

ACTUALIDAD DE LA VIA ALTA EN OBSTETRICIA *

Prof. P. NUBIOLA

Las intervenciones tocológicas son de diferente índole que las particulares de la cirugía general y aun de la ginecología; están orientadas y regidas por una pauta y ésta es la más completa realización de las funciones encaminadas a la reproducción de la especie.

Surge su indicación cuando, singularmente en el parto, sobreviene una dificultad que no permite la feliz y espontánea realización de lo conducente al nacimiento del hijo; será unas veces por la deficiente o irregular situación del útero, otras por obstáculo que el feto o bien sus anexos encuentren para su expulsión del órgano gestador. La cesárea vaginal y las mismas pelvitomías, a pesar de su mayor apariencia quirúrgica, no dejan de ser medios utilizados para que el feto encuentre facilitado su paso sin riesgo por el conducto genital.

La cesárea abdominal es de otro carácter; por una parte, prescinde de que la mujer tenga una verdadera senda natural para el parto y da por inadecuadas o inútiles las usuales técnicas realmente obstétricas, y por otra constituye una verdadera agresión uterina.

Dentro de la sana tocurgia no puede tener paridad ni permitir parangón con las usuales intervenciones tocológicas; al decidir practicarla, el operador ha de entender que no existe otra solución, que constituye un recurso que las circunstancias exigen. El estado de ánimo al establecer la indicación debe ser parejo al del cirujano que se ve obligado a practicar a un paciente un ano contra natura o, por indicación vital, extirparle un órgano o amputarle un miembro. Por perfecta que sea la intervención, siempre fundamentalmente tendrá tal significación especial.

* * *

La operación cesárea que, aun en los primeros decenios del presente siglo, sólo se practicaba en casos de indicación absoluta, por estrechez acentuada de la pelvis o por situaciones graves debidas a placenta previa u otras causas, ha experimentado estos últimos años un auge extraordinario, se han ampliado en proporción insospechada los límites de su indicación y es extraordinario el número de casos en que va siendo practicada.

Ante tal situación, que no aparece regida por normas definidas, interesa proceder a una revisión del asunto en la que se analicen las condiciones de la intervención, se puedan valorar sus ventajas e inconvenientes y, en lo posible, establecer con algún fundamento el papel que le corresponde en la práctica obstétrica actual.

Anteriormente, el empleo de la cesárea estaba en cierto modo limitado por la posibilidad de correr dos riesgos: uno se refería a la contaminación peritoneal operatoria o a ulterior propagación de un proceso séptico genital; el otro dependía de la posibilidad de una rotura uterina en una gestación sucesiva.

La técnica llamada clásica, o sea la cesárea corporal, en que la sección del

* Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Barcelona, el día 28 de Enero de 1949. Presidencia: Dr. F. Corominas.

órgano recaía en la gruesa pared del cuerpo del mismo, exigía una cuidadosa reparación que asegurase la perfecta coaptación de bordes para que la cicatriz, además de no contraer adherencias, pudiera resistir el embate de las contracciones uterinas en un embarazo y parto consecutivos. La cicatriz deficiente podía permitir también el paso de gérmenes desde la cavidad genital al peritoneo.

Ante el peligro de posible infección se aconsejó, cuando el caso requería la intervención abdominal, que ésta se practicase prematura, antes de iniciarse el parto, sin que hubiera dilatación uterina y, sobre todo, sin que hubiera ocurrido la rotura de la bolsa de las aguas. Se recomendaba también que la paciente permaneciera aislada durante una quincena antes de la intervención en un servicio clínico con proscripción absoluta del tacto vaginal.

No siendo así, se consideraba el caso sospecho o impuro, y mucho más si habían transcurrido algunas horas de iniciado el parto, de la rotura de la bolsa, se habían practicado tactos o intentado intervenciones por vía vaginal. Y se acentuaba el pronóstico desfavorable si la paciente estaba algo febril o con síntomas de infección. Tales preocupaciones, justificadas por las estadísticas, fueron desvaneciéndose a medida que la técnica clásica era sustituida por la cesárea llamada baja o segmentaria, en que la incisión recae en el segmento inferior del órgano, en la zona que sólo se establece en las postrimerías del embarazo o en el parto, para retraerse después en grado extremo. Esto permite obtener una buena consolidación de la herida y quedar ésta por completo aislada de la gran serosa, disminuyendo por tanto el peligro de rotura y el de infección. Con la cesárea segmentaria se han reducido notablemente la morbilidad y la mortalidad de la intervención abdominal.

Los resultados obtenidos han justificado que se considerasen superfluas las precauciones de antes y que no se entendiera existía contraindicación aunque el caso fuere impuro o aun infectado. Ha sido tal la corriente de optimismo, que se ha llegado a afirmar que la cesárea proporcionaba en las distocias mejor resultado que las intervenciones por el conducto genital.

Constituye un gran honor para la Obstetricia moderna haber convertido la trágica y aun macábrica cesárea de otros tiempos en una intervención de uso corriente con resultados sumamente halagüeños. Pero esto mismo expone, como es comprensible, a que se caiga en abuso de su práctica.

El auge de la cesárea. — Son muchas las circunstancias que contribuyen al mismo, pudiendo anotarse entre ellas las siguientes:

1.ª El ambiente favorable al acto quirúrgico por el que el público está propicio a aceptar la indicación operatoria; obsérvese lo que ocurre con la amigdalectomía, apendicectomía, etc.

2.ª La tentación que ejerce en el operador poder realizar la intervención cómodamente en el quirófano, secundado por ayudantes, con todos los recursos de la cirugía actual y teniendo a la vista el campo operatorio. Situación muy diferente de la actuación por vía genital.

3.ª Que haciendo preceder a la cesárea la llamada prueba del parto pueden disimularse errores de indicación, asimismo que la insospechada resolución espontánea del caso; de otra suerte puede servir de argumento respecto de la necesidad de la intervención.

4.ª Que decidiendo la práctica de la cesárea al iniciarse el parto o antes, pueda ofrecerse a la paciente, mediante la anestesia completa, la total evitación de los dolores y el nacimiento del feto en breve plazo.

5.ª Confiando en los nuevos recursos antibióticos se puede obrar con cierta impunidad, aun cuando se tratare de un parto mal asistido o prolongado y hubieren fracasado intentos de extracción por vía genital.

6.ª La evitación, por la cesárea, de heridas o desgarros en genitales y que el feto pueda sufrir tracciones o compresiones lesivas a su paso por la hilerla genital.

7.^a Que además de ser una intervención espectacular, y de relativa fácil realización poseyendo mediana educación quirúrgica, suele justificar honorarios superiores a los de las intervenciones tocológicas.

8.^a Que la morbilidad y mortalidad reducida obtenida con las diversas modalidades técnicas de cesárea segmentaria, es motivo de que no se tenga reparo en recurrir a tal intervención aun cuando no exista verdadera indicación de su empleo.

Lo dicho explica de manera suficiente que de año en año aumente en grado extraordinario el número de cesáreas que se practican, y asimismo que, además de sus precisas indicaciones, se acepten muchas otras, tantas, que ya ni pueden ser enumeradas, en forma que casi cabría decir que es aplicable a todos los casos obstétricos, salvo aquéllos de expulsión fetal rápida o en los que el polo fetal está asomando por el anillo vulvar. Para suscribir como buena tal prodigalidad de cesáreas hace falta considerar si ello no carece de inconvenientes para la madre y el feto en ocasión de la intervención y también cuál es el porvenir toco-ginecológico de las mujeres cesarizadas.

La inocuidad de la cesárea. — ¿Es tan inocua que pudiese substituir con ventaja al parto por vías naturales? Como ya hemos dicho, efectivamente, es exacto que se ha logrado una gran reducción de la mortalidad y de la morbilidad; pero a pesar de la abundante información que proporcionan las comunicaciones referentes al asunto, es algo difícil poseer datos de completa exactitud que permitan una afirmación definitiva.

Cuando se trata de estadísticas que consignan de una manera global el número de casos y el de accidentes y secuelas, las cifras no son tan bajas como suele afirmarse; en cambio, se obtienen de las estadísticas que se declaran *expurgadas*, en las que se restan los casos que si resultaron fatales o complicados no fué por el simple hecho de incindir el abdomen y seccionar el segmento inferior, sino por algún estado patológico que ya sufría la paciente, o por incidencias que se consideran derivadas de alguna alteración orgánica de la misma que agravaron la situación.

De todas maneras, ante el convencimiento de lo mucho que ha mejorado el pronóstico de la intervención, más que alambicar respecto de los tantos por ciento de accidentes, interesa repasar las condiciones en que puede practicarse o recomendarse la intervención.

Cuando las circunstancias del caso establecen su indicación absoluta no hay motivo de discusión, pues es, por encima de todo, el verdadero recurso a emplear. Muy diferente es la situación cuando puede entenderse que su indicación es aleatoria, o aun que podría evitarse a la paciente su empleo; entonces interesa discriminar qué línea de conducta da mayores garantías actuales y futuras.

La anestesia. — A pesar de todos los esfuerzos y tanteos, todavía no se ha podido resolver de una manera satisfactoria el problema de la anestesia en la cesárea.

Vemos así que NEMES y ESTEVES, de la Universidad de Sao Paulo (Brasil), refiriéndose a 559 cesáreas expresan que en el 74,9 por 100 de los casos se empleó anestesia raquídea, en el 16,9 por 100 fué por inhalación, en el 2,9 por 100 peridural, en el 0,5 por 100 sacra, y en el 0,3 por 100 intravenosa; además, actualmente ensayan el ciclopropano.

En el 6,9 por 100 de las anestias raquídeas, en el 15,3 por 100 de las epidurales, en el 100 por 100 de las intravenosas y en el 31,2 por 100 de las otras fué necesario ayudarse con anestesia complementaria.

KLEYNMANN, de la Maternidad de Ginebra (1908), publica la estadística de los últimos diez años, que alcanza a 193 cesáreas con raquianestesia, en los que fué suficiente en el 94 por 100 de los casos, teniendo que asociar en los demás inhalaciones de éter a pesar que las intervenciones duraron por término medio 55 minutos. Anotan también un caso de muerte a continuación de la inyección

de líquido en el raquis, y afirman textualmente que la anestesia raquídea «a pesar de sus inconvenientes, tiene la compensación de sus ventajas», y por ello siguen usándola, pero en vez de procaina han introducido recientemente la nupercaina y la raquí llamada continua.

Realmente, la anestesia raquídea, si no tuviera sus quiebras, es la anestesia ideal para la cesárea, por el silencio abdominal y la flacidez que produce en el segmento inferior; pero, después de haberla empleado en varias docenas de cesáreas en la Clínica de Obstetricia de esta Facultad, asistí en un caso a la muerte de la madre y del feto a continuación de la inyección del líquido y dejé de usarla. El mismo hecho fué referido por otros colegas al discutir el asunto en las Jornadas médicas de Sevilla, y desde entonces también desistieron de su empleo.

PATON (Med. J. Australia, 1947) administra antes de la intervención un sedante a base de morfina y atropina, teniendo preferencia por tres tipos de anestesia: ciclopropano, pentotal sódico intravenoso con óxido nitroso y oxígeno, y la anestesia raquídea, y termina su trabajo diciendo: «No se ha encontrado aún el anestésico ideal para las pacientes obstétricas», y por ello recomienda «una preparación psíquica de las embarazadas antes de que ocurra el parto».

LABHARDT, de la Frauenklinik, de Basilea, recomienda la anestesia locorregional, anestesia local por infiltración: 1 cm.³ de solución de percaína al 1 por 1000 y 20 cm.³ de solución de novocaina al 1 por 200, y luego pentotal por vía venosa. Respecto de esta última substancia afirma que se ha demostrado que en 10 a 20 minutos pasa toda por la placenta cuando, en los primeros diez minutos, sólo pasa el 5 por 100 de la misma; por ello, recomienda actuar con rapidez para que sea menor la cantidad que llegue al feto.

Más quizás en la cesárea segmentaria que en otras intervenciones abdominales, contribuye mucho el factor anestésico en facilitar la técnica de la misma y en que pueda abreviarse el acto operatorio evitando peligros para madre y feto.

La técnica operatoria. — En la actualidad existe diversidad de opiniones respecto de muchos detalles. La incisión de la pared en la línea media desde ombligo al pubis deja como inevitable recuerdo la cicatriz visible; por razón de estética se la ha querido substituir por la transversal suprapúbica de Pfannenstiel; pero en algunas mujeres, por retracción de los tejidos, motiva la formación de un desagradable surco suprapúbico, mucho más si se produce un queloide. Aceptando tal incisión no existe tampoco conformidad respecto de si la sección músculo aponeurótica se practicará en la misma dirección, o ha de ser longitudinal para la mejor cicatrización de la herida profunda, pero esto tiene el inconveniente de reducir el campo operatorio.

Una vez abierto el abdomen, se describen y recomiendan diversas técnicas que sería prolijo detallar y discutir, pero que demuestran, por una parte, que siguen los esfuerzos para disminuir riesgos y contratiempos, y por otra, que no se ha logrado aún la máxima perfección que la haga utilizable en toda suerte de casos.

Accidentes operatorios. — Aparte de hechos imprevisibles, los accidentes operatorios debidos a la cesárea han de ser mínimos en cierta categoría de casos, y no tanto variando las condiciones de la paciente. Esto es fácil de comprender. Si se trata de una primípara sana, con normalidad genital, salvo lo que establezca la indicación de la intervención, realizándose ésta en buen momento ha de dar un resultado excelente. Pero otras veces se podrá tropezar con adherencias y tejido cicatricial producto de una cesárea o de una distocia anterior, o el útero es fibromatoso, o existirá abundante vascularización de la pared del mismo por estar subyacente la placenta, por alteraciones de la región operatoria dependientes de antiguos procesos anexiales, etc.; tales circunstancias pueden hacer variar los resultados; una simple sobrecarga adiposa de la pared puede entorpecer la técnica de la intervención, asimismo las varicosidades de la pared uterina que

tanto temía DOEDERLEIN, hasta el punto de hacerle desistir de la histerotomía.

De todas maneras, con los recursos actuales quien se haya avezado a la práctica de la intervención solventará tales dificultades y podrá dominar la situación con éxito.

Quizás el peligro mayor estriba en que, por las reconocidas facilidades operatorias, no tengan empacho en practicarla los que no cultivando la especialidad pero con cierta práctica de cirugía general encuentren ocasión de efectuarla, y aún que tengan ilusión de realizarla médicos generales más o menos duchos en la asistencia obstétrica. Es posible que, a pesar de todo, se salve la paciente, pero también que ésta sufra las consecuencias de la impericia para combatir cualquier accidente que se hubiera producido, pongo por caso, una dificultad en la separación de la placenta o una hemorragia por atonía uterina.

La prueba del parto. — Prueba del parto se dijo como una modernidad respecto de lo que siempre se ha entendido como asistencia adecuada del parto; el auge de la cesárea le ha dado nueva actualidad.

Prueba del parto podría dar a entender que, no pudiendo contarse con medios para establecer acertadamente el diagnóstico y pronóstico de un caso obstétrico, sólo cabe dejar a la naturaleza que decida si la mujer puede o no parir. Además de anticientífico, sería contrario a todas las normas obstétricas. Claro está que los que defienden tal prueba del parto no lo hacen con esta interpretación simplista. La recomiendan para comprobar si, por la repetición de las contracciones uterinas, se facilita el encajamiento del feto o adelanta una dilatación que parecía estacionaria y les ayude a decidir si puede resolverse el caso por vía genital o queda más justificado que se proceda a la cesárea si, a pesar de las horas que transcurrieron, no ha llegado el feto al período expulsivo.

Si se fía sólo en el factor tiempo para deducir la conducta a seguir, es posible que se consideren superfluos los clásicos procedimientos obstétricos y por no ajustarse a ellos es más que probable que ateniéndose a tal prueba del parto se practique la histerotomía en casos que se hubieran resuelto fácilmente, quizá con una oportuna rotura de bolsa de aguas, una sencilla dilatación uterina o la administración de un oxitócico.

Neomortalidad fetal. — Se ha empleado como argumento en favor de la cesárea una mayor indemnidad para el feto que realizando la intervención por vía vaginal. A primera vista puede parecer exacto, dado que el paso del feto a través de la herida uterina se considera garantía de que llegue al mundo sin accidente y sin que casi se entere. Si se analiza a fondo el asunto pronto se caerá en la cuenta de que la cuestión no es tan sencilla, ni los resultados los que se pregaban.

Anotamos por ello que LABHARDT (de Basilea) reconoce en casos de cesárea una mortalidad neonatal del 12,7 por 100. DE LEE, con DAVIS y POTTER, estudiando fetos muertos en casos de cesárea en el Lying Hospital de Chicago desde 1931 a 1938, dan cifras del 4,1 por 100 excluyendo los prematuros, y reconocieron en la autopsia que en el 31,2 por 100 se debió a anoxemia, que sumados a los que ofrecían hemorragia intracraneana llegan al 41 por 100; deducen que intervienen dos mecanismos: las pruebas de parto laboriosas y las anestias generales prolongadas o imperfectas.

BICHOLLS y ANDREWS (Am. J. Obst., 1947), refiriéndose a 416 cesáreas, confiesan que en 275 casos personales observaron la muerte del feto en la proporción de 5,8 por 100, y en otros 141 casos que denominan externos, el 14 por 100. ACKEN (de Brooklyn), refiriéndose a los últimos diez años, expresa «que la mortalidad fetal en casos de cesárea fué mayor que en las intervenciones por vía vaginal, considerándolo debido a anoxia por la anestesia».

La explicación de tales resultados, que de momento pueden parecer paradójicos, no es difícil de comprender.

Confundiendo en la cesárea como socorrido recurso a emplear en todo momento

y ocasión, unas veces no se habrá prestado la debida atención a la iniciación o formalización de una distocia; otras veces, confiando en la prueba de parto y sin haber procedido a una observación minuciosa del caso, el feto habrá sufrido antes de la intervención perturbaciones de su circulación cerebral. Y cuando se reconozcan signos evidentes de sufrimiento fetal es cuando se procederá a preparar a la paciente para la intervención abdominal y someterla a una anestesia más o menos intensa o prolongada. Durante tales preparativos, si se acentúa el malestar del feto no podrá luego sobrevivir.

El porvenir de las cesarizadas. — Es evidente que el peligro de rotura en gestación ulterior ha disminuido notablemente con la técnica segmentaria, y por ello en las estadísticas últimamente publicadas se puede aducir que de un 3 por 100 de roturas en la cesárea corporal se ha pasado a menos del 1 por 100, habiendo sido segmentaria. Por mi parte, sólo he tenido un caso en el que al proceder a la segunda cesárea, al levantar la serosa hallé desgarrada la cicatriz de una cesárea segmentaria anterior, y, en cambio, he debido intervenir por ruptura uterina varias veces, habiendo sido clásica la cesárea anterior.

Confiando en tal seguridad, los autores están contestes en afirmar carece de inconvenientes el parto por vía natural aun cuando la paciente, por causas que se ha dado en llamar ocasionales, hubiera sido anteriormente cesarizada.

Es interesante la afirmación de HINDMANN, quien después de estudiar 177 partos ocurridos en 118 mujeres a las que se había antes practicado una cesárea, escribe: «Del análisis de mis propios casos y de la revisión de la literatura referente al asunto, puedo decir, en conclusión, que en los casos en que se había procedido a cesárea por alguna indicación temporal debe incitarse a que las pacientes efectúen el parto por vía pélvica tomando las necesarias precauciones.» Y añade: «Siguiendo tal conducta se puede lograr, no sólo reducción de frecuencias de cesáreas, sino que además una considerable disminución de la morbilidad y mortalidad materna.»

En otro concepto interesa considerar la influencia que el acto operatorio abdominal pueda tener respecto de la reacción moral de la paciente y su comportamiento ulterior. No es raro que por tal motivo repudie una nueva maternidad y proceda a la práctica constante de medios anticoncepcionales o recurra al aborto si ocurre nueva gestación. Es también frecuente que para la aceptación de una nueva cesárea se ponga por condición una esterilización definitiva. Aunque se demuestre que el caso no tiene inconvenientes para un parto ulterior por vías naturales, es difícil convencer a la interesada; por ello, no se ha de extrañar que M. L. PÉREZ, después de compulsar numerosas estadísticas, reconozca que la fertilidad ulterior de las cesarizadas no pasa, por las causas que fuere, del 50 por 100.

Cuando, por prevención respecto de una nueva cesárea, se han pasado varios años sin gestación, la mujer, a pesar de haber sido madre, resulta una primípara añosa si ha concebido de nuevo, con los inconvenientes que pueda tener; lo mismo respecto de una posible acentuada regresión genital en la menopausia.

Influencia nefasta en la práctica obstétrica. — Por una parte, el perfeccionamiento de la cesárea constituye un verdadero honor para la obstetricia, sobre todo si se considera el gran número de vidas que permite salvar; pero el auge de la intervención, la exagerada amplitud que se da a sus indicaciones, constituyen un verdadero peligro para la buena práctica de la especialidad.

Se va insinuando tal simplificación del problema tocológico que llega a parecer huelgan todos los medios de exploración y no hace falta conocer ni practicar las inmejorables técnicas de intervención en el parto, que constituyan nuestro mayor orgullo de especialistas. Puede llegar a ocurrir que sólo se acepte el parto por vías naturales cuando se reconoce ya en curso de rápida realización y no siendo así posible la cesárea. Puede parecer exagerado decir esto, pero hemos visto indicios de que ello es posible; así, hemos leído recientemente repudiar la

versión externa en la presentación transversal; en libros modernos deja de consignarse la asistencia debida a la presentación de nalgas incompleta en el parto. Intervenciones bien regladas como la sinfisiotomía y la pubiotomía quedan proscritas, si no incluso olvidadas.

En el siglo actual habíamos logrado un esplendor de la tocurgia que nos daba perfecta solución para toda suerte de problemas obstétricos; los casos eran estudiados en forma que con la debida antelación podíamos establecer un juicio exacto y un pronóstico de toda garantía. Se podían establecer tres grupos de pacientes: uno, en los que podía garantizarse el parto por vías naturales, espontáneo o intervenido si fallare la dinámica uterina o surgiera algún imprevisto; otro, en que era preciso apelar a la cesárea y que por tanto podía ser practicada en el momento más oportuno, con las mayores garantías de éxito; y un tercer grupo en que, no precisando la intervención por abdomen, podría resolverse la distocia por vía genital, mediante la pelvitomía si no bastaban las intervenciones corrientes. También se contaba con la sinfisiotomía o la pubiotomía de recurso para solventar un encajamiento deficiente o para el paso de la cabeza en último lugar. Por desgracia, todo ello se va echando en olvido, y contando con la cesárea incluso dejará de adquirirse la aptitud necesaria para la buena ejecución de las aun hoy habituales intervenciones por vía genital.

Engolosinados por la comodidad y las demás particularidades de la cesárea que hemos anotado, se comprende que salvo una convicción respecto de la mejor conducta se tiende cada vez más a practicar dicha intervención y llegue a ocurrir que especialistas catalogados como tales no se encuentren capacitados para una versión interna, para un fórceps en occipito posterior y mucho menos una pelvitomía. Y sin embargo, a pesar del auge y aun del abuso de la cesárea, aquellas intervenciones no serán borradas de la tocurgia y se darán siempre ocasiones en que constituirán la mejor conducta para salvar al feto. Por muy cesarista que se quiera ser, el práctico que desconozca, por efecto de ello, los fundamentos de la obstetricia y quiera prescindir de las técnicas por vía vaginal, en algunas ocasiones sufrirá lamentables fracasos. Sirva de ejemplo un cierto caso que fué tiempo atrás muy comentado en nuestra ciudad, en el que abierto el abdomen y seccionado el útero no pudo lograrse la salida del feto y éste tuvo que ser extraído con fórceps por la vagina debido a que la cabeza fetal se había empotrado fuertemente en la excavación.

Los casos impuros o infectados. — Es indudable que el caso impuro, y sobre todo con manifiesta infección, puede poner en peligro a la paciente; por ello, no teniendo confianza de que pueda evitarlo la cesárea segmentaria (27 por 100 de mortalidad, según HOLLAND y MUNRO KERR), se preconizó recurrir a la cesárea extraperitoneal, que tampoco resuelve el problema, y como últimos recursos a la fistula de Sellheim, a la exteriorización temporal del útero de Gottschal-Portes o a la histerectomía sin cesárea previa. Confiando en estas y otras técnicas, no se ha tenido reparo en practicar la intervención abdominal a pesar de concurrir infección de mayor o menor cuantía, lo que, como afirma CARBONINI (de la Clínica Mangiagalli, de Milán), ha dado lugar a un aumento de la morbilidad en la cesárea.

La adquisición de los modernos recursos antibióticos hace esperar que con su empleo pueda disminuir la gravedad de la cesárea en tales casos, pero también la confianza en los mismos puede dar lugar a que se decida practicarla en casos infectados, en los que sería factible y menos peligroso actuar por vía genital o recurrir a la pubiotomía.

M. L. PÉREZ y ECHEVARRÍA (mayo de 1948) exponen halagüeños resultados obtenidos en la cesárea de casos impuros «por la asociación de sulfamidas intraperitoneales operatorias y a continuación penicilina por vía parenteral, y confiando en ello desechan las operaciones extraperitoneales por artificio de técnica por ser sus resultados menos favorables».

Reflexiones. — Esta ligera revisión que he pretendido hacer del estado actual respecto de la cesárea, ha de obligar a cuantos estimen el prestigio y la perfección de la especialidad a que paren mientes en si conviene atajar o fijar los límites adecuados de la intervención, o ha de contemplarse con impavidez el desmesurado auge que tiene en la actualidad.

Aun a primeros del presente siglo ocurría en las Maternidades de un país vecino, que además de contar con numeroso personal facultativo para la asistencia y las intervenciones tocológicas, tenían adscrito un cirujano no obstétrico al que se recurría cuando precisaba una intervención abdominal; con el abuso de la cesárea quizás llégue a ocurrir que el personal de algún servicio se dedique únicamente a practicar cesáreas, y, en algún caso en que no fuere posible, se cuente con algún obstétrico, aunque anacrónico, que sirva para extraer un feto por vía genital.

Conclusiones

1.^a El mejoramiento del pronóstico de la cesárea conseguido por el empleo de las modernas técnicas de la intervención permite conceder a la misma indicaciones eventuales o circunstanciales, aun en casos que fuera posible resolver por vía genital.

2.^a El práctico deberá pesar cuidadosamente, en cada ocasión, las ventajas e inconvenientes que pueda tener la intervención de ser practicada por vía pélvica o por la abdominal, según fueren las circunstancias personales de la paciente y las condiciones de la distocia.

3.^a En todos los casos, la indicación de cesárea debe ser fundamentada en los datos obtenidos por una exploración minuciosa y no hacerla depender solamente de la llamada prueba de parto.

4.^a Que pudiendo considerarse abusivo el número de cesáreas que en la actualidad se practica, interesa proceder, en cuanto sea posible, a una investigación demostrativa de la razón de tal conducta y de los resultados que se hayan obtenido.

5.^a A pesar de haber sido anteriormente cesarizada la mujer por indicación aleatoria, se le ha de aconsejar, en caso de nueva gestación, que efectúe el parto por vía natural con las debidas precauciones.

6.^a Que precisamente por la frecuente utilización de la cesárea ha de procurarse intensificar la enseñanza de las clásicas intervenciones tocológicas y la demostración de sus admirables técnicas, así como de las diversas pelvitomías y demás intervenciones practicables por vía genital.