

## Algunas Consideraciones sobre la Cesárea

*Por el Dr. M. GUTIÉRREZ.*

A pesar que en nuestro medio, teniendo en cuenta la pelvis mexicana, no tenemos gran número de distocias debidas a estrechez del conducto pélvico que nos obliguen necesariamente a la resolución del problema mediante la Cesárea, existen otras distocias que son: ESTENOSIS CICATRICALES DEL CUELLO O FIBROSIS DEL MISMO, que debemos resolver con la Cesárea Vaginal, operación que es menos aparatosa que las otras Cesáreas pero que a pesar de eso no está exenta de peligros, tales como la prolongación de las incisiones del cuello por el segmento inferior de por si extremadamente delgado y las hemorragias que a veces son abundantes mientras no se efectúa la sutura, la que en ocasiones es difícil por tratarse de campo limitado y generalmente con abundante sangre que estorba este tiempo aunque en algunos casos no ofrece dificultad alguna.

INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA, especialmente central, que aunque existe un tratamiento que consiste en dilatación artificial y a través de la placenta tomar un pie del producto para hacer tracción de él al mismo tiempo que se sigue con el muslo y las nalgas y haciendo la dilatación del cuello se hace comprensión de la placenta evitando así siga la hemorragia o disminuyéndola, sólo puede hacerse cuando ya se está en trabajo de parto y en especial si se trata de múltipara, pero tiene el inconveniente de que no se cuenta con la vida del producto, siendo ésta la ventaja de la operación Cesárea ya sea segmentaria, clásica o extraperitoneal.

DESPROPORCIÓN FETO-PELVICA ya sea debida al exceso de tamaño del feto o alguna de sus partes como hidrocefalia si bien en en estos casos a veces es más prudente hacer una basiotripsia, lo cual depende del criterio particular del partero; lo mismo pueda decirse de las monstruosidades como feto de dos cabezas, dos fetos unidos, etc.

DEFORMIDADES DE LA PELVIS ASIMÉTRICA INFUNDIBULIFORME, etc., que constituyen una de las principales indicaciones de la Cesárea.

Entre las Cesáreas abdominales existen varias clases teniendo cada una sus indicaciones particulares así como sus ventajas e inconvenientes, unos inherentes a la variedad de operación y otros al operador, así que a nuestro juicio, después de conocerlas y aplicarlas durante algún tiempo, daremos nuestra opinión.

La extraperitoneal, desde el punto de vista teórico es la ideal, pero por ser a veces muy difícil de hacer es por lo que está reducida en su empleo. La corporal tiene la ventaja de la fácil ejecución pero el inconveniente de la gran herida y la muy discutida ya de la sutura en plena región contráctil que hace se afloje y que los

líquidos retenidos dentro de la matriz, asépticos el día de la operación, después tengan gérmenes que pasen a la cavidad peritoneal y causen peritonitis. La segmentaria tiene la ventaja que la herida es chica y se efectúa en la región menos contráctil por lo que hay menos riesgo de que las suturas se aflojen pero tiene el inconveniente de que a veces la extracción del feto es dificultada necesi-tándose en algunas ocasiones de los fórceps para sacarlo da la herida uterina; también otro inconveniente consiste en que siendo en esa región mayores los tubos venosos dan abundante sangre.

El método que a nuestro juicio nos parece el mejor y el que de preferencia usamos, es el siguiente: hacemos la incisión de la pared abdominal (laparotomía media infraumbilical) lo más bajo posible, cerca del pubis, hasta el peritoneo; entonces hacemos una incisión longitudinal, de igual extensión que la de la pared, en el peritoneo de la cara anterior del útero, siempre lo más baja posible, teniendo lo cual hacemos despegamiento de dicho peritoneo de uno y otro lado, lo que resulta muy fácil y en 3 o 4 centímetros de cada lado con objeto de después, bien con sutura o pinzas especiales, unir peritoneo parietal y visceral de un lado y otro para hacer que la parte de útero desperitonizada en donde se tuvo que hacer la histerectomía esté prácticamente independiente de la gran cavidad peritoneal. Entonces inyectamos 0.5 c. c. de pituitrina en el útero y efectuamos la incisión y extracción del feto y placenta con membranas y antes de proceder a la sutura de la pared uterina canalizamos la matriz, para lo que usamos un tubo de goma rígido que parte sale a la vagina y parte queda en la matriz y que se deja hasta el siguiente día en que se saca. (Esto lo hacemos porque hemos visto que cuando no se hace así los loquios son escasos y las enfermas tienen temperatura bastante alta).

La sutura la hacemos *ex>*. varias capas, puntos aislados musculares, después surjete muscular también y reforzamos con puntos en X musculares, todos con catgut crómico número 3 o 4, después limpiamos el campo y quitamos los puntos que unen peritoneo parietal y visceral o las pinzas haciendo entonces la sutura del peritoneo uterino que tratamos de hacer adosando no bordes sino superficies con dos suturas con catgut crómico No. 1 o 2 y así nos queda el peritoneo de un lado de la incisión superpuesto sobre el otro lado de la incisión uterina, después se hace la sutura del peritoneo parietal y la de la pared abdominal terminando con eso la operación.

Este método es el que siendo de muy fácil ejecución nos ha dado a nosotros muy buenos, resultados.

—Del Boletín del Sanatorio "Dr. Rafael Lavista."—  
Veracruz, México.—