Año 1903 N.º 1342

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

SUS INDICACIONES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SEVERO COSENTINO

Ex-practicante de los Hospitales años 1899-1900-1901-1902

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

SUS INDICACIONES

Año 1903 N.º 1342

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

SUS INDICACIONES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SEVERO COSENTINO

Ex-practicante de los Hospitales años 1899-1900-1901-1902

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " JACOB DE TEZANOS PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNANDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„ Jaime R. Costa
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„ Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„ Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon
Patología General y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Medicina Operatoría	„ Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Julian Aguilar
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze
Patología Interna	„ Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	„ Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ Obstétrica	„ Samuel Molina
Toxicología Experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„ Manuel Blancas
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinaria (hombres)	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Vacante
„ Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patología General y ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA MARCELO VIÑAS
Bacteriología	»	JUAN CÁRLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO (en ejer.) LEANDRO V. VALLE
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	,	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clínica Médica	„	PATRICIO FLEMING
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	JUAN B. JUSTO ENRIQUE CORBELLINI
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
„ Médica	„	RICARDO COLON
Medicina Legal	,	DOMINGO S. CAVIA PEDRO BARBIERI (en ejer.)
Clínica Quirúrgica	„	DIÓGENES DECOUD
Clínica Médica	„	JULIO MENDEZ IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	,	FANOR VELARDE ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA ANTONIO F. PIÑERO
„ Médica		VACANTE
, Génito-urinaria (hombres)	„	PEDRO BENEDIT (en ejer.)
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
„ Quirúrgica		VACANTE
„ Obstétrica	„	ENRIQUE ZARATE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Partodistócico y Clínica Obstétrica . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .	Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„ NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Académico titular

Doctor ELISEO CANTÓN

A LA MEMORIA

de mi MADRE y hermano SALVADOR

Á LOS MÍOS

Señores Académicos

Señores Profesores:

Cumpliendo con la última de las disposiciones reglamentarias, vengo á presentar á vuestra consideración este humilde trabajo inaugural, fruto él de vuestras sábias lecciones, recibidas durante mi vida de estudiante.

El tema que he elegido, y que me propongo tratar brevemente, es el de «Parto prematuro artificial», sus indicaciones.

Antes de entrar en materia, séame permitido dejar constancia de mi más profundo agradecimiento hácia los Señores Académicos y Profesores, y en particular hácia los Dres. Don Francisco Sicardi y Ricardo Colón.

Al Dr. Eliseo Cantón que me dispensa el honor de acompañarme como padrino en este acto, mi más sincero y eterno reconocimiento.

Parto prematuro artificial

Historia

En los tiempos antiguos, se consideraba, casi podría decir, como un crímen, el poner fin artificialmente al curso del embarazo y Sué, dice: fué menester que los Casuistas y Teólogos decidieran si le estaba permitido al arte, interrumpir una función, á la que la naturaleza, había asignado un lapso de tiempo determinado.

El parto prematuro artificial, se remonta á tiempos muy antiguos, si se comprende bajo esta denominación tambien el parto forzado, tal cual lo practicaba A. Paré, en el tratamiento de las hemorragias graves del fin del embarazo.

Justine Siegmundin en el año 1690, Puzos en el 1707, Bohn en 1717 practicaban y aconsejaban la perforación de las membranas; Leroux, el taponamiento vaginal, con el fin de detener las hemorragias que se producían durante el estado grávido de la mujer y que eran debidas á una inserción viciosa de la placenta, practicando de esta manera, sin sospecharlo siquiera, el parto prematuro artificial, pues estos procederes de tratamiento, traen como consecuencia la expulción del producto de la concepción.

Como operación reglada con el fin preconcebido de obtener la evacuación del contenido de la cavidad

uterina, en los casos de estrechéz pelviana, el parto prematuro artificial parece haber entrado en el dominio de la terapéutica obstétrica, á mediados del año 1750.

El Dr. Denmann, dice: qué en el año 1756, los médicos más renombrados de Lóndres, se reunieron para deliberar sobre el valor moral y práctico del parto prematuro artificial y basándose sobre hechos bien constatados, en que un cierto número de mujeres afectadas de estrechéz pelviana, paridas prematura, pero espontáneamente, dieron á luz fetos vivos que habían sobrevivido, decidieron prestar su aprobación unánime al nuevo proceder.

Es pues á Iaglaterra, á quien corresponde la gloria de haber decidido la importancia y los beneficios que puede prestar á la humanidad el parto prematuro artificial, en los casos de pelvis viciadas.

De Inglaterra, la práctica del parto provocado pasó á Alemania, donde A. Mai en el año 1799, fué el primero en aconsejarlo; en estas ideas fué seguido por Weidmann, pero la primera vez que se puso en práctica, fué en el año 1804 por Wenzel; al poco tiempo, se publicaron trabajos muy importantes, tales como el de Krauss, en el año 1813 y el de Reisinger, en 1818, los que, conjuntamente con el buen resultado obtenido en la práctica por Wenzel, concurrieron á hacer desaparecer el ostracismo del principio, é hicieron, que el parto prematuro artificial, fuera aceptado por todos los parteros como un precioso medio de salvaguardar los intereses de la madre, ó los del feto, y en algunos casos, de ambos á la vez.

En el año 1778, fué propuesto en Francia, por Roussel de Vanzesme, A. Petit y Leuverjat, encontrando sérios y resueltos opositores, principalmente en Baudelocque y sus alumnos, quiénes lo combatían fundándose únicamente en consideraciones de orden religioso, y en algunos casos funestos, pero, sin ninguna base científica; esta hostilidad hecha por partero tan distinguido, produjo tal influencia sobre el ánimo de los otros médicos, que en el año 1827 la Academia de Medicina fundándose en la opinión de Baudelocque y su escuela, resolvió rechazar incondicionalmente la proposición del parto prematuro artificial, hecha por Jacquemier con ocasión de un parto provocado, en el que había obtenido un resultado sumamente felíz.

Esta decisión de la Academia, no fué causa suficiente para impedir que otros teólogos de autoridad reconocida, como: Stolz, Dezeimeris, Dubois, Lecour, Velpeau, etc, practicaran y aconsejaran el parto prematuro artificial en los casos de estrechéz pelviana, entrando de esta manera á formar parte de la práctica obstétrica en Francia.

Hoy, con ayuda de los inmensos servicios que nos presta la antisepsia y los perfeccionamientos realizados en la técnica operatoria por Tarnier, Pinard, Champetier de Ribes y otros, es á no dudarlo, en Francia, donde el parto provocado se efectúa con mayor frecuencia' y á veces, sustituyendo á otras intervenciones mas sérias, tales como la Sinfisiotomía ó la Operación Cesárea, á las que hubiera tenido que recurrirse si el embarazo hubiera llegado á su término.

Otra causa muy poderosa que ha contribuído en mucho, para que los partidarios de este nuevo procedimiento robustecieran sus teorías y creencias, induciendolos á provocar el parto con más frecuencia que antes, fué la invención de las incubadoras, que permiten cuidar niños de principios del séptimo mes, y aún de seis meses y medio como hay algunos casos.

Sin embargo, creo no debemos tener una fé ciega en la ayuda que puedan prestarnos estos medios, y debemos, siempre que esto sea posible, dejar avanzar el embarazo y no provocar el parto, sinó en una época en que el feto sea viable, y ésto, no bajo el punto de vista médico-legal, sinó bajo el punto de vista obstétrico, es decir, entre el fin del séptimo mes y el término normal del embarazo.

Definición

El parto prematuro artificial, es una operación que tiene por objeto poner en juego las contracciones uterinas, con el fin de obtener la expulsión del producto de la concepción, antes del término común del embarazo; pero siempre, en una época en que el feto sea viable, es decir, desde los siete meses.

El arte, solo interviene para provocar las contracciones uterinas, dejando despues que estas se han iniciado, que el parto recorra sus diversas fases de una manera espontánea, distinguiendose por esto del parto forzado, en el cuál el partero, no solo determina el establecimiento de las contracciones uterinas, sinó que lo termina por una intervención persistente.

Los tocólogos antiguos, habían observado que la expulsión prematura del contenido de la cavidad uterina, en ciertos casos patológicos ó distócicos, era la salvación de la madre ó del feto, y en ciertos casos, de ambos á la vez; de hay, nació la idea de imitar á la naturaleza, poniendo fin al embarazo.

Limitado primero á los casos de hemorragias, extendido despues á los de estrecheces pelvianas, fué por último aplicado á todos los accidentes que puedan

hacer á término el parto difícil, peligroso, ó imposible para la madre ó para el feto.

El fin que persigue el partero al provocar el parto, es librar á la madre de un peligro de muerte inmediato ó próximo, y en ciertos casos, tambien al feto, conservando á éste, algunas probabilidades de vida, de que carecería si el embarazo llegara á su término normal.

Indicaciones

Los casos en que está indicada la interrupción artificial del embarazo, son cada día más numerosos, y á medida que los conocimientos de la Obstetricia progresan, estas indicaciones se hacen casi innumerables.

De una manera general, el parto prematuro artificial está indicado en los casos siguientes:

1.º Cuando existe una viciación de la pelvis, ó un tumor irreducible de la cavidad de ésta, que disminuye los diámetros de ella, á tal punto, que comprometa de una manera cierta la vida del feto, en el momento de la expulsión á término:

2.º Cuando la vida de la madre se encuentra seriamente amenazada por una enfermedad causada por el estado de gestación, y capaz de desaparecer por la eliminación del contenido de la cavidad uterina.

3.º Cuando la existencia de la mujer se encuentra en sério peligro de muerte, no por un estado patológico producido por el hecho del embarazo, sinó por una afección anterior á éste y agravada de un modo muy marcado por el estado grávido de la mujer.

De estas indicaciones, las unas tienen en vista el interés del niño, las otras, y estas son las más numerosas, se relacionan con la madre y el feto.

Tarea ímproba y casi imposible, sería la de querer clasificar estas indicaciones de una manera racional y exacta; pero para comodidad de su estudio, pueden ser divididas en dos clases, que son: *Indicaciones absolutas é Indicaciones relativas.*

El parto prematuro artificial constituiría una indicación absoluta, cuando él fuera el único medio á emplearse contra un peligro que amenaza la vida del feto; mientras que, la indicación sería relativa, en el caso en que pudiera usarse de otros tratamientos terapéuticos, susceptibles de producir los mismos resultados.

En cuanto á las indicaciones absolutas que tienen presente únicamente el interés de la madre, ó el de ésta y el del feto, reposan exclusivamente en perturbaciones graves de su estado general, las que repercuten de una manera muy marcada sobre el producto de la concepción, poniendo en peligro la vida de éste.

En otros casos el tocólogo al provocar el parto prematuro artificial, tiene en vista únicamente el interés del feto, y la sola causa que legitima esta manera de proceder, es la muerte habitual del niño en el claustro materno, única circunstancia en que la indicación de la interrupción artifictal del embarazo es de orden absoluto, y no beneficia en nada á la mujer, puesto que la vida de ella no se halla en manera alguna amenazada.

La indicación del parto prematuro artificial en las enfermedades preexistentes al embarazo, es absoluta en una cardíaca, en la que se desarrollan paulatina, ó

bruscamente, los fenómenos de asistolia, conocidos bajo el nombre de accidentes grávidos cardíacos.

En presencia de accidentes de sofocación, determinados por un crecimiento rápido de un tumor del cuerpo tiroideo, la indicación del parto provocado puede ser absoluta.

Del cuadro de las indicaciones relativas, deben ser eliminadas ciertas afecciones maternas anteriores ó intercurrentes al embarazo, sobre las cuales la evacuación del útero, no ejerce ninguna influencia curativa ni sedante, tales como: Pirexias agudas infecciosas, Fiebre tifoidea, Fiebres eruptivas, Reumatismo articular agudo, etc; en este mismo grupo podríamos colocar la tuberculosis pulmonar.

Todos los parteros están de acuerdo en admitir, que de las dos existencias que están en juego en los casos de embarazo complicados de Tisis, la de la madre está gravemente amenazada, mientras la del niño nó, y es hácia este último, que debe dirijirse con preferencia la atención del partero.

Indicaciones del parto prematuro artificial, en las pelvis viciadas

Una de las causas que más frecuentemente se encuentran en la práctica y que nos obliga á interrumpir el curso del embarazo, es sin duda alguna los vicios de conformación de la pelvis; toda vez que al examinar una mujer embarazada, encontraremos que su pelvis está muy viciada, á tal punto que pueda comprometer la vida del feto en el momento de su expulsión á término, debemos prevenirlo á la madre y aconsejarle la necesidad de provocar el parto antes de que el diámetro biparietal de aquél, llegue á ser mayor que la esténosis pelviana.

Lo primero que debe hacer el partero, es reconocer el grado y los caracteres de la estrechéz, apreciar de la manera más exacta posible el volúmen del feto, distinguir la presentación y su variedad; también debe cerciorarse de si el niño está vivo ó nó, condición que tiene la mayor influencia sobre la conducta á adoptarse, y por lo tanto, sobre la elección del tratamiento obstétrico á emplearse.

Si bien es cierto que las pelvis raquíticas son comunes, tambien es cierto, que el partero está poderosamente armado para vencer las dificultades que ellas

puedan presentarle; los medios de que dispone, son: la extracción por el Fórceps, la versión, la sinfisiotomía, la operación Cesárea, el parto prematuro artificial, el aborto provocado y la embriotomia en sus diversos modos.

La conducta del tocólogo, variará, no solamente con el grado de estrechéz, la presentación, etc, sinó tambien con la época en que sea consultado por la mujer, que puede ser, antes del embrazo, durante el curso de éste, sea en los primeros meses, sea algún tiempo antes que el feto esté completamente desarrollado, y por último, al fin del embarazo ó durante el trabajo.

Yo me ocuparé tan solo de los casos, en que la mujer se presente al médico con un embarazo en evolución.

En este caso particular, el tocólogo deberá decidir si las modificaciones que presenta la pelvis, requieren la interrupción del curso del embarazo, ó nó, y en el caso afirmativo, en que momento el parto debe ser provocado; para ello, lo primero que tratará de investigar, es el grado de estrechéz pelviana, ó lo que es lo mismo, el largo del diámetro promonto pubiano mínimun, pues á menos de indicación especial, debido á un exceso del volúmen del feto, ó á una distocia observada en uno ó varios partos anteriores, (en el supuesto caso de que la mujer fuera multípara) y causada por una estrechéz de la pelvis, es relativamente muy raro que tenga que practicarse el parto prematuro artificial por una estrechéz que mide más de 9 $^{1}/_{2}$ centímetros.

Es para las viciaciones pelvianas comprendidas entre 9 $^1/_2$ y 8 $^1/_2$ centímetros, y en particular, para aquellas que desciendan hasta 5 $^1/_2$ centímetros, como quiere Tarnier, que importa ser llamado á tiempo oportuno al lado de la mujer embarazada, para decidir lo que conviene hacer; á las cifras 9 $^1/_2$ y 5 $^1/_2$ centímetros, responden pués los límites extremos entre los cuales se encuentran comprendidos todas las indicaciones del parto prematuro artificial, en las pelvis viciadas.

DIAMETRO ANTERO POSTERIOR COMPRENDIDO ENTRE 11 Y 9 $^1/_2$ CENTIMETROS

En las mujeres con esta viciación, creo debe dejarse que el embarazo llegue á su término, salvo en el caso particular en que nos encontremos en presencia de una multípara, que nos diga que sus partos anteriores han sido distócicos debido á un volúmen muy exagerado del feto, y que ha sido menester practicar laboriosas operaciones, extrayendo niños muertos, ó que hayan sucumbido en el curso del trabajo, aún cuando éste haya sido espontáneo; en este caso, estamos perfectamente autorizados á provocar el parto dos ó tres semanas antes de su término, con el objeto de que el volúmen del feto sea algo menor.

DIAMETRO PROMONTO PUBIANO MÍNIMUN COMPRENDIDO ENTRE 9 $^1/_2$ Y 8 $^1/_2$ CENTÍMETROS

Son estas las estrecheces que se observan con mayor frecuencia y la conducta á adoptarse es provocar el

parto en su tiempo oportuno; si comparamos los resultados obtenidos en pelvis con esta viciación, en las que se ha dejado que el embarazo llegara á su término para practicar después la operación Cesárea ó la Sinfisiotomía, con aquellos obtenidos por el parto prematuro artificial, veremos que estos son de resultados más benéficos en ciertos casos para el niño, y siempre para la madre.

Tarnier, ha provocado el parto prematuro en 69 casos, en los cuales la estrechéz pelviana variaba entre 8 $^1/_2$ y 9 $^1/_2$ centímetros, obteniendo 55 niños vivos y 14 muertos; además, su estadística demuestra que la mortalidad materna es nula, siendo la mortalidad infantil de 20,29 %, cifras que como se vé, son sumamente halagüeñas y que han inducido al autor, á aceptar como norma de conducta en estos casos y aconsejar á la vez, el parto prematuro artificial en la época de la elección, y aún despues de ella, en el caso de que fuera consultado tarde.

Si la pelvis es anillada, con concavidad del sacro persistente, el mecanismo normal del parto permitirá el pasaje de niños voluminosos para ser bien viables; por lo tanto, es el parto prematuro artificial, el que está indicado en este caso, mientras que por el contrario, si la pelvis es caniculada con concavidad sacra perdida, el mecanismo del parto normal no podrá producirse, de donde se deduce, que no es al parto provocado al que debe darse la preferencia.

DIAMETRO ANTERO POSTERIOR COMPRENDIDO ENTRE 7 $^1/_2$ Y 8 $^1/_2$ CENTIMETROS

Cuando el médico tenga ocasión de examinar la mujer antes que el embarazo haya alcanzado su término, puede optar entre los dos temperamentos siguientes: ó bien, dejar que el embarazo continúe su curso, y al fin de él, practicar la Sinfisiotomía, ó bien, poner fin artificialmente al mismo.

¿Sobre que elementos puede basarse el tocólogo para decidir cual de los dos métodos conviene emplear?

Creo, que lo que debe guiarlo, es el grado de estrechéz y tener muy presente, que 8 centímetros representa el límite por encima del cuál está indicado el parto prematuro artificial, seguido de una versión, ó de una aplicación de Fórceps; de estas dos operaciones posteriores, debe preferir la versión, y ésto, fundándose en las experiencias hechas por Budin, quien ha demostrado que en el parto prematuro, el pasaje de la cabeza fetal se hace con mayor facilidad cuando ésta viene último, que cuando se presenta primero, debido al poco desarrollo que tiene en el feto no á término el diámetro que se extiende desde la parte inferior del occipital, á la región temporal.

En el caso en que la conjugata vera tenga menos de 8 centímetros, creo preferible, teniendo en cuenta la poca vitalidad del feto, que el partero deje llegar el embarazo á su término y estar pronto entonces para intervenir por una operación.

CONJUGATA VERA COMPRENDIDA ENTRE 7 $^1/_2$ A 6 $^1/_2$ CENTIMETROS

La elección del tratamiento á adoptarse, es algo más difícil y delicada, cuando la estrechez pelviana oscile entre 6 $^1/_2$ y 7 $^1/_2$ centímetros.

Si la mujer se presenta al exámen con un embarazo ya casi á término, la solución es muy fácil, puesto que el único tratamiento á emplearse, es dejar terminar el embarazo y practicar despues una Operación Cesárea.

Pero, supongamos el caso de que el embarazo hubiera alcanzado el término de su primera mitad, ¿ cuál será la conducta que debe seguir el partero? Fuera de toda duda, cabe en estos casos la misma solución que en las estrecheces cuya conjugata vera varíe entre 7 $^1/_2$ y 8 $^1/_2$ centímetros, esto es, hacer nacer el niño antes de que alcance un desarrollo muy grande con relación á la estrechez de la pelvis, ó dejar que el embarazo siga su curso, con el propósito deliberado de no intervenir sinó en el momento del trabajo.

Sin embargo, ¿por cual de estos dos procederes debe determinarse el tocólogo?

Yo, optaría por la interrupción del embarazo, fundándome en que no creo oportuno exponer la vida de un ser real, cual es la de la mujer, por salvar á un ser problemático, máxime, si se agrega á esto la resistencia que por lo general se encuentra de parte de la madre y de la familia de ésta, en someterse á una operación cruenta y peligrosa.

Rollet, piensa que en las pelvis viciadas cuya con-

jugata vera oscile entre 8 y 6 $^1/_2$ centímetros, debe preferirse la Sinfisiotomía al parto prematuro artificial, debido á que en las pelvis de estas dimensiones, no puede pasar más que un feto de 2.000 gramos y que la mortalidad infantil en estos casos es muy elevada, sin que la mortalidad materna sea nula.

En los casos de estrechéz pelviana comprendidos entre 6 $^1/_2$ y 5 $^1/_2$ centímetros, está indicado provocar el parto 15 ó 20 días después del momento en que los diámetros de la cabeza fetal coincidan con los de la pelvis materna, pero las probabilidades de vida que pueda tener el feto son muy pocas.

En las pelvis escoliósicas, cuando se reconoce que el feto á tèrmino no puede ser expulsado por las vias naturales, está perfectamente indicado provocar el parto prematuro artificial; lo mismo se hará en las pelvis cifósicas, cuando el diámetro bi-isquiático sea mayor de 5 centímetros; pero cuando esté por debajo de esta cifra, debe aconsejarse otro proceder.

Si la pelvis que examinamos está viciada por una afección de ella, tal como una coxalgia, creo debe practicarse el parto prematuro en una época en que el feto sea viable, pues si bien es cierto que la Sinfisiotomía puede ser practicada, no debemos perder de vista la afección pasada, la que puede dar lugar á un reavivamiento de la dolencia en la articulación.

Decidida la interrupción artificial del embarazo ¿cuál es el momento en que debe ponerse en práctica? Este depende de varias condiciones; en primer lugar, debemos tener muy presente que la vitalidad del

feto aumenta á medida que el embarazo se aproxima á su término.

Para darnos cuenta exacta de las probabilidades de vida que él tiene, debemos tener presente los principios siguientes:

1.º Edad del embarazo; esto se aprecia por los datos que nos dá la mujer con respecto á sus últimas reglas y además, por la altura á que se encuentra el fondo del útero de las Sínfisis pubiana, dato el primero que no siempre nos es suministrado con la exactitud deseable.

2.º Naturaleza y grado de la víciación de la pelvis; dato que tiene suma importancia en esta clase de operaciones y que se estima por medio del tacto mesurador, ó mejor aún, por medio del pelvígrafo de Farabeuf, aparato que da á conocer de una manera casi matemática podría decir, la distancia que hay entre el ángulo sacro vertebral y la parte posterior de la Sínfisis pubiana, ó lo que es más exacto, el diámetro útil, de Baudelocque.

3.º El volúmen de la cabeza fetal; dato este que puede ser aproximadamente apreciado, pero no directamente medido.

Otro dato de sumo interés, pero que desgraciadamente no siempre puede obtenerse, es el grado de osificación de la cabeza fetal, lo que nos sería de suma utilidad para poder apreciar con la exactitud deseable en estos casos el grado de reducción de la misma, sin exponer en manera alguna la existencia del nuevo ser.

Todos estos datos deben ser establecidos con la

mayor presición posible, á fin de obtener el mayor grado de beneficio posible, en favor del feto.

Es cierto que algunos de estos datos no son más que aproximados, porque aún en el supuesto caso de que pudiera establecerse de una manera rigurosamente exacta la época del embarazo y el grado de estrechez, lo que es á veces difícil, siempre quedaría como un problema de dudosa solución, el conocimiento riguroso del volúmen de la cabeza fetal y el grado de osificación de ella; tendríamos en la generalidad de los casos que valernos de términos médicos, que si bien tienen mucha importancia cuando se aplican á casos generales, la pierden y puedo decir, casi por completo, cuando son aplicados á casos particulares y determinados.

Se sabe por numerosas mensuraciones, que el mayor diámetro de la cabeza fetal, (el bi-parietal;) el que va á ponerse en relación con el diámetro viciado de la pelvis materna, guarda cierta relación entre su largo en centímetros, ó fracciones de estos, y los meses que tiene el embarazo, de modo que este diámetro tiene en un feto á término 9 $^{1}/_{2}$ centímetros; en un feto de ocho meses y medio, 8 $^{1}/_{2}$ centímetros; á los ocho meses, 8 centímetros, etc, etc; de donde se deduce, que para que la cabeza fetal pueda pasar espontáneamente el estrecho superior de una pelvis, cuyo diámetro promonto pubiano mínimo, mida 8 centímetros, debe provocarse el parto á los ocho meses.

De Soyre, aconseja provocar el parto unos quince días despues que el diámetro bi-parietal del feto y la

conjugata vera, coincidan, y dice, que el aumento en largo que adquiere aquél en el transcurso de estos quince días, puede perfectamente ser reducido por una aplicación de Fórceps.

Pero esta disminución del diámetro fetal obtenida por la compresión del Fórceps sobre las paredes del cráneo, solo se adquiere á costa de grandes riesgos para la vida del niño, de donde resulta, que al pretender aumentar su viabilidad, dejando que el embarazo se aproxime á su término, se compromete su vitabilidad.

Por otra parte, lo que la reducción de la cabeza fetal puede hacer ganar, es ocupado por las partes blandas que tapizan las paredes de la pelvis, y Tarnier, hace notar que con la invención de las incubadoras, es más prudente intervenir un poco antes, que un poco despues, y así aconseja que cuando en una pelvis viciada el diámetro promonto pubiano mínimun mida 8 $^1/_2$ centímetros, lo mejor es interrumpir artificialmente el embarazo á los ocho meses y una semana.

Sin embargo, conviene cuando la estrechez de la pelvis es muy acentuada y la mujer se oponga á someterse ulteriormente á ninguna operación, prolongar un poco la expectación, pues es mejor esperar para poner fin al embarazo, que el niño alcance el término del sexto mes, que es el límite inferior de viabilidad fetal que se admite en la actualidad.

Cuando la época de provocar el parto prematuro, ha pasado, se debe á pesar de ello interrumpir el curso del embarazo, á menos que la madre consienta y

el médico prefiera esperar el término de él, con el propósito de recurrir á una intervención más seria; el partero debe tener por objetivo, salvar la vida del niño al mismo tiempo que la de la madre, pero, poniendo siempre en primera fila el interés de esta última.

La estadístíca de los partos provocados por Rigaud y Stanesco, dá el siguiente resultado:

Diámetro PPM	Casos	Madres muertas	Madres vivas	Niños muertos	Niños vivos
0,09 centímeros. á lo menos	3	1	2	0	3
9 á 8 centímetros. . . .	17	3	14	8	6
8 á 7 »	18	5	13	12	6
7 á 6 »	10	4	6	9	1
6 á 5 »	5	3	2	5	0

Esta estadística, nos dice: que cuando el diámetro promonto pubiano mínimun tiene menos de 6 centímetros, la interrupción artificial del embarazo ha sido siempre de funestos resultados para el feto, de donde se deduce, que cuando la estrechez de la pelvis sea menor de 6 centímetros, se debe renunciar al parto provocado y dar la preferencia á la Sinfisiotomía, ó á la Operación Cesária.

Si nosotros combinamos los diversos términos del problema, es decir; grado de la estrechez de la pelvis y la edad del embarazo, lo que podría ser representado por el largo del diámetro bi-parietal de la cabeza fetal, podríamos establecer la siguiente escala, que representa la época en que debe provocarse el parto:

Conjergata vera	Diámetro Bi - parietal	Epoca para provocar el parto
6 centímetros. .	60 milímetros . .	6 meses. . . .
6 1/2 » . .	65 » . .	6 1/2 » . . . .
7 » . .	70 » . .	7 » . . . .
7 1/2 » . .	75 » . .	7 1/2 » . . . .
8 » . .	80 » . .	8 » . . . .
8 1/2 » . .	85 » . .	8 1/2 » . . . .

De lo expuesto, se deduce que la indicación práctica del parto prematuro artificial, consiste en saber aprovechar el momento en que coincidan el grado de la estrechez, con el volúmen de la cabeza fetal, contando á partir desde el momento en que el feto es viable.

Indicaciones del parto prematuro artificial, en las afecciones del aparato respiratorio

Neumonia.—Uno de los problemas que se pueden presentar al partero para su solución, es el siguiente: ¿Está indicado interrumpir artificialmente el embarazo de una mujer en cinta, en la que sobreviene una neumonia?

Esta, es una afección cuya localización esencialmente pulmonar, da orígen al síntoma primordial, que es la dísnea, susceptible de revestir una intensidad muy variable; en este caso, la presencia de un útero en estado de gestación, es una causa coadyuvante, que aumenta el peligro que corre la vida de la madre, en razón á la dificultad que él opone al libre funcionamiento del diafrágma, y también, por el aumento de tensión que su presencia hace nacer de parte del corazón y de la circulación venosa.

Pero, si nosotros tenemos presente, que durante los primeros meses de la gestación, el aumento de volúmen del útero es relativamente poco marcado, al punto de no ejercer ninguna influencia sobre los movimientos respiratorios, llegaremos á la conclusión, que la eliminación de este factor y por consiguiente, la interrup-

ción del embarazo, no podrá traer en la génesis de la dísnea ninguna mejoría y por lo tanto, su práctica debe ser abandonada.

En un período ya más avanzado, la intervención sería más razonada, porque el útero que ha adquirido un volúmen considerable, ejerce entonces su acción sobre el diafrágma y trae como consecuencia, una perturbación notable en los movimientos respiratorios; pero, sería imprudente, generalizar un tratamiento que solo puede ser aplicado á casos determinados.

Algunos autores, entre los que se pueden citar, á: Bourgeois, Chatelain, y recientemente Gaulard y Gillement, han señalado algunos hechos que parecen indicar la influencia favorable que el parto prematuro ejerce sobre la marcha y la evolución de la neumonia; pero, aparte de que esta es una enfermedad de marcha cíclica y no puede ser en manera alguna modificada, los hechos son hasta el presente insuficientes, para que fundándonos en ellos, podamos en casos semejantes trazarnos una norma de conducta.

Sin embargo, pueden presentarse casos donde la interrupción artificial del embarazo esté perfectamente indicada, pues todas las neumonías están muy lejos de parecerse y en unas la dísnea es insignificante, mientras en otras, toma un carácter tan alarmante, que constituye el gran peligro para la vida del enfermo y en especial, si este es infisematoso, renal, ó de edad avanzada.

En estos casos especiales, la respiración se hace interrumpida ó entrecortada, suspirosa, superficial; la

enferma presenta un tinte azulado de los lábios y la cara, las venas del cuello están ingurgitadas, signos que nos dán á conocer el grave estado de asfixia en que se encuentra la mujer y entonces no queda otro recurso para salvar la vida de ésta y la del niño, que provocar el parto prematuro artificial, máxime, si se tiene en cuenta que por lo general estos signos aparecen cuando el feto ha alcanzado un desarrollo algo considerable.

En resúmen, la indicación del parto prematuro artificial en los casos de neumonia, aún durante los tres últimos meses del embarazo, no puede ser considerado de ninguna manera como un método general; su práctica debe limitarse por otra parte, á los casos raros en que nos encontramos en presencia de fenómenos de asfixia inminente, pero en los casos ordinarios, es preferible contemporizar y persistir en la medicación ordinaria de ella.

Pleuresia.—En esta afección, el parto prematuro artificial no debe provocarse cualquiera que sea la dísnea que presente la enferma, por que ella depende en gran parte, no del estado particular de gestación en que se encuentra la mujer, sinó de la acumulación de líquido en las cavidades pleurales, lo cual impide que los pulmones se dilaten y que por consiguiente funcionen libremente.

De modo, que en el caso en que nos encontremos en presencia de una mujer embarazada, afectada de una pleuresia con derrame abundante, que traiga per-

turbaciones intensas de los movimientos respiratorios, deberá recurrirse á la toracentesis, la que traerá un alivio inmediato.

Solo en los casos en que la pleuresía sobrevenga en una mujer afectada de otras enfermedades, tal como una afección cardíaca ó renal, es cuando creo oportuno que la indicación de poner fin al embarazo; sea propuesta y discutida.

Tuberculosis. — Algunos parteros ingleses, proponían provocar el parto prematuro artificial en los casos de tuberculosis pulmonar, porque creían que con la depleción uterina obtenían una mejoría de ella; pero otros y con razón, piensan que el parto tiene una influencia desastrosa sobre la marcha de esta enfermedad y que tan solo debe recurrirse á él, cuando la madre se halle en inminente peligro de muerte.

La provocación del parto, estaría legitimada únicamente en aquellos casos, en que la madre sucumbe á una meningitis tuberculosa, con lesiones pulmonares no muy desarrolladas, y en que el feto, no participando sinó de una manera indirecta y en muy poco, de la afección maternal, permanece á veces vigoroso y puede ser salvado por una intervención activa.

Indicaciones del parto prematuro artificial, en las afecciones del aparato circulatorio

El embarazo, no puede hacer nacer una enfermedad del corazón, pero sí, puede agravar las ya existentes, á tal punto, que la vida de la madre se encuentre en serio peligro de muerte, sinó se elimina esta causa coadyuvante que puede dar lugar á lo que llamamos accidentes grávidos cardíacos.

El parecer de los autores, no es unánime con respecto á las ventajas que pueda reportarles á las mujeres en cinta afectadas de cardiopatías, la interrupción artificial del embarazo.

Los casos que aconsejan este temperamento, son felizmente muy raros, pero cuando la indicación de provocar el parto se hace absoluta, se debe temer mucho por la vida de la mujer, mientras que la del feto, se halla en parte asegurada, porque la aparición de los accidentes grávidos cardíacos, se hace por lo general, cuando el feto es viable.

Se dice, que el parto no determina en la mayor parte de los casos, más que una mejoración pasagera y en algunos, empeora el estado general de por sí ya grave, así la estadística de la clínica de Berlín, de-

muestra, que todas las cardíacas en las cuales se ha provocado el parto, han sucumbido sea durante el trabajo, sea poco tiempo despues.

La estadística de Porak, es más halagüeña, pues sobre siete casos en que ha provocado el parto, ha obtenido cuatro éxitos para la madre y dos para el niño.

Estas consecuencias fatales del parto prematuro, creo resultan, no por el hecho de la interrupción artificial del embarazo, sinó porqué las perturbaciones cardíacas son muy profundas, las lesiones muy avanzadas, y además, que el trabajo aún apresurado, es para un corazón tan alterado, una causa de sobrecarga que apresura la marcha de la asistolia.

Pero, cuando en una mujer embarazada y con una afección del corazón, aparecen en un tiempo corto, fenómenos de asfixia muy alarmantes; que la enferma presente una palidez muy marcada; que su pulso sea muy frecuente; y que por último, los tratamientos médicos empleados no hayan dado ninguna mejoración, no nos queda como último recurso, sinó suprimir la causa, ó lo que es lo mismo, poner fin artificialmente al embarazo.

Como conclusión, podemos aceptar: que en toda mujer afectada de una lesión cardíaca, en la que sobreviene un embarazo que traíga como consecuencia la ruptura de la compensación, y por lo tanto, los síntomas alarmantes llamados accidentes grávidos cardíacos, no debe perderse un tiempo precioso ensayando tratamientos médicos que no hacen otra cosa que

permitir que la lesión avance, sinó que debemos sustraer la causa productora, y como ella no es otra que la sobrecarga impuesta al corazón por el hecho del embarazo, debemos sin pérdida de tiempo suprimir á éste y el único modo de hacerlo, es provocando el parto prematuro artificial.

Indicaciones del parto prematuro artificial, en las afecciones del aparato génito urinario

Inserción viciosa de la placenta.—El síntoma principal de la placenta insertada viciosamente, es la aparición de hemorragias, que pueden sobrevenir en todos los períodos del embarazo, pero por regla general, se manifiestan despues del sexto mes.

Estas hemorragias, pueden ser graves por su abundancia y por su persistencia; la constatación simple de una gran hemorragia uterina, apesar de tener mucha importancia, no es suficiente causa para constituir por sí sola, la indicación de interrumpir el embarazo.

La decoloración de los tegumentos; las tendencias sincopales; los sumbidos de oídos, aunque presentando un carácter grave, no traen tampoco aparejada la necesidad de la intervención operatoria, sinó cuando á este cortejo sintomático, se asocia una aceleración permanente del pulso.

En su obra, Tarnier dice: Cualquiera que sea la abundancia de la hemorragia y cualquiera su duración, la indicación del parto prematuro artificial no existe, si el número de pulsaciones se mantiene por debajo de 100; pero, si despues de haber empleado todos los tratamientos médicos, el estado general no mejora y

por el contrario, á él se une un aumento del número de pulsaciones, la indicación de interrumpir el embarazo, se hace precisa y urgente.

Indicaciones de parte del huevo.—La hidropesía del amnios, que se caracteriza por una extrema cantidad de líquido amniótico, no llega por si sola á constituir una indicación de interrumpir el embarazo, sinó cuando dá lugar á fenómenos generales y á compresiones rápidas.

No es raro observar mujeres, cuyo útero contiene, seis, ocho y aún más litros de líquido amniótico, llevar á término el embarazo y dar á luz con toda felicidad niños vivos; mientras que en otras, en un período menos avanzado de gestación y con menos cantidad de líquido, nos vemos obligados á intervenir.

En los casos en que la madre presente edemas más ó menos acusados y generalizados, acompañados de dísnea y fenómenos asfíxicos intensos, ó cuando, al mismo tiempo que aparece una distensión rápida del útero seguida de vivos dolores abdómino costales ó diafragmáticos, se nota tambien que la piel se pone seca y terrosa, que el enflaquecimiento se hace muy marcado, y que la excreción de la orina disminuye en proporciones tales, que la cantidad eliminada en 24 horas no llega á 500 ó 600 gramos, creo llegado el momento de poner fin al embarazo.

Embarazo molar.—En los casos felizmente raros, en que el embarazo degenera dando lugar á lo que se

conoce con el nombre de mola vesicular, la mujer no solamente corre los peligros propios á las hemorragias uterinas, sinó que está tambien expuesta á una intoxicación especial, que trae como consecuencia la desaparición más ó menos completa del poder contractil del músculo uterino, y un tinte caquético de los tegumentos que difiere de la palidéz ordinaria causada por las hemorragias.

La disminución ó la abolición de la contractilidad uterina, deben ser tenidas muy en cuenta por el partero, pues en el momento de la intervención, una hemorragia considerable puede producirse y acarrear la muerte de la mujer.

En los casos en que el diagnóstico del embarazo molar ha sido establecido, el único tratamiento que debe emplearse es la interrupción de él.

Albuminuria y Eclampsia.—Una cuestión muy importante á resolverse en la práctica, es decidir si está indicado poner fin artificialmente al embarazo, cuando este se complique de la toxenia, cuya característica es la presencia de albúmina en la orina y que llamamos albuminúria gravídica.

Algunos médicos, entre los que se encuentra Möricke, creen que la indicación de provocar el parto existe desde el momento en que se constata la albúmina en la orina, pues ellos piensan que el tratamiento médico es inútil; mientras que otros esperan para adoptar la misma resolución, la aparición de perturbaciones del aparato visual, ó la disminución de la excreción urinaria.

Todos los parteros son de parecer unánime en reconocer que el parto es una circunstancia favorable tanto en la albuminuria, como en la eclampsia; teniendo esto en cuenta, podríamos formular la siguiente pregunta ¿Está indicado provocar el parto con el único fin de detener una albuminuria gravídica, ó con aquel de prevenir convulsiones eclámpsicas posibles?

Tarnier, cree que está perfectamente autorizado á interrumpir el curso del embarazo, en aquellos casos en que la situación de la madre es tan grave que no pueden esperarse los resultados benéficos, pero siempre lentos, del régimen lácteo.

Pero si tenemos en cuenta las numerosas observaciones que nos prueban los buenos resultados obtenidos despues de un tratamiento médico apropiado, veremos que la albuminuria puede disminuir y hasta desaparecer; que la eclampsia, aún despues de haberse manifestado por un acceso convulsivo, puede no reaparecer, lo que nos pone en el deber ineludible de pensar con mucha reserva, en la indicación del parto prematuro artificial como tratamiento curativo de la albuminuria gravídica y preventivo de la eclampsia, á no ser que se trate de casos muy excepcionales.

El temor de que puedan sobrevenir accidentes urémicos más ó menos próximos, no justifica tampoco la intervención y en muchos casos, ellos son provocados por la irritación del cuello del útero, producida con el fin de poner término al embarazo:

La operación debe ser reservada únicamente á aquellos casos especiales, en que la albuminuria es rápida

é intensa, que resiste al régimen lácteo y á los agentes terapéuticos ordinarios, y sobre todo, cuando ella se acompaña de congestión pulmonar con derrame de las serosas y edemas generalizados.

Estos accidentes, son felizmente muy raras veces observados en la albuminuria gravídica verdadera y no aparecen por lo general, sinó en una mujer afectada de una afección renal antes del embarazo, en cuyo caso, su vida está tan comprometida, que la interrupción del embarazo sea cual fuere su edad, se halla completamente justificada, y tanto más, cuanto que toda prolongación de este estado sería perjudicial no solamente á ella sinó tambien al niño.

De lo expuesto se deduce, que no debemos repudiar en absoluto la idea del parto prematuro artificial, en los casos de albuminuria gravídica; pero, para que el tocólogo esté autorizado para proponer una intervención semejante, creo deben reunirse las condiciones siguientes: 1.º que el embarazo haya alcanzado el octavo mes para que el niño pueda ser alimentado sin mucha dificultad; 2.º que la mujer sea primípara; 3.º en el caso de ser multípara, que haya sido atacada de eclampsia en un embarazo anterior; 4.º que la albuminuria haya alcanzado una intensidad muy grande y debamos temer para la mujer perturbaciones graves de parte del aparato visual, ó que la enferma sienta y acuse algunos de los síntomas prodrómicos de la eclampsia, y 5.º que el tratamiento médico empleado y rigurosamente cumplido no haya dado ningun resultado benéfico.

Todas estas condiciones no pueden ser siempre exigidas en la práctica; supongamos que se trate de una mujer que presenta síntomas de albuminuria grave, en la que el régimen lácteo absoluto y seguido por ocho días lo menos, nos ha demostrado su ineficacia y en la que la albuminuria no solo no disminuye, sinó que aumenta, creo llegado el momento en que el médico puede y debe intervenir en interés de la vida de la mujer, sin tener absolutamente en cuenta para nada, la edad del feto, el que está condenado indefectiblemente á perecer, debido á las hemorragias que tienen lugar al nivel de la placenta, si el estado de la madre no mejora, y solo el parto prematuro, sea natural, sea artificial, son los únicos medios que le darán algunas probabilidades de vida, en el caso de que su desarrollo esté avanzado.

Si se tratara de una mujer, cuyo embarazo no ha llegado aún á su término y fuera atacada de un acceso de eclampsia, no debemos tampoco provocar el parto, sinó, cuando todos los tratamientos médicos aconsejados en casos semejantes hayan sido puestos en práctica sin ningun resultado y que los accesos eclámpticos se repitan.

Sin embargo, la opinión de los parteros está muy dividida sobre este punto; algunos, partidarios decididos de la intervención inmediata, justifican su manera de proceder invocando en apoyo de su doctrina, el hecho de la desaparición de las convulsiones, despues de la expulsión del contenido de la cavidad uterina.

Si bien es cierto que en la mayor parte de los casos

sucede así, en otros nó; por otra parte, el peligro no está del todo conjurado con la provocación del parto y la cesación de las convulsiones, pues muchas mujeres sucumben despues del parto: Ejemplo, la enferma de la observación IV.

Y en efecto, si las convulsiones constituyen un peligro por si mismas, ellas no son en suma otra cosa que una manifestación exterior de un estado de envenenamiento, ó mejor dicho, toxemia y no debemos esperar que por el solo hecho de la depleción uterina desaparezcan casi instantáneamente las lesiones renales, hepáticas, etc. que son la causa de esta intoxicación, la que se manifiesta por el conjunto de síntomas á los que damos el nombre de accesos de eclámpsia.

En la mujer atacada de esta afección creo, no debe provocarse el parto por las siguientes razones: 1.º por qué los medios que se pongan en práctica para despertar las contracciones uterinas, además de requerir un cierto tiempo para obrar, pueden y son amenudo causa suficiente para aumentar la frecuencia é intensidad de los accesos, y 2.º porque no habiendo sido sometida la mujer á ningun tratamiento médico, puede este habilmente manejado dar resultados muy satisfactorios.

Por consiguiente, solo despues de un tratamiento médico enérgico, si los accesos no desaparecen y la enferma se agrava, creo llegado el momento de intervenir en ayuda del feto y de la madre, provocando el parto prematuro artificial.

Nefritis.—Esta afección puede ser agravada por el embarazo á tal extremo, que se haga necesaria la interrupción de él.

Las manifestaciones más comunmente observadas en estas enfermas, son: aparte de la albúmina en las orinas y la disminución progresiva de estas, las perturbaciones que llamamos urémicas y que consisten, en náuseas, vómitos, cefalalgias; perturbaciones visuales, dolores gástricos, agitación, insomnio, etc.

Aquí tampoco hay síntomas especiales que permitan formar un criterio exacto respecto á la necesidad de interrumpir el embarazo y es en el conjunto de ellos. donde debe buscarse la indicación.

La mayor parte de los tocólogos, se fundan únicamente en la cantidad de orina eliminada en las 24 horas; así, cuando esta cantidad oscila entre 800 á 1000 gramos, dicen se debe contemporizar á menos de casos excepcionales, pero cuando ella descienda por debajo de 800 y se mantiene de una manera persistente, el único tratamiento racional, es provocar el parto.

Indicaciones del parto prematuro artificial, en las afecciones del aparato digestivo

Vómitos incoercibles.—Despues que Paul Dubois, expuso de la manera más magistral lás indicaciones de la interrupción del embarazo en los casos de vómitos incoercibles, las observaciones se han multiplicado y todas han venido á corroborar su opinión.

Estos vómitos, no deben ser considerados como una entidad mórbida perfectamente establecida, sinó, como una manifestación de la hepato-toxemia en que se encuentra la mujer, al igual de la Albuminuria y de la Eclampsia.

Es muy posible, que por un tratamiento bien dirigido y establecido desde el principio, se pueda en muchos casos atenuar, y á veces conjurar, esta manifestación tóxica; pero en los casos en que los tratamientos médicos aconsejados hasta el presente, hayan sido aplicados sin obtener ningún resultado, debe recurrirse á las cauterizaciones del cuello del útero y solo cuando estos medios, que podemos llamar quirúrgicos, han fallado también, es cuando creo oportuno proponer el parto prematuro artificial.

Sucede por lo general, que sea por incuria, sea por otra causa cualquiera, el médico es llamado al lado de

la enferma cuando esta está ya extenuada y ha perdido la reacción vital necesaria para la reparación de las fuerzas, en cuyo caso corremos el riesgo de que la enferma muera, no solo por los vómitos, sinó también por la inanición.

Dubois dice: que practicando el parto en estas condiciones, nos exponemos tal vez á precipitar la muerte de la madre, razón por la cual aconseja no intervenir; Pinard y Tarnier, son contrarios á este parecer, y se fundan en el hecho de que han podido salvar por este medio, á mujeres que parecían irremediablemente perdidas.

Pero ¿cuales son los signos sobre los que podemos basarnos para decidir si el parto provocado está indicado? creo que estos son: la disminución de la cantidad de orina emitida en las 24 horas; las fuliginosidades de la lengua y de los lábios, el enflaquecimiento progresivo y marcado, las tendencias sincopales, la frecuencia y la pequeñez del pulso, agregándose á éstos (según Debois) la elevación de temperatura.

De estos signos, algunos autores tienen en cuenta la pérdida de peso del enfermo y dicen: cuando ésta varía entre 150 y 200 gramos diarios, se puede contemporizar, pero cuando ella alcanza la elevada cifra de 300 á 500 gramos, el único tratamiento que se impone, es provocar el parto.

Tarnier, tiene en cuenta el número de pulsaciones, y descuida en absoluto la pérdida del peso y la intensidad de los vómitos. Pinard, de sus numerosas observaciones, saca la conclusion siguiente: que en una mu-

jer atacada de vómitos incoercibles del embarazo, ó mejor tóxicos, cuando la frecuencia del pulso es tal que el número de pulsaciones se eleva y mantiene en más de 100 por minuto, debe adoptarse sin pérdida de tiempo, al parto prematuro artificial; su estadística demuestra: que sobre 32 casos de parto provocado á causa de vómitos incoercibles, ha obtenido 21 curaciones.

Indicaciones del parto prematuro artificial, en otras afecciones

Muerte habitual del feto.—En ciertos casos, bajo la influencia de causas que nos son conocidas, ó fuera de toda tara etiológica apreciable, tanto por parte del padre como de la madre, se observa que el feto sucumbe en el claustro materno en el período de viabilidad; esta muerte del feto suele verse en una serie de embarazos sucesivos, ó con alternativas regulares ó irregulares de nacimientos de niños, los unos vivos, los otros muertos.

Cuando el tocólogo es consultado por una mujer que está al principio de un embarazo, la cual le dice, que en sus partos anteriores, sus hijos han nacido muertos y si después de examinar la mujer no encuentra ninguna causa que le explique este hecho, debe sospechar la existencia de la sífilis, é instituir en consecuencia, un tratamiento médico apropiado: pero si la mujer declara que éste ha sido aplicado y seguido escrupulosamente en sus embarazos anteriores sin resultados positivos, el médico está perfectamente autorizado á poner fin al nuevo embarazo, en una época anterior á aquella en que sucumbieron los otros fetos.

Osteomalacia.—En una mujer embarazada en la cuál sobreviene la osteomalacia, la conducta á seguirse variará según la marcha de ella; así, si la enfermedad evoluciona lentamente, se puede dejar llegar el embarazo á su término, mientras que si su marcha es rápida, está indicado poner fin á la gestación sin pérdida de tiempo y sea cual fuere su edad.

Tumores de la pelvis.—Cuando la excavación de la pelvis está ocupada por un tumor, es de todo punto imposible dar reglas absolutas acerca de cuando está indicado provocar el parto; la conducta á adoptarse, variará con el lugar del tumor, dimensiones, movilidad, grado de reducción, naturaleza y por último, con la época del embarazo en que la mujer es examinada

De una manera general, puede decirse: que cuando el volúmen de la masa neoplásica sea tal, que el pasaje de un feto á término por las vías naturales sea imposible, deberá provocarse el parto antes de que el feto adquiera dimensiones considerables, á menos que la madre se decida á correr los peligros de una operación.

En el supuesto caso de que se tratara de un osteosarcoma, teniendo en cuenta la influencia perniciosa que el embarazo tiene sobre su evolución, el médico no puede contemporizar y debe interrumpir la gestación con la prontitud que el caso requiere.

Si el neoplasma fuera un cancer del cuello, que ha invadido ya los fondos de saco vaginales y tambien el cuerpo del útero, el temperamento á adoptarse, creo

que no es el de poner fin al embarazo, y para ello, me fundo en las dos razones siguientes: 1.ª La existencia de la madre, es una existencia precaria, destinada á terminar en un plazo más ó menos breve y la interrupción de la gestación, solo traería en beneficio de ella la eliminación de la influencia nociva que el embarazo ejerce sobre la marcha del cáncer, pero nunca su mejoría, ni menos aún su curación; y 2.º que interrumpiendo artificialmente la gestación, lo único que conseguiríamos, sería privar al feto de alcanzar su completo desarrollo y por consiguiente, de hallarse en condiciones favorables para luchar contra las dificultades de la vida extrauterina.

De aquí podemos sacar la conclusión siguiente: que en los casos de cáncer ya muy avanzados en su desarrollo y complicados de embarazo, se debe dejar á éste (aún á costa de algunos riesgos para la vida de la madre) llegar á su término y practicar entonces una operacion Cesárea.

En los cuerpos fibrosos, cuando estos residen sobre la pared posterior del segmento inferior del útero, es muy útil provocar el parto cuando el feto sea viable. Pozzi, es de parecer de que cuando se trata de cuerpos fibrosos intersticiales de evolucion abdominal, no deben perderse de vista los graves perjuicios que puede acarrear el parto, porque si la placenta se inserta en la región del tumor, la retracción del tejido uterino no pudiendo hacerse despues del alumbramiento de una manera normal, podría dar lugar á una hemorragia formidable que pusiera en peligro la vida de la mujer.

Según la estadística de Lefour, sobre una série de 23 partos provocados á causa de cuerpos fibrosos, ha tenido 3 mujeres muertas.

Si se tratara de un tumor líquido, lo más conveniente es seguir el ejemplo de Porak, y operar inmediatamente dando salida al líquido, sea por una punción, sea por una incisión.

Corea.—Esta afección á veces creada pero por lo general despertada por el embarazo, puede afectar un carácter de intensidad de los más graves, al punto de hacer necesaria la interrupción de él.

Así, cuando nos encontremos en presencia de una enferma afectada de corea, la cual á pesar de todos los tratamientos terapéuticos empleados, no cede, y notamos un estado caquético producido por un agotamiento nervioso ocasionado por la pérdida de sueño y la falta de alimentación, la interrupción del embarazo se impone como único recurso para salvar la vida de la mujer y al niño, siempre que éste haya alcanzado un suficiente desarrollo.

Las estadísticas de Alfeld, Pollock, Lawson Tait y otros, demuestran que las enfermas han sucumbido todas, á pesar de la evacuación uterina, lo cual, creo es debido, á que se ha dejado pasar el momento oportuno, y tan solo se ha intervenido cuando el estado de la madre se hallaba profundamente alterado, y en apoyo de mi creencia, citaré el caso de Festemberg, quien ha provocado el parto en un caso de corea grave, con manía consecutiva, obteniendo un resultado sumamente feliz.

En otros casos, como ser: hemofilia, anemia perniciosa progresiva, leucemia, constipación ó diarreas debidas al embarazo, várices muy pronunciadas de los órganos genitales, cáncer del recto, etc., etc., la indicación debe ser librada al sano criterio médico del tocólogo.

Observaciones

Observación I

Avelina Cabezas, nacionalidad Española, edad 26 años.

Antecedentes hereditarios.— El padre vive y es sano. La madre, tuvo 4 embarazos á término, que se descomponen de la manera siguiente:

El 1.º es la enferma á que se refiere la presente observación; 2.º y 3.º embarazos, fetos de sexo masculino extraídos por medio del arte y fallecidos al poco tiempo de nacer; el 4.º embarazo, extraído despues de un parto muy laborioso con ayuda del Fórceps, muriendo conjuntamente con la madre algunos días despues.

Antecedentes personales.—Patológicos: Sarampión, Coqueluche. Fisiológicos: Reglada á los 13 años, durando algunas veces 8 días, otras 4, eran abundantes, no dolorosas; en los primeros tiempos de haberse establecido esta función, tuvo un periodo de 6 meses en que el molimen menstrual se suspendió.

Ha tenido un embarazo á término, presentación de

hombro, siendo el feto extraído muerto mediante una operación de Basiotripsia, á los ocho días de haber tenido dolores y haber perdido aguas.

Según refiere la enferma, el embarazo fué muy penoso, teniendo frecuentes cefalalgias, fatiga, cansancio general y una expectoración abundante y rosada, por lo cual se vió obligada á entrar en el servicio del Hospital Rivadavia, donde permaneció los seis últimos meses de su embarazo, continuamente en cama:

Embarazo actual.—Sus últimas reglas las ha tenido en el mes de Diciembre del 24 al 28; los movimientos activos del feto aparecieron en el mes de Junio; ha tenido vómitos alimenticios, inapetencia, cansancio general y fatiga.

El exámen de la enferma hecho el 15 de Julio 1902, revela lo siguiente: mujer bien desarrollada, buen esqueleto, línea blanca pigmentada, vientre poco voluminoso, senos turgentes (calostro), edema en los miembros inferiores.

Torax, Diámetros normales, respiración costo abdominal, dísnea objetiva (40 respiraciones por minuto). Pulmones, Matitéz en ambas bases, vibraciones torácicas aumentadas, respiración tubaria alejada, rales finos y subcrepitantes. Corazón. El choque de la punta no se ve, pero se palpa en el sexto espacio intercostal izquierdo, la percusión de una matitéz aumentada; á la auscultación, se nota, en el foco pulmonar, el segundo tono reforzado y en el mitral, el primer tono está reemplazado por un soplo suave que se propaga á

la axila y parte posterior del tronco. (Insuficiencia mitral). Pulso, pequeño, regular, igual, depresible, frecuente, 110 pulsaciones por minuto. Hígado. Aumentado de volúmen y dolorosa á la presión. Bazo, no se busca. Abdómen. Útero en la línea media, paredes tensas, la escavación está vacía, en la fosa ilíaca izquierda se nota la cabeza, presentación de hombro derecho y dorso anterior.

A la izquierda del ombligo y un poco por debajo de él, se nota un soplo uterino y los latidos fetales, son intensos y se cuentan en número de 150 por minuto.

Pelvis. Diámetro BT 30 centímetros, BE 23 centímetros, BI 26 centímetros, SP 17 $^1/_2$ centímetros; la pelvimetría interna hecha con el pelvígrafo de Farabeuf da un diámetro PPM de 8 centímetros, 3 mm.

El exámen de la orina revela la presencia de albúmina, en la enorme proporción de 20 °/$_{oo}$.

En vista del grave estado de esta enferma, se le somete al régimen lácteo absoluto y á un reposo completo, con lo cual se consigue que su dísnea desaparezca, que su albúmina disminuya á tal extremo que á los ocho días de este tratamiento solo se encuentra en su orina $^1/_2$ °/$_{oo}$, y á los quince días ha desaparecido totalmente.

Su lesión cardíaca ha mejorado sensiblemente y por esta razón, se resuelve dejar seguir el embarazo.

Pero la lesión principal en esta mujer, no es ni su albúminuria ni su lesión cardíaca, las que pueden ser consideradas como causas secundarias, sinó su vi-

ciación pelviana que mide 8 centímetros 3 mm., por consiguiente incapáz de dar pasaje á una cabeza de feto á término, sin producirle graves transtornos y tal vez acabar con la existencia de él, y muy posiblemente, dar lugar en la madre á una asistolia aguda, en razón al trabajo que le sería impuesto á su corazón ya alterado.

En esta enferma se resuelve interrumpir su embarazo; llegado el momento oportuno, día 14 Setiembre á las 9 y 30 a. m. se procede á colocar un balón de Champetier de Ribes dejando á la enferma en reposo. A las 2 y 30 p. m. principian las contracciones dolorosas siendo el balón expulsado á las 6 y 50 p. m. habiéndose tenido cuidado antes de que esta expulsión se efectuara, de colocar y mantener la extremidad cefálica, en relación con el estrecho superior, con el objeto de facilitar su encaje y corregir la posición viciosa que existía.

Tres horas despues, se produjo la expulsión de un feto vivo de sexo femenino cuyo peso era de 1950 gramos, el cuál murió 4 horas después.

Hecha la autópsia de éste, se constata que la causa de su muerte, ha sido la persistencia del agujero de Botal

En cuanto al puerperio de la madre, fué completamente normal, saliendo de alta, después de quince días.

Observación II

Amadora Lastra de Magaride; 26 años Q. D., Española.

Entra al servicio del Hospital San Roque, el día 10 de Noviembre 1901.

Antecedentes hereditarios sin importancia; Antecedentes personales, Patológicos, ninguno; Fisiológicos.

No sabe á que edad empezó á caminar, pero dice haber caminado siempre bien; no recuerda á que edad tuvo sus primeras reglas, las que eran regulares, no dolorosas y abundantes.

Es su primer embarazo, sus últimas reglas, la tuvo en el mes de Febrero, los movimientos activos del feto se manifestaron á los 5 meses.

Exámen de la mujer: esqueleto normal, línea blanca pigmentada, corazón y pulmones normales, senos bien desarrollados, (calostro) vientre abovedado, útero desviado á la izquierda, su fondo se encuentra á 36 centímetros por encima de la sínfisis pubiana y á 15 centímetros del ombligo, paredes abdominales tensas, presentación cefálica, encajada, posición derecha, variedad transversa.

Pelvimetria externa.—Diámetros BT 32 centímetros, BE, 28 centímetros BI, 30 centímetros, SP, 19 centímetros.

Pelvimetria interna.—No le alcanza el promontorio.

No se oyen latidos fetales.

Edemas muy marcados en los miembros inferiores, varices.

Esta mujer entró al servicio con síntomas de eclampsia y segun referencias del marido, tuvo en su casa varios ataques; su pulso late 82 veces por minuto, débil, y su temperatura es de 37°,7; el tacto vaginal, demuestra no existir ningun principio de dilatación.

En vista de esto, se administra cloroformo, cloral por la vía gástrica, una enteroclisis purgante y poco tiempo despues, otra con cloral.

A pesar de este enérgico tratamiento médico, los accesos se repiten y en vista del gran número de éstos, pues ha tenido ya 11 desde su entrada y por otra parte, teniendo en cuenta su grave estado, se resuelve intervenir, poniendo fin al embarazo.

Para ello, se introduce un balón de Charpentier de Ribes (modelo Chico) y cuando este produce una dilatación de 0.04 centímetros, se aplica el dilatador Tarnier, el que al cabo de una hora dá la dilatación completa.

Tomado el cordón del feto, no se constata ninguna pulsación, en vista de lo cual, se practica una craneotomia.

La enferma ha tenido después de la expulsión del producto de la concepción, otros ocho ataques convulsivos, y á pesar de ésto, sale de alta curada, á los 14 días de su entrada.

Observación III

Pelegrina Martínez, 22 años, mucama, Española.

Ningún antecedente hereditario de importancia.

Antecedentes personales, no sabe á que edad empezó á caminar, pero dice haber caminado siempre bien. Ha tenido viruela.

Reglada á los 15 años, con regularidad, son abundantes, dolorosas y duran de 4 á 6 días.

Es su 1.º Embarazo.—Exámen de la enferma: Esqueleto bien desarrollado, corazón y pulmones normales, varices y además generalizados y muy marcados en los miembros inferiores, vientre muy voluminoso, útero en la línea media, fondo á 36 centímetros de la sinfisis pubiana; embarazo gemelar, presentación de nalgas, uno, cefálica otro.

Pelvimetria externa.—Diámetros BT, 34 centímetros BE, 26 centímetros, B I, 29 centímetros, SP, 20 centímetros.

Latidos fetales, se oyen muy debilitados é irregular.

Esta enferma entra al servicio del Hospital San Roque, la noche del 31 de Agosto, á las 11 y 30 p. m., en estado comatoso; su respiración, es muy fatigosa y frecuente; pulso filiforme irregular y frecuente; (130 pulsaciones por minuto) temperatura 38º; edemas ge-

neralizados y marcados sobre todo, en los miembros inferiores y vulva; el exámen de la orina, demuestra la existencia de albúmina en la proporción de 7 °/oo.

Del marido se recojen los siguientes datos: la enferma hácia el fin de su embarazo se ha quejado de dolores en el epigastrio, cefalalgias, náuseas, perturbaciones visuales, etc, habiendo tenido dos ataques convulsivos, antes de su entrada al servicio.

El tacto vaginal no demuestra ningún principio de dilatación.

En vista del grave estado de la mujer, por una parte, y de la debilidad é intermitencia de los latidos fetales por otra, se resuelve intervenir, para lo cual se hace una dilatación forzada, obtenida la cual, se práctica una versión por maniobras internas, extrayendose dos niños de sexo masculino y vivos; como la placenta no fuera expulsada á la hora, se procede á su extracción manual.

La enferma es sometida al reposo y al régimen lácteo absoluto, con lo cual se consigue que á los 20 días, la mujer abandone el hospital con sus dos hijos y en perfecto estado de salud.

Observación IV

Ruperta Belén, 28 años, lavandera, Argentina.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No sabe á que edad ha caminado.

Su primera regla la tuvo á los 12 años; eran abundantes, dolorosas, regulares y duraban de 3 á 4 días.

Ha tenido un parto á término, espontáneo, presentación de vértice, varón, crianza materna y vive.

Exámen de la enferma.—Esqueleto bien desarrollado, línea blanca pigmentada, corazón y pulmones normales, ligeros edemas en los miembros inferiores, vientre globuloso, útero desviado á la derecha, fondo á 30 ctros. por encima de la sínfisis pubiana y 13 del ombligo, paredes tensas, presentación cefálica, no hay encaje, posición y variedad D T.

Pelvimetria externa.—B T, 33 ctros., B E, 28 ctros., B I, 30 ctros., S P, 20 ctros.

Latidos fetales frecuentes é irregulares (180 por minuto).

La enferma entra al servicio en pleno coma, con pulso frecuente y pequeño (108 por minuto), temperatura 39°, en la cama de partos ha tenido convulsiones tónicas y clónicas (Eclampsia); practicado el tacto

vaginal, no se observa ninguna dilatación, pero en vista de su grave estado, se resuelve intervenir en ayuda del feto y de la madre, poniendo fin al embarazo.

Se hace la dilatación forzada y cuando ella es completa, se hace una versión podálica, extrayéndose un feto vivo de sexo masculino y cuyo peso era de 1920 gramos.

A pesar de este tratamiento, la enferma falleció á las 4 horas de haber dado á luz.

Abril 3 de 1903.

SEVERO V. COSENTINO.

Buenos Aires, Abril 3 de 1903

Nómbrase á los Sres: Académico Dr. Jacob de Tezanos Pinto, Profesor titular Dr. Samuel Molina y Profesor suplente Dr. Fanor Velarde, para que, constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Abril 24 de 1903

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Sr. Severo Cosentino. «En el local de la Facultad á 22 de « Abril de 1903, reunida la Comisión que suscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno « Sr. Severo Cosentino, que versa sobre «Parto « prematuro artificial—sus indicaciones», resolvió admitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmados: Jacob de Tezanos Pinto.—Samuel Molina. Fanor Velarde.—*Cárlos Robertson*, Pro-Secretario.

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Mayo 16 de 1903.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría, el día en que haya de ser sostenida

E. Uballes
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

¿Cuál es el mejor método de provocar el parto prematuro?

Inconvenientes del balón de Champetier de Ribes.

Casos en que puede asociarse la sinfisiotomía al parto prematuro artificial.

BIBLIOGRAFIA

A. CHARPENTIER. . . . *Traité Pratique des accouchements.*

M. JOULIN . . . . . *Tratado completo de partos.*

M. A. RIBEMONT DESSAIGNES Y G. LEPAGE. . . *Précis D'Obstetrique.*

S. TARNIER, CHANTREUIL ET P. BUDIN. . . . . *Traité de l'art de accouchements*

S. POZZI. . . . . *Traité de Gynecologie Clinique et Operatoire.*

CH. VINAY . . . . . *Traité des maladies de la Grossesse et siutes de couches.*

ADRIEN POZZI. . . . . *Manuel Theórique et Pratique D'Accouchements.*

DEPAUL . . . . . *Lecciones Clínicas de Obstetricia.*

L'Obstetrique años, 1897, 98, 99, 900, 901.

Anales de ginecología y Obstetricia año 1890, T. 34, año 1899 T. 52, año 1900 T. 54, año 1901 T. 55, año 1902 T. 58.