos descompensados, como el nuestro, todos los tratamientos son malos y la



Fig. 5

Deformidad pseudo-osteomalácica de la pierna de la misma enferma

muerte no es imputable a la conducta seguida, sino al estado del miocardio.

Finalmente, el caso de cesárea que falta para completar los 50 que comprende la presente estadística fué una cifótica que presentaba una lordosis compensadora muy acentuada que hacía saliente el promontorio, presentaba además, un vientre péndulo por ser insuficiente la distancia entre el pubis y el xifoides para alojar el útero grávido de término. Era en suma un caso de estenosis pélvica si bien de característica algo diferente de las pelvis aplanadas y de las pelvis de enana.

Aparte de los casos citados nos parece que en buena lógica hay que aceptar algunas indicaciones más de cesárea y de las que hasta la fecha no hemos tenido casos prácticos que intervenir. Así, por ejemplo, en los de gigantismo fetal cuando se hace de él un diagnóstico correcto no solamente por medio de la palpación y mensuración, sino completado además por la radiografía,

podrá estar indicada la cesárea antes de la rotura de la bolsa de las aguas, puesto que el problema clínico es semejante al de una estrechez pélvica; esta indicación la aceptan CUMSTON, TWYMAN, CONINAND, HENROTAY, HAUCH, BRINDEAU, SERDUKOFF, etc. Debemos hacer varias salvedades a esta indicación de cesárea y la primera es que con la rotura de la bolsa de las aguas las circunstancias cambian fundamentalmente y por lo tanto, debe ya tratar de solucionarse el caso por la vía natural. Aparte de esto en el gigantismo fetal debido a la diabetes materna tampoco nos parece muy adecuada la cesárea, porque a pesar de los progresos hechos por la terapéutica de la diabetes, la operatoria en estas enfermedades sigue revistiendo alguna mayor gravedad de lo que se dice y, además, los fetos de las diabéticas aunque de gran peso, suelen ser de escasa vitalidad. Lo mejor sería, a mi juicio, provocar el parto al cumplirse las nueve faltas o antes, si el desarrollo fetal así lo exige. Otro tanto podemos decir del gigantismo fetal habitual; si la restricción de la dieta no resulta suficiente para moderar el crecimiento en volumen del feto será conveniente provocar el parto prematuro, sólo se acudirá a la cesárea en presencia del hecho consumado de que el volumen fetal excede de la posibilidad de paso por el canal pelviano.

En los casos de tumores previos, también me parece perfectamente justificada la cesárea cuando el diagnóstico se hace antes de iniciarse el parto o al menos antes de la rotura de la bolsa de las aguas. Después de producido este fenómeno la conducta debe atemperarse no solamente a las indicaciones suministradas por la existencia del tumor, sino también al grado de vitalidad del feto y al grado de infección materna. Esta indicación de cesárea es admitida por todos los autores modernos (CUMSTON, RONGY, BECK, BAR, ESSEN-MOELLER, CONINAND, HENROTAY, COUVELAIRE, KOUWER, HAUCH, BRINDEAU, VANVERTS, SERDUKOFF, etc.), y aparte de los autores dichos, han publicado recientemente casos de cesárea por tumores previos VALLOIS, ROUVILLE, PLAUCHU COTTE, GONVET, SAPPEY, LELORIER, PETAL, BURGER, FOURNIER, SUREAU-LOB, TRILLAT, y otros.

Cuando el tumor previo es un quiste y el huevo está ya abierto lo mejor a nuestro juicio es la punción por vía vaginal seguida de extracción del feto. Esta conducta hemos seguido en un caso reciente que llegó a nuestra clínica después de 5 días de parto en el que se había administrado pituitrina larga manu; cuando llegó la enferma el útero estaba contracturado, el feto muerto y la temperatura era de 38°. Puncionamos el quiste enclavado en el Douglas, pero que por efecto de la contractura uterina abombaba en la pared vaginal posterior hasta muy cerca de la vulva y practicamos seguidamente una basiotripsia.

Si el tumor previo es fibroso u óseo y parece inextirpable por vía vaginal, podrá estar indicada la vía alta aunque el feto esté muerto.

Las indicaciones de la cesárea en la eclampsia son muy discutidas; la practican PILCHER, MAC-HWRAITH, PARKE, NIEMACH, BECK, ESSEN MOELLER, EMERSON, KOUWER, HAUCH, BRINDEAU, SERDUKOFF, etc., la rechazan en estos casos COUVELAIRE, VANVERTS y otros, a

CUMSTON, le parece dudoso por la gran mortalidad que da realizada la cesárea por esta indicación; ROUGY la condiciona a que el cuello sea largo y cerrado y no se haya iniciado el trabajo de parto, opinión que nos parece muy razonable, en cambio la rechaza en el período pre-eclámptico, defendiendo para este caso el parto provocado; BAR la condiciona también en estas toxemias gravídicas y HENROTAY la cree indicada muy pocas veces.

Por nuestra parte, vemos pocos casos de eclampsia y creemos que es una enfermedad cuya frecuencia disminuye evidentemente; los casos que hemos visto en su mayor parte fueron observados después de iniciado el trabajo de parto y los resolvimos por la vía natural, en algún caso aunque no había dilatación ni dolores de parto se trataba de una gran múltipara y lo pudimos solucionar de un modo satisfactorio mediante la evacuación rápida a lo DELMAS, pero creemos que cuando se presente el caso de una primeriza eclámptica sin iniciación del trabajo de parto y en la cual el tratamiento médico no surta el efecto esperado, debe recurrirse a la cesárea abdominal como medio más rápido y conveniente para evacuar el útero grávido. La misma indicación aceptamos para el período pre-eclámptico en el que ha fracasado el tratamiento médico, y operando en estas condiciones, antes de la aparición de los accesos convulsivos, POUCHER ha intervenido 12 enfermas sin tener mortalidad, en tanto que la cesárea efectuada después de la aparición de la eclampsia da una mortalidad global de 50 %; RONGY como ya hemos dicho, cree mejor el parto provocado en la pre-eclampsia, pero sabido es que la aparición de los dolores de parto influye poderosamente en la producción de las convulsiones.

La operación cesárea nos parece asimismo razonable en las estenosis vaginales y cervicales congénitas o adquiridas y que por sus caracteres parezcan poco susceptibles de permitir un parto espontáneo por la vía natural, la indicación de operar por la vía alta se tomará con mayor amplitud en los casos que el diagnóstico se haga antes de la iniciación del parto, admítase esta indicación por la mayor parte de los autores repetidamente citados y han publicado casos intervenidos recientemente, RISACHER, LAFFITE, COMANDEUR, EPARVIER, MICHON, BURGER, RIVIERE, BRINDEAU, FRAUGÈRE, VILLAR, BOERO, EMERSON, KOUWER, etc.

En ciertas deformidades congénitas me parece asimismo defendible la cesárea, porque algunas de ellas, que son compatibles con la concepción y gestación no las son con el parto normal; así recientemente ha publicado FOURNIER un caso de útero didelfo en el que el cuerno no gestante impedía el parto y que fué resuelto mediante una cesárea, EMERSON dos por vagina doble; también nos parece justificada la cesárea en los casos graves de apoplejía útero-placentaria no solamente por la conveniencia de la evacuación uterina rápida, sino porque muchas veces la gran infiltración sanguínea de las paredes uterinas y ligamentos anchos impondrá la histerectomía como medida más saludable para la madre; casos recientes de este género han publicado LE LORIER (conservadora), DEVIGNE - SUROZ, KOUWER, HAUCH, etc.; COUVELAIRE la condiciona y nos parece

evidente que cuando el caso parece poco grave para la madre y toda vez que el feto está siempre perdido estará indicada la expectación o todo lo más la evacuación del contenido uterino por la vía natural. En algunos casos de histeropexias o ligamentopexias hechas para combatir prolapsos puede estar indicada la cesárea, pero lo más sensato en casos tales será esterilizar a la paciente al tiempo que se hace la operación fijadora.

Otras muchas indicaciones de cesárea han señalado los diversos autores y que a nosotros nos parecen rechazables, opinando que tales casos deben solucionarse por la vía natural y mediante las viejas operaciones tocológicas ya sancionadas por la práctica de muchos años. Las distocias que sobrevienen en pleno parto después de rota la bolsa de las aguas se resolverán con la operatoria obstétrica clásica, que ciertamente será algo más peligrosa para el feto pero mucho menos para la madre, que la cesárea alta o baja, conservadora o radical. Por esta razón rechazamos la cesárea por procedencia del cordón umbilical, indicación que admiten CONINAND, HENROTAY, SERDUKOFF, etc., y de la que han comunicado casos recientes VALLOIS, RIVIERE, AUDEBERT, ESTIENY, BOERO, COVA, EMERSON y otros; algo más defendible nos parece la opinión de COUVELAIRE de acudir a la cesárea por cordón prociendente cuando se complica con otras ligeras anomalías, pero para la mayoría de los casos creemos suficiente la reposición del cordón simple o en Trendelenburg, la versión podálica si la dilatación es suficiente, etc., en suma, los procedimientos antiguos.

Tampoco nos parece defendible la cesárea en la tetanización uterina que ha sido preconizada por CONINAND, HENROTAY y por COUVELAIRE (este último, solamente cuando se acompaña de otras ligeras anomalías), pues creemos que la extracción rápida del feto por la vía natural basta para solucionar estos casos en interés de la madre, que es el que hay que tener en cuenta, pues el feto por lo general está muerto o su vitalidad es ya muy escasa cuando existe verdadera contractura uterina, por esta misma razón rechazamos la cesárea en los casos de presentación de frente y de cara; intervención de la que han comunicado casos recientes AUTEFAGE, FOURNIER, HENROTAY, VANVERTS, etc.; si la presentación es rechazable y el feto está vivo es preferible la versión, si la presentación está encajada, fóreeps, y si el feto está muerto o muy comprometido, la basiotripsia. Algo análogo ocurre con las presentaciones de hombros que también han sido tratadas recientemente por cesárea por COUVELAIRE, BRINDEAU y SERDUKOFF, la versión interna precedida de las aplicaciones de morfina-atropina o de replección artificial del útero con un líquido estéril deben bastar para solucionar los casos con feto vivo en los que haya retracción uterina.

También consideramos excesiva la indicación de cesárea abdominal por la existencia de varices vaginales de la que han comunicado casos BRUENNER y COVA, o por atonía uterina, indicación de cesárea admitida para algunos casos por REEB, PILCHER, EMERSON (9 casos), por pielonefritis (PILCHER), o nefritis (BONNEY, COVA), edema del canal genital (SERDUKOFF), hidramnios (PAUCOT, EMERSON), feto monstruoso muerto (LAFFONT-

HOUËL), papilomas vulvares exuberantes (POUS), presentación de nalgas (EMERSON). Adherencia del polo inferior del huevo al útero (BAUX), albuminuria (EMERSON), desviación del cuello uterino hacia atrás (BAUX), epilepsia, muerte fetal, hernia ventral, presentaciones occipito-posteriores, etc. (EMERSON).

Creemos en suma que las indicaciones de cesárea abdominal se han extendido demasiado y que conviene volver un poco del camino andado; no basta que los resultados de la cesárea que aparecen consignados en las revistas sean buenos en general, puesto que la mayor parte de los casos desgraciados permanecen inéditos y aún por algunos de los publicados se puede juzgar de la conveniencia de no prodigar tanto las indicaciones de cesárea abdominal. Como dice sensatamente WINTER,

con ello se salvará la vida de bastantes madres y aún a la larga, también la de bastntes hijos.

RÉSUMÉ

*L'auteur discute successivement les diverses indications de la césarienne abdominales jugeant que la césarienne ne doit pas se faire d'une façon abusive mais uniquement quand il existe une véritable indication.*

SUMMARY

*The author discusses successively the distict indications of the abdominal cesarean operation and states that the cesarean operation must not be performed abusively but when there exists a true indication.*