

## NUEVAS OBSERVACIONES SOBRE SULFAMIDOTERAPIA INTRAPERITONEAL EN LA OPERACION CESAREA \*

Por el Dr. **EVERARDO LANDA**,  
académico de número

El día 9 de mayo de 1945 tuve ocasión de presentar en esta Academia un trabajo concerniente a la *aplicación local y profiláctica de sulfamidas en la operación cesárea*, el cual puede verse publicado en el número 4 del tomo LXXV de la "Gaceta Médica de México". El acervo clínico comprendía *veintiocho* operaciones cesáreas que fueron ejecutadas en la Maternidad de la Fundación Tagle; operaciones que estuvieron a cargo de los señores doctores don Alfonso Díaz Infante y don José Antonio Guevara y el autor del presente trabajo. Vengo ahora a ratificar lo aseverado entonces, agregando *diecinueve* casos más de tal intervención quirúrgica; merced a lo cual se alcanza una serie de *cuarenta y siete* cesáreas abdominales, suprasinfisarias. Nuestro criterio, pues, se afirma en aceptable experiencia y nos da ocasión para afirmar que la acción de sulfamidas en los casos sospechosos de infección puede ser de utilidad.

A pesar del empleo de las sulfamidas, algunos operadores se ponen a cubierto contra la infección peritoneal (o más bien dicho: peritonitis) por medio de canalizaciones, es decir, dejando abierta la cavidad abdominal. En la Maternidad de la Fundación Tagle, no obstante las circunstancias de haber operado con frecuencia en condiciones adversas, ni tan siquiera pensamos en canalizar ni, mucho menos, practicar histerectomía. No han pasado muchos años aún desde que era de rigor extirpar el útero en casos simplemente sospechosos. Más es lógico, por otra parte, con el fin de no

---

\* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 11 de diciembre de 1946.

incurrir en el sofisma de *post hoc, ergo propter hoc*, agregar que no deben atribuirse al uso exclusivo de la droga los resultados obtenidos, ya que pueden influir otros diversos factores, como el de las simples y naturales defensas del organismo, y sobradamente en el caso, de la serosa peritoneal.

Nunca fué la peritonitis complicación en nuestras operadas, y creemos que aquellos casos donde ocurrieron fenómenos de infección en el puerperio; se debe atribuir ésta a endometritis puerperal, precisamente como acaece aun después de alumbramientos (partos) eutócicos. Operamos siempre, o más bien dicho casi siempre, en casos sospechosos, pues los llamados "puros" son excepción; se practica, además, la cesárea tardía, porque se deja a la parturienta muy a menudo sometida a la prueba del trabajo, o se opera en casos de urgencia a mujeres que llegan con hidrorrea amniótica y después de muchas horas de dolores ineficaces. Pero hasta en el caso "puro" preferimos aplicar sulfatiazol quirúrgico (para-amino-benceno-sulfamida-tiazol), supuesto que la histerotomía pone en franca comunicación las cavidades uterina y peritoneal; siendo tampoco evitable fácilmente el contacto con el líquido amniótico y el arrastre de productos endometriales, ni la fricción por medio del cuerpo fetal.

Diré a continuación y en breves palabras cómo se procede. Incisión muy pocas veces segmentaria única, dado que la suficiente distensión del S. I. suele no alcanzarse, por razones bien conocidas; de manera que debe el operador estar prevenido siempre para ejecutar el corte segmentocorpóreo; incisión transversal de la serosa como a un centímetro arriba de la vejiga, de unos ocho o diez centímetros más o menos de longitud, incisión vertical de la misma serosa en la línea media, hasta alcanzar el límite del segmento uterino, con el objeto de que resulte la conocida incisión en forma de T; disección de los colgajos, corte de S. I., y corte, si fuere necesario, del cuerpo del útero; extracción inmediata del feto; extracción de los anexos por tracción suave del cordón umbilical y expresión del fondo del útero, o extracción manual si hubiere resistencia. En estos momentos se inyecta pituitrina, de preferencia en el músculo uterino. Previamente se ha procurado formar un buen campo operatorio por medio de compresas de gasa suave, o lo que más nos parece conveniente y muy útil, con la tira única. Colocamos a la enferma en moderada inclinación de Trendelenburg, y es *indispensable* el vaciamiento completo de la vejiga de la orina, pues vejigas con su líquido estorban y dificultan la incisión transversal del peritoneo y la vertical del S. I. Gasa aisladora bien hundida en torno, aísla perfectamente bien, de lo cual es fácil cerciorarse en el

momento de extraerla, pues si se impregna de sangre o de productos uterinos es solamente en las porciones inmediatas; las más profundas salen casi limpias y secas. A continuación, las suturas bien conocidas; pero debe quedar anotado que la imbricación de los colgajos peritoneales no siempre se puede lograr en la misma forma en todos los casos; de manera que se puede decir que la sutura de dichos colgajos es de circunstancias. En la sutura de la pared abdominal, Díaz Infante recordando a Villarreal, descubre los bordes internos de los músculos rectos y los une en la línea media. Y repetiré lo que se dijo en el trábajo anterior: que el sulfatiazol se aplica en la cavidad uterina sobre la herida útero-peritoneal, una vez terminada la sutura; esparcido suficientemente en torno a dicha sutura, y por último, en la sutura de la pared abdominal, excepto en la piel, donde no quedan sino las grapas y a las veces por lo menos, tres puntos de Sarnoff.

A continuación aparecen los relatos compendiados de cada uno de los casos de la nueva serie.

1. C. P. de G., de 28 años. Dos partos a término, normales, y un aborto. Operada el 20 de julio de 1945. Huevo abierto. Causa de la distocia: placenta previa. Aplicación de sulfatiazol quirúrgico. Puerperio: leve infección puerperal de corta duración. Incisión segmentocorpórea. Producto: del sexo femenino, prematuro, murió once horas después en estado de cianosis profunda. Alta a los trece días.

2. G. A., de 23 años, primípara. Operada el 16 de agosto de 1945. Huevo abierto durante cuarenta y seis horas. Temperatura antes de la operación: 37.6. Causas de la distocia: estrechez pelviana ligera; dilatación estacionada en tres centímetros; brevedad del cordón umbilical: tres vueltas apretadas en el cuello; presentación cefálica, cabeza libre. Aplicación de sulfatiazol. Sulfatiazol *ab ore* durante el puerperio. Infección puerperal de mediana intensidad, con duración de ocho días. Incisión segmentaria, y cicatrización por primera intención. Producto vivo. Alta a los veintitrés días.

La extremada brevedad accidental del cordón umbilical, suponiendo que hubiera sido en este caso la única dificultad del parto, habría hecho sumamente laboriosa y casi seguramente fatal para la vida del niño una aplicación de fórceps.

3. D. V. de A., de 22 años. Un parto anterior de término, normal. Operada el día 6 de agosto de 1945. Huevo abierto durante catorce horas.

Causas de la distocia: presentación de pelvis, intensa retracción del útero, pérdida completa del líquido amniótico, e indicación urgente: sufrimiento fetal. Aplicación de sulfatiazol y uso del mismo durante el puerperio. Incisión ségmentocorpórea. Puerperio: paresia intestinal al segundo día, y temperatura máxima de 37.8. Cicatrización por primera intención. Producto: sexo masculino, peso de 3,350 gr. Alta a los diecisiete días.

La extracción manual del feto habría sido muy dificultosa e indudablemente fatal para la vida del mismo, pues la intensa retracción del útero habría dificultado extraordinariamente la extracción de la cabeza.

4. M. M. de O., de 25 años. Un parto anterior normal y de término. Operada el 24 de septiembre de 1945. Causas de la distocia: placenta previa (tres hemorragias abundantes), cuello sin modificación, pues no se había iniciado el trabajo de parto; presentación de hombro. Incisión ségmentocorpórea. Hemorragia operatoria de mediano volumen, y se observó, además, el interesante fenómeno del despegamiento espontáneo de la placenta, el cual ocurría a medida que la incisión se ampliaba, al mismo tiempo que la placenta surgía, como una especie de hernia al través de la herida. Extracción del feto por los pies. Aplicación de sulfatiazol. Puerperio: fiebre hasta de 39 grados (una sola vez) durante cinco días, pues la gráfica correspondiente registró calentura menos alta. Penicilina durante tres días y comprimidos de sulfatiazol. Silencio peritoneal completo, y cicatrización por primera intención. Producto: sexo masculino, prematuro, tuvo un solo movimiento de inspiración. Alta a los doce días.

El fenómeno descrito respecto al despegamiento de la placenta permitió observar directamente cómo obran la retracción y la contracción uterinas sobre la expulsión de los anexos.

5. M. I., de 39 años. Un parto anterior espontáneo y prematuro; un aborto espontáneo de dos meses; un parto cesáreo, practicado en la Maternidad Tagle el 24 de junio de 1944. Principio de los dolores: el 2 de marzo de 1946, a las 7 de la mañana. Operada el día 5 a las 2.30 de la mañana. Causa de la distocia: estrechez pelviana; presentación cefálica; cabeza libre. Ruptura artificial de las membranas con el objeto de facilitar el descenso de la cabeza, el cual no se efectuó. Puerperio: calentura a partir del noveno día (no más de 38 por una sola vez), seguramente debida a pequeño absceso de la grasa subcutánea en un punto de la sutura. Empleo del sulfatiazol únicamente en el puerperio. Producto: sexo femenino, vivo, extraído por los pies. Alta a los veintidós días.

Esta segunda cesárea en la misma enferma fué verdaderamente *extra-peritoneal*, en virtud de que el peritoneo parietal estaba adherido al visceral. No siempre ocurre tan interesante casualidad.

6. C. R. de Q., de 18 años, primípara. Principio de los dolores: el 22 de abril de 1946, a las 5.20 de la mañana. Operada el 23 a las 4.45 de la tarde. Causa de la distocia: estrechez pelviana. Terminó la dilatación con bolsa íntegra, pero sin encaje consecutivo de la cabeza. Incisión segmentaria. Puerperio: calentura hasta de 38.5 entre los días segundo y cuarto. Comprimidos de sulfatiazol, con irregularidad. Producto: sexo femenino, vivo, de 3,150 gr. Alta a los catorce días.

7. C. C., de 33 años. Tres partos de término: uno con fórceps y dos por cesáreas, practicadas en la Maternidad Tagle. Principio de los dolores: el 25 de abril de 1946, a las 8 de la mañana. Operada el mismo día a las 9.30 de la noche. Causa de la distocia: estrechez pelviana. Presentación cefálica, cabeza libre. El cuello no se dilató en trece horas de dolores. Incisión segmentaria, y extirpación de las dos trompas uterinas, a pedimento de la enferma y de su esposo. Aplicación de sulfatiazol. Puerperio normal. Producto muerto. A la una de la tarde el feto vivía, y la enferma se retiró de la Maternidad, porque tenía esperanzas de escapar a la tercera cesárea; pero al fin, angustiada por sus dolores, regresó en la noche con su criatura ya sin vida. En la segunda cesárea se ligaron las dos trompas, y sin embargo, se produjo el nuevo embarazo. En esta tercera operación se prefirió, en consecuencia, extirpar las trompas, según se dijo antes; siendo de anotarse, que en el sitio de las ligaduras anteriores, ambas trompas se habían reducido a un delgado filamento. Habría sido interesante, pues, un examen histológico; pero las piezas anatómicas se perdieron inevitablemente entre desechos de la operación.

8. H. G., de 36 años. Cuatro partos de término, normales, y dos abortos espontáneos. Principio de los dolores: el 20 de mayo de 1946 a las 8 de la mañana. Operación: el día 22 de mayo de 1946 a las 7 de la noche. Ruptura prematura de las membranas; huevo abierto durante 32 horas. Duración del trabajo: 59 horas. Causas de la distocia: ligera estrechez pelviana; presentación de frente. Incisión segmentocorpórea. Aplicación de sulfatiazol quirúrgico. Puerperio absolutamente normal. Producto: sexo femenino, vivo, de 3,500 gr. Alta a los trece días.

9. I. M., de 31 años, primípara. Principio de los dolores: el 15 de junio de 1946, en la mañana. Operada el día 17 a las 10 de la noche. Huevo abierto durante 48 horas. Presentación cefálica, cabeza desalojable. Causas de la distocia: estrechez pelviana, estacionamiento de la dilatación en tres centímetros, cuello edematoso y no borrado. Indicación urgente: sufrimiento fetal. Incisión segmentocorpórea. Aplicación de sulfatiazol. Puerperio: calentura máxima de 37.7. Al octavo día apareció una dureza del tejido subcutáneo en el flanco derecho, de naturaleza inflamatoria, y el proceso se resolvió favorablemente bajo la influencia de 400,000 U. de penicilina. Cicatrización por primera intención. Producto: sexo femenino y de término; falleció de gastrorragia al quinto día de la operación. Alta a los 18 días.

10. I. J., de 18 años, primigrávida. Principio de los dolores: el 15 de junio de 1946, a las 9 de la mañana. Operada el día 17 a las 5 de la tarde. Duración del trabajo: 56 horas. Causa de la distocia: estrechez pelviana. Presentación cefálica, cabeza enteramente libre. Incisión segmentocorpórea. Ovario derecho microquístico; cantidad apreciable de líquido seroso peritoneal. Aplicación de sulfatiazol. Puerperio normal, y cicatrización por primera intención. Producto: sexo masculino, vivo, de 2,500 gr. Alta a los 15 días.

11. R. C., de 20 años, primigrávida. Principio de los dolores: el 26 de junio de 1946, a las 10 de la noche. Operada el día 28 a las 9 de la noche. Duración del trabajo: 47 horas. Distocia cervical: Se borró el cuello, pero no hubo dilatación; estrechez ligera de la pelvis. Presentación cefálica, cabeza abocada. Aplicación de sulfatiazol. Huevo cerrado. Puerperio normal. Producto: sexo femenino, vivo.

12. G. R. de C., de 21 años. Un parto normal de gemelos. Ruptura precoz de las membranas el día 27 de junio de 1946, a las 8 de la mañana. Operación: el 28 de junio a las 2.30 de la tarde. Huevo abierto durante 32 horas, 30 minutos. Causa de la distocia: presentación de frente. La cabeza descendió en la excavación acomodándose en postura posterior. Cuello con dilatación de tres centímetros; sufrimiento fetal. Incisión segmentaria. Extracción por los pies. Aplicación de sulfatiazol. Puerperio: fiebre de menos de 38 grados. Se aplicaron 100,000 U. de penicilina, y se prescribió sulfatiazol bajo la forma de comprimidos. Algo de fusión purulenta del tejido celular subcutáneo. Producto: sexo femenino, vivo, de

3,500 gr. La enferma no quiso esperar la cicatrización completa de su herida, y salió a los 16 días.

13. S. de M., de 20 años, primigrávida. Principio de los dolores: el día 5 de agosto de 1946, a las 10 de la mañana. Operada el día 5 a las 10.30 de la noche. Duración del trabajo: 12 horas, 30 minutos. Causa de la distocia: estrechez infranqueable de la pelvis y gran desproporción céfalo-pelviana. Caso puro. No se aplicó sulfatiazol. Puerperio normal, Producto: sexo masculino, vivo, de 3,600 gr. Alta a los 13 días.

14. C. S., de 22 años, primigrávida. Principio de los dolores: el 23 de septiembre de 1946, a las 11 de la mañana. Operada el día 23 a las 2 de la tarde. Duración del parto: 5 horas. Presentación céfálica, cabeza enteramente libre. Hidramnios de abundante volumen. Causa de la distocia: estrechez de la pelvis. Huevo íntegro. Puerperio: calentura entre 37 y 38.4 durante los 9 primeros días. No consta en el informe si se aplicó sulfatiazol. Cicatrización por primera intención. Producto: sexo femenino, vivo, de 3,500 gr.

Teniendo en cuenta que la cabeza del feto no ofrecía ninguna deformación plástica, se nos presentó con la forma natural que tanto aprecian los antropólogos. La apariencia de la cabeza en estas condiciones es meso-céfala. La medición de los diámetros correspondientes dió el siguiente resultado:

S O M.—13.8.

S O B.—10.4

O F —11.7.

S O F.—11.

B P —10.

T R B.—10.

B A —13.

Circunferencias céfálicas:

Máx. 39

Mín. 33.5

15. A. G. de M., de 36 años, primigrávida. Principio de los dolores: el día 6 de octubre de 1946, a las 5 de la tarde. Operada el día 7 a las 7.30 de la noche. Duración del parto: 26 horas, 30 minutos. Causa de la distocia: presentación del hombre con procidencia del miembro superior. Anquilosis

de las articulaciones coxofemorales con impedimento casi completo de la abducción. Aplicación de sulfatiazol quirúrgico. Puerperio: fiebre ligera de menos de 38 grados. Cicatrización por primera intención. Producto: sexo masculino; extraído muerto. Alta 11 días después.

Se ve que habría sido completamente imposible todo intento de desocupación por la vagina, pues la anquilosis, si bien permitía algo de flexión contra el abdomen, no daba más separación que unos 8 centímetros entre las rodillas.

16. M. A., de 20 años, primigrávida. Principio de los dolores: el 11 de octubre de 1946, a las 11 de la mañana. Operada el día 12 a las 2.45 de la mañana. Duración del trabajo: 27 horas y 15 minutos. Causa de la distocia: estrechez pelviana ligera; vértice en posición derecha posterior; brevedad accidental del cordón umbilical; sufrimiento del feto. Cabeza en la porción superior de la excavación, sin alcanzar el segundo plano paralelo; era fácilmente desalojable y tenía giba voluminosa. Ruptura artificial de las membranas; líquido cargado de meconio. Se pudo observar cierta torcedura del cuello de la criatura, de tal manera que guardando ésta la posición posterior de que se habló, el hombro anterior se ofrecía a la vista quedando el dorso un poco adelante, y con la circunstancia de que el miembro superior descendía hasta ponerse casi en procúbite. Aplicación de sulfatiazol quirúrgico después de incisión segmentocorpórea. Puerperio: se inició con fiebre ligera, por lo cual decidimos aplicar penicilina en cantidad de 300,000 U. durante tres días. Evolución normal. Cicatrización por primera intención. Producto: vivo, del sexo masculino, de 3,000 gr. de peso. Choque ligero de la enferma al término de la operación. Alta a los 19 días.

Este caso es interesante en el aspecto de una de las causas de distocia: la brevedad accidental del cordón umbilical. Muchas aplicaciones de fórceps se dificultan considerablemente en estos casos y muy a menudo dan productos muertos; y como no es diagnosticable la dicha brevedad, el tocólogo se ve precisado a valorar con toda conciencia los diversos factores clínicos para llenar la indicación principal. La brevedad de que se habla había determinado esa actitud que guardaba el feto, tan irregular; de modo que la aplicación del fórceps habría sido alta y seguramente mortal para la criatura.

17. M. de C. S., de 18 años, primigrávida. Principio de los dolores: el 19 de octubre de 1946, a las 4 de la tarde. Operada el día 21 a las 4.30 de la tarde. Duración del trabajo: casi 48 horas. Causa de la distocia: pelvis

estrecha, infranqueable. Cabeza libre. Caso "puro". Puerperio normal, y no se aplicó sulfatiazol. Cicatrización por primera intención. Producto: del sexo femenino, vivo, de 3,200 gr. Alta a los 11 días.

18. A. O. de Z., de 28 años. Un parto anterior normal. Principio de los dolores: el día 20 de octubre de 1946, a las 7 de la mañana. Operada el día 22 a las 5 de la tarde. Duración del trabajo: 58 horas. Presentación de pelvis simple: Distocia cervical: no hubo dilatación. Aplicación de sulfatiazol. Puerperio: fiebre leve de menos de 38 grados. Cicatrización por primera intención. Producto del sexo femenino, vivo. Alta a los 12 días.

19. M. E. P. de P., de 26 años, primípara. Principio de los dolores: el 31 de octubre de 1946, a las 5 de la tarde. Operada el 3 de noviembre a las 10 de la noche. Duración del trabajo: 77 horas. Ruptura espontánea de las membranas el día 3 a las 8.30 de la noche; líquido con meconio, Causa de la distocia: posición O. I. P.; estacionamiento de la dilatación en tres centímetros. La giba cefálica sobrepasaba un poco el segundo plano paralelo de la excavación. En el momento de extraer al feto se pudo ver que la rotación de la cabeza se había efectuado hasta la I. A., pues la nuca quedaba hacia adelante. Extracción dificultosa y con intentos de fórceps; al fin se logró la extracción efectuando una tracción moderada en la boca del niño. La placenta ocupaba la cara anterior del útero, y era de inserción baja. Se aplicó sulfatiazol. Evolución con principio febril; pero aunque la temperatura no pasó de 38 grados, se aplicó penicilina en cantidad total de 300,000 U., con resultado enteramente favorable. Cicatrización por primera intención. Producto: sexo femenino, casi de término, y no vivió. La enferma salió a los 13 días.

Creo que la asfixia fetal vino evolucionando desde antes de la operación, según acaece en partos distócicos y en posiciones posteriores de vértice. El meconio expulsado fué abundante.

La espera concerniente a la llamada prueba del trabajo no debe prolongarse demasiado; pero ocurre, sin embargo, algo de perplejidad durante la observación clínica, dado que siendo normal la pelvis y encajada la cabeza en la parte superior de la excavación, no se desespera respecto a que el alumbramiento pueda ocurrir espontáneamente. Es frecuente en estos casos que la complicación distócica en cuanto a la borradura y dilatación del cérvix sea el principal obstáculo, y que sedantes y otros recursos más o menos eficaces no den el resultado que se pretende.

Las anteriores observaciones o hechos clínicos ofrecen puntos de reflexión y comentarios que en breves líneas expongo en lo que sigue. No considero más que a título de comentarios lo que voy a exponer, o reflexiones únicamente, pues establecer conclusiones, que deben ser proposiciones universales, no es posible, dado que el acervo clínico es pequeño y queda, en consecuencia, sujeto a revisión y rectificaciones.

1. Que el empleo del sulfatiazol quirúrgico en aplicación local es un coadyuvante de mucha importancia en la técnica de toda operación cesárea.

2. Que la misma aplicación puede prevenir infección peritoneal aun en casos impuros o con principio clínico de infección amniótica.

3. Que el uso de la misma droga no debe despreciarse en los denominados casos puros, supuesto que, según antes se dijo, la cavidad uterina queda en comunicación durante un tiempo no despreciable mientras se opera.

4. Que cuando el puerperio es febril, la infección es benigna y debida seguramente a la simple endometritis puerperal, poco séptica.

5. Que el empleo de las sulfamidas debe continuarse durante el puerperio, por el tiempo que se juzgue necesario.

6. Que la sulfamida no produce efectos de intolerancia tan frecuentemente como suele decirse. Sin embargo, el tocólogo debe estar alerta en este sentido.

7. Que la prueba del trabajo no debe prolongarse más allá de las verdaderas indicaciones clínicas. Todo tiempo que se pierda en la atención del parto suele ser funesto, ya en el sentido de la infección, ya para la salud de la madre, ya para la vida del feto.

8. Que la causa principal de distocia en México es probablemente la estrechez pelviana, y la forma más frecuente, la de pelvis generalmente estrecha o *estrecha en totalidad*. También existe otro factor distócico (de gravedad con frecuencia) en lo que se llama de un modo general *distocia del cuello*.

9. Que es posible desentrañar casos de distocia cervical primitiva; pero lo más frecuente consiste en que tal distocia ocurra con carácter se-

cundario: en posiciones posteriores de vértice (muy frecuentes), en presentaciones de pelvis, en brevedad del cordón umbilical, o en primíparas añosas. Debe mencionarse igualmente la ruptura precoz o la prematura de las membranas.

10. Que el tocólogo debe poner verdadera atención, para la práctica de la operación cesárea, en los casos de placenta previa, presentaciones de pelvis y posiciones posteriores de vértice. La posición posterior de vértice es tratada siempre por operación cesárea por algún tocólogo extranjero cuyo nombre no conservo. Me parece exagerada la conducta, aun tratándose de primíparas, pues a estos hechos se refiere el autor. El asunto es de trascendencia, y será objeto más tarde de un trabajo que traeré a esta Academia.

11. Que la incisión exclusiva del segmento inferior no siempre es posible, y en la gran mayoría de las operadas preciso es ejecutar el corte segmentocorpóreo. Esta incisión mixta puede prevenir desgarros en las comisuras de la herida, pues se sabe que el paso del feto al través de dicha herida es un hecho de acomodamiento comparable al de la salida del producto al través de la vulva, que es precisamente cuando ocurren los desgarros perineales, los cuales pueden ser fácilmente prevenidos mediante la episiotomía oportuna.