

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA EN GENERAL Y EN LA REPUBLICA DOMINICANA EN PARTICULAR SU SIGNIFICADO EN LA OBTECRICIA

Bienvenido A. Delgado Billini

"Apolo enseñó el arte de curar a Quirón, el centauro, considerado como el dios de la cirugía y éste instruyó a Jásón, Aquiles y Esculapio. Aún en nuestros días se discute si Esculapio (Asclepio) fué en realidad un hombre que por tener dotes excepcionales y haber llegado a ser muy superior a sus contemporáneos, fué elevado deidad y no faltó quien fijará su nacimiento en Tesalia unos 13 siglos antes de Jesucristo. Hay quienes digan que fué hijo de Apolo, médico de los dioses, y de Coronis que obligada por su padre se unió con su primo Ischis, lo cual irritó a Apolo que lo mató atravesándolo con sus flechas y encargó a su hermana Artemisa que hiciera lo mismo con Coronis, quien al ser conducida a la hoguera suplica a Apolo que evite dos víctimas y éste conmovido le extrae del vientre el fruto de sus amores."

—De la mitología Greco—Romana—

Con esta cita he querido comenzar estos apuntes sobre la historia de la operación cesárea, perdida en su origen en las brumas del tiempo con más de 3,000 años de antigüedad. La operación cesárea y la aplicación de fórceps son, probablemente, los dos procedimientos obstétricos que han sido más comentados en los escritos médicos históricos.

Los historiadores proponen tres explicaciones principales del origen del término con que se designa esta intervención. La primera de éstas se refiere a la leyenda de que Julio César nació de esta forma, de ahí la designación de "operación cesárea". Pero hay dos circunstancias que restan validez a esta explicación: una, Julia, la madre del emperador romano, vivió durante muchos años después del nacimiento de éste, lo que es improbable que sucediera en el año 100 a.d.C., cuando aún en el siglo XVII la intervención era casi siempre fatal, según los escritores confiables de la época; la otra, es que ningún escritor médico antes de la Edad Media menciona la operación, sea practicada en mujeres vivas o en muertas.

La segunda de las explicaciones se basa en la creencia de que el nombre de la operación se deriva de una ley romana que se supone fué promulgada por Numa Pompilio (siglo VIII a.d. C.), que ordenaba se practicara en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar la criatura. La ley, llamada **lex regia** al principio, vino a llamarse **lex caesarea** en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de **caesarea**. Se dice que Numa Pompilio fué el sucesor de Rómulo, el mítico "primer rey" de Roma, y que escritos atribuidos más tarde a aquél son considerados como falsificaciones por los historiadores modernos. Si esta intervención hubiera sido un requerimiento legal en la antigüedad, la habrían mencionado los escritores médicos de este período, pero no fué así.

La tercera explicación señala que la palabra "cesárea" pudo derivar, en algún momento de la edad Media, del verbo latino **caedere** (cortar). Es obvio que es afín a ella la palabra "cesura", que designa un corte o pausa en la línea de un verso, lo que hace más lógico el término "caesarea", pero no se tiene la certeza de cuándo se aplicó por primera vez para designar la intervención. Dado que "sección" deriva del verbo latino "seco", que también significa cortar, llamar "sección cesárea" a la operación, como la denominan los de habla inglesa (caesarean section), parece tautológico, es decir, una repetición inútil y viciosa. El jesuíta Theophile Renaud fue el primero en usar el término "sección cesárea" en un libro publicado en 1937.

Desde Virgilio hasta Shakespeare, los poetas se han referido repetidamente a personas "nacidas prematuramente desde el vientre de su madre." Plinio decía que Escipión el Africano, Marcio y Julio César nacieron así, y que fué por esta circunstancia de donde surgió el sobrenombre por el cual los emperadores romanos fueron designados. Se creía que nacer de esta manera extraordi-

naria, confería poderes sobrenaturales y elevaba a los héroes así nacidos por encima de los demás mortales. El informe auténtico más antiguo de un niño nacido vivo mediante cesárea, de acuerdo con Rigby, fue el de Gregorius, nacido en Leontium, Sicilia, en el 508 a.d.C.

No obstante estas antiguas referencias al parto por vía abdominal, es pertinente indicar que tal intervención no fué mencionada por Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo, Sorano ni por ningún otro escritor médico de ese tiempo. Si la cesárea hubiera sido practicada con cierta frecuencia en esos siglos, es sorprendente que Sorano, cuyo extenso trabajo realizado en el siglo II d.d.C. abarca todos los campos de la obstetricia, no hiciera mención de ella. En los papiros egipcios se encuentran alusiones a niños extraídos "por corte" de su madre. Buda, en sus doctrinas, defiende la cesárea post mortem que se encuentra descrita en los antiguos libros de la India.

En el Talmud judaico aparecen referencias al parto abdominal recopiladas entre los siglos II y VI d.d.C., pero es dudoso que tengan algún fundamento en términos de uso clínico. Sin embargo, no hay duda de que se practicó la cesárea estando la mujer muerta, a partir del momento en que el Cristianismo prevaleció, con el objeto de bautizar el niño. Es así como en el santoral católico aparece el nombre de San Ramón Nonato (no nacido), patrono de las embarazadas y parturientas, del cual la tradición nos cuenta que fué extraído del vientre de su madre muerta, al que se le vió saltar. La fe en la veracidad de algunas de estas narraciones antiguas corre el riesgo de perderse, cuando en ellas se añade que se conseguía obtener criaturas vivas de 8 a 24 horas después del fallecimiento de la madre.

De igual modo, algunas de las primeras narraciones de cesáreas practicadas en mujeres vivas despiertas un escepticismo similar. El hecho más frecuentemente citado es el atribuido al castrador suizo Jacob Nufer, de quien se dice que llevó a cabo la operación en su mujer en el año 1500, logrando que ella sobreviviera, lo cual de por sí era un milagro, sino que, además, pudo dar a luz a dos niños más en partos normales en una época en que se desconocía la sutura de la herida uterina producida por la cesárea. Este caso no fue publicado hasta casi pasados 100 años (1591) por un autor que basó su descripción en rumores transmitidos durante tres generaciones. Es posible que se tratara de un caso de embarazo ectópico abdominal avanzado, y, por tanto, no se practicó en esa mujer una cesárea.

Es notoria la narración que hace Falkin de que en una expedición a las fuentes del Nilo en 1879, en el corazón de Uganda,

uno de los exploradores sorprendió a una mujer que estaba de parto, a la cual un hechicero o mago, después de lavarse las manos con vino de palmera y de frotar la piel abdominal con la misma substancia, armado de un cuchillo muy cortante que había sido calentado al fuego y dejado enfriar, hizo un corte abdominal y extrajo el feto, suturando después con hilo fino y una aguja. Hecho esto, aplicó sobre la herida una pasta compuesta de ciertas hierbas, y la cicatrización se produjo al cabo de 14 días. Esto quiere decir que, en los pueblos del Africa ecuatorial existe un empirismo de cientos de miles de años que se ha ido transmitiendo a las generaciones posteriores.

En el siglo XIII, el obispo Pablo de Mérida, en España, practicó la primera cesárea en mujer viva, de la que tenemos un testigo fiel en la Historia. Comenta el profesor Botella Llusia, que la poca divulgación de estos hechos hace que se atribuya la prioridad de las cesáreas a los autores alemanes o franceses.

Francois Rousset,, contemporáneo de Ambrosio Paré, en su trabajo titulado "Traité Nouveau de l'Hystérotomotokie on l'Enfantement Césarien", que se publicó en 1581, recomendó por primera vez la cesárea **in vivo**. De nuevo surge la duda: Rousset no había realizado ni presenciado nunca la operación y su información se basaba sólo en cartas de amigos. El publicó 14 casos de cesáreas realizados con éxito, hecho difícil de aceptar por sí mismo rebasando la credulidad del más ingenuo cuando especifica, además, que 6 de las 14 intervenciones se realizaron en la misma mujer.

En la literatura médica no aparecen referencias autorizadas de obstetras dignos de confianza, acerca de la puesta en práctica de la operación, hasta la mitad del siglo XVII, como por ejemplo el trabajo clásico del gran tocólogo francés François Mauriceau, publicado por vez primera en el año 1668. No obstante, aparece el dato de que la primera auténtica operación cesárea fue probablemente hecha en 1610, por Trautmann, de Wittenberg. Estas referencias demuestran, sin lugar a dudas, que la cesárea fue realizada *in vivo* sólo en casos raros y desesperados durante la segunda mitad del siglo XVI, y que fue, por lo general, mortal.

Esta espantosa mortalidad materna por cesárea continuó hasta principios del siglo XX. En Gran Bretaña e Irlanda en el año 1865, la tasa de mortalidad por cesárea alcanzó al 85 o/o de los casos. En París, de 1786 a 1876, no se realizó ni un sólo caso de cesárea con éxito. Harris señaló con cierta ironía, que aún en el año 1887 la cesárea tenía más éxito cuando la realizaba la propia paciente o cuando el abdomen era abierto por la corna-

da de un toro. Este autor reunió de la literatura 9 casos de éstos con 5 sobrevivientes y los comparaba con las 12 cesáreas realizadas en la ciudad de Nueva York durante el mismo tiempo con sólo una supervivencia.

Un momento estelar en la evolución de la cesárea se produjo en el año 1882, cuando Max Sänger, de 28 años de edad y ayudante de Credé en la Clínica Universitaria de Leipzig, introdujo la sutura de la pared uterina. Nace así la llamada **cesárea clásica o conservadora**. Las suturas habían sido primeramente empleadas por Lebas en el 1769. El largo tiempo transcurrido para resolver un problema tan sencillo no se debió a negligencia, sino que derivaba de la creencia de que la sutura del útero en un caso, basó sus ventajas no en la experiencia obtenida en los centros médicos de Europa, sino en la que llegaba de la frontera de los Estados Unidos. En los puestos avanzados de ahí a Louisiana se habían publicado 17 casos de cesárea, en los cuales se había realizado sutura con hilo de plata, con supervivencia de 8 de las madres, una marca extraordinaria para aquellos tiempos.

Si bien la sutura uterina disminuyó la mortalidad por hemorragia, quedó como principal causa de muerte la peritonitis generalizada; de ahí que se idearan diversas técnicas quirúrgicas para superar esta complicación. La primera puesta en práctica fue la técnica de Eduardo Porro, de Pavia, en 1876, que combinaba la cesárea con histerectomía subtotal y marsupialización del muñón cervical. Hirst dice que el primero en realizar esto fue Horacio R. Storer, de Boston, en 1869, después de una cesárea en una mujer cuya pelvis estaba bloqueada por un tumor fibroquístico. Antes de Porro y Sänger, la mortalidad materna por cesárea fue entre 52 y 54 o/o. Después de ellos la mortalidad bajó al 20 o/o.

Gottschalk, en 1909 y Portes, en 1924, describieron independientemente un nuevo tipo de cesárea, particularmente adaptada para casos infectados en los cuales era importante preservar el útero. En este procedimiento, el útero, antes de ser abierto se traía a través de la incisión abdominal, y no se incidía hasta después que el peritoneo no se hubiera suturado cerca de la porción cervical y la herida abdominal se cerrara sobre éste. Después de extraído el feto, la incisión uterina se suturaba y el órgano exteriorizado se cubría con compresas húmedas. Durante la convalecencia, los cambios de la involución se observaban a simple vista y cinco a seis semanas después cuando el útero se había reducido a su tamaño normal, se reabría la herida abdominal y se restituía éste a la cavidad abdominal. Esta operación fue desplazada por la **cesárea extraperitoneal**.

Fran, de Colonia, en 1907, es el precursor de la incisión transversal de la pared abdominal y del segmento inferior del útero con feto extraído con fórceps, es decir, de la técnica extraperitoneal. Estas intervención fue practicada hasta hace relativamente pocos años con varias modificaciones, tales como las introducidas por Latzko, Sellheim y Waters. Döderlein describió la técnica extraperitoneal un año después, en 1908. Varios intentos se habían hecho desde un siglo atrás para evitar la sepsis tras una operación cesárea. Jörg, en 1806, emitió la idea de incidir no el cuerpo del útero, sino el cérvix y la vagina, concepción teórica desprovista de fundamentos anatómicos. Ritgen, en 1820, incidió la pared abdominal por encima del arco de Falopio y paralelamente al mismo, e intentó despegar el peritoneo para llegar por debajo de éste al cérvix y a la vagina; por cierto que no logró su propósito, y terminó la operación por el método clásico, muriendo la paciente de peritonitis. Fracasada la técnica de Ritgen, describió Baudelocque (sobrino), en 1823, su **gastroeliotrotomía** que no difería grandemente de la anterior; la paciente en quien la practicó murió de hemorragia.

Zincke, en 1901, propone en Nueva York el empleo de la cesárea en la placenta previa y Kettlitz y Olshausen llevan las indicaciones hasta el uso de esta operación en la eclampsia. Los autores alemanes daban mucha importancia a la integridad de la bolsa amniocorial, y son Veit y Krönig, en 1901, los defensores del dogma de "sólo cesarizar con bolsa íntegra". Williams se adelanta a su época y rompe con la tradición de cesarizar al comienzo del parto, y espera la rotura espontánea o artificial de la bolsa para decidir si la cabeza fetal había de pasar o no el cinturón pelviano. Este criterio sustentado por Williams se convirtió en lo que después hemos llamado "la prueba de trabajo de parto."

En el año 1912, Krönig defendió que la ventaja principal de la técnica extraperitoneal estribaba no tanto en evitar por completo la cavidad peritoneal, sino más bien en abrir el útero a través de su delgado segmento inferior y en cubrir después la incisión a través del saco supravescical del peritoneo desde un ligamento redondo al otro, y separaba el peritoneo y la vejiga urinaria del segmento uterino inferior y del cuello, para abrir enseguida el segmento inferior mediante una incisión media vertical y extraer el niño con fórceps. Después se suturaba la herida uterina y se cubría con el peritoneo vesical. Esta técnica, con modificaciones de poca importancia, fue introducida en Estados Unidos por Beek (1919) y popularizada por De Lee y otros en 1922. Una modificación de particular importancia fue introducida por Kerr en el año 1926, Kerr prefería que la incisión uterina fuera transversal

en lugar de longitudinal. En la actualidad, la técnica de cesárea más empleada es la de Kerr.

Mateo Carreras publica en Madrid, en 1927, un opúsculo que intitula "La Cesárea Extraperitoneal y la Transperitoneal Suprasinfisaria," describiendo en éste 17 métodos suprasinfisarios transperitoneales: Frank, Fromme y Veit, Hofmeier, Veit, Baumm, Sellheim (II, III y IV), Fraipont, Fonio, Opitz, Fehling, Frank K rönig, Pfannenstiel, Engelmann, y Henkell; y 8 métodos extraperitoneales: Sellheim I, Latzko, Döderlein (primitiva), Döderlein (actual) y K üstner, Freund, Dührssen - Solms (láparocolpohisterotomía o parto de Buda), Gottschalk, Portes y Polano (cesárea cervical posterior). Esta profusión de métodos nos da una idea del interés que despertó la operación cesárea entre los obstetras, como un procedimiento cada vez más seguro y útil para resolver satisfactoriamente diversas distocias y situaciones patológicas concomitantes con la gestación.

Una estadística de 400 casos de cesáreas clásicas practicadas en la Maternidad Provincial de Madrid, arrojó una cifra de mortalidad de 11.6 o/o. En Alemania, según la estadística de Naujoks, esta técnica de cifras de 6.4 o/o. La cesárea segmentaria longitudinal, en la estadística de la Maternidad da una mortalidad de 4.0 o/o y en la de Naujoks, un 1.1 o/o. Es decir, la cesárea con incisión transversal, en la misma Maternidad, produjo una mortalidad algo menor de un 2.0 o/o y en la estadística de Naujoks, más numerosa, un 2.7 o/o. Botella Llusia aduce que la mayor mortalidad de la estadística española sobre la alemana no se debía a que la técnica operatoria estuviese más atrasada en España, sino al mal estado de las mujeres en el momento en que eran traídas, a las que habría que haber practicado la intervención muchas horas antes, las cuales acudían a la clínica con bolsa rota y muchos tactos, cuando el pronóstico era muy malo.

Las indicaciones de la operación cesárea son usualmente relativas, es decir, no absolutas, exceptuando aquellas raras pacientes con estrechez pélvica extrema, o un tumor en la pelvis que actúe como un obstáculo para el parto. Las más frecuentes indicaciones para una primera cesárea fueron registradas estadísticamente en 2219 pacientes por Hall, Kohl y Scheter en un artículo publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynecology, en 1958. Fueron éstas: desproporción cefalopélvica (21.5 o/o), inercia uterina (13.8 o/o), tamaño excesivo del feto (3.5 o/o), tumor pélvico (1.2 o/o), toxemia (10.2 o/o), placenta previa (7.4 o/o), desprendimiento prematuro de la placenta (7.2 o/o), presentación anormal (7.1 o/o), diabetes (4.8 o/o), primípara añosa (4.5 o/o), sufrimiento fetal (4.0 o/o), prolapso del cordón

(2.3 o/o), historia obstétrica pobre (1.2 o/o) -p.e. historia de muerte fetal, intrauterina o intraparto inexplicable-, cirugía plástica vaginal previa (0.9 o/o), y misceláneas (10.4 o/o). Estas últimas indicaciones son seleccionadas sobre la base de circunstancias individuales. Por supuesto, no se consignan las inconfesables "indicaciones" de cesáreas de complacencia por petición de la paciente, o de cesárea por conveniencia del facultativo para ahorrar tiempo o percibir mayor remuneración.

Otras indicaciones se añadirían después de una primera cesárea. De acuerdo con una investigación comprensiva de Hall y otros autores, el 42 o/o de operaciones cesáreas fueron cesáreas repetidas. Kafka y colaboradores reportaron que el 48 o/o de las cesáreas practicadas en sus instituciones, fueron hechas porque la paciente con la criatura severamente afectada por eritroblastosis fetal in útero, puede ser una candidata para la intervención. De acuerdo con Hall, una primera cesárea fue practicada en 11 de 209 pacientes por incompatibilidad Rh.

Un estudio analítico de indicaciones de la operación cesárea en 1,073 casos, realizado en el Johns Hopkins Hospital, de 1946 a 1953, arrojó las siguientes cifras: **Distocias 35 o/o** (estrechez pélvica 22.6 o/o, inercia uterina 6.2 o/o, presentaciones anormales, etc. 6.2 o/o); **Toxemias 13.3 o/o** (preeclampsia 10.7 o/o), enfermedad vascular crónica 2.6 o/o; **Hemorragias 12.6 o/o** (placenta previa 7.7 o/o, abruptio 4.9 o/o); **Cesáreas previas 29.9 o/o**; Enfermedades intercurrentes 4.0 o/o; **Primigestas añosas 3.1 o/o**; Misceláneas 6.1 o/o. Las 1,073 cesáreas fueron hechas en el curso de 21,050 partos, una incidencia de 5.1 o/o. En la mayoría de los hospitales norteamericanos de ese período, la incidencia fluctuaba entre 2.0 y 6.0 o/o.

La frecuencia de operación cesárea en el Parkland Memorial Hospital, de Dallas, Texas, fue en aumento, de 4.38 o/o en 1964 a 12.0 o/o en 1975. De 5,093 cesáreas realizadas hubo 7 casos fatales (0.14 o/o), es decir, 1 muerte de cada 728 operaciones. En manos competentes, la mortalidad materna a consecuencia de la operación cesárea es del 2 por mil (0.2 o/o) o menos.

Las razones para la creciente popularidad de la operación cesárea son múltiples. El mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, la prevención de sepsis, el mejor cuidado pre y post operatorio, mejor anestesia y muchas otras facetas de una práctica médica mejorada, han hecho de la operación cesárea un procedimiento quirúrgico seguro para la paciente. Igualmente ha mejorado la sobrevivencia perinatal, sustituyendo una aplicación de fórceps difícil, una inducción prematura del parto, una embriotomía, un

parto después de labor prolongada y maniobras obstétricas complicadas, tales como la versión interna y la corrección de una presentación de cara por manipulación vaginal.

* * *

Al referirnos a la historia de la operación cesárea en nuestro país, debemos consignar que la bibliografía médica dominicana fue más que pobre, paupérrima, como lo expresara el profesor Rafael Miranda en su Historia de la Medicina, por lo cual carecemos de datos precisos en muchos aspectos y de información medianamente exhaustiva sobre el tema que nos ocupa.

Presumimos que el parto entre las aborígenes de la isla constituía un hecho tan corriente, tan normal, que los primeros cronistas de Indias al hacer mención de éste y describir sus peculiaridades, no hablan de complicaciones ni de intervención quirúrgica para resolverlas en caso de que sucedieran. Por supuesto, esto no quiere decir que no hubo distocias con sus secuelas de morbilidad y de mortalidad materna y fetal, hechos que, al parecer, no concitaron la curiosidad ni la atención de los historiadores.

Fernández de Oviedo, en su Historia General y Natural de Indias describe el hecho, del cual fue testigo, de la que considera la primera autopsia realizada en América, el 18 de julio de 1533. Esta autopsia fue practicada en la ciudad de Santo Domingo en "dos niñas que nacieron juntamente pegadas"....."e vivieron ocho días naturales." Los padres de las criaturas eran españoles nacidos en Sevilla. El parto de estas gemelas siamesas se realizó en forma natural y la madre sobrevivió a éste. Hago mención de ese acontecimiento porque se me ocurre pensar que, actualmente, un embarazo de esa naturaleza hubiera terminado en cesárea, lo que no ocurrió con el mismo.

En la época colonial, sobre todo en la parte francesa de la isla donde los servicios de asistencia médica estuvieron mejor organizados que en la parte española, la atención del parto estuvo jerarquizada; había la comadrona negra, la obstetrix francesa profesional y el cirujano jefe que supervisaba la labor de éstas. Se colige por la falta de información al respecto, que la cesárea no fue operación practicada entonces, a no ser en forma esporádica y como medida terminal y desesperada.

En el año 1884, o en 1888, ocurrió el interesante caso de la intervención cesárea practicada por el padre Valverde, cura párroco del Maniel (hoy San José de Ocoa), quien valiéndose de una navaja barbera obtuvo el resultado de extraer con vida el niño de una infeliz embarazada a término que murió por parto distócico.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, tal como lo expresara Miranda, "cargados de ideales y alentados por las fuerzas de la juventud llegaron de París los renovadores". Fueron los primeros: Ramón Báez (1895), Salvador B. Gautier (1896), Rodolfo Coiscou (1897) y Octavio del Pozo (1898). Garrido, Morillo King y otros extienden la lista. En alguna forma todos incursionaron en el campo de la gineco-obstetricia, pero el que tuvo una actuación más destacada en el mismo fue Ramón Báez, a quien se le considera el padre de la obstetricia moderna dominicana. Al doctor Báez se le concede también el mérito de ser el pionero del renacimiento universitario, al dictar el decreto que transforma el Instituto Profesional en Universidad de Santo Domingo, cuando ejercía interinamente la presidencia de la República en 1914.

El Dr. Báez remozó el viejo Hospital Padre Billini (1924-1930) hasta llevarlo a ser el centro médico más confortable del país. Inauguró la Sala de Maternidad con 30 camas, dirigida por el Dr. Gautier y con Jacinto Mañón como médico encargado de la sala de partos. Pasó luego la dirección a manos de Manuel E. Perdomo, nuestro profesor de Obstetricia en la Universidad, quien se dedicó a la formación de parteras, las cuales rindieron una apreciable labor dentro y fuera de este servicio.

A partir de esos años, la Obstetricia y Ginecología toman el impulso inicial para su desarrollo en el país. La operación cesárea comienza entonces a tener vigencia, aunque con evidentes signos de precariedad manifestada por índices relativamente altos de morbilidad y mortalidad. La técnica utilizada en la gran mayoría de los casos era la clásica; los anestésicos utilizados, cloroformo y éter. La práctica de la cesárea recayó también con alguna frecuencia en los cirujanos generales, sobre todo en provincias, donde no había especialistas. En Santiago, Tomás Pérez y Fernando Pizano, obstetras, y Lorenzo Pellerano, cirujano general, entre otros, practicaron la operación alrededor de esos años.

Después del profesor Perdomo, la dirección de la Maternidad del Hospital Padre Billini es tomada por José M. Román, quien fue también subdirector del hospital hasta su muerte, ocurrida en 1945. Román fue uno de nuestros primeros tocólogos en ejecutar la operación cesárea con gran éxito para la época, al mismo tiempo era reputado por su habilidad en la aplicación de fórceps. Recuerdo haber visto en la oficina del Dr. Román unos gemelos siameses conservados en formol, extraídos por él mediante una cesárea. Fueron sus asistentes más allegados en la Sala de Maternidad, Guillermo Maggiolo y Simón Bolívar de los Santos, de quienes recibí las primeras orientaciones en obstetricia en mis años de

estudiante practicante en el Hospital Padre Billini. A ellos vi y en alguna que otra ocasión les ayudé en la intervención, la que hacían con la mayor destreza posible, en un esfuerzo por limitar la hemorragia, evitar un accidente anestésico o prevenir la infección. Los medios para contrarrestar estos episodios desagradables, o no existían o su disponibilidad se hallaba muy limitada en el hospital.

Una de las figuras más sobresalientes de la obstetricia dominicana de esos años lo fue Ramón Rafael Cohén; graduado en París regresó al país en 1929 y dirigió el Servicio de Maternidad del Hospital Internacional por varios años; luego fundó y dirigió el Instituto de Maternidad San Rafael. El profesor Cohén, en su obra "Cuestiones Obstétricas" publicó una estadística de diez años del Servicio de Maternidad del Hospital Internacional que comprendía 2522 internamientos con 54 cesáreas, 42 con clásicas (77.7 o/o) y 12 bajas (22.2 o/o). El autor señala que la primera cesárea baja la practicó en el año 1930, en compañía del distinguido cirujano Luis E. Aybar. Cree que fue la primera en ejecutarse en la República Dominicana.

Las indicaciones maternas para esas cesáreas alcanzaron el 77.7 o/o y las fatales sólo 22 o/o. La estrechez pélvica fue la indicación materna más frecuente (55.5 o/o), lo que sorprende al autor. En segundo lugar, la placenta previa (12.9 o/o). Dos cesáreas fueron practicadas por cesárea anterior. Otros dos casos fueron operados por toxemia gravídica, no convulsiva. El último caso por indicación materna se debió a un fibroma previo; la cesárea fue hecha y el fibroma se extirpó por miomectomía; la madre volvió a salir en cinta y dio a luz por las vías naturales dos veces consecutivas. Entre las causas fetales, la presentación de hombros estuvo en primer lugar (16.6 o/o) y los fetos gigantes en segundo lugar (3.7 o/o). El último caso de indicación fetal correspondió a una prociencia del cordón.

De los 54 casos de cesárea, 13 fueron operados con raquiánestesia (24.07 o/o) y 36 bajo anestesia con éter (66.66 o/o). La mortalidad materna fue bastante alta (7.42 o/o), sin embargo, Cohén apunta que quizás un solo caso puede ser realmente atribuido a la operación, y añade que muchas de estas cesáreas hubieran podido evitarse con un poco menos de ignorancia y con una buena consulta pre-natal. Para establecer comparaciones de mortalidad materna por cesárea, cita a Winter, en Alemania, cuya estadística publicada en 1929 proveniente de diferentes clínicas alemanas alcanza la cifra de 7.1 o/o, y Trillat, en Francia, con una estadística de cesárea por placenta previa con mortalidad de un

10 o/o. Estadísticas norteamericanas del año 1940, publicadas separadamente por Normandie y Quigley muestran la mortalidad por cesárea fluctuando entre 2 y 4 o/o.

Tres acontecimientos que se sucedieron entre los años 1950 al 1955; inclusive, marcan el inicio de una nueva y aún mayor etapa de expansión de la obstetricia en nuestro país. El primero de éstos fue la apertura del Hospital Maternidad "Julia Molina" (ahora "Ntra. Sra. de la Altagracia"), el 24 de octubre de 1950, en el que se refunden las dos maternidades públicas existentes en la capital: la de los hospitales Luis E. Aybar y Padre Billini, superando una tres veces la capacidad en camas de ambas. Su primer director lo fue Angel Messina Pimentel, tocólogo con largos años de ejercicio tanto en servicios públicos como en clínicas privadas. El segundo acontecimiento fue la fundación de la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología, el 8 de febrero de 1951, cuya primera presidencia la ejerció Messina, y tuvo como impulsor a Luis A. Betances Ricart, a la sazón subdirector de la Maternidad. El tercer acontecimiento a que nos referimos fue la salida a la luz pública del primer número de la Revista Dominicana de Obstetricia y Ginecología, correspondiente al trimestre octubre-diciembre de 1955, en ocasión del 5to. aniversario de la Maternidad.

En ese primer número de la Revista, Betances Ricart presentó la más amplia estadística en relación con la operación cesárea publicada hasta entonces en la República Dominicana. Este trabajo consta de: Introducción, Breve resumen histórico, Concepto moderno de sus indicaciones, Casuística y Conclusiones. En un total de 32,392 partos atendidos a partir de la apertura de la Maternidad hasta el 31 de diciembre de 1954, se practicó la operación cesárea 588 veces, arrojando una frecuencia de 1.82 o/o, cifra bastante baja en comparación con las obtenidas en maternidades extranjeras. En el trabajo aparece una lista de 40 indicaciones para estas cesáreas, de las cuales las diez primeras por su frecuencia son: desproporción céfalo-pélvica (17.18 o/o), estrechez pélvica (15.82 o/o), placenta previa (13.61 o/o), cesárea anterior (10.72 o/o), primigrávida añosa (6.12 o/o), presentación podálica (5.27 o/o), sufrimiento fetal grave (3.57 o/o), desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada (3.40 o/o), presentación transversa (3.23 o/o) y presentación de cara (2.21 o/o).

De las 588 pacientes cesarizadas, el 38.10 o/o eran primigrávidas, 6.12 o/o primerizas añosas, 4.42 o/o secundíparas y 51.36 o/o multíparas. La técnica clásica corporal se usó en el 23.1 o/o de los casos; la segmentaria (MunroKerr) en el 58.5

o/o; la segmentaria (Opitz) en el 12.1 o/o; la segmentaria con microincisión estética longitudinal (Sardiñas) en el 5.1 o/o; la segmento-corpórea en el 1.2 o/o) de los casos. La mortalidad materna registrada fue de 0.17 o/o; la mortalidad fetal global 54 casos y la depurada 7 casos con 1.19 o/o.

La cesárea reiterada fue practicada en 62 gestantes, lo cual arroja una frecuencia de 10.54 o/o, pero al mismo tiempo 71 pacientes que fueron cesareadas anteriormente tuvieron partos espontáneos. Betances Ricart se expresa en este sentido: "No he de negar que toda cesareada anteriormente puede hacer una dehiscencia de su antigua herida, pero no por este temor estamos autorizado hacer de entrada una nueva intervención, a menos que las causas que motivaron esa primera operación estén justificadas". Esta postura se plantea todavía, hoy día, como tema de discusión.

La anestesia aplicada con mayor frecuencia fue la de éter (37.41 o/o); le siguió la local junto con Triple (13.78 o/o; Trilene (12.93); local (10.21 o/o); local y pentotal (6.97 o/o); pentotal sódico (5.44 o/o); éter-óxido nitroso (5.27 o/o); raquídea en el año 1954 (2.89 o/o). En el resto de los casos se usó otras combinaciones anestésicas. Aunque la raquianestesia no se empleó en la Maternidad para la operación cesárea hasta el año 1954, con sólo un 2.89 o/o de frecuencia, el autor se expresa así de ésta: "La raquianestesia ha cobrado fuerza en nuestro medio últimamente, y creo que en el porvenir, salvo algunas excepciones, la mayor parte de las cesáreas se practicarán con este tipo de anestesia." Hoy en día, anestesia raquídea (espinal) a dosis baja, anestesia epidural, anestesia general y anestesia local, son las que usualmente y en orden de prioridad se emplean para la operación cesárea.

En otro sentido, su punto de vista en cuanto a la tendencia de la práctica de la cesárea ha quedado muy subestimado en el presente. Betances Ricart dijo: "No somos partidarios de que las indicaciones de la cesárea se amplíen más. La cifra de un 3 o/o parece indicar el límite, y no estamos de acuerdo con la frecuencia citada por algunos autores en clínicas privadas de 5 hasta un 10 o/o, considerando éstas exageradas". Los procedimientos diagnósticos empleados en la actualidad, han rebasado las limitaciones de la radiología en el campo obstétrico. La ecosonografía, la amniocentesis y la monitoría electrónica, entre otros, han contribuido a diagnosticar tempranamente situaciones que pueden ser resueltas satisfactoriamente, para la madre y su hijo, por medio de una cesárea oportuna.

Me he permitido extender esta exposición haciendo alusión a los trabajos de Cohén y Betances Ricart, porque he creído que

podrían servir de fundamento o de marco de referencia a las ponencias de los colegas Garrido y Calventi, que a continuación escucharemos. Con esos y otros trabajos se inicia una etapa de la obstetricia dominicana en la que podemos contar con información autóctona, limitada aún pero que ha servido de estímulo a nuestros obstetras del presente para registrar, ordenar, analizar y publicar sus propias experiencias.

Al terminar esta apretada síntesis del devenir histórico de la operación cesárea, quiero hacer notar que sólo me he referido a los protagonistas que han rendido su existencia terrenal; los que aún viven no han traspasado todavía el umbral de la Historia.

BIBLIOGRAFIA

OBSTETRICIA DE WILLIAMS. Jack A. Pritchard y Paul C. Mac Donald. Segunda Edición, 180. Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V.

DAVIS' GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Volume 2, Chapter 4. W. F. Prior Co., Inc., Hagerstown, Maryland, 1964.

PRACTICA DE OBSTETRICIA. Alfred C. Beck. Traducida de la Cuarta Edición (1947) por el Dr. Alfonso Alvarez Bravo. La Prensa Médica Mexicana, México.

WILLIAMS OBSTETRICS. Nicholson J. Eastman. Eleventh Edition. 1956. Appleton Century - Crofts, Inc., New York.

HISTORIA DE LA MEDICINA. Rafael A. Miranda. Editora Handicap. 1960. Ciudad Trujillo, R.D.

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA MEDICINA DE LA ISLA DE SANTO DOMINGO. F.E. Moscoso Puello. Tomo Segundo. Librería Dominicana, Santo Domingo, 1977.

PANORAMA HISTÓRICO DE LA OBSTETRICIA. Antonio E. Elmúdez. Rev. Dom. de Obst. y Ginec. Vol. II, No. 1 (Enero-Marzo 1956).

TOCURGIA. José Botella Llusá. Curso Elemental de Ginecología. Fascículo III. Afrodísio Aguado, S.A. Madrid, 1947.

BECK'S OBSTETRICAL PRACTICE AND FETAL MEDICINE. E. Stewart Taylor. Tenth Edition, 1976. The Williams and Wilkins Co., Baltimore.

LA CESAREA EXTRAPERITONEAL Y LA TRANSPERITONEAL SUPRASINFISARIA. Mateo Carreras. Javier Morata, Editor. Madrid, 1927.

CUESTIONES OBSTETRICAS. Ramón Rafael Cohén. Estadística. Segunda Serie. Las Cesáreas (Capítulo XI). Imprenta La Opinión, Ciudad Trujillo D.S.D., R.D., 1944.

THE HISTORY OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. Theodore Cianfrani. Graduate School of Medicine, Dept. of Obs. & Gyn., Univ. Of Pennsylvania. Philadelphia, 1956.

LA OPERACION CESAREA. Luis A. Betances Ricart. rev. Dom. de Obst. y Ginec. Vol. 1, No. 1 (Oct.-Dic. 1955).

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA MEDICINA DE LA ISLA DE SANTO DOMINGO. F.E. Moscoso Puello. Tomo Cuarto. Universidad Central del Este, San Pedro de Macorís, Rep. Dom., 1984.

HISTORIA DE LA MEDICINA. Douglas Guthrie. Salvat Editores, S.A., Barcelona - Madrid, 1953.

CURSILLO DE HISTORIA DE LA MEDICINA. Ciclo de conferencias celebrado del 8 de febrero al 12 de abril de 1943. Publicaciones del Ateneo de La Habana. Editorial Salecta, 1944.

THE STORY OF MEDICINE. Víctor Robinson. Tudor Publishing Co., New York, 1931.

THE HISTORY OF MEDICINE IN ITS SALIENT FEATURES. Walter Libby. Houghton Mifflin Co. Boston and New York. The Riverside Press, Cambridge, 1922.

HISTORY OF MEDICINE. Cecilia C. Mettler. The Blakiston Company. Philadelphia and Toronto, 1947.

* * *

Presentado en el Seminario-Taller "La Operación Cesárea en la República Dominicana". 13 de Julio del 1985. Asociación Médica Dominicana Inc.