

# Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCIÓN DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

Año XXIII - II Época

JUNIO, 1947

Vol. XXI - Núm. 24

## O R I G I N A L E S

### ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA DE LA CESÁREA Y SU EVOLUCIÓN EN LO QUE VA DE SIGLO (\*)

PROF. DR. J. BOTELLA LLUSIÀ

Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Zaragoza

#### SUMARIO :

I) *Aproximación al problema.* — II) *La Cesárea de Porro y la Cesárea clásica.* — III) *La Cesárea en el segmento inferior.* — IV) *Cesáreas extraperitoneales.* — V) *La ampliación de las indicaciones.* — VI) *La Cesárea transversa.* — VII) *Problemas actuales de la Cesárea.* a) *El parto de prueba y la rotura de la bolsa.* b) *Casos impuros.* c) *Mortalidad.* d) *Anestesia.* — VIII) *Perspectivas futuras del parto cesáreo.*

#### I. Aproximación al problema

La Cesárea es a la vez la más antigua y la más moderna de todas las operaciones obstétricas. De todos es sabido cómo la «Lex Regia» de Numa Pompilio, 715 años antes de J. C., sancionaba ya de un modo oficial la práctica del parto por corte abdominal. Pero probablemente el origen de la operación es mucho más antiguo y en los papiros egipcios, en el Talmud y en las remotas tradiciones de la India encontramos antecedentes de partos cesáreos, antes de que el forceps, la versión o la fetotomía hubieran sido siquiera intentados.

Hoy día, de todas las intervenciones obstétricas, es la Cesárea la que más tardíamente ha alcanzado su perfección, y entre su primitivo origen y su tardío desarrollo, se extienden largos siglos de predominio de la tocurgia vaginal. Ante una mujer que no puede dar a luz, el impulso más bárbaro y primitivo lleva al corte de ese vientre, que en la cúspide de sus dolores, casi parece estallar, para liberar el ansiado fruto allí aprisionado. Por una extraña paradoja, este método simplista de terminar un parto, ha venido a ser la operación obstétrica más moderna y perfeccionada y quién sabe si el único recurso con que en el porvenir resolveremos los obstétricos todos nuestros problemas. Pero ésta es una cuestión aparte que no hemos ahora de examinar.

La historia de la Cesárea está viva y caliente todavía. Aun viven médicos que recuerdan las primeras operaciones hechas en las clínicas, entre el temor de lo inseguro y el interés de la novedad prometedora. Aun los jóvenes, hemos visto cambiar, en años, los objetivos y las técnicas de la intervención. Y esta evolución es hoy lo más palpitante de la técnica obstétrica. El forceps, la versión, la extracción por las nalgas o la sinfisiotomía ocupan muy pocas páginas en las revistas científicas. La Cesárea, en cambio, es continuamente objeto de publicaciones y estudios. Hasta cierto punto, la obstetricia del mañana está vinculada al futuro de esta operación, y si queremos otear los rumbos venideros del arte de los partos, será preciso ante todo que pulsemos las posibilidades y los problemas de la Cesárea.

(\*) Sesión científica de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Barcelona, en la Real Academia de Medicina. - Presidencia Profs. Peyrí y Fernández Plá.

Este es fundamentalmente el objeto de estas líneas: resumir la historia reciente y viva, y de ella sacar una enseñanza para el presente y para el futuro. Recapitular los avances conseguidos en lo que va de siglo, examinar los problemas de hoy y enfocar los de mañana. Del mismo modo que ahora hace cincuenta años, nuestros maestros vivían problemas que murieron con ellos, y son ya historia; y trataban de leer en el porvenir incierto las realidades de hoy, que a una vuelta más de la rueda del tiempo, se habrán convertido en historia a su vez.

## II. La operación de Porro y la Cesárea clásica

En 1882, GODSON publicaba la siguiente estadística de cesáreas, resultante de una paciente encuesta en distintos países:

TABLA 1.<sup>a</sup>

País	Núm. de casos	Mortalidad materna %
Alemania	21	24 %
Austria	30	40 %
Bélgica	4	50 %
Estados Unidos	4	15 %
Francia	12	58 %
Inglaterra	5	80 %
Suiza	2	0

Estos resultados, comparados con los que en esta misma fecha se obtenían en otras intervenciones, eran realmente desconsoladores. La Cesárea resultaba de todas formas una operación peligrosísima, que sólo en sus indicaciones absolutas se debía intentar.

HEGAR (1879), de acuerdo con este sombrío pronóstico, sostenía que la Cesárea debía ser reservada a aquellos casos en que una cefalotomía era imposible.

PORRO (1876) había ideado, sin embargo, ya unos años antes, una operación que estaba destinada a mejorar grandemente estos resultados. Fundándose en que la mortalidad elevada era debida a la disrupción de la herida uterina, con producción de peritonitis y hemorragia interna, ideó extirpar el útero una vez cesareado. Con ello se hacía una eficaz hemostasia y se evitaba la entrada de loquis sépticos en el peritoneo. La introducción de este método en los diversos países condujo a una notable mejoría de la mortalidad, que de 85 % en 1877 en la Clínica de Pavía, pasó a 35 % seis años después, en 1883. Pero, con todo, la intervención resultaba muy peligrosa y además mutiladora, y MAX SANGER en 1883 modificó la técnica de la sutura uterina, de un modo tal que fué posible conservar el útero con un riesgo materno disminuído. Con pocas variantes, la técnica de SANGER es la que hoy conocemos con el nombre de Cesárea clásica. SANGER mismo, y sobre todo LEOPOLD (1882) insistieron ya en la importancia que tenía para el buen resultado de la operación el practicarla lo más precozmente posible en el parto, y con bolsa de las aguas íntegra.

La mortalidad disminuyó hasta un 10-15 %, y esto permitió ya ampliar considerablemente las indicaciones.

Así, en 1900 estaba en boga la Cesárea clásica. Al practicarse ya con menores riesgos, se extendió considerablemente su uso. ROUTH (1911) nos refiere cómo en el Queen Charlotte's Hospital de Londres, de 1890 a 1899, sólo se hicieron siete cesáreas entre diez mil partos (0'07 %) y, en cambio, diez años más tarde, de 1900 a 1909, en quince mil partos se practicaron 74 cesáreas (0'5 %), es decir, con una frecuencia siete veces mayor. Aunque hoy estas cifras resultan exiguas, demuestran, sin embargo, el repentino auge que tuvo la operación.

Los perfeccionamientos técnicos y el consiguiente mejoramiento de las estadísticas, dieron por resultado el que los médicos perdieran un poco el justificado temor a esta operación y ampliaran considerablemente sus indicaciones. Empezó así la Cesárea a entrar en el terreno de la versión, de la Basiotripsia y aun del forceps alto, y ya se hizo costumbre cesarear en estrecheces pélvicas de segundo y tercer grado. Esto condujo sobre todo a una mejoría de las estadísticas fetales.

Así, ROUTH, en la estadística antes citada, nos indica cómo antes de 1900 la mortalidad fetal en las pelvis estrechas era de 58 % y después de 1900, al aumentarse las indicaciones de la operación, sólo de 22 %.

Aparecieron también nuevas indicaciones. Así, por ejemplo, ZENKE, de Nueva York, propuso en 1901 el empleo de la Cesárea en la placenta previa, que al año siguiente fué violentamente impugnado por J. W. WILLIAMS y por gran parte de los ginecólogos americanos. KETTLITZ (1898) y OLSHAUSEN (1900) introdujeron la operación en el tratamiento de la Eclampsia.

Los autores alemanes daban y siguieron dando durante muchos años una enorme importancia a la integridad de la bolsa de las aguas. Defensores del dogma de sólo cesarear con bolsa íntegra, fueron sobre todo VEIT (1900), KRÖNIG (1901) y BUMM (1911). En la estadística de ROUTH la mortalidad operatoria con bolsa íntegra era de 3 % y con bolsa rota de 17'5 %.

Resulta muy adelantado para su tiempo el criterio sustentado por WILLIAMS ya en 1901. Este autor, observando que en pelvis estrechas de primero y segundo grado, había un 70 % de partos espontáneos, rompió con la tradición de cesarear al comienzo del parto y esperaba la rotura espontánea o artificial de la bolsa para decidir si la cabeza había de pasar o no. Indicaba que en mujeres libres de tactos y manipulaciones vaginales, la rotura de la bolsa no era un obstáculo fundamental para intervenir. Vino con esto no sólo a adelantarse a su tiempo, sino a ser el precursor del parto de prueba, que hoy día tanto empleamos. Sin embargo, en casos impuros la mortalidad era tan alta, que todavía en 1905, ante una de estas mujeres, se prefería realizar una operación de PORRO, que era más segura en casos infectados, ya veremos luego por qué.

### III. La Cesárea en el segmento inferior

Pero no sólo era la elevada mortalidad infecciosa el único inconveniente de la Cesárea de SANGER. HOFMEIER (1905) y MUNRO KERR (1908), describieron casos de cicatrices rotas en el curso de partos ulteriores. La difícil sutura del miometrio, dando origen a cicatrices deformes, era el origen de estos accidentes tardíos, que venían a recargar aún más el nada buen pronóstico de la Cesárea clásica. Años después, en 1920, recogía HOLLAND una estadística muy completa de tales accidentes.

Para evitar estos grandes inconvenientes, FRANK propuso en 1907 una nueva técnica, que en realidad lo era tan sólo a medias, pues ya había sido descrita por RITGEN en 1830. Esta era la Cesárea segmentaria o Cesárea baja, que al decir de su autor, tenía las siguientes ventajas: a) Incidía el segmento inferior del útero, menos vascularizado, y por tanto evitaba la hemorragia. b) Creaba una mejor cicatriz en este tejido, delgado y poco muscular. c) Permitía aislar la cavidad del peritoneo. A estas tres ventajas, podemos añadir una cuarta no entrevista entonces por FRANK, y que fué señalada por KRÖNIG en 1912, ésta es la de una más correcta sutura de la pared uterina y del peritoneo, evitando disrupciones totales o parciales de la herida uterina. La técnica de KRÖNIG, que hoy día aún se emplea por muchos, marca otro paso decisivo en la marcha de la operación, y considera los problemas de la peritonización bajo el mismo punto de vista que los consideramos hoy día. En efecto, actualmente sabemos, y sobre ello volveremos a insistir, que el peligro de infección de la cavidad peritoneal en el cesárea no está tanto en la infección en el acto quirúrgico, cuanto en la penetración de loquios sépticos en los días del puerperio. Esta era la causa de la elevadísima mortalidad de la Cesárea clásica antes de SANGER, por ello PORRO obtuvo una ventaja evidente cuando decidió resear el útero, pues de este modo tan radical suprimía el peligro de la cavidad uterina infectada, y además creaba un muñón de cuello bien suturado y con una firme peritonización. El progreso de la Cesárea en todo el siglo xx se puede atribuir a muchas causas, pero si de todas ellas hubiera que destacar una, deberíamos indicar tan solamente la mejora en la técnica de sutura y de peritonización.

VEIT (1907) y SELLHEIM (1908) fueron los primeros en adoptar la técnica de FRANK que se extendió rápidamente debido a sus indudables ventajas.

Los resultados no tardaron en dejarse sentir. En la Tabla 2.<sup>a</sup> representamos el descenso de la mortalidad operatoria en los años que siguieron.

TABLA 2.<sup>a</sup>

Mortalidad operatoria con la Cesárea segmentaria

Autor	Año	Técnica	País	Casos	Mortalidad materna %
Sellheim	1908	Frank	Alemania	50	8,9
Lewis	1909	»	E.E. U.U	102	8,8
Beck	1921	Krönig	»	83	3,6 ?
De Lee	1922	»	»	145	2,0 ?
Winter	1929	»	Alemania	4450	4,2
Naujoks	1939	»	»	7024	3,2
Nubiola	1925-34	»	España	150	4,6
Nosotros	1927-36	»	»	298	4,4

Muy significativa también es la tabla 3.<sup>a</sup>

TABLA 3.<sup>a</sup>

Diferencia de mortalidad entre la cesárea clásica y la segmentaria				
Autor	País	Material	Mortalidad %	
			Clásica	Segmentaria
Greenhill	EE. UU.	Seleccionado de la clínica	5,7	1,2
Naujoks	Alemania	Todo el país	6,4	3,1
Botella y Riesgo	España	De la clínica, sin seleccionar	11,6	4,4

Con el desarrollo de la técnica de KRÖNIG se entra ya en el terreno actual, cuyos problemas serán más adelante discutidos.

#### IV. Cesáreas extraperitoneales

La idea original de FRANK al crear su operación, había sido buscar un camino extraperitoneal para la evacuación del útero, pero apenas intentado abandonó su propósito por la vía transperitoneal, que ya hemos descrito.

En 1909, LATZKO, recogiendo esta idea original, describió la técnica que lleva su nombre, que, con pequeñas modificaciones, fué practicada después por DOEDERLEIN (1911), SELLHEIM (1911) y KÜSTNER (1914). En un principio, estas operaciones no parecían responder a las esperanzas puestas en ellas, y aunque su prestigio se ha mantenido una serie de años, lo cierto es que no se practican sino raramente en todas las clínicas.

En tiempos recientes la cesárea extraperitoneal ha recibido un nuevo impulso con la técnica de WATERS (1935). En América el proceder ha vuelto a tener defensores en los últimos años: ALDRIDGE (1937), DAICHMANN y POMMERANCE (1944), BOURGEOIS (1945) y COSGROVE (1946).

A pesar del nuevo resurgimiento y del renovado interés que ha despertado, la cesárea extraperitoneal no nos hace concebir grandes esperanzas. Podemos decir con DIECKMANN (1946), al discutir los argumentos de COSGROVE en la Sociedad Ginecológica de Chicago, que si bien teóricamente la cesárea extraperitoneal es la solución perfecta para los casos infectados, en la práctica, mucho mejores resultados pueden obtenerse con las técnicas intraperitoneales asociadas a la penicilina o, en último caso, con la operación de Porro, cuya boga parece ahora resucitar.

#### V. La ampliación de las indicaciones

Entremos ya con esto en la época moderna de la cesárea. Los problemas que se plantearon hace 25 años, cuando en la primera postguerra mundial la operación

alcanzó su fase de verdadero apogeo; son los mismos que hoy siguen en pie todavía.

Al manejarse ya la intervención con un margen y una garantía de seguridad, comienza la ampliación de sus indicaciones y aumenta, claro está, enormemente su frecuencia.

TABLA 4.<sup>a</sup>  
Frecuencia de la cesárea

Autor	Clínica	Año	Frecuencia por 100 partos
Routh	Queen-Charlotte	1890-99	0,07 %
		1900-09	0,5 %
Yellet	Rotunda	1888-1922	0,28 %
Greenhill	Chicago	1916	0,9 %
"	"	1928	3 %
"	"	1945	4,0 %
Winter	Toda Alemania	1929	2,5 %
Naujoks	"	1939	3,3 %
Koracs	Hungría	1941	1,90 %
Nosotros	Madrid	1943	1,3 %
Dieckmann	Chicago	1945	3,3 %
Johnstone	Houston (Texas)	1945 (privada)	6,0 %
Thoms y		1946 (pública)	3,2 %
Godfried	(Yale)	1946 (privada)	9,6 %

En esta tabla llama la atención el progresivo incremento en las indicaciones de la cesárea, y por tanto de su frecuencia. Hoy día el término medio de frecuencia es un 3 por 100. Nosotros tenemos una frecuencia mucho menor, ya veremos luego las razones, pero aun así en nuestros servicios se nota un incremento en la frecuencia en los últimos años.

TABLA 5.<sup>a</sup>  
Frecuencia de la cesárea en nuestra clínica

1927-1936	Dres. Bourkaib y Botella Montoya	0,98 %
1936-1939	Dr. Botella Montoya	1,19 %
1939-1943	Dres. Bourkaib y Botella Montoya	1,35 %
1943-1947	Dr. Botella Llusá	2,60 %

Esta mayor frecuencia corresponde a que cada vez se resuelvan más distocias Cesárea. Un ejemplo bien expresivo de lo que decimos nos lo da la tabla siguiente:

TABLA 6.<sup>a</sup>

Indicación	Williams 1902	Greenhill 1931	Nubiola 1934	Kerr 1937	Naujoks 1939	Nosotros 1943
Desproporción pelvicocefálica	86,2 %	47,0 %	84, %	63,0 %	47,2 %	72,9 %
Placenta previa	3,3 „	6,0	7 »	12,0	17,4	17,4
Eclampsia	2,9	8,7	0 »	5,2	12,1	4,6
Cardiopatías	3,2	4,3	0 »	7,4	4,1	2,2
Otras	4,4	34,0	9 »	12,0	19,9	2,9
Frecuencia general sobre 100 partos	0,85	4	?	1,7	3,3	1,14

Esta tabla es interesante porque demuestra que la mayor frecuencia actual de la cesárea se debe a su extensión a la resolución de las llamadas «indicaciones atípicas». Los que hacemos pocas cesáreas tenemos un porcentaje mayor de desproporciones pelvifémicas, no porque operemos éstas en mayor número, sino porque operamos en un número menor de casos por indicaciones atípicas. Hasta dónde se puede llegar en la amplitud de las indicaciones de la cesárea nos lo demuestra la tabla de KOVACS (1943).

Aunque para juzgar habría que haber visto los casos, lo indudable es que nosotros no podemos aprobar todas estas indicaciones. Pero mucho menos aún podemos asentir a esas monstruosas estadísticas americanas con 9 y 10 por 100 de frecuencia en las clínicas privadas, lo cual demuestra que, o bien el mimo y el deseo de no sutrir de la mujer, o bien el menos confesable móvil de la justificación de unos honorarios, llevan a sentar indicaciones forzadas. Recientemente, DIECKMANN (1945) y FALLS (1946) en América mismo han protestado contra esta mala costumbre. DIECKMANN, cuya estadística es de las más notables, no pasa de un 3 por 100 de frecuencia. La tabla 6.<sup>a</sup> no tiene desperdicio. Por ella vemos que el apartado «otras indicaciones» es directamente proporcional a la frecuencia con que la operación se practica. Son esas indicaciones que vemos en la tabla 7.<sup>a</sup> y que en realidad son justiciables de versión, forceps o fetotomía. La frecuencia de la cesárea se incrementa siempre a expensas de la de estas otras intervenciones. No podemos sino congratularnos de que esta intervención quite cientos a la basiotripisia, al forceps alto o a versiones mal indicadas; pero, ¡cuántas veces un parto de prueba bien llevado, con una aplicación al final o una versión cuidadosa, nos pueden aborrar una cesárea!

Es sobre todo a la versión, a la intervención quirúrgica a la que más enfermas ha restado el parto abdominal. En mujeres con indicación de terminar el parto al comienzo del mismo, cuando todavía la cabeza no está encajada, en multiparas con amplitud pélvica bien comprobada, todas esas indicaciones de nefropatías, cardiopatías, tuberculosis, toxemias, en las que el objetivo no es salvar un obstáculo, sino concluir rápidamente, ayer se resolvían con versión y hoy con cesárea. ¿Cuál de los dos criterios es el justo? Nosotros creemos que la cesárea debe ampliarse en sus indicaciones, pero con una cierta prudencia y en cierto limite. Cada intervención tiene sus indicaciones concretas, el saberlas sentar y el saber elegir constituye el verdadero arte y la verdadera ciencia del tocólogo. La cesárea es en cierto modo la operación del buen cirujano, pero mal partero, del que conoce el bisturí mejor que los planos de HODGE, y, ante una dificultad obstétrica de orden cualquiera, lleva a la enferma al quirófano y termina el parto con elegancia, pero, ¡ay!, no siempre con sensatez.

## VI. La Cesárea transversa

Hemos hablado ya de la evolución de la técnica operatoria. En 1929 se creía haber llegado ya a una estabilización de los métodos, cuando DÖRFFLER inició su técnica con exteriorización del útero e incisión segmentaria transversa. DÖRNER (1934), BÜRGER (1942), THOMAE (1942) y otros se han erigido en defensores de la técnica, encontrando una mortalidad mucho más baja con éste que con otros métodos, mortalidad que oscila alrededor de un 2 por 100. Estos autores atribuyen las ventajas del método de DÖRFFLER, no sólo a la exteriorización y aislamiento del útero, sino muy particularmente a la incisión transversal.

KERR (1933), poco después de DÖRFFLER, describió una técnica de cesárea con incisión transversa del segmento inferior, pero sin exteriorización del útero. Este método adoptado después por PHANOUF (1936), MARTINS (1937), TITUS (1939), REVOLTELLA (1940) y otros muchos, ha dado excelentes resultados.

SCHMIDT (1936), ERHARDT (1936), MARTINS (1942), NAUJOKS (1942) y JANISCH (1942) han examinado atentamente las dos técnicas y concluyen que el DÖRFFLER no tiene ninguna ventaja sobre la transversa y que los buenos resultados que con aquella técnica se obtienen se deben solamente al tipo de incisión y no a la exteriorización.

Las ventajas que se han señalado a esta técnica son las siguientes (BOTELLA, 1942-44): a) Incisión en sentido de las fibras musculares del segmento inferior.

b) La incisión no secciona vasos. c) Se puede hacer íntegramente segmentaria aun con poca formación de segmento. d) Más correcta cicatrización. e) Recubrimiento más fácil con vejiga y peritonización más completa.

Los resultados operatorios son mucho mejores que con otras técnicas.

TABLA 8.<sup>a</sup>

Resultados operatorios de la cesárea transversal

Autor	Año	Cesárea segmentaria longitudinal	Cesárea segmentaria transversal
Naujoks	1939	3,1 %	2,75 %
Barney y col.	1944	2,6 %	0,9 %
Greenhill	1945	1,2 %	0,9 %
Nosotros	1946	4,0 %	2,3 %

(Casos posteriores a 1936)

El progreso en la técnica de la cesárea transversal no es más que un caso particular del avance general hecho por PORRO hasta nuestros días. Las ventajas que se han ido consiguiendo poco a poco afectan sobre todo a la peritonización y cicatrización. Habiendo llegado a este punto, vemos el camino recorrido como una serie de tanteos; hechos entonces a ciegas, pero cuyo sentido se nos revela ahora. Para conseguir: a) Una buena coaptación y cicatrización de los bordes de la herida uterina; b) Un buen aislamiento entre ésta y la cavidad peritoneal.

Las ventajas de la operación de PORRO consistían en que, extirpando el útero, se elimina toda posibilidad de paso de gérmenes desde la cavidad de éste al peritoneo, y además el muñón cervical es más fácilmente peritonizable y en él la hemostasia es más completa. La operación de SÄNGER era más arriesgada porque suponía un intento de dejar el foco séptico que todo útero puerperal es en potencia, aunque lo suficientemente bien cerrado para que no produjese complicaciones. Un escalón más, la cesárea segmentaria, resolvió ante todo el problema del buen recubrimiento de la sutura, recubrimiento que la cesárea transversal facilita al máximo.

## VII. Problemas actuales de la Cesárea

### a) El parto de prueba y la rotura de la bolsa.

Ya hemos dicho más arriba que hoy día se abusa mucho de la operación cesárea. Una de las razones por las que se hacen más cesáreas de las debidas es por enjuiciar falsamente una desproporción pélvicocefálica. En pelvis de 3.º y 4.º grado este error no es fácil de cometer, pero en pelvis de 2.º grado con feto pequeño y en todas las pelvis de 1.º grado, cabe esperar un parto espontáneo. Esto obliga a no intervenir precozmente, sino a esperar y practicar el así llamado «parto de prueba». Entendemos por tal el someter a la mujer a una observación de unas cuantas horas, reproduciendo las condiciones del período expulsivo, es decir, la bolsa rota y una dilatación mínima de cinco pesetas.

Ahora bien, la espera de varias horas con bolsa rota, antes de decidirse a hacer una cesárea, es algo que pugna con todos nuestros puntos de vista clásicos y que pudiera llamarse «herejía obstétrica». HOLLAND (1921) encontraba una mortalidad de 1,8 por 100 con bolsa íntegra y de 9,4 por 100 con bolsa rota, y ya hemos citado antes cifras análogas en estadísticas más antiguas.

Sin embargo, este problema está actualmente en revisión. Nosotros, en 1943, examinábamos el curso postoperatorio de 298 cesáreas con los resultados que pueden verse en la tabla 9.<sup>a</sup>

T A B L A 9.ª

Bolsa	Curso	Casos	Porcentaje
Integra	Apirético	8	24,2
	Subfebril	18	54,5
	Febril	6	17,0
	Exitus	1	3,3
Menos de seis horas	Apirético	9	20,3
	Subfebril	24	54,5
	Febril	10	23,0
	Exitus	1	2,2
De seis a doce horas	Apirético	2	4,6
	Subfebril	26	60,4
	Febril	13	30,4
	Exitus	2	4,6
De doce a veinticuatro horas	Apirético	1	2,9
	Subfebril	16	47,1
	Febril	15	44,1
	Exitus	2	5,9
De más de veinticuatro horas	Apirético	0	0,0
	Subfebril	7	20,6
	Febril	24	70,2
	Exitus	3	9,2

Mortalidad global de este grupo de mujeres: 4,7 por 100.

De su examen podemos deducir un hecho muy importante, y es que *la mortalidad con bolsa rota de menos de seis horas no se eleva, más bien disminuye*, y hasta pasadas las doce horas no aumenta de un modo sensible. La anterior estadística está tomada en cesáreas hechas con la técnica de KRÖNIG, antes de la introducción de la transversal y antes también de la introducción de las medidas de profilaxis, sulfamídica y penicilínica.

FREE (1945), en América, intervino un 60 por 100 de cesáreas con bolsa íntegra con una morbilidad de 28,6 por 100 de cursos febriles y 23 por 100 con bolsa rota, sin maniobras ni tactos, con un 35 por 100 de febriles. En ambos grupos la mortalidad fué la misma, la muy exigua de 0,4 por 100. DIECKMANN (1945) y FALLS (1946) muy recientemente indican la no peligrosidad de la bolsa rota de pocas horas, siempre que no se hayan hecho tactos vaginales ni otras manipulaciones. En consecuencia, aconsejan hacer el parto de prueba en las pelvis límites.

Esto permite restringir mucho el uso de la intervención, de la cual se abusa, desde luego.

Desde 1915 se han elevado voces de protesta contra el abuso de la cesárea. HOLMES (1915), WILLIAMS (1917), WILSON (1937), LYNCH (1937) y en los últimos años GORDON y ROSENTHAL (1941), DIECKMANN (1945) y JHONSTONE (1945) han clamado contra el abuso de la cesárea, sobre todo en los Estados Unidos, donde en algunas clínicas ha llegado hasta frecuencias superiores al 10 por 100. En tales casos se han hecho cesáreas por las razones más banales, pero sobre todo en primigestas en las que al comienzo del parto la cabeza aún no estaba encajada y el temor a la rotura de la bolsa forzaba una indicación injustificada.

El saber que hasta 6-12 horas de bolsa rota no agrava el pronóstico, nos permitirá una prudente espera y, gracias a ello, muchas mujeres evitarán el riesgo de una intervención.

#### b) Casos impuros.

Pasadas las doce horas de la ruptura de la bolsa, la mortalidad, en las estadísticas de hace diez años, se acrecentaba notablemente.



TABLA 10

Mortalidad en cesáreas con más de 24 horas de bolsa rota

Autor	País	Mortalidad %	Observaciones
Naujoks	Alemania	9,8	Tactos impuros
Migliavacca	Italia	16,6	» »
Podleschka	Checoslovaquia	22,0	» »
Le Lorier	Francia	10,2	» »
Holland	Inglaterra	26,0	Algunas con intento de forceps
Nosotros	España	9,2	Tactos incontrolados.

Después de la introducción de la técnica transversa y de la sulfamidoterapia y penicilinterapia, los resultados han mejorado enormemente. Nosotros, en 1944, publicamos una lista de 23 casos con bolsa rota y tractos, alguna hasta de 62 horas, sin ninguna muerte.

En la actualidad tenemos 26 mujeres operadas con bolsa rota de más de 24 horas (hay una de 72 y otra de 90 horas), sin ningún caso fatal. Creemos que estos resultados se deben a la cesárea transversa en gran parte y en parte también a la sulfamido y penicilinterapia.

TABLA 11

Operadas con más de 24 horas de bolsa rota

Caso	Nombre	Horas de bolsa r.	Anestesia	Curso	Técnica	Profilaxis
1	J. A. E.	24	Raqui	Sub. feb.	Phanoeuf	No
2	M. T. P.	52	»	Febr.	Martius	Sulfathiazol en peritoneo
3	C. R. S.	40	Local	Sf.	Nuestra	No
4	M. U. G.	24	Eter	Apiret.	»	No
5	C. M. M.	49	Raqui	Sf.	Phanoeuf	No
6	C. H. M.	62	»	Febr.	Nuestra	Sulfathiazol en peritoneo
7	F. A. M.	29	»	Sf.	»	No
8	C. L. G.	32	Local	A.	»	No
9	H. I. R.	29	Raqui	»	»	No
10	P. S. S.	31	Local	Sf.	»	Sulfath. peritoneo
11	A. M. B.	26	Eter	Sf.	»	» »
12	S. I. O.	48	Local	A.	»	No
13	A. M. R.	72	»	F.	»	Sulfath. + Penicilina
14	L. B. S.	39	Eter	Muy feb.	»	Id. en peritoneo
15	M. D. D.	45	»	F.	»	Id. »
16	C. L.	53	Local	F.	»	Id. en per. y útero
17	P. I.	90	Eter	F.	»	Id. » »
18	C. A. S.	25	Caudal	A.	»	Id. id. id. + penicilina 1 millón
19	S. U. T.	24	»	A.	»	No
20	L. N.	29	Eter	A.	»	Penicilina bruta
21	X. X.	31	»	Sf.	»	Sulfath. en per.
22	A. L.	32	Local	F.	»	No
23	C. G. P.	47	»	F.	»	No
24	S. S. L.	29	Eter	Sf.	»	Penicilina bruta
25	M. M. P.	24	»	Sf.	»	No
26	F. S. A.	25	Local	Sf.	»	No

Los resultados, como se ve, son altamente satisfactorios. Aun en un servicio como el nuestro en que el material ingresa en gran parte de la calle en mal estado, la mortalidad infecciosa de la cesárea va siendo prácticamente nula.

Digamos dos palabras de la profilaxis con sulfamidoterapia y penicilina, de la que hasta ahora tenemos poca experiencia. Tenemos gran fe en ella y creemos con MANUEL LUIS PÉREZ y ECHEVARRÍA (1946) que es un adelanto decisivo.

TABLA 12

Mortalidad por infección en cesáreas en que se utilizó la aplicación del polvo de sulfamidas

Autor	N.º de casos	Fallecidas	%
Peralta-Ramos y G. Collazo	188	4	2,13
Lepage y col.	68	1	1,94
Gazitúa	101	1	0,99
Vautrin	3	0	0
M. L. Pérez y Echevarría	102	0	0

Los resultados son elocuentes por sí solos.

Con la penicilina, muy poco empleada hasta ahora, sobre todo en forma local, los resultados son también muy buenos, según DIECKMANN (1946) y DE SOUZA (1945), aunque las estadísticas son demasiado recientes e incompletas para poder establecer comparaciones. *Insistamos, sin embargo, en que los buenos resultados modernos en la cirugía del caso impuro no son sólo producto de la acción quimioterápica, sino muy especialmente del progreso en las técnicas quirúrgicas. La mejor profilaxis de la infección en la cesárea es una buena sutura y una buena peritonización.*

### c) Mortalidad.

En los párrafos anteriores hemos visto como la mortalidad ha ido descendiendo leítemente como consecuencia de los pacientes esfuerzos de los cirujanos. La mortalidad actual oscila mucho de unas clínicas a otras y realmente resulta imposible comparar los resultados. Esto se debe, en primer lugar, al concepto distinto que de la «mortalidad corregida» tienen algunos autores, pero sobre todo su causa, es la diferente calidad del material y el porcentaje de casos externos «impuros» que cada clínica recibe.

TABLA 13

Mortalidad de la cesárea

Autor	%	Año	Autor	%	Año
Gordon y Rosenthal (en todos los EE. UU. cifra media de una encuesta)	8	1941	Phanoeuf (Filadelfia)	1,9	1945
Naujoks (Alemania)	3	1941	Jhonstone (Texas)	2,2	1945
Kovacs (Hungría)	3,2	1942	Free (Chicago)	0,4	1945
Botella y Riesgo (España)	4,0	1943	Dieckmann (Chicago)	1,46	1945
			Falls (EE. UU.)	2,1	1946
			Thoms y Godfried (Yale)	0,4	1946
			Nesotros (España)	2,3	1943-46

Permítanos ser un poco escépticos sobre esas cifras de mortalidad menores de 1 por 100. En todas esas estadísticas se trata de material muy seleccionado, descartando del cálculo, por diversas razones, todos los casos difíciles y desfavorables. Nuestra última cifra de mortalidad de 2,3 por 100 nos es muy difícil rebajarla, si se tiene en cuenta el material de la Maternidad de Madrid, que es un colector de todos los casos difíciles y desgraciados de la comarca. Esto se ve en la tabla que publicamos en 1943.

TABLA 14  
Estado en que fueron operadas las enfermas

Bolsa (estado de la)	Nosotros (España) Por 100	Migliavacca (Italia) Por 100	Tasch (Viena) Por 100
Bolsa íntegra ... ..	17,5	40	53
Rota de menos de seis horas ... ..	23,4	38	26
Más de seis y menos de doce horas	22,9	38	21
Más de doce horas ... ..	36,2	22	21

Mortalidad nuestra (en bruto), 6,1. Mortalidad de Migliavacca (en bruto), 4,7. Mortalidad de Tasch (en bruto), 4,4.

Más interesante resulta analizar nuestras causas de muerte. De 1943 a 1946, en nuestros servicios se practicaron 130 cesáreas. Murieron 5; 2, de eclampsia; 2, de síncope raquídeo, y 1, de peritonitis. Descartamos los dos primeros casos que murieron en coma con ataques repetidos. Tenemos así dos muertes anestésicas y una por peritonitis. Esta tenía como causa la dehiscencia de la herida uterina, con paso de loquios al peritoneo. Esto demuestra la importancia de la sutura, más arriba indicada, y la gravedad de las faltas de técnica en la misma.

GORDON (1944), de 30 casos de muerte por cesárea, encuentra 9 por infección, y en 8 de ellos había disrupción de la herida uterina. DIECKMANN (1945) da las siguientes causas de muerte:

TABLA 15  
Causas de muerte, según DIECKMANN

Causas	%	Causas	%
Anestesia	3	Hemorragia y shock	30
Infección	38	Toxemia	19
Embolia	7	Neumonía	4

Debemos plantearnos ahora el problema de eliminar estas causas de muerte. Como afirma DIECKMANN, casi todas ellas son remediabiles con una técnica y una rutina escrupulosa. Dice este autor que la muerte por cesárea debe ser considerada como una falta de técnica. Que no se nos tache de pesimistas, pero hemos vivido lo suficiente para no atrevernos a decir otro tanto.

#### d) Anestesia

Este es un problema íntimamente relacionado con el anterior. Parece necesario buscar la anestesia adecuada para la intervención.

Nosotros hemos creído mucho tiempo que la raquiánestesia era la anestesia adecuada, y así lo hemos sostenido en un trabajo anterior y en su discusión en la Sociedad Ginecológica Española. Dos casos fatales seguidos, y el registro de 7 casos en Madrid, en los últimos cuatro años, me obligan a *publicamente de opinión*. Partidarios de la raqui son, en América y en fecha reciente, COSGROVE (1942) y WATERS (1942), pero también en aquel país señalan sus peligros PLASS y RICCI (1941), GREENHILL (1943) y NORTON (1945), quien de 23 muertes por cesárea en Jersey-City, encuentra 13 por raqui.

Dicen que con la técnica de la raquiánestesia continua se obvian estos inconvenientes (LEMMON y HAGER, 1944; LEVINE, 1945, y ULLERY, 1946), pero nosotros creemos que la mejor anestesia es la local, de la que recientemente GREENHILL (1946) hace un gran elogio y, en su defecto, el éter, al que seguimos muy adictos.

FREE (1945), THOMS y GODFRIED (1946) y otros prefieren el ciclopropano, del que nosotros no tenemos experiencia.