B.10038

# FACULTAD DE MEDICINA.

T/D.2326

# Tesis

SOSTENIDA ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA

DE

## BUENOS AYRES

POR

JOSÉ TEODORO BACA,

Natural de Buenos Ayres.

BUENOS AYRES,

IMPRENTA Y LITOGRAFIA DE J. A. BERNHEIM, CALLE PERU, 147.

1860.

# FACULTAD DE MEDICINA.

---

**¿Debe preferirse la PROVOCACION DEL ABORTO, en los casos de legítima indicacion, á las cruentas operaciones de la cirugía ( SIN FISIOTOMÍA Y OPERACION CESAREA )?**

---

# Tesis

SOSTENIDA ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA

DE

BUENOS AYRES

POR

JOSÉ TEODORO BACA,

Natural de Buenos Ayres.

BUENOS AYRES,

IMPRENTA Y LITOGRAFIA DE J. A. BERNHEIM, CALLE PERU, 147.

1860.

# FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AYRES.

| CATEDRATICOS: | | | ASIGNATURAS: |
|---|---|---|---|
| Presidente. . . . | Dr. D. | Francisco Javier Muñiz. | Partos, enfermedades de niños y muj·res. |
| *Vice-Presidente* | » » | Martin Garcia . . . . . | Nosografia Médica. |
| | » » | Juan J. Montes de Oca. , | Clínica Quirúrgica y operaciones. |
| | » » | Jose Maria Bosch. . . . . | Clínica Médica. |
| *Tesorero* . . . . . | » » | Teodoro Alvarez . . . . . | Nosografia Quirúrgica. |
| | » » | Nicanor Alvarellos . . . | Patología general, Anatomía patológica y medicina legal. |
| | » » | Luis Gomez . . . . . | Materia Médica, Terapéutica, Farmacología é Higiene. |
| | » » | Manuel A. Montesdeoca. | Anatomía y Fisiología. |
| *Secretario* . . . . | » » | José P. Lucena. . . . . | |

SOSTITUTOS:

| | | |
|---|---|---|
| Dr. D. | Leopoldo Montes de Oca. . . . . | Nosografía Quirúrgica |
| » » | Pablo Santillan . . . . . | Materia Médica, etc. |
| » » | Mauricio Gonzalez Catan. . . . . | Partos, etc. |
| » » | Daniel Iturrios . . . . . | Clínica Quirúrgica. |

PADRINO DE TÉSIS:

## Dr. D. NICANOR ALBARELLOS.

Bachiller en letras y ciencias de la Universidad de Francia, Doctor en Medicina de la Facultad de Paris, Miembro de la Sociedad Anatómica de la misma ciudad, y de la Sociedad Real de Anticuarios del Norte en Copenhague, Médico del Hospital General de Mugeres, ex-Catedrático de Física y Química Médicas, y Catedrático actual de Patología General, Anatomía, Patología y Medicina legal, etc., etc.

---

El Padrino de Tésis no podrá tomar la palabra en la discusíon, y su presencia se considera únicamente como un acto de honor para el ahijado.

(Reglameneo de la Facultad).

A LA MEMORIA DE MI PADRE,

## Don José Feliz Baca.

¡ RECUERDO DE ETERNO DOLOR !

---

A MI PREDILECTO HERMANO,

## José Maria.

Gracias al incesante auxilio de vuestra proteccion, hé podido al fin llegar al término de mis tareas escolares. Si en este momento que marca en el curso de mi vida, una nueva faz, una época inolvidable, mi corazon no ha podido reprimir una palabra de reconocimiento para aquellos que me dieron el ser, con igual razon no hé podido pasaros en silencio á vos, querido Hermano, á quien, puedo decirlo, os debo mi vida intelectual. Acepta pues mi primer trabajo cientifico en prueba de mi reconocimiento y eterna gratitud.

VUESTRO HERMANO:

**José Teodoro Baca.**

---

## Al Dr. D. Manuel Augusto Montes de Oca,

Catedrático de Anatomía y Fisiología de la Facultad de Medicina de Buenos Ayres.

Si la verdad de los afectos que me ligan hacia vos, hubiera de graduarse por el mérito de este pobrisímo trabajo, à fe que me hubiera faltado el animo para dedicaroslo; pero al hacerlo, hé cedido no à la pretenciosa idea de semejante mérito, sino al deseo solo de ofreceros en esta ocasion tan solemne para mí, un testimonio de mi sincera amistad, y de la justa admiracion que me inspiran las altas dotes intelectuales que os adornan, y que hacen de vos, uno de los primeros personages de la escena Médica Argentina.

---

A MI AMIGO Y COMPAÑERO DE ESTUDIOS,

## Dn. Santiago Larrosa.

*Amistad sin limites.*

J. T. B.

# INTRODUCCION.

*Señores,*

Vengo ante vosotros, á llenar la última prueba que los estatutos de esta respetable Escuela ecsigen del alumno que ha terminado sus tareas escolares; pero vengo tímidamente, á cumplir ese deber imprescindible, del que no es posible sustraerme, y sin lo cual, jamás me atreveria á discutir ante vosotros, cuestiones que estoy muy lejos de alcanzar con los pálidos reflejos de mi inteligencia: asi pues, al someter á vuestra ilustrada consideracion, la importantísima cuestion de la *preferencia que merece la provocacion del aborto en los casos de legitima indicacion, á las sangrientas operaciones de la cirugia,* cuento con la indulgencia que siempre habeis dispensado à vuestro discípulo

José Teodoro Baca.

# INTRODUCTION

L'absence de toute espèce de pavité entre l'avortement provoqué, tel que nous le considérons, et l'avortement provoqué dans des intentions criminelles, ne permet pas de supposer qu'il puisse venir á la pensée du juge d'appliquer au premier la législation qui frappe justement le second.

**¿Debe preferirse la PROVOCACION DEL ABORTO, en los casos de legítima indicacion, á las cruentas operaciones de la cirugía (SIN FISIOTOMÍA Y OPERACION CESAREA)?**

I.

## HISTORIA Y CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ABORTO PROVOCADO.

### Historia.

Aecio, fué el primero que concibió la idea en tiempos muy remotos, de la provocacion del aborto, y en 1768, W. Cooper presentó á Hunter; la cuestion de «si se deberia promover el aborto, cuando una muger embarazada de tres ó cuatro meses, tuviere una pélvis tan estrecha que no hubiese esperanzas de que se verificara la espulsion ó estraccion del feto viable.» Esta misma cuestion fué resuelta afir-

mativamente poco despues, por la mayor parte de los prácticos ingleses.

Tambien en Francia; Foderé en 1813, Marc en 1821, Velpeau en 1829, Cazeaux en 1840 etc., admitieron la oportunidad de la operacion en el caso presentado por W. Cooper.

P. Dubois en 1843 publicó en la *Gacette Médicale* de Paris un artículo, en el que, sin decidirse definitivamente, hace presentir su opinion. Casi en la misma época publicó Simonard una disertacion, en la que, despues de demostrar la moralidad de la operacion, determinó sus indicaciones. Por último, Stollez, Jacquemier y Chaylli, han adoptado los principios de los médicos ingleses.

La ciencia posee actualmente las mas perfectas monografias sobre el aborto provocado, y un gran número de tratados tanto de obstetricia como de medicina legal, han venido á enriquecer los conocimientos que son indispensables al médico, para formar un juicio acertado en tan importante cuestion; y no son desconocidos para nosotros los interesantes documentos que últimamente han sido publicados en Francia con motivo de una consulta hecha por el profesor Lenoir á la Academia de Medicina de Paris, sobre una infeliz muger, cuya pélvis apenas ofrecía cinco centímetros en su diámetro sacro-pubiano.

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ABORTO PROVOCADO.

El *aborto provocado* difiere del *parto prematuro artificial*, en que, en *este*, se tiene en vista salvar á la muger y al fruto que ella guarda en su seno: y en *aquel*, solo se procura salvar á la madre, sacrificándole el hijo. De aqui viene que los prácticos han llamado *parto prematuro artificial*, al parto provocado por el arte, antes del término ordinario de la gestacion, en una época en que el feto es ya viable, con el fin de hacerle atravesar sin perder la vida, una pélvis estrecha hasta ciertos límites, de suerte que pueda tener las condiciones del parto natural, y con el objeto tambien de substraer á la madre de un peligro inminente, determinando por la presencia del feto en la cavidad uterina.

Con la provocacion del aborto solo se consigue librar á la muger del producto de la concepcion, en una época en que *él* no puede vivir independientemente de *aquella* que le ha dado el ser.

Los estremos que separan el aborto provocado por el arte, del que se promueve con fines siniestros y criminales, y que es un verdadero infanticidio, ponen á cubierto al médico, de las penas con que las leyes castigan justamente á tales enemigos de la humanidad. El médico, que practica esta operacion es tan responsable por ella, como el operador que amputa una pierna, un brazo; que hace la estirpacion de un ojo, que trepana el cráneo, etc., con el noble fin de mitigar un tanto, sino de hacer cesar para siempre, los sufrimentos de sus semejantes.

Ciertamente que ninguno se atreverá á calificar como contrarias á la moral dichas operaciones: por el contrario, tales maniobras son tenidas como licitas y justas, y es un deber practicarlas en los casos de legítima indicacion, y su omision por parte del médico seria justamente censurada.

Antes de entrar en la apreciacion de las indicaciones y de los proce-

deres operatorios del *aborto provocado*, detengamonos un instante en las objeciones á que puede dar lugar el tenor de nuestra proposicion.— ¿Será licito prácticar el aborto con el justo fin de salvar á la madre? ¿No será preferible la operacion cesarea y la sinfisiotomía que pueden salvar á la madre y al hijo? ¿No será un crímen de lesa sociedad, aniquilar un individuo, que puede vivir para prestar sus servicios á la humanidad?

No habria mas que preguntar á la vieja Inglaterra, nacion de costumbres severas, y de una moralidad intachable, (dice el Dr. Nogueira Penido en una disertacion sobre el aborta provocado—Rio Janeiro 1851) su juicio sobre tales cuestiones, y seguramente que ella nos contestaria de un modo afirmativo á la primera, y negativo á las demas.

Tampoco han sido los practicos franceses los que mas han hecho esperar su consentimiento á la provocacion del aborto, en casos de legítima indicacion, con el noble fin de salvar á la madre. — Oigamos á Foderé— « No puede compararse la ecsistencia endeble é imperfecta del feto, dotado apenas de alguna sensibilidad fisica, sin gozar de ninguna facultad moral, y que todavia no está ligado al mundo por ningun vínculo esterior, con la ecsistencia de su madre cuyas facultades están desarrolladas, que está unida á la sociedad con numerosos relaciones, y cuya conservacion es infinitamente mas preciosa. »

Hé aquí tambien la opinion del profesor Velpeau — « Confieso, dice, que me es imposible poner en parangon la vida precaria de un feto de tres, cuatro, cinco ó seis meses, que no tiene ningun lazo con el mundo esterior, con la de una mujer adulta á quien nos obligan á conservar mil relaciones sociales. »

Ahora bien: supongamos por un instante, que hay igualdad de valor entre la vida de una mujer unida á la sociedad con lazos estrechos, y la de una criatura que, como dicen Foderé y Velpeau ningun lazo la liga con el mundo esterior. ¿Cómo puede compararse la vida débil é incierta de una criatura, que solo se halla en relacion con el mundo por medio de su madre, que no tiene sentimientos, afecciones, esperanzas ni temores, con la de una jóven, unida á todos los que la rodean por mil lazos sociales y religiosos? ¿Llenará el vacío que deja

la muerte de su madre, la vida de esta infeliz criatura? ¿Podrá nunca la sociedad indemnizar los servicios que presta una mujer adulta con los que ha de prestar una criatura?—Una criatura, decimos, que aun no piensa, no siente moralmente hablando, porque no tiene conciencia; que no tiene sentimiento de su propia ecsistencia; que no teme la muerte por lo mismo que no piensa en ella; que carece de afecciones y esperanzas que le hagan lamentar la pérdida de los goces de este mundo; y finalmente que ni el instinto de su propia conservacion se ha desenvuelto en ella? Esto en cuanto al feto.

¿Y la infeliz mujer se hallará en el mismo caso? Ciertamente que no; ella teme la muerte que vé inminente sobre su cabeza, y la lugubre idea de que va ser sacrificada casi infaliblemente, le causa los mayores tormentos. Esta infeliz mujer piensa, siente y tiene conciencia de su propia ecsistencia que tal vez va á dejar para siempre, abandonando al mismo tiempo los objetos de sus mas caras afecciones, esposo, padre, madre; amigos, para nunca mas volverlos á ver!

Supongamos tambien que esa criatura salvada á consta del sacrificio de su madre, ha de vivir y ha de prestar los servicios que la sociedad tenia derecho á esperar de ella; concediendo así mismo que todas las veces que se sacrifique á la madre, se salve infaliblemente el hijo. ¿No servirán de contrapeso y desventaja en los procederes, las diversas vicisitudes por que tiene que pasar el niño hasta hacerse útil? El hombre desde su nacimiento hasta los siete años, tiene que recorrer faces muy peligrosas, y en esta serie de riesgos un gran número de criaturas se pierde.

El niño salvado ya por la inmolacion de la madre, vencerá seguramente sin perecer la denticion, las afecciones verminosas, exantemáticas , etc., á que están tan sujetas las criaturas?

Hasta los que fundan en el fruto de su sucesion sus esperanzas, dice (Mata., Trat. de Medic. Leg. tom. I paj. 487.) están interesados en que la madre viva: pues Napoleon ese grande hombre de los siglos modernos que tenia los mas ardientes deseos de poseer un hijo para heredero de su gloria y de su nombre, consintió en que se sacrificara este por aquella,

diciéndole al profesor Dubois encargado de la asistencia de su esposa: *¡Ne pensez qu'à la mère!*

Este hecho histórico habla muy alto y muestra que la razon y la conciencia pugnan á favor del tenor de nuestra proposicion.

Veamos ahora si con la *operacion cesarea* y la *sinfisiotomia* podemos salvar á la madre y al hijo.

## OPERACION CESAREA.

La *operacion cesarea* ó *histerotomia*, consiste en una incision practicada en las paredes del vientre y del útero para estraer el feto.

Antes de practicarla en la mujer viva, (dice Cazeaux de quien tomamos esta historia) hacia ya mucho tiempo, que se habia aconsejado en los casos en que moría una mujer embarazada sin haber parido.

Valerio Maximo, habla del nacimiento postumo del filosofo Georgias, y Pliño dice que, Escipion el africano y Manilio, debieron su vida á la ley de Numa, que prohibia enterrar á una mujer embarazada sin abrirle el vientre. Esta ley está aun en uso.

No se sabe con precision, continúa el mismo autor, en qué epoca se practicó la *operacion cesarea* en la mujer viva. El primer caso bien auténtico segun C. Lage, es el que cita Nicolas Falcon y data de 1491. Nufer la practicó en 1500, cuya observacion nos ha trasmitido Gaspar Bauhino.

Finalmente en 1749, M. Simon leyó una memoria muy interesante sobre esta operacion á la Academia Real de Cirugía, pero la parte crítica escasea mucho en ella, así como abunda la credulidad. En nuestros dias se ha limitado mucho el campo de la *operacion cesarea*, pero esto es efecto únicamente de los progresos del arte, y del espíritu eminentemente práctico de nuestra época.

Hecha lijeramente la historia de la *operacion cesarea*, digamos ya que si para esclarecer el pronóstico de la *histerotomia*, no consultáramos mas que los resultados de las operaciones practicadas en los grandes centros de poblacion, donde por lo mismo no puede quedar desconocida ninguna operacion grave, y donde tanto los écsitos favorables, como los contratiempos son luego del dominio público, llegariamos muy pronto á formarnos la triste conviccion de que la inmensa mayoria de las operadas se inmola á una muerte segura. En Paris por ejemplo, de unos cuarenta años á esta parte, dice Velpeau, todas las *operaciones cesareas*, inclusive

la que practicó Dubois en 1839, han sido seguidas de la muerte de la madre, y tengase presente que este mismo autor encuentra ecsajerada la opinion de Boer y Boerhave, quienes aseguran que de catorce *operaciones cesareas* apenas se obtiene un caso de feliz ecsito. En Londres, entre veinte y cinco desventuradas mujeres entregadas al cuchillo cesareo tan solamente se ha salvado *una*!

Empero la espantosa mortalidad de que acabamos de hablar debe atribuirse, dice Cazeaux, al menos en parte á las condiciones muy particulares, en que se encuentra la poblacion de los hospitales de las grandes ciudades, puesto que la práctica en las provincias da resultados mucho mas satisfactorios. Sinembargo cuando á ejemplo del Dr. Kaysser se consultan todos los hechos conocidos, que revisten el carácter de autenticidad debida, se llega á esa triste conviccion, que han sucumbido de *cien* mujeres, *setenta*. Suponiendo pues, y desgraciadamente es una suposicion muy gratuita, que se haya tenido igual dilijencia ó prisa para publicar los reveses que los casos favorables, queda uno convencido de que, de cada *cuatro* mujeres sometidas á la *operacion cesarea*, *tres* mueren irremisiblemente.

Es verdad que los partidarios de la *operacion cesarea*, atribuyen esos reveses al retardo que sufre la operacion. Si en vez de permitir que la mujer se agote en vanos esfuerzos contra un óbstáculo reconocido por insuperable, dicen aquellos; si en lugar de tentar maniobras que necesariamente han de salir mal, se procediese á la operacion antes ó poco tiempo despues de la ruptura de las membranas contentivas del huevo, los resultados serian mas favorables.

No tiene duda que eso no puede contestarse, pues los hechos conocidos demuestran que, la mortalidad es tanto mayor cuanto mas lejos se opera del momento en que ha empezado á fluir el líquido amniotico. Pero conviene advertir, que ese retardo no puede siempre atribuirse al médico, puesto que no es él siempre, el árbitro de fijar irremisiblemente la hora mas propicia.

La mujer, sin cuyo consentimiento es imposible obrar, no sabe tan bien como el médico, cuan grandes son las dificultades del paso. Para convencerse de la necesidad de una operacion tan espantosa, es menester

que agotada por las angustias de un parto por largo tiempo sostenido, haya podido palpar la absoluta impotencia de sus esfuerzos, y muy á menudo hasta la inutilidad de todas las maniobras obstetricales.

Por profunda que sea la conviccion del médico, muy dificil le ha de ser que no haga algunas concesiones á los temores tan lejítimos de la parturienta ; y apesar suyo la operacion no se practicará muy á menudo, sino mucho despues que se haya principiado el trabajo del parto.

Ahora bien : ¿esa terrible operacion asegura la vida del feto? ¿En compensacion de tantos sufrimientos y tantos peligros, se puede por ventura, tener la certeza de poder ofrecer á la madre otra cosa que un cadáver? Desgraciadamente no hay nada de cierto, y hasta los mismos partidarios de la *operacion cesarea* se ven obligados á confesar, que no son siempre tan afortunados para estraer el niño vivo, aun cuanda se haya practicado la operacion en el momento mas oportuno.

Conocidos ya los resultados de la *operacion cesarea*, pasaremos á estudiar ligeramente la *sinfisiotomia*.

## SINFISIOTOMIA,

El objeto de dicha operacion es aumentar la dimension de los diá. metros de la pélvis, para facilitar la espulsion ó estraccion del feto, haciendo para esto la relajacion de la sinfisis del pubis, y la separacion de sus superficies articulares.

No debemos olvidar, pues, que con semejante operacion, apenas pueden obtenerse cuatro ó cinco líneas de aumento en el diámetro antero-posterior del estrecho superior y de la escavacion; tal es el resultado de los mejores trabajos publicados sobre este objeto hasta la fecha. (Cazeaux, Trat. de part., tom. 3. páj. 172). Por consiguiente: tal operacion solo aprovecharia cuando un aumento de cuatro ó seis líneas, fuese suficiente para poder estraer el feto, y aun en este mismo caso creemos que habria sido mejor provocar el aborto (en tiempo oportuno) librando así á la mujer de las terribles consecuencias de la sinfisiotomía, pues es sabido que es rara la mujer que resiste tal operacion, y aun cuando se libre, ella queda con defectos horribles que envenenan su existencia.

Estos resultados creemos nos dispensan de entrar en mas detalles,

En vista pues de tales consideraciones, ¿no será preferible la *provocacion* del *aborto* en los casos de lejítima indicacion, á las sangrientas operaciones de la cirugía, *sinfisiotomia* y *operacion-cesarea*? ¿No será, lo repetimos, mas humanitario, tentar la salvacion de la madre á espensas del hijo que encierra en su seno, que recurrir como último y formidable remedio á las operaciones cruentas generalmente mortales para aquella, y no exentas de peligros para el feto.

II.

## INDICACIONES DE LA PROVOCACION DEL ABORTO.

Las estrecheces de la pélvis que solo dejan á la mujer llegado el término de la preñez, la triste alternativa de la *operacion cesarea* ó de la *embriotomia*; y con mas razon aquellas que no llegando á treinta líneas no permiten la estraccion del feto muerto ó vivo, sino por medio de una incision abdominal, constiuyen la indicacion mas podorosa del *aborto provocado*. (Cazeaux, Trat. de part., tom. 3, páj. 165).

En presencia de una estrechez muy marcada de la pélvis, el médico sabe muy bien que dejando avanzar la preñez hasta su término normal, no tendrá otra eleccion posible sino la *embriotomia* ó la *operacion cesarea*; y que en algunos de esos mismos casos el único recurso será esta última operacion. Si despues de haber pesado maduramente en su conciencia las consecuencias inevitables de la una, y las probables de la otra, se decide por la mutilacion del feto, le parecerá sin duda razonable no aguardar á que el volúmen notablemente aumentado del niño venga á complicar las dificultades y peligros de la *embriotomia;* entonces el *aborto provocado* á los cuatro primeros meses de la preñez, le parecerá plenamente justificado.

Empero, no solo las estrecheces de la pélvis, han sido para los prácticos indicaciones lejítimas del *aborto provocado*, sino que una multitud de accidentes de la gestacion, una multitud de estados morbosos que coexisten con ella, y adquieren en esta coincidencia una gravedad inminente para la madre, son tambien indicaciones para la *provocacion* del *aborto*, no menos, lejítimas que las estrecheces de la pélvis. En efecto, hay casos particulares en que la espulsion del feto se hace indispensable para garantir la vida de la mujer.

Para los prácticos ingleses son muy numerosas las ocasiones en que

creen necesaria la provocacion del aborto, á juzgar por la memoria presentada por Mr. Robert Lee, en la cual cita siete casos de *aborto provocado* que le son propios; *tres* por causa de estrechez, y *cuatro* por otros accidentes.

Los casos que reclaman la *provocacion* del *aborto* no son en gran número : pasemos en revista aquellos en los que creemos mas lejítimamente indicada dicha operacion : tales son, á mas de las estremadas estrecheces de la pélvis, las fuertes y frecuentes hemorrágias reveldes á todo tratamiento ; los tumores sólidos de las partes blandas y duras en el camino que debe recorrer el feto á su salida, que no pueden ser desviados, reducidos, abiertos ni estirpados ; los vómitos de tal suerte pertinaces que amenacen la vida de la mujer, y que no permitan esperar á la época de la vialabilidad del feto, para provocar el *parto prematuro artificial*; las convulsiones alarmantes y repetidas cuando dependen del estado de ecsitabilidad del útero, proveniente de la presencia del feto en su cavidad.

Tambien hay otras enfermedades que pueden hacer peligrar la vida de la mujer embarazada, sin que estas constituyan á nuestro modo de ver indicaciones lejítimas del *aborto provocado*, como por ejemplo : los derrames serosos de las grandes cavidades ; las enfermedades orgánicas del corazon; los tumores voluminosos del abdomen como quistes, hernias, los aneurismas de la aorta, etc. ; estados patológicos que pueden presentarse en la práctica revestidos de circunstancias de tal modo apremiantes, que el médico juzgue indispensable provocar el aborto, *como último recurso* ; pero en este caso, como en todas las ocasiones en que se crea indicada dicha operacion, nunca el médico deberá decidir por sí solo : debe consultar el parecer de sus mas ilustrados cólegas, para resolver sobre el particular del mejor modo posible, y de acuerdo siempre con las leyes de la moralidad.

Despues de haber estudiado las indicaciones de la *provocacion* del *aborto*, con la brevedad y concision que nos permite un escrito de esta naturaleza, pasemos ahora á estudiar los medios que el arte nos ofrece, para el diagnóstico de las estrecheces de la pélvis.

## III.

# MEDIOS EMPLEADOS PARA CONOCER LAS ESTRECHECES DE LA PÉLVIS.

Los signos que sirven para reconocer la existencia de un vicio de conformacion de la pélvis, se han dividido en racionales y sensibles; mas como los primeros no pueden suministrar sino probabilidades inciertas, y como las indicaciones que presentan los vicios de conformacion, requieren una solucion rigorosa y exacta de todas las cuestiones que se refieren al diagnóstico, y como por otra parte no bastan probabilidades para que un médico se oponga al matrimonio de una jóven, ó se decida á practicar una operacion que mate el feto ó esponga à la madre á gravísimos accidentes; estudiaremos aquí solamente los segundos, esto es: los signos sensibles como los únicos capaces de dar seguridad.

## SIGNOS SENSIBLES.

Los elementos necesarios para el diagnóstico de las estrecheces de la pélvis, están en la medicion de ella. Esta medicina se practica por fuera ó por dentro. En el primer caso constituye lo que los prácticos han llamado pelvimetría esterna, y en el segundo se llama pelvimetría interna.

Para practicar la pelvimetría es indispensable el conocimiento de las distancias que presenta una pélvis bien conformada, para lo cual sírvanos de norma el siguiente cuadro compuesto por Cazeaux y Nœgèle.

En una pélvis bien conformada hay :

| | | Pulgadas | Líneas. |
|---|---|---|---|
| 1 | De la espina iliaca anterior inferior de un lado, á la del otro. . . . . | 9 | |
| 2 | De la espina iliaca anterior superior de un lado, á la opuesta. . . . . | 10 | |
| 3 | De la parte media de la cresta iliaca al punto correspondiente de la otra . . . . . | 11 | 3 |
| 4 | De la parte media de la cresta iliaca á la tuberosidad del isquion . . . . . | 8 | |

El estrecho superior divíde esta distancia en dos partes iguales, de manera que las partes laterales de la grande y pequeña pélvis tienen cada una :

| | | Pulgadas | Líneas. |
|---|---|---|---|
| 5 | De la parte anterior y superior de la sínfisis del púbis al vértice de la primer apofisis espinosa del sacro . . . . . | 8 | |

De aquí hay que rebajar treinta y dos líneas del grueso de la base del sacro, y ocho de la sínfisis, quedando por consiguiente para el intérvalo sacro-pubiano cuatro pulgadas y ocho líneas :

| | | Pulgadus | Líneas. |
|---|---|---|---|
| 6 | De la tuberosidad isquiática de un lado, á la espina iliaca posterior y superior del lado opuesto, la estension media en una pélvis bien regular es. . . . . | 7 | 4 |
| 7 | De la espina iliaca anterior superior de un lado, á la postero-superior del otro lado, la estension media es . . . . . | 8 | 9 |
| 8 | De la apofisis espinosa de la última vértebra tumbar á la espina iliaca antero-superior, de uno y otro lado . . . . . | 7 | 4 |
| 9 | Del gran trocánter de un lado á la espina iliaca postero-superior del lado opuesto. . . . . | 9 | 7 |
| 10 | De la parte media del borde inferior de la sinfisis del púbis, á la espina iliaca postero-superior de uno y otro lado. . . . . | 7 | |

Para poder apreciar en la mujer las dimensiones que acabamos de indicar, así como las principales modificaciones que pueden haber esperimentado, se ha inventado una multitud de instrumentos conocidos con el nombre de *pelvimetros;* pero aquí solo indicaremos los mas usuales.

## PELVIMETRO DE BAUDELOQUE.

El *pelvimetro* ó compás de Baudeloque, consiste en dos varillas metálicas encorbadas en semicirculo, de modo que abrasen en su concavidad la mayor parte de la pélvis. Las puntas de estas varillas, terminan en unos botones lenticulares, destinados á aplicarse á las estremidades de las lineas cuya estension se quiere medir. Una reglita con su escala atraviesa las dos ramas en el punto en que se une la porcion recta con la curva, y marca ecsactamente el grado de separacion de las puntas. Este instrumento se aplica al esterior, y puede ser muy útil para avaluar las medidas que acabamos de indicar.

El pelvímetro de Baudeloque en manos prácticas puede dar resultados muy satisfactorios, pero no ofrece el grado de certidumbre que su autor se prometió, ni aun en la determinacion del diámetro antero-posterior del estrecho superior, que es el que mejor se presta á este genero de esploracion. En efecto (dice Cazeaux de quien tomamos esta descripcion) si bien es facil aplicar una de las puntas del instrumento delante de la parte superior de la sínfisis del púbis, teniendo cuidado de separar las partes blandas, no lo es ni con mucho, colocar la otra ecsactamente en el punto correspondiente á la apofisis espinosa de la primer vertebra del sacro. El grueso de las partes blandas y la dificultad de determinar con ecsactitud este último punto, hacen que sea muy incierto tal método de medir. Ademas de que, aun suponiendo que se pudiera aplicar convenientemente el instrumento, no pueden ser concluyentes sus resultados. Si la pélvis está bien conformada, dicen, deben obtenerse ocho pulgadas, de las cuales hay que rabajar 32 lineas del grueso de la base del sacro, y 8 del de la sínfisis del púbis. Pero no siempre es el mismo el grueso de los huesos de la pélvis, ni tampoco el desarollo del sistema oseo; pues es sabido que el sacro en vez de 32 lineas, no tiene á veces sino 25, 20, etc.

La misma incertidumbre que encontramos para determinar el diámetro sacro-pubiano, se advierte al querer calcular con el expresado pelvímetro los diámetros transversales ú oblicuos. ¿Es siempre igual el intérvalo que separa las espinas iliacas anteriores? El que hay entre la parte media de la cresta iliaca de un lado y el punto correspondiente del lado opuesto es (segun dicen) de once pulgadas y cuarta, ó sea el doble de la estension del diámetro transversal del estrecho superior. Pero las fosas iliacas pueden ser mas ó menos cóncavas, las crestas iliacas están mas ó menos separadas de la vertical ó de la horizontal, sin que por eso se altere la forma del estrecho superior. De consiguiente son tantas las anomalias que presenta la relacion que ha querido establecerse entre estas dos distancias, que es imposible tener confianza en las conclusiones que se quieran deducir de ella.

Por último, cuando para apreciar los diámetros oblícuos, se coloca una punta del instrumento, sobre la cara esterna del gran trocanter, y la otra en la parte prominente de la articulacion sacro-iliaca del lado opuesto, no se atiende á las numerosas variaciones que presenta la longitud y oblicuidad del cuello del fémur, ni á la profundidad de la cavidad cotiloidea, ni al grueso de las partes blandas.

Resulta por lo tanto que el pelvímetro de Baudeloque solo puede dar resultados muy aprocsimados; pero no deja de ser un instrumento útil, cuando es imposible introducir un cuerpo estraño en la vagina.

Pasemos ahora á la descripcion de los pelvímetros por los cuales se pueden apreciar las dimensiones de los diámetros internos de la pélvis.

---

## PELVIMETRE DE COUTOULY.

Es este el mas antiguo de los pelvímetros. Se compone de dos reglas de hierro que corren una sobre otra, y tienen en su estremidad una chapita fija en ángulo recto. Cuando se introduce en la vagina, se hacen correr las reglas una sobre otra, de modo que una de las chapas se fije en el ángulo sacro-vertebral, y la otra detras de la cara posterior de la sinfisis del púbis. Una escala colocada en una de las reglas indica el grado de separacion de las chapas y por consiguiente la estension del diametro sacro-pubiano.

Este instrumento ofrece muchos inconvenientes que han sido causa de que se le abandone casi completamente. Es dificil de aplicar, distiende considerablemente la mucosa vaginal, y esta distension suele ser muy dolorosa para la muger. La estremidad de la chapa que debe aplicarse al ángulo sacro-vertebral se desvia y cambia de sitio con la mayor facilidad, y por último, los órganos contenidos en la escavacion se oponen á su estension completa.

Madame Boivin ha creido evitar la mayor parte de estos inconvenientes, proponiendo un otro instrumento denominado intro-pelvímetro, instrumento que aunque menos doloroso tal vez, y menos susceptible de cambiar de posicion, no dá sin embargo resultados esactos.

En fin, pasando por alto los demas pelvímetros que se han propuesto, citaré únicamente el de Van Huevel.

## PELVIMETRO DE VAN HUEVEL.

Este pelvímetro se compone de dos varillas redondas, una interna ó vaginal, aplanada á manera de espátula, que tiene hácia la parte media de su cara superior, un gancho obtuso, abierto por detrás; la otra esterna atravesada superiormente y en direccion perpendicular por un tornillo que puede sacarse. Estas ramas están unidas por medio de una nuez ó caja articular que forma con ellas una especie de compás cuyas piernas se alargan, acortan y giran en todas direcciones. Dando una vuelta al tornillo central de la nuez, se aprietan y quedan fijas en su posicion.

Para emplear este instrumento se empieza por asegurarse bien, tanto esterior como interiormente de la situacion del borde inferior del púbis, señalando con tinta en la piel el punto correspondiente al centro de este borde. Se busca y señala del mismo modo la eminencia ileo-pectinea á derecha é izquierda, situada á la parte esterna de la arteria crural, de manera que la estremidad anterior de los diámetros sacro-pubiano y diagonales del estrccho abdominal, está marcada esteriormente por tres manchas de tinta.

Hecho esto, se introducen en la vagina uno ó dos dedos de la mano izquierda, colacándolos encima del ángulo del sacro; con la otra se conduce el vértice encorvado del tallo vaginal á lo largo y por debajo de estos dedos, mientras que la base del pulgar apoyada en el gancho mantiene fija esta rama.

Entonces la abandona la mano derecha para tomar el tornillo de la mano izquierda, cuyo boton se aplica sobre la mancha de tinta del monte de Vénus. Un ayudante aprieta la tuerca de la nuez articular, mientras que el operador, mantiene las dos ramas en su posicion respectiva.

Se saca con precaucion el instrumento y se mide el espacio comprendido

entre los vértices, es decir, la estension que separa el monte de Vénus del promontorio.

Conocida esta distancia, se afloja el tornillo para dar movilidad á las ramas. Introduce de nuevo el operador, el índice en la vagina, detrás de la sínfisis del púbis; en seguida conduce allí el vértice del tallo vaginal, y lo sostiene con una mano, mientras que con la otra vuelve á colocar el tornillo de la rama esterna en la mancha del monte de Vénus. Se tendrá cuidado de no apretar mas que la primera vez. El ayudante aprieta de nuevo la tuerca, y queda terminada la operacion.

Para sacar el instrumento que abraza el espesor de la region pubiana se destornilla la rama esterna que se vuelve á colocar luego en su sitio. Se mide esta estension, y deducida de la primera, dá por resultado la distancia que hay entre el ángulo sacro-vertebral, y la cara posterior del púbis, ó sea el diámetro sacro-pubiano propiamente dicho.

De la misma manera se obtienen los diámetros oblícuos. Se introducen los dedos índice y medio en la vagina, se aplican sus estremidades á una de las articulaciones sacro-iliacas, ó al promontorio, si no se puede llegar á las primeras. A su vez se aplica allí el vértice del tallo vaginal, despues se coloca el boton del tornillo sobre la mancha de la eminencia ileo-pectínea, y fijando las ramas en su posicion, se sacan con suavidad y se mide la distancia de sus vértices. En una segunda operacion se mide el grueso de la cavidad cotiloidea, de la misma manera que el de la sínfisis, luego se fijan las ramas y se estraen aflojando el tornillo, como se ha dicho anteriormente. Deduciendo este segundo espesor del primero, nos quederá la estension del diámetro diagonal, ó la del espacio sacro-cotiloideo segun se coloque al principio la rama vaginal, sobre la sínfisis sacro-iliaca ó sobre el ángulo del sacro.

Téngase presente que la abertura entre el promontorio y la pared cotiloidea en caso de deformidad diagonal es la que mas interesa conocer, porque no es la articulacion sacro-iliaca la que se deforma, sino la base del sacro, ó las cavidades cotiloideas que se hunden hácia lo interior de la escavacion. En efecto, la pélvis sostiene por detrás la columna vertebral, y anterior y lateralemente se apoya en los fémures; de consiguiente se encuentra entre dos fuerzas que, durante la estacion y la

marcha tienden á deprimir este anillo oseo en los tres puntos indicados. De aquí resulta si hay reblandecimiento, proyeccion hácia adelante del ángulo sacro, ó repulsion hácia atrás de las cavidades cotiloideas, es decir estrechez del diámetro antero-posterior, y del sacro cotiloideo derecho é izquierdo, que en el estado normal solo tiene de cuarenta á cuarenta y ocho líneas.

En cuanto á la medicion esterna puede hacerse de la parte posterior de las dos ramas, apratendo convenientemente la nuez, una especie de compás ordinario para el estrecho inferior. Aplicado á las tuberosidades izquiáticas ó debajo del arco del púbis y la punta del cóxis, sirve para tomar directamente los diámetros transversal y antero-posterior de este estrecho.

Finalmente, la mano del práctico habituado al tacto, es indudablemente el *pelvimetro* mejor y mas seguro. Esceptuando algunos casos raros en que debe darse la preferencia al último instrumento que acabamos de describir, siempre se podrá apreciar con ella de una manera esacta las formas esteriores de la pélvis, y la buena ó mala conformacion de su cavidad.

La palpacion esterior dará á conocer la conformacion esterna, el intérvalo que hay entre la cresta iliaca de un lado y la del otro, la altura de la pared anterior, posterior y lateral de la pélvis; en rigor pudiéramos contentarnos con los resultados de estas investigaciones: mas para la medicion esterna es mejor en nuestro concepto valerse del instrumento inventado por Baudeloque.

La mano introducida en lo interior de la pélvis es un guia fiel y seguro, especialmente para apreciar las dimensiones de la cavidad de los estrechos y de la escavacion. No es necesario introducir toda la mano en la vagina y generalmente basta uno ó dos dedos.

## MEDICION DEL DIAMETRO SACRO-PUBIANO CON EL DEDO.

Se introduce el índice en la vagina dirigiéndole arriba y atrás hácia el ángulo sacro-vertebral que se reconoce fácilmente por la eminencia que forma y por la depresion transversal que presenta la articulacion sacro-lombar. Cuando la estremidad del dedo está bien aplicada á la parte anterior de la base del sacro, se levanta la muñeca hasta que su borde radial tropiece con la parte inferior de la sinfisis del púbis. El índice de la otra mano viene á marcar con la uña el punto del dedo introducido á donde corresponde la sinfisis, teniendo la precaucion de separar bien los grandes y pequeños lábios; se saca entonces el dedo, y aplicándole á una escala se aprecia ecsactamente la distancia que hay desde el ángulo sacro-vertebral hasta la parte inferior de la sínfisis del púbis. Pero esta línea oblicua es mas larga que el diámetro antero-posterior del estrecho superior que termina por delante en la cara posterior y superior de la sínfisis, y de consiguiente hay que rebajar el esceso que por término medio pueda calcularse en cuatro ó cinco líneas en las pélvis grandes y tres ó cuatro en las pequeñas. Sin embargo, para calcular lo que debe rebajarse, hay que atender al grosor, longitud y oblicuidad de la sinfisis, circunstancias todas fáciles de apreciar por el tacto.

El dedo pues introducido en la cavidad de la pèlvis, puede apreciar la estension del diámetro antero-posterior de la escavacion, porque puede recorrer fácilmente toda la cara anterior del sacro, y reconocer por consiguiente si es mayor ó menor su concavidad anterior.

Por último aplicando su estremidad á la punta del cóxis, y levantando la muñeca hasta que toque su borde radial con la parte inferior de la sínfisis, y marcando este punto con el otro índice, sacará la mano, la aplicará á una escala y podrá apreciar asi el diámetro coxi-pubiano. Comprimiendo un poco la punta del cóxis, se podrá apreciar tambien la mayor ó menor movilidad de la articulacian sacro coxigea. En el caso de escesiva longitud ú oblicuidad de la sínfisis del

púbis, llamará al momento la atencion, la direccion de la abertura vulvar que en este caso se hallará mas atrás de lo regular.

En cuanto á los demas diámetros de la escavacion pelviana, desde luego se concibe cuan fácil es apreciar sus dimensiones por medio de los dedos; asi pues con un poco de práctica se tendrá una idea bastante esacta de la longitud de la sínfisis del púbis, del ensanchamiento y altura del arco del mismo nombre, de la altura, rectitud ó desviacion de las paredes laterales de la escavacion, y de la eminencia mas ó menos pronunciada de la espina isquiática.

Con el ausilio del dedo solo se podrá reconocer la ecsistencia de los diversos tumores que pueden obstruir la escavacion, y estrechar mucho la via que debe seguir el feto. Mejor que ningun otro instrumento, podrá apreciar su naturaleza, su blandura ó resistencia, su movilidad ó adherencia á las paredes oseas ó á las partes blandas que las tapizan etc.

Resulta pues que todos los medios de que puede disponer el médico para el diagnóstico de las estrechecez de la pélvis, el dedo es el mejor instrumento; mas no debemos ecsagerar su importancia.

## IV.

## PROCEDERES OPERATORIOS DE LA PROVOCACION DEL ABOTO.

Devergie divide en cuatro grupos los medios operatorios del *aborto provocado*, á saber: los tomados interiormente por la boca; los que obran sobre el sistema circulatorio; los agentes mecánicos que influyen sobre el útero de un modo indirecto; y los agentes mecánicos directos: despues lleno de temores los examina y concluye respecto á la mayor ó menor eficacia de ellos, de la misma suerte que Orfila, á quien ciega una gran susceptibilidad nerviosa, á punto de hacerle confesar que no entraba en los pormenores de estos medios, recelando que la malevolencia se sirviese de ellos; como si los tratados

de partos no estuviesen en la obligacion de presentar la descripcion y apreciacion de aquellos, del mismo modo que los tratados de Medicina Legal analizan los medios de reconocer los envenenamientos, y por consiguiente los medios de envenenar, so pena de dejar los misterios y secretos del envenenamiento y de la provocacion del aborto, entregados á los especuladores y charlatanes que con imposturas y embustes procurarian sacar de ellos todo el partido posible.

Entretanto, Orfila, apesar de sus recelos, dice á nuestro modo de ver, cuanto es suficiente para la malevolencia. La sangria particularmente del pié, los pedilubios, los eméticos, los catárticos, los emenagogos activos, las maniobras que tienen por objeto romper las membranas del huevo etc., están muy lejos de producir siempre el efecto deseado: con todo, la sangria del pié, las sanguijuelas á la vulva, y á las estremidades inferiores, provocan algunas veces el aborto, sobre todo cuando son aplicadas intempestivamente: los pediluvios son menos activos que la sangria del pié, el empleo de vomitivos y purgantes determina entéritis, peritonitis, convulsiones y tambien la muerte sin producir el aborto: entretanto, conviene no olvidar que al uso intempestivo de estos medios ha sido seguido el aborto, en mugeres sometidas á influencias de causas predisponentes.

Lo que se ha dicho de los eméticos y catàrticos, se puede aplicar à los emenagogos, diuréticos, sudoríficos y otros medicamentos escitantes, cuyo peligro es evidente en ciertos casos, y cuya inocencia es probada por muchas observaciones de Baudeloque, Mauriceau, Fodoré, Zachias etc., por quienes consta que una muger fué sangrada cuarenta y ocho veces, y otra noventa, durante el estado de embarazo, sin que tuviese lugar el aborto; otra tomó una taza de vino con una porcion considerable de sabina, tuvo vomitos, estuvo enferma durante muchos dias, y sin embargo no abortó, de este tenor refieren otras muchas observaciones.

Cazeaux es de opinion que cuando se trata de llenar la indicacion del aborto provocado, debe darse la preferencia á la puncion del huevo, ó á la introduccion de la esponja preparada en el cuello del

útero, observando sin embargo que la salida del líquido amniótico, cuando el cuello no está bien dilatado, y las contracciones del útero no son muy manifiestas, puede traer consigo consecuencias graves relativamente á la espulsion del feto. Las fricciones abdominales y uterinas, la separacion del segmento inferior del huevo etc., deben ser despreciadas, por cuanto el útero en la primera mitad del embarazo, está léjos de haber adquirido las propiedades musculares que posee despues en tan alto grado: su contractilidad es débil, su irritabilidad tan poco viva, que los escitantes tanto esternos como internos capaces de provocar el parto prematuro, no tendrian probablemonte influencia sobre el aborto provocado.

Las inyecciones uterinas aconsejadas por Cahen, para el parto provocado, necesitan aun la sancion de la esperiencia: si fuesen realizadas las miras de este ilustre práctico, la ciencia y la humanidad habria ganado mucho con la aplicacion de un medio tan inocente. Cahen se sirve de una geringa de estaño, conteniendo sesenta ó setenta gramos de agua de bréa; puesta la muger en supinacion con la pélvis un poco elevada, comienza la inyeccion lentamente, despues de lo cual espera por espacio de seis horas, si el trabajo no se declara, entonces recorre de nuevo á la inyeccion.

Ya se deja ver pues la simplicidad de semejante proceder: esperemos los resultados.

Despues de hechas estas consideraciones dividiremos los medios de provocar el aborto, en dos clases, á saber: *abortivos indirectos y abortivos directos.* Los medios indiroctos están comprendidos en los tres primeros grupos de Devergie, y lo espuesto por Orfila á su respecto, nos dispensa de entrar en mas consideraciones.

Los medios directos ó abortivos propiamente dichos son los siguientes: fricciones sobre el cuello del útero, desunion del segmento inferior del huevo por medio del dedo, ó de la sonda, el taponamiento de la vagina, la perforacion de las membranas, y por último, la introduccion de un cuerpo estraño en el cuello uterino; pero como con la aplicacion de cualquiera de estos medios pueden sobrevenir accidentes muy graves, es forzoso que el médico para evitarlos atienda á la

constitucion de la mujer, á su mayor ó menor susceptibilidad, al estado de la vejiga y del recto, etc., á fin de proceder con exactitud, ya calmando la ecsitabilidad nerviosa, ya disminuyendo la fuerza del sistema sanguíneo, empleando baños tibios, inyecciones emolientes, narcóticas, etc.

Los medios directos que dejamos indicados no tienen todos el mismo valor, los dos primeros, esto es: las fricciones sobre el cuello, y la separacion del segmento inferior del huevo, como no siempre conducen al fin deseado, han sido completamente abandonados.

El taponamiento de la vagina es bien sencillo para que nos detengamos en su descripcion.

La perforacion de las membranas se practica por medio de catéteres rombos y agudos; los primeros tienen menos inconvenientes, pero dificultan mucho la dislaceracion de las membranas; los segundos son las sondas de dardos y trócares. Puesta la mujer en supinacion como para la version ó de pié, el operador lleva dos dedos de la mano izquierda hasta la parte posterior del cuello del útero, lo fija, y si fuese necesario lo conduce un poco hácia adelante, encamina sobre sus dedos el instrumento, penetra con él el orificio esterno del cuello uterino y la cavidad de este, llega entonces hasta las membranas, y entra á perforarlas: mas como la evacuacion del líquido amniótico, no es inmediatamente seguida de la aparicion de los primeros dolores, como el cuello se dilata con mas dificultad en virtud de la falta de regularidad del huevo, y de la modificacion principiada ya de las fibras del cuello, se sigue que este medio tiene sus inconvenientes, y que puede ser empleado como un complemento de la dilatacion del cuello del útero por medio de la esponja preparada.

Entretanto, Meissner ha procurado remediar este defecto de la puncion, perforando las membranas, de modo que el líquido saliente se derrame poco á poco, lubrificando las partes, y dando tiempo á que se manifiesten las contracciones uterinas. Se ha criticado el proceder de Meissner por ser dificil de ejecucion, pero esta razon no basta.

La dilatacion del cuello del útero por un cuerpo estraño, es el medio por escelencia empleado para la provocacion del aborto. Colocada la

muger como para la aplicacion del forceps, el operador introduce su dedo indicador de la mano izquierda en la vagina, hasta llegar á la cara posterior del cuello del útero, para fijarlo bien, sirviéndose para esto de un espéculum, semejante al del profesor Dubois, ó de las pinzas dilatantes de Busch y Mende : lleva despues por su cara palmar un cono de esponja preparada, largo de seis á diez centímetros, y grueso como de cuatro á seis milímetros, untado en una sustancia oleosa, y firme por su base, de donde pende un ligero cordon; para todo lo cual puede hacerse uso de una pinza ligeramente encorvada. Hecho esto, retira la pinza, llena la vagina de esponga ordinaria y sujeta el apósito con una venda en forme de T; mas como sucede muchas veces que el taponamiento de la vagina empleado para sostener la esponja preparada cuando es prolongado, se hace muy incómodo á la muger, principalmente para la escrecion de la orina y de las materias fecales, debe sustituirse por el cinto hipogástrico de Cazeaux que remedia este inconveniente. Si en el espacio de veinte y cuatro horas no se hán manifestado las contracciones uterinas, debe cambiarse el cono de esponga preparada por otro mas voluminoso.

Es evidente pues la ventaja de los medios directos de la provocacion del aborto, sobre los indirectos; sin embargo, que entre los directos, las fricciones sobre el cuello del útero, y la separacion del segmento inferior del huevo, están generalmente abandonados; la puncion de las membranas tiene el inconveniente de hacer correr el líquido amniótico antes de haberse manifestado las contraciones uterinas; la puncion del huevo por el proceder de Meissner es un medio que merece mucha consideracion; el taponamiento de la vagina tiene tambien el inconveniente de obstar, cuando es demorada la escrecion de la orina y de las materias fecales, sin embargo de que con las modificaciones de Schoeller y Cazeaux, ha sido ultimamente aconsejado, y parece un medio muy ventajoso para los casos escepcionales en que no puede colocarse la esponja preparada en el cuello del útero, siendo este último medio, como ya lo digimos, el ùnico por escelencia, para provocar el aborto, hasta tanto que la esperiencia no haya sancionado las inyecciones de Cahen.

## PREPOSICIONES ACCESORIOS.

---

¿En qué casos esta aconsejado el parto prematuro artificial?

Diagnóstico diferencial entre la luxacion del fémur y la fractura del cuello del mismo.

Diagnóstico diferencial entre la Pleuresia y la Neumonia.

Diferencia de accion del efecto emético que produce altas doses de arsénico, de la que sobreviene á consecuencia de los eméticos propiamente dichos.

*José Teodoro Baca.*

Vº Bº

NICANOR ALBARELLOS.