

Dr. Angel A. Terán C,  
**Profesor de Clínica Obstétrica**

#### Operación Cesárea Suprasinfisiaria

Señor Rector de la Universidad Central,  
Señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas,  
Señores:

En cuanto el señor Decano tuvo a bien anunciarme debía sustentar una conferencia de interés actual, ante los señores compañeros de Facultad y estudiantes de Medicina, acogí dicha insinuación con el mayor agrado, no porque haya tenido la intención de que ésta sea una conferencia, pues, par? "lo, creo yo que sólo los años y una práctica sistematiza. pueden facultarme para tal cosa, sino con la sencilla intención y con la modesta idea de hacer conocer a Uds. el resultado de una muy corta experiencia en la técnica operatoria de la Cesárea Suprasinfisiaria, técnica seguramente conocida en teoría por los señores Cirujanos, mas nó en la práctica, por cuanto hasta hoy día no he llegado a saber que ni en Quito ni en ninguna ciudad del Ecuador se haya verificado, a pesar de que desde hacen varios años los Cirujanos extranjeros nos han dada noticias de dicha técnica.

Desde el año 1918 en que el Señor Doctor Isidro Ayo- ra puso en práctica la técnica de la c eración Cesárea clásica abdominal conservadora, hemos ct itinuado con dicha práctica, tanto en la Maternidad com en la clientela particular; pero desde la fecha indicada, henos procurado seguir con las continuas innovaciones que a h. técnica primitiva se le ha ido proporcionando, transformando su pronóstico, haciendo cada vez una operación de mayor confianza para el Cirujano y convenciendo al público de que la Cesárea abdominal conservadora, se impone en determinados casos obstétricos, para salvar la vida tanto de la madre como la del niño.

Ya que las indicaciones son casi las mismas para las operaciones mencionadas, creo del caso dar a conocer a Uds. algunos datos relacionados con la estadística de la Césarea clásica y luego hacer un recuerdo de sus indicaciones, para establecer una comparación práctica, conociendo los resultados de las seis operaciones ejecutadas en la Maternidad, según la técnica que luego explicaré.

Desde el año 1918 hasta el presente, se han verificado en la Maternidad 116 operaciones Césareas, correspondiendo el mayor número a enfermas cuyas pelvis no han permitido el parto normal por vía natural, debido a estrecheces de diferentes grados; un número menor por inserciones anormales de la placenta, es decir, por placentas previas; unas tantas por eclampsia, etc.

La mortalidad, tanto para la madre como para el niño, fue mucho mayor en los primeros años en que se inició esta práctica operatoria y paulatinamente ha disminuido hasta hoy, que es mucho menor.

De entre las madres muertas, el mayor número corresponde a las que fueron atacadas de eclampsia, y respecto de los niños, a aquéllos cuyas madres sufrieron de placenta previa.

La mortalidad ha sido un poco mayor que la que nos señalan las estadísticas de maternidades europeas, porque tenemos que suponer, y ésta es la verdad, que mientras nuestra clase obrera, que es la que más ocupa nuestros hospitales y Maternidad, no posea un grado mayor de ilustración, mientras no considere a las casas de Beneficencia como Asilos en donde se le devuelve la salud, no tendremos buenas estadísticas, pues sobre todo en Obstetricia, debo manifestar que rara es la mujer que acude desde el primer momento a la Maternidad, y que en la mayoría de operadas, se lamenta el mal estado en el que ingresan, obligando al personal a un esfuerzo mayor. En cualquier lugar, llamaría mucho la atención referir que ha habido enfermas que apenas han alcanzado a llegar a la Consulta de la Maternidad, cuando han fallecido.

#### Indicaciones

*Absolutas.*—Estrechez pélvica, en sus diferentes modalidades. Casos en los cuales no se confía que la perforación sea factible.—Deformaciones pélvicas.—Atrecia vaginal.

*Relativas.*—Precisar todas las indicaciones, en la actualidad, sería imposible, pues muchas están basadas en el criterio del tocólogo en la práctica y resultados obtenidos en la sínfiseotomía y pubeotomía, en el interés que exista por el niño, etc., etc., pero sí se pueden anotar las siguientes:

Eclampsia, sobre todo en primíparas.—Placenta previa, cuando las condiciones de la madre y del niño son buenas. —Posiciones anormales: Transversa, de cara, de frente.— Peligro de desgarro uterino, etc.

#### Indicaciones

*Raras*—Desprendimiento prematuro de la placenta.—Hemorragias de las várices de los ligamentos anchos.—Anquilosis.—Luxación congénita de la cadera.—Desgarros uterinos. —Prolongación de la preñez.—Cáncer del cuello uterino.— Lesión cardíaca.—Madre agónica, etc.

Supone la indicación el caso *limpio* (sin tocado interno). Bolsa de las aguas completa o desgarrada de muy poco tiempo.

La operación Cesárea suprasinfisiaria se puede poner en práctica en la mayoría de los casos arriba indicados, anotando que en los de placenta previa, sólo una práctica muy buena y un adiestramiento sin tacha, para cohibir grandes hemorragias, pueden a un tocólogo facultarlo en estos casos.

Para la operación suprasinfisiaria, contamos con todos aquellos casos en los que se han practicado varios exámenes internos y con la bolsa de las aguas rota de muchas horas, a condición naturalmente de un buen drenaje.

#### Cesárea transperitoneal suprasinfisiaria

*Técnica.*—Previa anestesia general, y después de caracterizar a la enferma, se verifica una laparotomía infra-umbilical, en una extensión de 10 a 12 centímetros aproximadamente, la que nos proporciona un campo sobre el segmento inferior del útero y sobre la vejiga (Fig. 1); buscamos inmediatamente el repliegue peritoneal vesíco-uterino y en su parte media, con una pinza quirúrgica, se lo levanta hacia arriba y se lo secciona transversalmente, en una extensión de tres o cuatro centímetros de cada lado. Se reparan sus ángulos y la sección

peritoneal da la forma de un rombo, dejando al descubierto la parte superior de la cerviz uterina. Con una pinza montada, o mejor con el índice provisto de una gasa, se decola la vejiga de sus adherencias con el segmento inferior uterino en toda su extensión, quedando, por tanto, la vejiga rechazada hacia adelante y el segmento inferior uterino, descubierto (Fgs. 2 y 3), el que, por medio de unas tijeras, se lo secciona en una extensión de cinco a seis centímetros (Fig. 4). Rápidamente se introducen los dedos índice y medio a través de esta última herida y se va en busca de la cara del niño (cuando la presentación es cefálica), o de los miembros inferiores (cuando la presentación es caudal).

En el primer caso, es éste el tiempo más difícil de la intervención, pues, sin demora, es necesario introducir los dedos en la boca del niño, verificando, por este medio, la rotación de la cara hacia la herida; se deflexiona la presentación, de tal manera que sea el mentón el que salga primero al través de la incisión uterina y como si se hiciera el *hipomocleus* en el hueso hioides, se flexiona la presentación para dar lugar al nacimiento de la cara; luego de los frontales, parietales y occipital. El nacimiento del cuerpo es mucho más sencillo y generalmente no hay dificultad. Todas las maniobras descritas son necesarias de verificarse con el debido cuidado, para no proporcionar desgarros que podrían ser de gravedad.

El cirujano tiene éxito durante el nacimiento del niño, cuando el ayudante ha proporcionado también su contingente bien dirigido, pues indispensable es que, el momento en que empieza a nacer la cabeza fetal, el ayudante imprima un movimiento de compresión fuerte, pero sin brusquedad.

Otro ayudante se encarga del niño.

El alumbramiento se verifica por compresión, previa una inyección de pituitrina (1 c. c.) en el cuerpo uterino.

Indispensable se hace el que el ayudante examine rápidamente la integridad de la placenta.

Por último, se procede a suturar la herida del segmento inferior del útero, la que se verifica poniendo puntos sueltos a distancia de un centímetro y luego un *surget*, teniendo cuidado, en esta segunda sutura, de pasar la aguja en los intermedios de los puntos anteriores.

Catgut cromizado N°. 3 (Fgs. 5 y 6).

### OBSERVACIONES

Las 6 observaciones propias, operadas en la Maternidad, demuestran haber obtenido éxito en cada una de ellas, así como la de un caso particular operado en la Clínica Ayora. Cada una de las observaciones demuestra que las convalecencias no han presentado signo alguno de alarma, convalecencia rápida y casi indolora en los primeros días consecutivos a la operación. En ningún caso fue necesario usar morfina. Ausencia de alteraciones gastro - intestinales.

Los niños nacidos por esta intervención, se encuentran en muy buen estado.

### CONCLUSIONES

- I. —Herida pequeña;
- II. —Ausencia de intestinos durante el tiempo operatorio;
- III. —Ningún peligro de dilatación gastro-intestinal;
- IV. —Convalecencia casi indolora;
- V. —Facultad de operar en casos de posible o segura infección;
- VI. —Traumatismo post-operatorio, casi nulo; y,
- VII. —Por el resultado de las observaciones presentadas, me atrevo a asegurar que, una vez difundida su técnica, la cesárea transperitoneal suplirá después de poco tiempo a la cesárea clásica.

