

Ars Medica

Año VIII

Marzo de 1932

N.º 79

La técnica de la sutura uterina en la cesárea alta

Por el doctor **E. Macías de Torres**

Jefe de la Clínica de Ginecología
del Hospital Provincial de Oviedo

La cesárea baja en la actualidad se emplea cada vez con más frecuencia en detrimento de la sección alta o clásica, y nosotros también apelamos cada vez con más frecuencia a la sección suprasinfisaria por habernos convencido por la experiencia ajena y la nuestra propia de que la cesárea baja tiene un pronóstico para la madre más favorable que la alta; o sea, que la mortalidad inmediata es menor; y ante esta razón, su mayor dificultad técnica, su ejecución menos brillante y espectacular deben pasar a segundo término. Además, el permitir la prueba del parto, lo cual tiene importancia en las estenosis pélvicas poco acentuadas, y el poderla emplear con relativa confianza en los casos dudosos desde el punto de vista de la asepsia, son ventajas incuestionables sobre la sección clásica que no pueden ocultarse a un espíritu sereno. Pero ciertamente esto no quiere decir que la operación cesárea alta haya perdido todas sus indicaciones y que haya de recurrirse sistemáticamente a la incisión suprasinfisaria. Por un lado, aquellos casos en los cuales una grave complicación del embarazo exige la evacuación inmediata del

útero conservándose aún un cuello largo y cerrado, los casos, en suma, en que no se ha formado aún el segmento inferior, son completamente inadecuados para la cesárea baja; nos hemos podido convencer prácticamente de ello, pues por mucho que se quiera descender en el despegamiento de la vejiga, la falta de desarrollo del segmento inferior no permite que la incisión practicada en la zona delgada y no contráctil del útero sea lo suficientemente extensa para dar paso al feto; la consecuencia es que la brecha uterina ha de prolongarse hacia arriba sobre la zona musculosa, activa, de la matriz, sobre una zona de peritoneo que ya no es despegable; es decir, que no se realiza una verdadera cesárea baja, suprasinfisaria, ni tampoco una cesárea alta o clásica, sino una cesárea que pudiéramos llamar intermedia o mixta, que une a las dificultades técnicas de una, los inconvenientes de la otra, sin tener las ventajas de ninguna de las dos.

Podría pensarse que en los casos en que puede esperarse la presentación del parto por no existir urgencia en la intervención, convendría esperar a que el parto estuvie-

se relativamente avanzado para que el desarrollo del segmento inferior permita la cómoda realización de la cesárea segmentaria; en estas condiciones parecen hallarse la mayor parte de las mujeres que han de ser cesareadas por estenosis pélvica, aunque ésta sea muy acentuada, pues el segmento inferior ya es lo suficientemente amplio cuando la dilatación alcanza el diámetro de un duro o algo menos, para permitir que una incisión exclusivamente segmentaria, dé paso holgado al feto aunque sea voluminoso. Sin embargo, esta espera con vistas a la realización de una cesárea baja tiene algunos inconvenientes, y recientemente he tenido la poca suerte de perder en estas condiciones un feto por rotura prematura de la bolsa de las aguas y prolapso inmediato del cordón, en una mujer que ya había tenido anteriormente tres partos terminados todos con operación mutiladora del feto y deseaba ardientemente tener un feto vivo; así, pues, la espera hasta que se presente el parto para realizar una cesárea segmentaria ha de considerarse como menos ventajosa para el feto, pues como fácilmente se comprende, el caso que acabamos de citar no es único ni siquiera raro.

En suma; si bien consideramos como más ventajosa la cesárea baja en general y de un modo absoluto cuando el parto está ya iniciado y el caso por rotura de la bolsa o tactos repetidos es sospechoso de septicidad, para los casos puros la clásica resiste la comparación, y cuando la intervención deba realizarse por un motivo o por otro antes de iniciarse el parto, debe darse la preferencia a la incisión alta.

En otros trabajos anteriores sobre esta cuestión ya hemos indicado que las consecuencias lejanas o tardías, enojosas de la cesárea clásica y de las cuales se ha querido sacar un argumento en favor de la in-

cisión baja, no son válidas si la sutura de la incisión alta se realiza según la técnica que preconizamos como de elección, y hoy podemos insistir sobre la cuestión fundándonos en nuevos casos clínicos y además en el estudio experimental llevado a cabo por el Prof. SPIRITO.

Como ya hemos indicado en otras ocasiones, las consecuencias lejanas de la cesárea clásica pueden reducirse a dos; adherencias viscerales o parietales a nivel de la cicatriz uterina, o mayor fragilidad de la pared de la matriz a nivel de la línea cicatricial, de donde la posibilidad de una rotura con motivo de un ulterior embarazo o parto, sobre todo si éste se deja al libre desarrollo de las fuerzas naturales. Este temor, ciertamente bastante justificado si la sutura de la pared uterina es defectuosa, llevó a ciertos autores a la conclusión de que toda mujer cesareada una vez, debe ser cesareada a término en todos los embarazos ulteriores, conclusión que ciertamente no es sostenible en la actualidad.

Lo mismo las adherencias viscerales que la fragilidad ulterior de la cicatriz se han atribuido con la mayor frecuencia a la infección uterina y ciertamente que esta explicación será exacta para ciertos casos; pero en los más de ellos pueden presentarse estas desagradables secuelas sin que intervengan los gérmenes patógenos, pues en la cesárea clásica las infecciones de alguna importancia determinan la peritonitis y la muerte con la mayor frecuencia, y por esto creemos que las adherencias uterinas y la debilidad de la cicatriz son ordinariamente la consecuencia de una sutura uterina defectuosa.

Las adherencias a nivel de la cicatriz las han encontrado la mayor parte de los autores en más de la mitad de los casos en que se ha repetido la cesárea (ZÁRATE, BAR,

etcétera) y algún tocólogo como SERDUKOFF en el 80 % de sus intervenciones iterativas. Esto es debido con la mayor frecuencia a alguno de los factores siguientes: 1.º La sutura uterina no es perfectamente continente debido a las alternativas de contracción y relajación que el útero experimenta en el puerperio y los líquidos contenidos en la cavidad rezuman ligeramente a la cavidad peritoneal. 2.º La sutura de peritonización

Las consecuencias posteriores de las adherencias post-operatorias son relativamente leves, pues sabido es que aunque sea el intestino el órgano adherido, se adapta bastante bien a las nuevas condiciones establecidas, de modo que los casos de obstrucción intestinal aguda o crónica, de estrangulación interna, etc., son sumamente raros; en cambio es sumamente frecuente que estas adherencias ocasionen serias dificultades

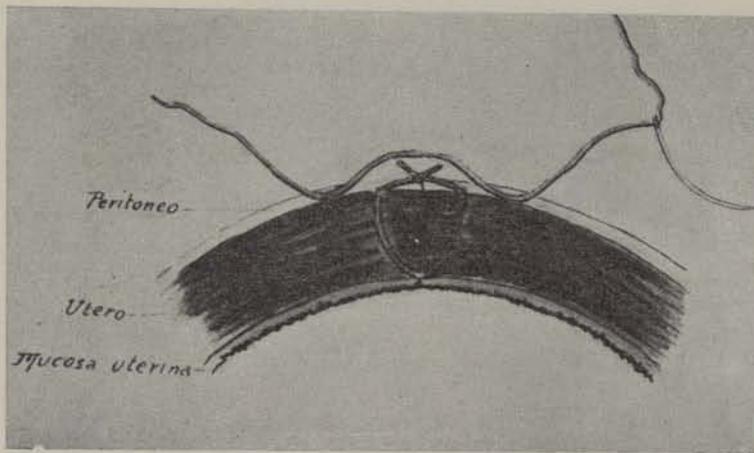


Fig. 1. — Método habitualmente empleado de sutura uterina en la cesárea alta. La sutura muscular anudada. Los hilos de la sutura sero-serosa de peritonización pasados y prestos para ser anudados también.

falla antes de tiempo o no se ha empleado, con lo cual quedan al descubierto trozos o nudos del material de sutura. 3.º Se ha empleado un material de sutura no reabsorbible.

Por cualquiera de los procesos indicados el hecho final es siempre el mismo; a nivel de la sutura uterina existen cuerpos extraños que excitan el poder plástico del peritoneo y determinan las adherencias. La consecuencia práctica que hay que deducir es clara y precisa. Es necesario lograr una sutura uterina continente y una peritonización perfecta y duradera.

tades si sobreviene un nuevo embarazo y ha de repetirse la cesárea, como lo demuestran los casos comunicados por JOHAUNOSKI, HOFFMAN, MC HWRAITH, SEUFEL, COK, MORINELLI, ZÁRATE, BRINDEAU, CARLIN y otros muchos autores y aun se han relatado casos en que las dificultades técnicas fueron tan considerables que ocasionaron la muerte de la operada. En general, la importancia que se concede a estas adherencias post-operatorias es escasa, porque las dificultades que por su causa sobrevienen han de ser resueltas por cirujanos avezados a la operatoria abdominal y por consiguiente no

trascienden a los prácticos ni mucho menos son conocidas por la paciente y por los profanos en general.

Las consecuencias originadas por la debilidad de la cicatriz uterina son en cambio tan ruidosas y evidentes, que no pueden pasar inadvertidas ni para el médico general que asista a la paciente con motivo de un embarazo o parto ulterior, ni para los familiares de la enferma, ni para la pa-

catriz es aun mucho menor que en la génesis de las adherencias ulteriores; y lo demuestra el hecho de que en la mayor parte de los casos de rotura estudiados microscópicamente por LOSEE no existía el antecedente de infección.

Como ya hemos dicho en trabajos anteriores y como fácilmente se comprende del examen de las figuras primeras que acompañan a este artículo, la debilidad de la ci-

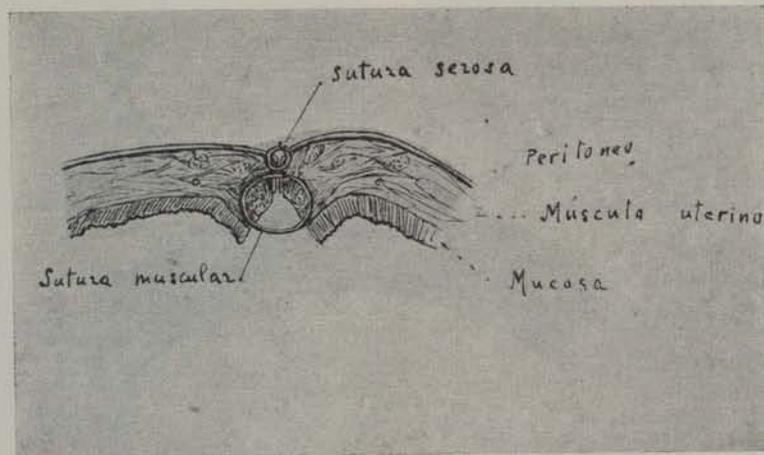


Fig. II. — Resultado frecuente al anudar la sutura sero-serosa. Se forma un ángulo diedro abierto hacia el endometrio en el que penetra la mucosa al proliferar.

ciente misma; pues la rotura uterina a nivel de la cicatriz debilitada es siempre un suceso trágico las más de las veces e impresionante hasta en los casos de consecuencias menos graves.

El cómo se genera la debilidad de la cicatriz uterina que ulteriormente puede terminar por rotura, es lo que hemos de procurar esclarecer de un modo previo. La mayor parte de los autores de hace algunos años, como ya hemos indicado más atrás, concedían un papel preponderante a la infección, como BOERO, WARNER, etc.; a nuestro juicio, la importancia de la infección en la producción de la debilidad de la ci-

catriz se produce por decirlo así de un modo primitivo, inmediatamente consecutivo a la operación cuando concurren en la sutura las condiciones que más adelante conerretaremos, y la distensión producida por el embarazo ulterior, o los tirones que la cicatriz experimenta con motivo de un parto posterior no hacen más que agravar un estado que ya existía desde los primeros tiempos después de la cesárea.

Comúnmente, la sutura uterina se hace en dos o tres planos; el primero muscular y el último sero-seroso; pero si la primera tiende a poner en contacto la superficie de sección en toda su extensión, la segunda al ser

anudada tiende inevitablemente a entreabrir la parte profunda de la incisión, la que linda con la superficie del endometrio; esto se comprende de un modo fácil echando una ojeada a las figuras I.^a y II.^a El resultado a deducir es que la sutura sero-serosa o de peritonización tiene una influencia desfavorable sobre la sutura muscular o profunda, cuya misión es afrontar las anchas superficies de la incisión uterina.

2.º Puede suceder también que por haberse hecho la sutura muscular o profunda con material más resistente (catgut grueso o seda) que la de peritonización resista mejor aquélla y al cabo de pocas horas la sutura sero-serosa salte o se afloje y entonces las superficies de sección quedan bien afrontadas pero la peritonización falla, quedan al descubierto los hilos y nudos de la sutura profunda, ésta no es enteramente continente y la cicatriz es sólida, formada como es

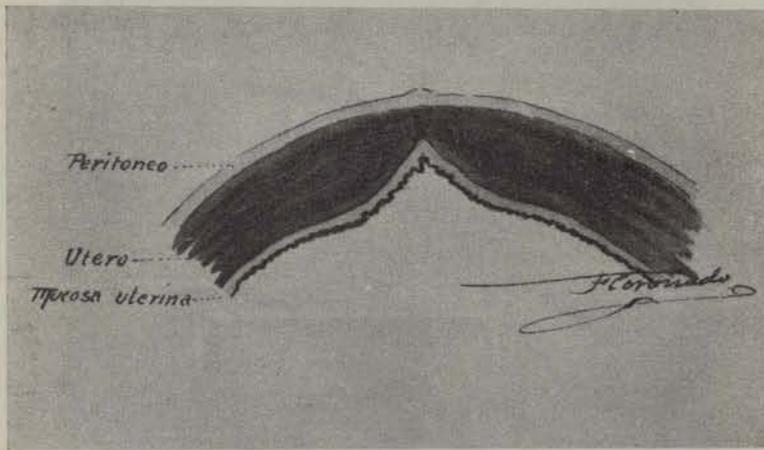


Fig. III. — Resultado lejano de la sutura uterina realizada por el método corriente. Debilidad de la cicatriz.

En la práctica pueden ocurrir principalmente dos cosas: 1.º Que la sutura sero-serosa produzca una separación de los bordes de la incisión en la parte más profunda, en cuyo caso ocurre que en el ángulo diedro abierto hacia el endometrio penetra rápidamente la mucosa al regenerarse en el puerperio y la serosa penetra también bastante profundamente en el espesor de la capa muscular, y la consecuencia lejana es que el puente muscular es de muy escaso espesor y a veces totalmente nulo y se forma una cicatriz fibrosa frágil y distensible en cuanto se somete a la prueba del embarazo y parto.

debido por tejido muscular, pero se producen las adherencias de que ya hemos hablado más atrás. En resumen, la mala peritonización conduce a las adherencias, la mala sutura muscular conduce a la debilidad de la cicatriz, y con los procedimientos corrientes de sutura es muy difícil lograr simultáneamente una buena sutura muscular y una buena peritonización; en esto reside la superioridad de la cesárea baja sobre la alta o clásica.

Los trabajos experimentales de SPIRITO suturando por diversos procedimientos las incisiones del útero grávido de los animales de laboratorio, han demostrado de una ma-

nera incuestionable que cuando las superficies musculares de la sección quedan bien afrontadas sin que tenga lugar una interposición de serosa o de mucosa, se logra una total *restitutio ad integrum*, es decir, no

ta que durante el puerperio la mayor parte de las fibras musculares son fagocitadas después de sufrir un proceso de degeneración y son regeneradas y neoformadas si sobreviene una nueva gravidez; es decir, la

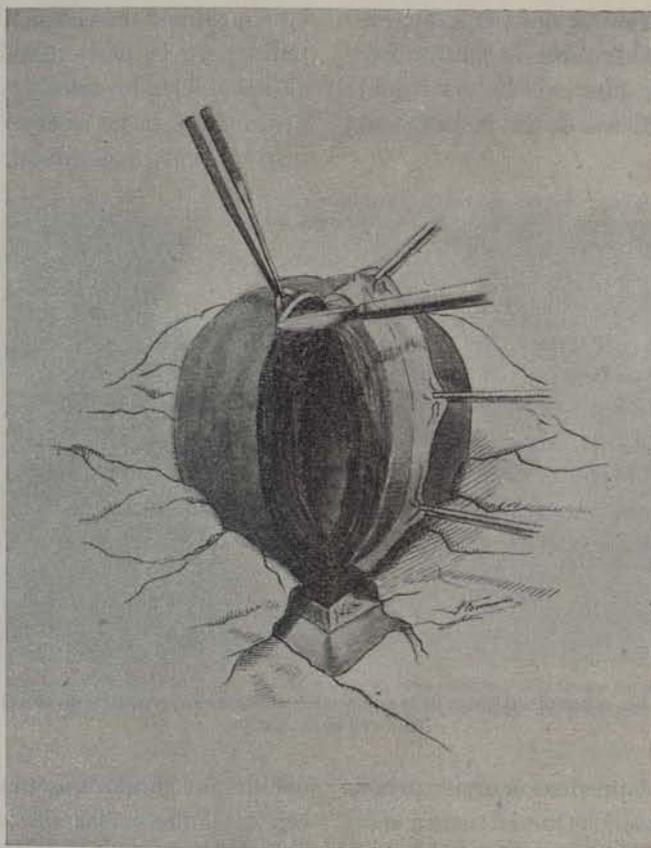


Fig. IV. — Sutura uterina más ventajosa. Tiempo primero. Despegamiento de la serosa, totalmente realizado ya a la derecha del lector y parcialmente a la izquierda.

hay formación de verdadera cicatriz en el sentido corriente de la palabra; los haces musculares se continúan sin interrupción a nivel del punto suturado cuando el estudio histológico se hace tiempo después o mejor aún con motivo de un nuevo embarazo. Esto, que también ha sido comprobado en el útero humano por WILLIAMS y LOSEE, es fácilmente explicable si se tiene en cuen-

ta que durante el puerperio se produce en un útero casi enteramente nuevo en su parte muscular. En cambio, si tiene lugar una interposición de serosa o de mucosa, a nivel de estas interposiciones se forma una cicatriz verdadera, fibrosa, perfectamente reconocible al microscopio y aun a simple vista, y a su nivel la neoformación gravídica de fibras musculares no tiene lugar, por consi-

guiente en distendida y adelgazada por los progresos del embarazo y las contracciones musculares del parto, de donde la posibilidad de la rotura y aun su relativa frecuencia.

espesor y mantenerlas en perfecto contacto los días necesarios para su cicatrización sin que pueda tener lugar una interposición de la mucosa uterina al proliferar.

3.º Permitir una peritonización perfecta

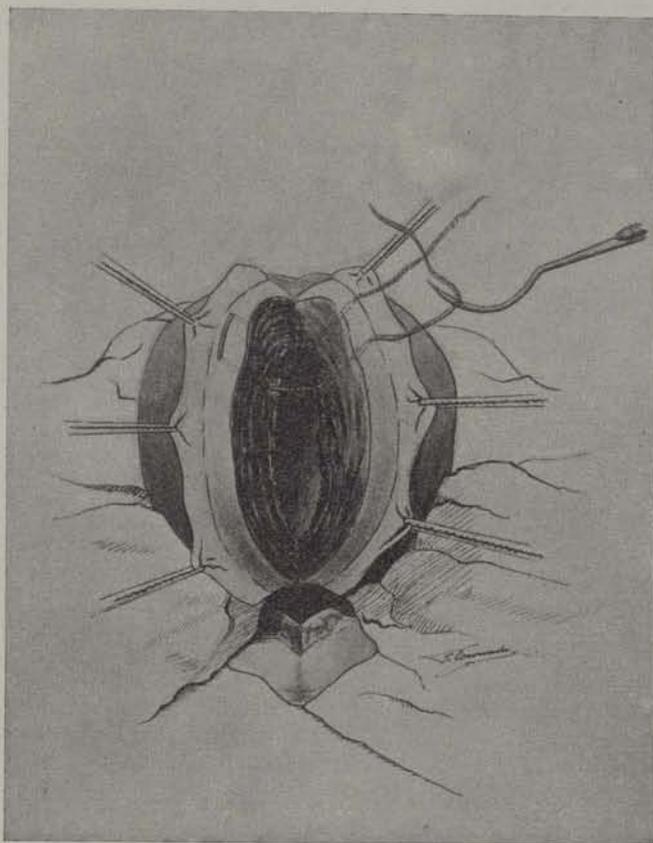


Fig. V. — Tiempo segundo. Sutura muscular profunda con puntos de colchonero no perforantes. La aguja entra siempre por puntos de la superficie uterina en que el peritoneo ha sido previamente despegado.

Como consecuencia de todo lo dicho deducimos que la sutura uterina en la cesárea clásica ha de reunir las condiciones que siguen:

1.º Resultar perfectamente continente para los líquidos que durante el puerperio se hallan en la cavidad uterina.

2.º Afrontar las anchas superficies musculares de la sección uterina en todo su

y que la sutura sero-serosa se afronte sin tensión ninguna, sin influir en la estabilidad de la sutura muscular y sin que en ésta se interponga serosa.

4.º No dejar hilos ni nudos visibles.

5.º Efectuarse en todos sus tiempos con material reabsorbible. Para lograr este resultado, desde hace varios años empleamos para la sutura uterina el procedimiento si-

guiente, supuesta ya vaciada la cavidad uterina del feto y anexos y contraída la viscera de un modo satisfactorio:

Tiempo 1.º Despegamiento seroso en los dos labios de la incisión uterina en toda su

operador y otra por un ayudante, las pinzas de disección van cambiando de lugar a medida que el despegamiento seroso va avanzando. La tijera debe actuar en sentido tangencial al útero y claro está que no es un

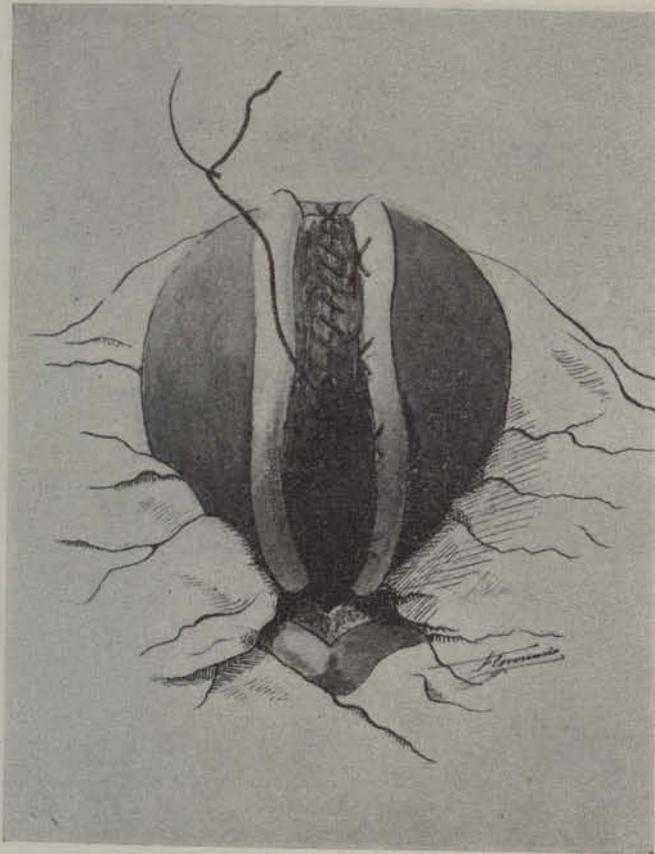


Fig. VI. — Sutura muscular profunda enteramente anudada. Sutura muscular superficial parcialmente ejecutada. Tiempo tercero.

longitud y en una anchura de uno y medio o dos centímetros. Este tiempo es el fundamental y antes lo realizábamos con el bisturí, pero nos hemos convencido de que se efectúa de un modo mucho más fácil y rápido con una tijera reeta ancha y fuerte. Para ello es preciso que el útero quede fijo entre dos pinzas de disección de dientes; una manejada con la mano izquierda por el

verdadero despegamiento seroso en el estricto sentido de la palabra, pues siempre se levanta con el peritoneo alguna porción de la capa muscular; pero esto no tiene importancia, pues aunque se levanten con la serosa uno o dos milímetros de capa muscular, como el espesor del útero contraído es de tres o cuatro centímetros, apenas resulta disminuído el grosor de la capa mus-

cular. Este tiempo es fácil de realizar y alarga muy poco la duración de la intervención; cuando se ha realizado en toda la longitud de los dos labios de la herida uterina y en el espesor dicho se puede proceder al

2.º tiempo. Sutura muscular profunda. Esta la realizamos con catgut del n.º 3, puntos de colchonero y abarcando una gran masa de tejido muscular pero sin llegar a

comprender la mucosa y las partes de la muscular más próximas a ella, con lo cual se evitaría de un modo enteramente seguro la interposición de mucosa, cuyas perjudiciales consecuencias ya hemos señalado.

3er. tiempo. Sutura muscular superficial. La efectuamos con aguja de Reverdin catgut del n.º 2, continua con algún punto de parada de cuando en cuando para evitar que se afloje. Debe afrontar solamente la

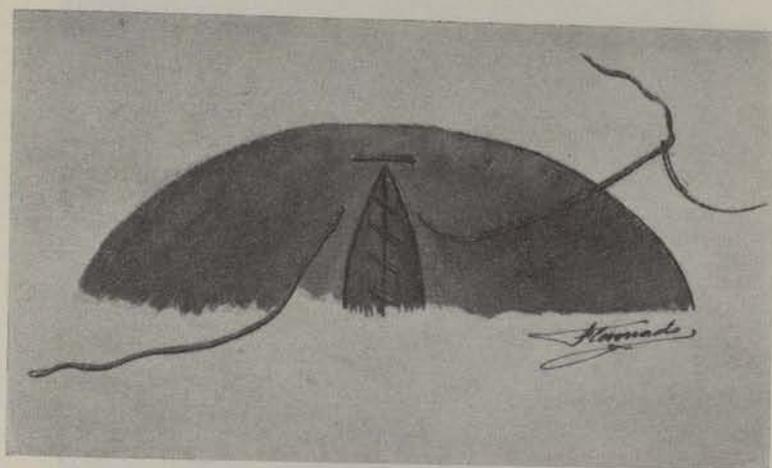


Fig. VII. — Manera de comenzar la sutura sero-serosa a lo CUSHING-LEMBERT para que no quede visible el nudo del comienzo.

perforar la mucosa, aunque creemos que la sutura perforante de la mucosa no es responsable de los accidentes que se le han achacado. La sutura muscular profunda la efectuamos con aguja de Reverdin curva, tomando la precaución de que los puntos de entrada y salida de los hilos estén situados en los sitios en que previamente se ha despegado la serosa, a fin de que al anudar los cabos (lo que debe hacerse apretando enérgicamente y con tres nudos) queden éstos recubiertos de un modo natural por la serosa despegada. SPIRITO cree más ventajoso que antes de realizar la sutura muscular profunda se efectúe una continua que

parte más superficial del músculo en un espesor de uno y medio a dos centímetros, que quedan evertidos al ser apretados los puntos de colchonero que constituyen la sutura profunda descrita en el tiempo anterior. Como asimismo los hilos de esta sutura entran y salen por sitios en los que se ha despegado el peritoneo, éste recubre ambas suturas de un modo natural.

4.º tiempo. Sutura sero-serosa de peritonización. La realizamos con catgut del 1 o del 0 de los que ya vienen enhebrados en aguja recta. Esta sutura al modo CUSHING-LEMBERT, que muchos cirujanos emplean para la peritonización en las anastomosis

intestinales. Para que no queden visibles ni el nudo del comienzo ni el del fin, se efectuará del modo siguiente para comenzar: la aguja atraviesa el peritoneo despegado a una distancia equidistante entre su borde

la incisión en la parte despegada del peritoneo y en puntos enteramente simétricos y paralelos pero en dirección contraria, al anudar el hilo la atadura queda enteramente oculta al continuar la sutura de pe-

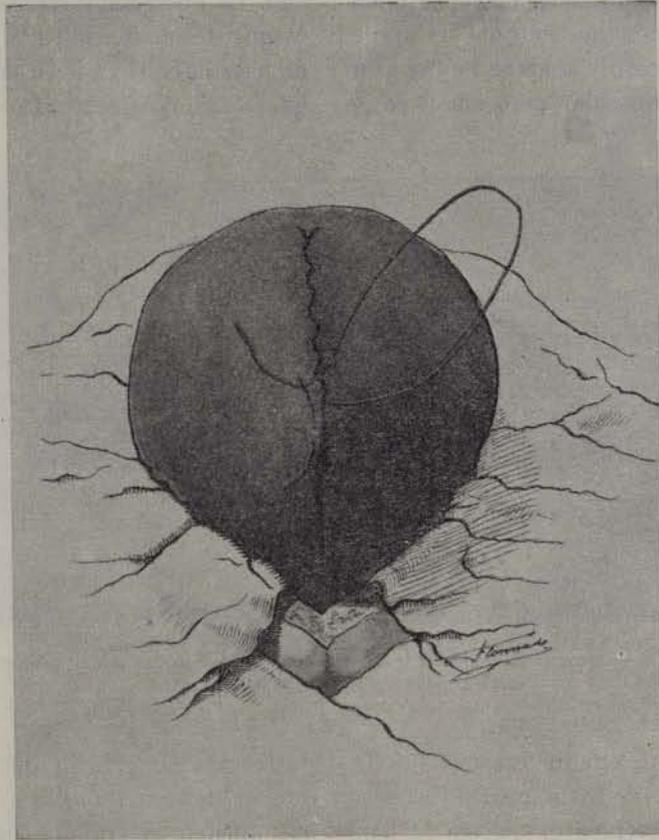


Fig. VIII. — Sutura sero-serosa de peritonización a lo CUSHING-LEMBERT.
Cuarto tiempo operatorio.

libre y la parte adherente al plano profundo, comenzando en el extremo superior de la incisión e introduciendo la aguja en dirección paralela a ésta y de tal modo que vaya a salir a un centímetro o centímetro y medio de distancia del punto de entrada, rebasando a la salida ligeramente el extremo de la incisión; a continuación la aguja se introduce en el labio opuesto de

ritonización en la forma descrita por CUSHING o sea pasado siempre la aguja en dirección paralela a la incisión en vez de hacerlo en dirección perpendicular como se hace en la corriente sutura a lo LEMBERT; la distancia que debe mediar entre los puntos de entrada y salida de la aguja, o por decirlo gráficamente, el trayecto *subterráneo* que ha de efectuar la aguja por debajo

del peritoneo despegado, debe ser aproximadamente de un centímetro; y al pasar alternativamente a uno y otro lado de la incisión se procurará que el orificio de entrada de la aguja en un lado sea en lo posible simétrico con el último orificio de salida del lado opuesto; con esto, al apretar el hilo (lo que realizará el ayudante a medida que el operador efectúa la sutura) no queda visible el catgut en ningún punto y las

reducción que la superficie serosa, como el útero todo, acaba de sufrir con motivo de la evacuación del feto y anexos, aumenta aun esta propiedad. Como fácilmente se comprende, la sutura sero-serosa realizada en esta forma no tiene influencia nociva de ninguna clase sobre la estabilidad de la sutura muscular subyacente, como la tiene, según hemos demostrado más atrás, la sutura de peritonización cuando se efectúa estando

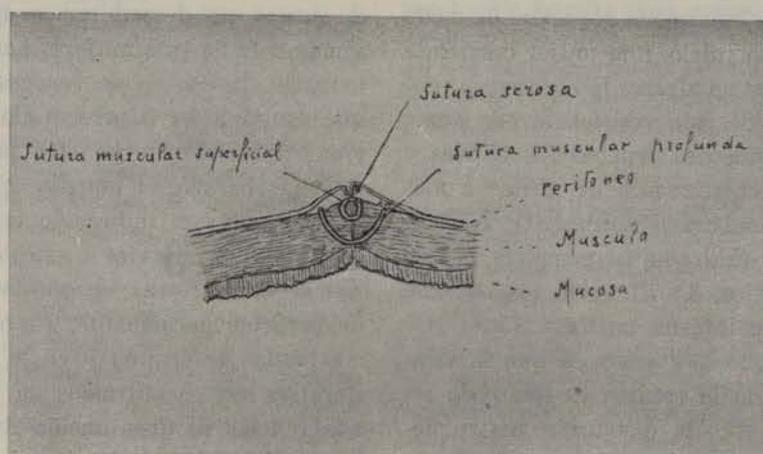


Fig. IX. — Corte esquemático del útero después de terminadas las tres suturas. La capa muscular afrontada en todo su espesor sin interposición de mucosa ni de serosa.

superficies peritoneales adosadas ofrecen a la vista el aspecto de una línea ligeramente ondulada. En la sutura uterina de peritonización que venimos describiendo, la aguja marchará siempre por las hojas de peritoneo despegadas a cada lado y a una distancia media entre su borde libre y su parte adherente, con lo cual la zona de peritoneo invertida hacia dentro es de una anchura de 7 u 8 milímetros, suficiente, por lo tanto, para una buena peritonización y cicatrización ulterior y que permite asimismo apretar la sutura sin tensión de ninguna clase, puesto que la serosa despegada es más distensible que adherida; y además, la gran

adherido el peritoneo al músculo uterino. Asimismo las alternativas de contracción y relajación del músculo uterino y la mayor resistencia de la sutura muscular no pueden hacer saltar la sutura de peritonización, puesto que con el despegamiento seroso efectuado en el primer tiempo, el músculo uterino y el peritoneo han perdido su solidaridad anatómica y funcional en toda la zona que abarca la sutura uterina.

A fin de que el nudo final de la sutura de peritonización que corresponde al extremo inferior de la incisión uterina quede asimismo invisible, se pasarán en forma inversa los hilos que para el comienzo de la

sutura sero-serosa, y cortando los cabos bien al ras, quedarán ocultos por el repulgo que la serosa, sumamente laxa en este punto, forma al anudar fuertemente. Todos los detalles de esta técnica resultan mucho más fáciles de comprender siguiendo la descripción en los grabados que acompañan a este trabajo.

La prueba de la resistencia de una cicatriz uterina la da en definitiva el embarazo ulterior y las incidencias del parto e intervenciones que éste pueda requerir; de modo que, a nuestro juicio, una mujer cesareada y cuya cicatriz no ofrezca la resistencia conveniente, puede esta resistencia ser sometida a las siguientes pruebas fisiológicas y terapéuticas comenzando de menor a mayor. 1.º El embarazo normal, 0º con hiperdistensión (hidramnios, gemelar). 2.º El parto fisiológico. 3.º El parto prolongado. 4.º La versión interna tardía.

Es decir, que hay casos en que la cicatriz uterina de la cesárea es tan poco resistente, que sólo la distensión pasiva determinada por el embarazo determina ya la rotura antes de que se presente el parto. Otras veces la cicatriz uterina resiste victoriosamente la prueba del embarazo, pero al llegar el parto las contracciones musculares del útero determinan una distensión activa de la cicatriz que determina la rotura aunque la pelvis sea normal y buena la presentación. Hay casos en que la cicatriz resistiría bien si se lograra un parto con expulsión rápida; pero por existir una ligera estenosis pélvica o por cualquiera otra circunstancia, el parto resulta prolongado con exceso y entonces sobreviene la rotura. El temor a estas dos eventualidades, bien conocidas en la práctica tocológica de las mujeres previamente cesareadas, indujo a la prescripción de la cesárea iterativa aun en los casos en que la indicación de la ce-

sárea primera no era de carácter permanente sino circunstancial. Finalmente, la prueba mayor que puede a mi parecer experimentar una matriz cesareada es la versión podálica por maniobras internas realizada de un modo tardío, pero en lo que alcanza mi conocimiento de la bibliografía no se ha dado hasta la fecha ningún caso más que el que indicaremos más abajo.

Nosotros hemos realizado hasta la fecha cerca de 40 cesáreas con el procedimiento de sutura que describiremos; la mitad próximamente de esas mujeres han tenido embarazos ulteriores; no tenemos noticia de que ninguna haya presentado rotura uterina; todas resistieron bien la prueba del nuevo embarazo; en aquellas que la cesárea se hizo por una indicación circunstancial, tuvieron por las vías naturales partos fisiológicos; las otras, en que la distocia era de carácter permanente, fueron de nuevo cesareadas a término y en la laparatomía iterativa no encontramos en ningún caso adherencias ni disminución de espesor de la pared uterina de la cicatriz macroscópicamente apreciable; en las más de ellas costaba trabajo adivinar el sitio de la incisión uterina anterior. Por fin, una mujer cesareada por presentación transversal habitual debida a un útero cordiforme y que antes del parto cesáreo había sufrido tres versiones podálicas por las que se extrajeron fetos muertos, desdeñó la indicación que hacemos a todas las cesareadas de hospitalizarse a término si sobreviene un nuevo embarazo, y el parto se presentó espontáneamente y presentación transversal como los anteriores, nos la enviaron al hospital 10 horas después de rota la bolsa de las aguas, y con el útero, como es natural, muy retraído, aunque por fortuna no contracturado; como el feto se hallaba vivo hicimos una versión interna bajo anestesia raquí-

dea con el propósito de recurrir a la vía abdominal al menor accidente o dificultad. No hubo necesidad de ello; se extrajo, aunque con alguna dificultad, un feto que fué reanimado fácilmente, y la mujer tuvo un puerperio normal. Este último caso me parece la prueba más concluyente posible de la resistencia de la cicatriz uterina lograda, que más bien debe considerarse como una verdadera *restitutio ad integrum*.

RESUM

En els casos de distòcia obstètrica en què cal recórrer a la via abdominal i la incisió uterina no pot ésser suprasinfisària, quan les condicions del part no han donat lloc, encara, a la suficient formació del segment inferior i cal recórrer a la secció clàssica, l'autor preconitza una sutura especial de la incisió uterina que eviti aquells accidents propis d'una sutura corrent, com són la formació d'adherències a nivell de la cicatriu del cos i la possible ruptura uterina en un embaràs o part ulterior, degut a l'aprimament i fibrositat del teixit cicatricial.

Per tal d'evitar-los la sutura que recomana l'autor és com segueix: buidat l'úter i contret definitivament, hom practica: 1er., un despegament serós en ambdós llavis de la incisió, amb bisturi o millor amb tisores; 2on., sutura muscular profunda (punts de matalasser) abraçant gran massa de teixit muscular; 3er., sutura muscular superficial quals fils, com en l'anterior, cal que entrin i surtin per llocs on s'hagi despegat el peritoneu i aquest, automàticament, recobrirà les sutures d'una manera natural, i 4t., sutura sero-serosa a l'estil de la que hom utilitza per a la peritonització de las anastomosis intestinals, tenint cura que quedin amagats ambdós nusos, de començament i final.

L'experiència assolida a base de 40 cesàries amb aquest procediment, estudiades i seguides en embarassos ulteriors permet esperar-ne fatiguers èxits.

RÉSUMÉ

Dans les cas de dystocie obstétrique, où il est nécessaire de recourir à la voie abdominale, et où l'incision utérine ne peut être suprasymphysaire, quand les conditions de l'accouchement n'ont pas encore donné lieu à la formation suf-

fisante du segment inférieur et ils est nécessaire de recourir à la section classique, l'Auteur préconise une suture spéciale de l'incision utérine qui évite les accidents inhérents à une suture ordinaire, comme la formation d'adhérences au niveau de la cicatrice corporelle et la possible rupture utérine dans une grossesse ou accouchement ultérieurs, à cause de l'amaigrissement et fibrosité du tissu cicatriciel.

L'Auteur se base sur les faits suivants: La suture classique en deux plans, musculaire et séreuse, a comme résultat une union défectueuse des deux surfaces sanglantes, car, en pratiquant cette dernière et en nouant fortement les points, il se produit une séparation des lèvres dans la partie inférieure, en forme d'angle dièdre, dont les faces se couvrent ensuite de muqueuse, ce qui donne lieu à une superficie de cicatrisation moins ample et, en outre, la suture séro-séreuse peut céder en formant une autre dépression de la partie supérieure ou externe qui met en danger l'intégrité de la cicatrice. Cette dépéritonisation, et pas autre chose, comme on le croit, sera la cause d'une infection de l'intérieur vers l'extérieur des adhérences citées.

Afin de l'éviter, la suture, que l'auteur recommande, est comme suit: l'utérus vidé et définitivement contracté, on pratique 1.º, un dégagement séreux dans les deux lèvres de l'incision au moyen du bistouri, ou mieux encore, avec des ciseaux; 2.º, suture musculaire profonde (points de matelassier) embrassant une grande masse de tissu musculaire; 3.º, autre suture superficielle, dont les fils, comme dans l'anterieur, doivent entrer et sortir par des endroits où l'on les a dégagé du péritoine; et 4.º, suture séro-séreuse du type de celle que l'on utilise pour la péritonisation des anastomoses intestinales, tout en soignant que les noeuds du commencement et de la fin soient cachés. Un coup d'oeil sur les planches qui accompagnent ce travail, suffira pour comprendre facilement cette méthode.

L'expérience acquise à base de 40 coupes césariennes faites au moyen de ce procédé, incisions étudiées et observées durant les grossesses ultérieures, permet d'augurer des résultats favorables à cette méthode.

SUMMARY

In the cases of obstetric dystocia, where it is necessary to resort to the abdominal way, and where the uterine incision may not be suprasym-

physary, when the conditions of the birth have not yet caused a sufficient formation of the inferior segment, it will be necessary to revert to the classical section; and for such cases the Author preconises a special suture of the uterine section. This suture avoids the accidents inherent to the ordinary suture; such as the formation of adherencies at the level of the corporeal cicatrix and the possible uterine rupture in an ulterior pregnancy or birth, owing to the emaciation and fibrosity of the cicatricial tissue.

The Author bases himself upon the following facts: the classical suture in two flats, muscular and serous, has for result a defectuous union of the two cruent superficies; for, when practising same and tying close the points, a separations of the lips, affecting the form of a diedric angle, is produced in the inferior part, and afterwards said lips are covered by a mucous which produces a lees ample cicatricial superficies, and, furthermore, the sero-serous suture may give up, forming in the superior or external part another depression which puts in danger the integrity of the cicatrix; this disperitonisation, and no

other, will be the cause of an infection from the interior to the exterior of said adherencies.

In order to avoid the mentioned inconvenients, the Author recommends this suture: once the uterus void and definitively contracted, there shall be practised: 1st. a serous degagement in both incision's lips by means of a bistury or still better witch the scissors; 2nd. a deep muscular suture (mattress-maker's stitch) clasping a great mass of muscular tissue; 3rd. superficial muscular suture, whose threads, like in the anterior, must enter and quit in the spots which have been removed form the peritoneum; and 4th. a sero-serous suture of the same type as used in the peritonisation of the intestinal anastomosis, taking care that the knots of the beginning and the end are hid. The drawings which are inserted in this work will give an adequate idea of this suture.

The experience acquired by means of 40 cesarean incisions made by this process, and studied and observed during the ulterior pregnancies permits the augure favourable results for this method.