

## 14. Operación cesárea

La indicación «absoluta» de la operación cesárea nos la ofrecen aquellos casos en los cuales *el parto por las vías naturales es imposible*. Así sucede en la pelvis cuya estrechez es tan graduada que su diámetro mínimo es inferior á 5,5 cm., en los tumores (carcinoma, sarcoma, encondroma, fibroma) y en las estrecheces cicatriciales que ocluyen el canal del parto.

Además de las indicaciones absolutas, encontramos las «relativas», que nos las ofrecen aquellos casos de estrechez pélvica de grado medio, en las cuales sería todavía posible el parto por las vías naturales mediante la craneotomía; pero la conservación de la vida del feto sólo puede lograrse por la operación cesárea. Mientras antiguamente, á causa del gran peligro para la vida de la madre, la operación cesárea se reservaba para los casos en los cuales el parto por las vías naturales era completamente imposible, á medida que fueron mejorando la técnica y los resultados de la operación, se ampliaron las indicaciones no solamente á los casos de pelvis estrecha de grado medio, sino también á la eclampsia, el desprendimiento de la placenta y otros estados análogos, en los cuales es muy urgente la rápida terminación del parto, y éste no puede verificarse por la vagina, por existir una dilatación muy escasa del cuello uterino. En estos últimos tiempos se han puesto en concurrencia con la operación cesárea con indicación relativa, la sección del anillo pélvico para las estenosis pélvicas de grado medio y la operación cesárea vaginal para cuando urge la evacuación rápida del útero y el cuello no está todavía dilatado.

El *pronóstico* de la operación cesárea depende de la corrección técnica con que se ejecute y del estado aséptico de la parturiente. Si ambas condiciones son satisfactorias, es decir, si se opera bien, y si las fuerzas de la mujer no están deprimidas, no hay fiebre, ni han mediado motivos de infección por prolongación excesiva del parto ó por otras tentativas de intervención, las probabilidades de éxito son grandísimas; la mortalidad para la madre es apenas de un 5 %. Mucho más desfavorables son los resultados cuando la técnica seguida en la intervención es insuficiente y los órganos genitales están infectados. Aun cuando el proceso infectivo esté en su principio, los gérmenes son transportados á la herida uterina al pasar por ella el líquido amniótico y al ser extraído el feto, lo que impide la cicatrización por primera intención y sobreviene una peritonitis séptica mortal. En conjunto, las estadísticas del último decenio arrojan una mortalidad de un 10 % próximamente, contra el 55 % de la época preantiséptica. Especialmente en los casos en que se trata de una indicación relativa y no existen todas las condiciones exteriores favorables para el buen éxito de la operación cesárea, cosa que ocurre con mucha frecuencia en la práctica corriente, deberá darse la preferencia á la craneotomía.

*Técnica.* La gran mortalidad de la operación cesárea antigua era debida principalmente á las hemorragias secundarias de la herida uterina y á la peritonitis

séptica provocada, ó por la infección directa del peritoneo durante la operación, ó por el paso de los gérmenes infectantes y de los loquios fétidos desde el interior del útero á la cavidad peritoneal pasando por la herida uterina. PORRO disminuyó estos peligros y mejoró notablemente los resultados de la operación amputando el cuerpo del útero después de haber extraído el feto. De este modo, en vez de la herida uterina, quedaba sólo un pequeño muñón cervical, que fijaba sólidamente en el ángulo inferior de la incisión abdominal, con lo que se evitaban las hemorragias secundarias y la difusión de la sepsis al peritoneo. La operación demoledora de PORRO fué combatida por SAENGER, el cual demostró que con una sutura exacta se puede obtener una oclusión segura de la herida uterina, con lo que es posible evitar tanto las hemorragias como la sepsis secundaria del peritoneo. Así, hasta estos últimos tiempos, la operación cesárea «*conservadora clásica*», mejorada y rehabilitada por SAENGER, constituía la intervención típica en los casos de imposibilidad del parto por las vías naturales. Recientemente, esta operación clásica ha sido substituída por la operación cesárea suprasinfisaria, que ofrece sobre aquélla muchas ventajas. La modificación de PORRO se reserva principalmente para aquellos casos en los cuales exista infección de la parturiente y no se tenga seguridad de que la herida uterina se curará por primera intención á causa del contenido séptico de la víscera.

Excepcionalmente pueden constituir indicaciones para la extirpación del útero, como complemento de la operación cesárea, los tumores del útero, las estenosis cicatriciales de la vagina cuando sean tan graduadas que impidan la libre evacuación de los loquios, y la atonía de la víscera rebelde á todos los otros medios curativos.

### I. *Operación cesárea conservadora*

Parturiente en decúbito dorsal; narcosis profunda. Incisión prudente sobre la lámina media de las paredes abdominales adelgazadas. Una vez que mediante presión lateral sobre el abdomen se ha hecho salir el útero á través de la herida, ésta es cerrada provisionalmente, aproximando sus labios por detrás del útero con una pinza de modo que quede impedida la salida de las asas intestinales durante el resto de la operación.

La sección del útero se hace hasta el fondo en sentido sagital ó transversal (sección transversal del fondo, según FRITSCH). Se evitará extender la incisión al segmento inferior del útero adelgazado. Es indiferente que la sección interese la superficie de implantación de la placenta. A través de la abertura uterina se presentan de ordinario los miembros inferiores del feto, pudiendo hacerse la extracción con suma facilidad. Se coge el cordón con una pinza, se secciona y se confía el niño á una comadrona. Una vez ha salido el feto, el útero se retrae notablemente, reduciéndose al minimum la hemorragia, que había sido bastante abundante en los primeros momentos de practicada la incisión.

Desprendidas y extraídas la placenta y las membranas, empieza el tiempo más

importante de la operación: la *sutura de la pared uterina*. El práctico elegirá, las más de las veces, la sutura entrecortada, y preferirá la seda al catgut ó al hilo de plata, por ser muy fácil de desinfectar, de un manejo más sencillo y dar tan buenos resultados como estos últimos. Todavía más importante que el material de sutura, es el modo de practicar ésta. Los puntos deben estar muy próximos é interesar todo el espesor de la pared uterina, de modo que las dos mitades de la herida queden en íntimo contacto. Se hace penetrar la aguja por el margen del peritoneo y se saca por la decidua, recorriendo en sentido inverso, desde la decidua al peritoneo, la pared uterina del lado opuesto. Si después de aplicada la sutura, la herida queda todavía abierta ó sangra, se añaden puntos intermedios que interesen la mitad del espesor de la pared. Un afrontamiento más completo y exacto que con la sutura entrecortada, se consigue con la *sutura continua á estratos*, hecha con catgut. Se empieza por el estrato más profundo de la herida, se aplica un segundo plano de sutura sobre el estrato medio, que es todo muscular y está muy ricamente vascularizado, y se reune, por último, el estrato más superficial.

Cuando se ha practicado ya la sutura muscular, se recomienda hacer una sutura serosa ó de LAMBERT, análoga á la que se practica para los intestinos, utilizando para ello una seda muy delgada. Esta sutura recubre los nudos de la anterior y obtiene una rápida adhesión de las superficies serosas afrontadas, lo que da una garantía de buen éxito.

El útero así suturado, se lava bien con una solución de cloruro de sodio esterilizada y es reintroducido en la cavidad abdominal. Con la sutura de la herida abdominal queda terminada la operación.

La complicación más peligrosa de la operación cesárea es la *atonía del útero*. Cuando ésta existe, después de extraído el feto no se verifica la retracción, y la víscera permanece como un saco relajado de paredes delgadas y la sangre sale de la superficie de inserción placentaria y de la herida operatoria. Mientras se procura cohibir la hemorragia, comprimiendo con fuerza el cuello y los ligamentos, se trata de excitar las contracciones con las fricciones, el masaje del útero y con las inyecciones subcutáneas de ergotina, las duchas calientes y frías, el taponamiento de la cavidad y la compresión por encima del tapón. Si todos estos medios fracasan, es necesario proceder inmediatamente á la amputación de la víscera. El mejor modo de evitar la atonía, será practicar la operación cuando las contracciones uterinas sean todavía enérgicas. La operación practicada durante el embarazo ó en el principio del parto, se acompaña siempre de un cierto grado de blandura y de defectuosa retracción del útero.

## 2. *La operación cesárea suprasinfisaria*

Después que ya anteriormente había sido recomendada por YOERG, RITGEN, OSIANDER y otros la incisión sobre la cabeza inmediatamente por encima de las ín-

fisis del pubis, FRANK ha vuelto á ocuparse de este método, el cual ha sido empleado con éxito por J. VEIT, y tan felizmente modificado por SELLHEIM y LATZKO, que en muchos casos ha de ser preferida á la operación cesárea antigua.

Las adjuntas figuras hacen fácilmente comprensible este método operatorio. Se empieza por practicar una incisión longitudinal ó transversal en la parte inferior

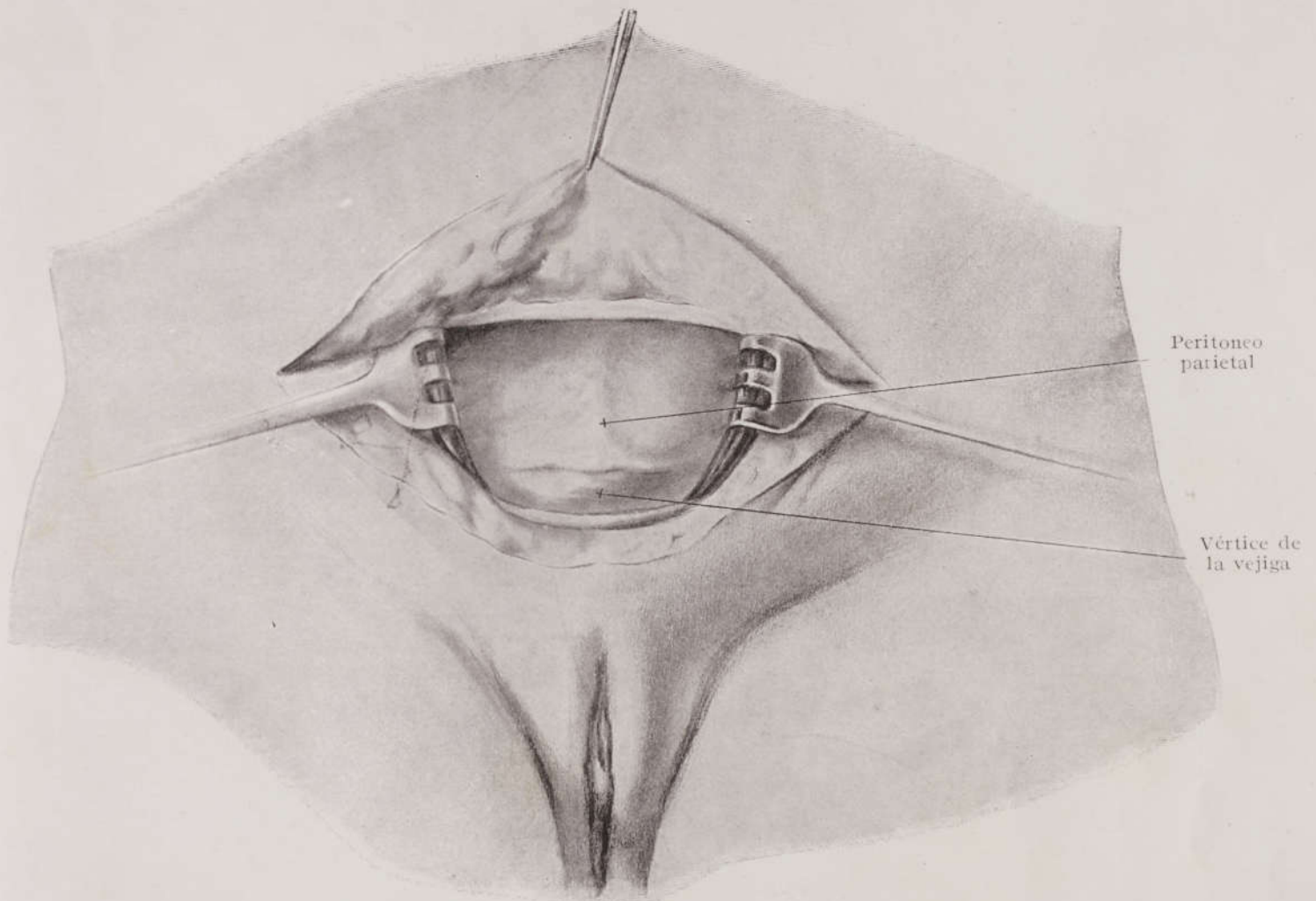


Fig. 589

La operación cesárea suprasinfisaria. (Primer tiempo)

Sección transversal de la fascia, separación de los rectos, descubrimiento del tejido conjuntivo subseroso de la pared abdominal anterior y del vértice de la vejiga

del abdomen, inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis. Después de haber incidido la fascia, se encuentran los vientres de los músculos rectos aplicados entre sí en sentido longitudinal y se apartan á uno y otro lado con unos separadores (fig. 589). Queda entonces al descubierto el tejido celular subseroso; en el ángulo inferior de la herida puede verse entonces el vértice de la vejiga, que siempre se reconoce fácilmente por el abundante desarrollo de vasos venosos. Con una pequeña

torunda cogida con una pinza, se desvía entonces la vejiga hacia la derecha, con lo que se consigue muy fácilmente hacer visible el repliegue del peritoneo que la envuelve, pudiéndolo desviar íntegro hacia arriba. De este modo queda al descubierto una pequeña porción de la pared anterior del segmento inferior del útero. Mediante la desviación hacia arriba del repliegue peritoneal y desviación lateral de la vejiga,

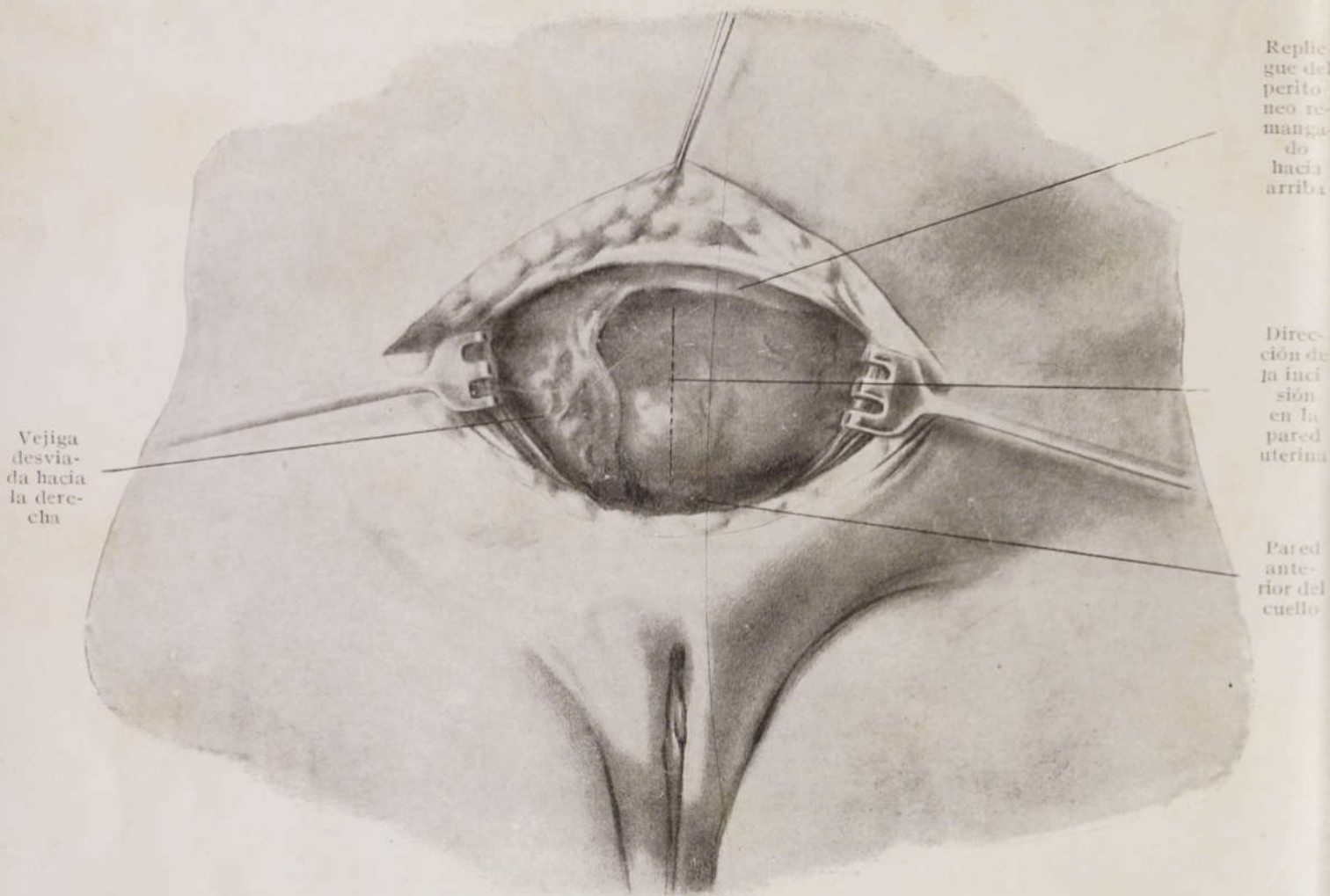


Fig. 590

La operación cesárea suprasinfisaria. (Segundo tiempo)

El repliegue peritoneal es desviado hacia arriba y la vejiga hacia el lado derecho, quedando al descubierto la pared anterior del cuello uterino

se puede descubrir una gran superficie de pared uterina (fig. 590). Entonces se incide longitudinalmente la pared del cuello uterino, y la cabeza del feto sale por presión ó es extraída con el forceps, una vez que ya ha aparecido el occipucio entre los labios de la herida (fig. 591), ó se hace la versión podálica y la extracción por los pies.

Una vez extraído el feto, la placenta sale inmediatamente y entonces se procede á la sutura de la pared uterina, que es muy fácil dada su delgadez á nivel del cuello, utilizando para ello el catgut; después se reúnen entre sí los músculos rectos y se hace la sutura de la fascia y de la piel.

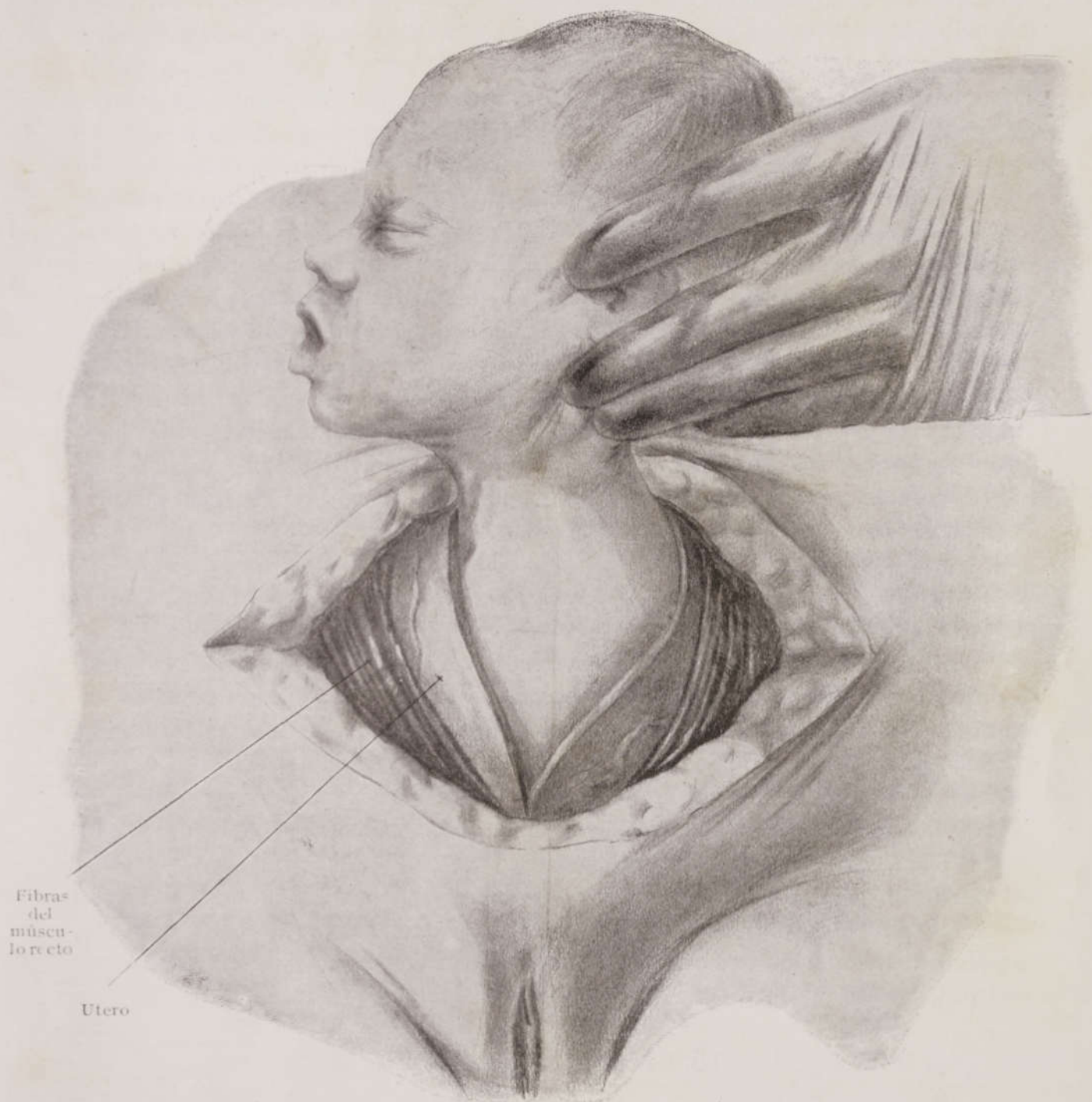


Fig. 591

La operación cesárea suprasinfisaria. (Tercer tiempo)

Extracción del feto por la incisión practicada en la pared anterior del cuello uterino.

Las ventajas de la operación cesárea suprasinfisaria son principalmente las dos siguientes: el peritoneo ó no es abierto en absoluto ó lo es únicamente en una pequeñísima porción, con lo que se evita que se presenten fenómenos de irritación peritoneal ó la infección del peritoneo. En segundo lugar, la sutura de la delgada pared del cuello es mucho más fácil, rápida y segura que la del cuerpo, que tiene varios centímetros de espesor. La hemorragia también se evita en esta operación con mayor facilidad.

La operación cesárea suprasinfisaria es especialmente apropiada para las primíparas con pelvis estrecha, en las cuales existe todavía un estado aséptico de los genitales. Mientras que en las pluríparas se emplea con ventaja la pubiotomía, en las primíparas esta operación ha de ser pospuesta á la operación cesárea suprasinfisaria, á causa del peligro de las rasgaduras de las partes blandas. Si se opera con la pelvis elevada, la vejiga y el segmento inferior del útero salen fuera de la pelvis, haciéndose muy fácilmente asequibles, con lo que se facilita todavía más la abertura del cuello. La infección del líquido amniótico y la fiebre, contraindican también la operación cesárea suprasinfisaria. En tales casos, aun cuando no haya tenido lugar la infección del peritoneo, puede producirse una septicemia peligrosa para la vida por infección del tejido celular pélvico que ha sido abierto en la operación y se ha puesto en contacto con el líquido amniótico que contiene gérmenes. Si se opera encontrándose la mujer febril, se ha de tener cuidado al menos de taponar la herida con gasa y mantenerla ampliamente abierta.

### 3. *Operación de Porro*

Los primeros tiempos de esta intervención son los mismos que los de la operación cesárea conservadora. Cuando se ha sacado el útero por la herida abdominal, se protege el peritoneo del contacto del líquido amniótico y del contenido uterino, extendiendo sobre la herida compresas de gasa. Una vez incindido el útero y extraído el feto, se comprime el cuello con un tubo de goma y se extirpa el cuerpo. Después se practica una cuidadosa desinfección del muñón con alcohol al sublimado y se cauteriza la mucosa cervical con el termocauterío. Se separan las compresas, se sutura el muñón uterino al ángulo inferior de la incisión abdominal y se sutura también esta última. Si no existe infección séptica del útero, las precauciones indicadas respecto del contenido uterino son ociosas, y en vez del tratamiento extraperitoneal del pedículo, se puede practicar la histerectomía total.

## 15. Instrumental obstétrico

La mayoría de las cajas ó estuches obstétricos de uso más común, ni son cómodos ni responden á las necesidades de la asepsia. Como no siempre es posible limpiar y desinfectar los instrumentos inmediatamente después de haberlos usado, si se colo-

can en su estuche, éste se convierte pronto en un almacén ó depósito de materiales sépticos. Pero, además, en aquél penetra el polvo, y si los instrumentos son usados á largos intervalos, llegan á encontrarse en un estado de limpieza bastante dudoso. La poca comodidad depende de la necesidad de colocar cada instrumento en su sitio, habiéndolos de disponer algunas veces de un modo bastante complicado. La forma característica de ciertos estuches y la sonoridad de sus partes metálicas, que deja adivinar su nada simpático contenido, los hace poco agradables cuando hay que transportarlos en un tranvía ó en un coche de ferrocarril.

Se pueden obviar estos inconvenientes si para transportar los instrumentos utilizamos un saco ó maleta de cuero, de medianas dimensiones. Se envuelven los instrumentos en una tela fácil de ser lavada y hervida, agrupándolos en paquetes destinados á diversas intervenciones operatorias. Después de usados se envuelven los instrumentos en su tela correspondiente, y más tarde, en casa, se limpian y desinfectan bien, colocándolos en un envoltorio nuevo, mientras que el usado se da á lavar. De este modo tendremos siempre nuestro instrumental bien limpio y desinfectado, pudiendo utilizarse sin perder momento, cuando llegue el caso. El saco ofrece, además, espacio suficiente para colocar en él otros aparatos ú objetos que el médico pueda necesitar en la asistencia al parto.

Para que el instrumental sea completo es necesario que el saco contenga, separados en once envoltorios de tela, los instrumentos siguientes:

1. Forceps tractor en la dirección del eje.
2. Instrumentos para la craneotomía (perforador de tijera y craneoclasta).
3. Instrumentos para la embriotomía (tijeras fuertes de SIEBOLD, gancho á llave).
4. Instrumentos para la extracción por las nalgas (gancho obtuso, lazos).
5. Instrumentos para la pubiotomía (aguja, sierra de cadena de GIGLI).
6. Instrumentos para suturar las rasgaduras perineales (pinzas de KOCHER, pincitas, tijeras, porta-agujas y, en una cajita metálica, agujas con los correspondientes hilos metálicos, de catgut ó seda).
7. Espéculums obstétricos planos para poner al descubierto el cuello en los casos en que sea necesario el taponamiento, la sutura de dislaceraciones cervicales ó vaginales, la enucleación de residuos ovulares, etc.; por otra parte, pinzas largas y de varias formas y una gran cureta de abortos.
8. Instrumentos para la narcosis (abre-boca, pinza para la lengua, máscara para el cloroformo).
9. Accesorios para la desinfección (cepillos hervidos, limpia-uñas, tijeras para las uñas).
10. Varios pares de guantes de goma (esterilizados y envueltos en gasa).
11. Un irrigador graduado con tubo de goma y una jeringa para transfusión salina.



Se añaden todavía:

1. Una caja metálica que contenga catéteres de vidrio, catéteres de goma (para la aspiración en la asfixia), cánulas de lavado, agujas-cánulas para la transfusión.
2. Dos estuches metálicos con gasa yodofórmica y algodón esterilizado.
3. Una caja metálica con balones grandes y pequeños para la dilatación del cuello.
4. Un tubo de goma largo y resistente para la compresión por el método de Momburg.
5. Una caja con medicamentos (pastillas de sublimado, ácido fénico al 90 %, ergotina dializada, aceite alcanforado, cloroformo en frasco cuenta-gotas, nueve gramos de cloruro de sodio en polvo, tintura de opio, solución de morfina al 1 % y una jeringuilla de PRAVAZ).

Por último, como que el tocólogo ha de trabajar en mangas de camisa, debe llevar también en el saco un delantal de tela blanca.

## Bibliografía

### Trabajos sintéticos:

LÖWENHARDT, Aphorismen z. geburtsh. Chirurgie. Berlin 1871. HÜTER, Compendium d. geburtsh. Operationen 1874. BARNES, Lectures on obstetric operations. London 3 ed. 1876. MARTIN, Leitfaden der operat. Geburtshülfe. Berlin 1877. STAHL, Geburtsh. Operationslehre. FRITSCH, Klinik der geburtshülfeichen Operationen Halle, 5. Aufl. 1894. FEHLING, Die geburtshülfl. Operationen. Müller's Handbuch d. Geb. 1889. KEHRER, Lehrbuch der operativen Geburtshülfe. Stuttgart 1891. V. HERFF, Grundriss d. geb. Operationslehre. Berlin, Fischer 1894. DOEDERLEIN, Geburtshülfl. Operationskurs, 3. Aufl. Leipzig, Georgi 1898. SKUTSCH, Geburtshülfe Operationenlehre. Jena, G. Fischer 1901. DOHRN, R., Ueber die gesetzliche Verantwortlichkeit des Arztes bei geburtsh. Operationen. Volkm. Samml. klin. Vorträge N. F. 336. V. WINKELS Handbuch d. Gebärthilfe III, Bd. I. Teil. 1906. Aquí se encuentran datos bibliográficos completos.

### Dilatación del canal cervical:

TARNIER, Gaz. des hôp. Nov. 1862. BARNES, Obstet. Med. and Surgery. Vol. II. Lancet 1863. FEHLING, Die geburtsh. Operationen in P. Müller's Handbuch d. Geburtsh. 3. pag. 21. CHAMPETIER DE RIBES, Annales de Gynec. 1888. MAURER, Neue Methode z. schnellen Eröffnung d. Muttermundes b. d. Geburt. Centralbl. f. Gyn. 1887. CREDER, Zur intrauterinen Anwendung von Gummibläsen bei der Geburt und Gynäkologie. Ibid. A. MÜLLER, Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. IV, und: Ueber Kolpeuryse u. Metreuryse. Centralbl. f. Gyn. 1900. BIERMER, Der Kolpeurynter, seine Geschichte und seine Anwendung etc. Wiesbaden 1899. DEKART, Hystereuryse in der Praxis. Münch. med. Wochenschr. 1900. BOSSI, Sulla dilatazione meccanica immediata del collo dell' utero. Annali di ost. e gin. 1900. Nr. 3 u. 4 und: Il mio strumento ridotto a quattro branche. Annali di ost. e gin. 1900. Nr. 6. BOSSI, Ueber meine Methode der Suellen mechanisch instrumentellen Erweiterung des Uterushalses in der Geburtshülfe. Berliner Klinik 1905. Heft 199. LEOPOLD, Ueber die schnelle Erweiterung d. Muttermundes mittelst des Dilatators von Bossi. Arch. f. Gyn. 66, 1902. BECK, Z. künstl. Erweiterung d. Cervix mittelst d. Dilatators von Bossi. Prag. med. Wochenschr. 1901. FROMMER, Ein neuer geburtshülfl. Uterusdilatator. Centralbl. f. Gyn. 1902. KNAPP, Nochmals zur Dilatatorfrage. C. f. Gyn. 1903. PREISS, Zur Uterusdilatation. Ibid.

DÜRRSEN, Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin 1896, ferner: Ueber den Werth d. tiefen Cervix- u. Scheidendamm-Einschnitte i. d. Geburtshülfe. Archiv f. Gyn. 44 und: Ueber vaginalen Kaiserschnitt. Samml. klin. Vorträge N. F. Nr. 232. BUMM, Zur Technik und Anwendung des vag. Kaiserschnittes. Centralbl. f. Gyn. 1902 und verhandl. d. deutschen Ges. f. Gyn. Kiel 1905. Bd. XI.

*Aborto provocado:*

SOYRE, Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement. Thèse, Paris 1875. COHNSTEIN, Werth d. künstlichen Aborts. Arch. f. Gyn. 6. AHLFELD, Ueber die Indikationen z. künstl. Abort u. über Ausführung desselben. Arch. f. Gyn. 18. GAILLARD, De l'avortement au point de vue médico-légal. Paris 1878. PLOSS, Zur Geschichte, Verbreitung u. Methode d. Fruchtabtreibun. Gratulationsschr. Leipzig 1883. Engelhardt. TARDIEU, Etude méd.-légale sur l'avortement. Paris 1881. FRITSCH, Der criminelle Abort in P. Müller's Handbuch d. Geburtshilfe 1889. SIPPEL, Ueber die Berechtigung der kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter vom geb., gerichtlich med. und ethischen Standpunkt. Gekrönte Preisschrift. Tübingen, Pietzker 1903 (con abundantes datos literarios).

*Parto prematuro artificial:*

DENMANN, Introduction to the practice of midwifery. London 1789. STOLTZ, Mémoire et observations sur la provocation de l'accouch. prématuré. Strassburg 1835. KRAUSE, Die künstl. Frühgeburt. Breslau 1855. DOHRN, Ueber die künstl. Frühgeburt b. engem Becken. Volkmann's Samml. klin. Vortr. 94 LEOPOLD, Ueb. d. künstl. Frühgeburt b. hoffnungsloser Erkrankung d. Mutter. Arch. f. Gyn. 14 und: Das habituelle Absterben d. Frucht und d. künstl. Frühgeburt. Arch. f. Gyn. 8. SARWEY, Die künstliche Frühgeburt b. Beckenenge. Berlin 1866, Hirschwald. KLEINWÄCHTER, Die künstliche Unterbrechung d. Schwangerschaft. Wien u. Leipzig 1890. LEOPOLD, Indic. der Sectio caesarea im Vergleich mit Symphysiotomie, Kraniotomie u. künstl. Frühgeburt. Stuttgart 1888 Enke und Internat. Kongress f. Gyn. u. Geb. Amsterdam 1899. PINARD, *ibid.*

*Versión cefálica:*

D'OUTREPONT, Progr. von der Selbstwendung u. der Wendung auf den Kopf. Würzburg 1817. MORITZ, Die Wendung auf den Kopf. Leipzig 1874. P. MÜLLER, Die Wendung auf den Kopf und deren Werth für die geburtsh. Praxis. Volkmann's Samml. klin. Vorträge, Nr. 77.

*Versión podálica:*

LEWY, Geschichte der Indikationen zur Wendung auf die Füße. Diss. Berlin 1870. BETSCHLER, Ueber d. künstl. Wendung auf den Steiss. Rust's Magazin 1824, 17. BRAXTON-HICKS, On combined external and internal version. London 1864. (Uebersetzung von KÜNEKE, Göttingen 1865.) FRITSCH, Zur Lehre von dem Ergreifen der Füße bei der Wendung. Arch. f. Gyn. 4. KRISTELLER, Mechanismus d. Wendung auf den Fuss. Monatsschr. f. Geb. 31. LAHS, Uterusstriktur en und d. doppelte Handgriff, Vortr. u. Abhandl. etc. Marburg 1884. WINTER, Ueber die Berechtigung d. zeitlichen Trennung d. Wendung u. Extraktion. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 12. DOHRN, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 14. ZWEIFEL, Ueber die Dekapitation und die Grundsätze d. Wendung bei dorsoposterioren Querlagen. Centralbl. f. Gyn. 1895.

*Extracción por la extremidad inferior:*

MICHAELIS, Ueber Wendungs- und Fussgeburten, bei welchen sich der Rücken des Kindes nach d. Rücken d. Mutter stellt. Abhandl. auf. d. Gebiete d. Geburtsh. Kiel 1833. G. VEIT, Ueber die beste Methode z. Extraktion des nachfolgenden Kopfes. Greifswald. med. Beitr. II. 1863. RUBENSOHN, Ueber d. Prager Handgriff bei Ausziehung d. nachfolgenden Kopfes. Diss. Berlin 1867. KÜSTNER, Die Steissund Fusslagen, ihre Behandlung. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 140. FREUDENBERG, Entwicklung d. nachfolgenden Kopfes. Arch. f. Gyn. 21. CREDÉ, Zange am nachfolgenden Kopf. Arch. f. Gyn. 25. LITZMANN, Der Mauriceau-Levret'sche Handgriff. Arch. f. Gyn. 31. A. MARTIN, Ueber d. Entwicklung des nachfolgenden Kopfes bei räumlichem Missverhältniss. Centralbl. f. Gyn. 1886, Nr. 46. u. Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 40. WINKEL, Zur Beförderung d. Geburt des nachfolgenden Kopfes. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. II. 1888 (Geschichtl. Darstellung d. verschiedenen Methoden z. Extr. des nachfolg. Kopfes). HERZFELD, Ueber die Behandlung d. nachfolgenden Kopfes etc. Leipzig u. Wien 1890. WINTER, Ueber die Extraktion d. nachfolg. Kopfes. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 12. GREGORY, Neue Erfahrungen über die Anwendung d. Schlinge. Bayer. ärztl. Intelligenzblatt 1873. v. WECKBECKER-STERNFELD, Schlinge bei Steisslagen. Archiv f. Gyn. 18. WINTER, Zur Behandlung d. Steisslagen. Deutsche med. Wochenschrift 1891, Nr. 6. BUNGE, Schlingenträger. Cbl. f. Gyn. 1891, Nr. 8 und 1885, Nr. 47. A. MÜLLER, Die Behandlung der Schultern bei der Extraktion am Beckenende. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 8. MARLETTI, Ueber den Werth des TRUZZI'schen manuellen Verfahrens zur Lösung der Arme bei der Extraktion am Beckenende. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 10, Heft 3, 1899. STEFECK, Ein neuer Vorschlag z. Behandlung d. nachfolgenden Kopfes. Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 3. A. MÜLLER, Behandlung der Schultern b. de. Extraktion am Beckenende. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 8. 1898, S. 476.

*Forceps:*

AVELING, The Chamberlens and the midwifery forceps. London 1882. BUDIN, Les Chamberlens. Lequel d'entre eux imagine le forceps. Obstét. et Gyn. 1886. SAENGER, Die Chamberlens. Arch. f. Gyn. 31, 1887. KRISTELLER, Ueber den Mechanismus der Zangenoperationen. Monatsschr. f. Geb. 31. BOER, Von schweren Kopfgeburten u. dem Gebrauche der Zange 1834. WIGAND, Ueber die Folgen der zu voreiligen Zangenanwendung. Magaz. f. Geb. 1888. E. MARTIN, Ueber die Anzeigen und Bedingungen d. Extraktion d. vorliegenden Kopfes mit d. Geburtszange. Zeitschr. f. Geb. u. Frauenk. 1. P. MÜLLER, Die Anwendung d. Zange bei hochstehendem Kopfe. Corresp. f. Schweiz. Aerzte 1876. E. MARTIN, Ueber die Anwendung d. Zange b. Gesichtslagen. Monatsschr. f. Geb. 16. SPÖNDLI, Die unschädliche Kopffzange etc. Zürich 1862. INGERSLEW, Die Geburtszange. Stuttgart 1891. WITKOWSKI, L'arsénal obstétrical. Paris, Steinheil. HENNIG, Ueber Vor- und Nachtheile d. Zangengebrauches b. engem Becken

Monatsschr. f. Geb. 15. Suppl. 1886. FARABEUF et VARNIER, Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouch. Paris, Steinheil 1891. BURLAKOW, Das Ziel für die Bedingungen u. Indikationen zum Anlegen d. sog. hohen Zange. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 5. MÜNCHMEYER, Ueber die Entbindungen mit d. Zange a. d. kgl. Frauenklinik in Dresden. Arch. f. Gyn. 36. H. SCHULTZ, Wendung und hohe Zange. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 34. FOTH, Die Anwendung d. hohen Zange mit bes. Rücksicht aufs enge Becken. Arch. f. Gyn. 55. WAHL, Ueber d. Entbind. mit d. Zange a. d. kgl. Frauenklinik in Dresden 1889—94. Arch. f. Gyn. 50.

*Forceps tractores en la dirección del eje de la pelvis:*

TARNIER, Description de deux nouveaux forceps 1877 u. Gaz. des hôp. 1878. A. SIMPSON, Trans. of the Edinb. obst. Soc. July 1883. B. S. SCHULTZE, Ueber Achsenzugzangen. Zeitschr. f. Med. 1883. SAENGER, Zange mit Zugapparat. Arch. f. Gyn. 17. LAHS, Die Achsenzugzangen. Stuttgart 1881. BREUS, Die Beckeneingangsänge. Wien 1885 u. Arch. f. Gyn. 20. BUMM, Die Achsenzugzange. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 318. KLIEN, Der heutige Stand der Achsenzugzangen-Frage. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 8, 1898.

*Cranectomia:*

KLEINWACHTER, Die Perforation und Extraktion d. perforirten Fruchtschädels. Wiener Klinik 1876, 7. Heft. V. HÜTER, Geschichtlicher Beitrag zur Lehre von der Cephalotripsie. Monatsschr. f. Geb. 14, 1859. DUNCAN, On the construction of the Cephalotribe. Edinb. med. Journ. Dez. 1868. C. BRUNA, Neuere Methoden d. Kraniotomie. Ztschr. d. Ges. d. Aerzte. Wien 1858. SIMPSON, On Cranioclast. Clin. Lect. on diseases of women. III. 1872. FRITSCH, Der Kephalothryptor und Braun's Kraniochlorast. Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 127 und: Ueber einige Indikationen z. Kraniochlorastextraktion, *ibid.* Nr. 231. HALBERTSMA, Over Craniotomie. Utrecht 1874. CREDÉ, Ueber Kephalothryptor und Kraniochlorast. Arch. f. Gyn. XII. CASTELAIN, De la Cephalotripsie tête dernière et de ses avantages. Arch. de Tocol. 1881. FABBRI, Sull' embriotomia etc. Bologna 1875. DÜHRSEN, Ueber die Perforation des nachfolg. Kopfes. Verh. d. Berl. Ges. f. Gyn. u. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 22. v. HERFF, Zur Perforation d. nachfolg. Kopfes durch den Mundboden. Ctbl. f. Gyn. 1895. HERGENHAHN, Ueber die Perforation d. nachfolg. Kopfes. Arch. f. Gyn. 51. STRASSMANN, Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes. Ctbl. f. Gyn. 1895. TARNIER, Le basiotribe. Acad. de méd. de Paris 1883, Déc. 11. PINARD, Le basiotribe Tarnier. Annales de Gyn. et d'Obst. 22, 1884. A. R. SIMPSON, Delivery by Basilysis, Scottish med. and surg. J. 1900. AUVARD, Embriotomie céphalique combiné. Acad. de méd. Paris 1888, 27. Mai. ZWEIFEL, Ueber Kranio-Kephaloklasie. Ctbl. f. Gyn. 1897. FEHLING, Ein viertheiliger Kraniochlorast. Ctbl. f. Gyn. 1898. WALTHARD, Ueber Perforation u. Kraniochlorast mit dem dreiblättrigen Kraniochlorast. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 9, 1899. Heft. 1.

*Embriotomia:*

C. BRAUN, Ueber das technische Verfahren bei vernachlässigten Querlagen und über Dekapitationsinstrumente. Wiener med. Wochenschr. 1861. G. WEIT, Ueber die Extraktion der Frucht nach dem Modus der sog. Selbstentwicklung. Monatsschr. f. Geb. 18, 1861. PINARD, De contre-indications de la version etc. Paris 1875. KÜTSNER, Die Behandlung vernachlässigter Querlagen u. das Schultze'sche Sichelmesser. Ctbl. f. Gyn. 1880. BAR, Embriotomie céphalique. Paris 1889. PAYER, Samml. klin. Vort. N. F. 314. HERZFELD, Ueber d. Anwendung d. Carl. Braun'schen Schlüsselhakens. Ctbl. f. Gyn. 1895 u. 1900. ZWEIFEL, Ueber Dekapitation u. die Grundsätze d. Wendung bei dorsoposterioren Querlagen. Ctbl. f. Gyn. 1895 und Erwiderung etc. Ebenda 1900. VON HERFF, Die Zertrümmerung des Schultergürtels (Kleidotomie). Arch. f. Gyn. 53, 1895. STRASSMANN, Ueber d. Geburt der Schultern und über den Schlüsselbeinschnitt (Cleidotomie). Arch. f. Gyn. 53, 1897.

*Sinfisiotomia y pubiotomia:*

SIGAULT, Discours sur les avantages de la Section de la Symphyse dans les accouchements etc. Paris 1779. MORISANI, Sulla sinfisiotomia, Riforma medica 1892 und: De la symphyséotomie. Annales de Gynec. et d'obst. 1892, Avril. NEUGEBAUER, Ueber die Rehabilitation des Schamfugentrennung. I. Theil: Die Geschichte des Schamfugenschnittes und die bisherige Kasuistik von 437 Operationen von 1777—1893. ZWEIFEL, Die Symphyséotomie. Leipzig 1893.—Wigand und Referat für die gyn. Sektion d. XII internat. Med. Congresses. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 6, 1897, además: Ueber Symphyséotomie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 6, 1897. DÖDERLEIN, Experimentell-anatom. Untersuchungen über die Symphyséotomie. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 5, 1893. OLSHAUSEN, Spontane Geburt, Prophylact. Vendung, Symphyséotomie, ihr gegenseitiges Verhalten zu einander. Ctbl. f. Gyn. 1894. PINARD, De l'agrandissement momentané du bassin. Paris 1894, Steinheil, und: Indication de l'opération césarienne, considérée en rapport avec celle de la Symphyséotomie, de la craniotomie, et de l'accouchement prématuré artificiel. Rapport. Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obstét. Amsterdam 1899. Steinheil, Paris, Editeur 1899. FARABEUF, Possibilité et moyens de traiter scientifiquement la dystocie du détroit supérieur rétréci. Annales de Gyn. 1894, Mai-Juni, 7: De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovale par ischio-pubiotomie etc. Annales de Gyn. et d'Obst. 38, 1892. VARNIER, La Symphyséotomie, Rapport Congrès internat. Moscou. Annales de Gyn. 1897, 48. R. MÜLLERHEIM, Die Symphyséotomie, Samml. klin. Vorträge N. F. Nr. 91. FRITSCH, Die Indikationsstellung zur Symphyséotomie. Hegar's Beiträge 3, 1900. LEOPOLD, Bericht über Symphyséotomie. Internat. Kongress Rom. 1891. Annales de Gyn. 1894, 41. LOEHLIN, Die Symphyséotomie u. ihr Verhältniss z. Kaiserschnitt und zur künstlichen Frühgeburt. Gyn. Tagesfragen. BAR, La symphyséotomie, des résultats immédiates et éloignés. L'obstétr. 1899 u. Leçons de path. obstétr. Paris 1900. RUBINROT, Etude sur la symphyséotomie, difficultés opératoires, accidents et complications. Statistique. Paris 1899, Baillière et fils. ZWEIFEL, Die Symphysiotomie mit be-

sonder r Drainage des Spatium praevesicale sive cavum Retzii per vaginam. Vortr. Leipzig Ges. f. Geb., Ctbl. f. Gyn. 1902, Nr. 13. L. GIGLI, Taglio lateralizzato del pube. Atti di Cong. period. internat. di Gin. ed Ost. Roma 1903. *El mismo*, Die Resultate des lateralen Schambeinschnittes auf Grundlage der ersten 80 Fälle. Centralbl. f. Gyn. 1905, Nr. 41 und la Presse méd. 1905, 27. V. DOEDERLEIN, Ueber alte und neue beckenerweiternde Operationen. Arch. f. Gyn. 72. 1904. SELLEHEIM, Anatomische, experimentelle und Klinische untersuchungen zur operativen erweiterung des Beckens. Hegar's Beiträge X. Bd. TANDLER, Zur Anatomie des lateralschnittes. C. f. Gyn. 1905, Nr. 28. BUMM, Die Pubiotomie mit der Nadel. Centralbl. f. Gyn. 1906, Nr. 32. BAISCH, Reformen in der Therapie des engen Beckens. Leipzig 1907. Aquí se encuentran datos bibliográficos. ZWEIFEL, u. DOEDERLEIN, Technik der Bekenerweiternden Operationen. Berlin. S. Karger 1908. Con bibliografía.

#### *Operación cesárea:*

ROUSSET, Traité nouveau de l'hysterotomotokie ou enfantement caesarien. Paris 1581. WACHS, Der Wittenberget Kaiserschnitt von 1610. Leipzig 1868. MANSFELD, Ueber das Alter des Bauch- und Gebärmutterchnittes an Lebenden. Braunschweig 1824. MICHAELIS, Geschichtl. Bemerkungen über den Kaiserschnitt. Ges. Abhandl. Kiel 1823. M. SÄNGER, Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen, nebst vergl. Methode der Sectio caesar. u. d. Porro-Operation. Leipzig 1882, ferner: Arch. f. Gyn. 19, 20, 26. P. MÜLLER, Der moderne Kaiserschnitt. Ber in 1882, Festschr. z. 300 jähr. Jubil. d. Univ. Würzburg. LEOPOLD, Der Kaiserschnitt u. seine Stellung z. künstl. Frühgehurt etc. Stuttgart 1888 und Arch. f. Gyn. 19, 26, 28, 34 und 36. BRAUN u. HERZFELD, Der Kaiserschnitt und seine Stellung z. künstl. Frühgehurt. Wien 1888. FEHLING, Ueber neuere Kaiserschnittmethoden, Volkmann's Samml. klin. Vortr., Nr. 248. BAR, L'opération césarienne conservative etc. L'obstétr. 4, 1899. v. BRAUND-FERNWALD, Der Kaiserschnitt b. engem Becken. Wien 1894 Safar, und: Ueber die in d. letzten 10 Jahren ausgef. Sect. caes. Arch. f. Gyn. 59, 1899. LEOPOLD u. HAAKE, Ueber 100 Sectiones caesareae. Arch. f. Gyn. 56, 1898. OLSHAUSEN, Ueber den Kaiserschnitt u. seine indikation b. Beckenverengerung. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 37, 1897. DOKTOR, Kaiserschnitt b. Sepsis. Arch. f. Gyn. 59, 1899. FRITSCH, Ein neuer Schnitt bei der Sectio caesarea. Ctbl. f. Gyn. 1897. C. FRAENKEL, Experimente zur Herbeiführung d. Unwegsamkeit d. Eileiter. Arch. f. Gyn. 58, 1899. TRINKS, Neue Kaiserschnittfragen. Hegar's Beiträge 1, 1898.

#### *Operación cesárea suprasinfisaria:*

FRANK, Suprasymphysäre Entbindung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 23 u. Arch. f. Gyn. 81, 1906. SELLEHEIM, Der extraperitoneale Uterusschnitt. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 5. El mismo, Beiträge z. Geb. u. Gyn. von Hegar Bd. 14, 1909. u. HEGARS, Beiträge 23. VEIT, Der Kaiserschnitt bei Infection der Eshöhle. Monatschr. f. Gyn. Geb. 1907. FROMME, Ueber Extraperitonealen Kaiserschnitt. Berlin. klin. Wochenschr. 1908. NERNBERGER, Zur Geschichte des extraperitonealen kaiserschnittes. C. Bl. f. Gyn. 1909, Nr. 26. LATZKO, Verh. der Vers. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Köln. 1898 u. C. Bl. f. Gyn. 1909 und: Wiener klin. Wochenschrift 1909. BUMM, Ueber Kaiserschnitt. Reform. Internat. Gyn. Congress. St. Petersburg 1910.

#### *Operación de Porro:*

PORRO, Della amputazione utero-ovaric. come complemento di taglio cesareo. Milano 1876. DOKTOR, Kaiserschnitt bei Sepsis. Arch. f. Gyn. 59, 1899. HARRIS, Results of the Porro caesarean operation in all countries. Brit. med. Journ. 1890, I, und: The Porro caes. operat. tested by a trial of 16 years. N. Y. Jour. of. Gyn. and obst. 3, 1893. TRUZZI, L'operazione cesarea porro. Roma 1901. PESTALOTTA, Nel 25 anniversario dell' operazione di porro; comunicazione. La Rass. di ost. e gin. Napol. 1901 und Ann. di ost. e gin. 13, 1901.

