AÑO 1907 Nº 1678

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OPERACIÓN CESÁREA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO J. CANO

BUENOS AIRES

1907

OPERACIÓN CESÁREA

AÑO 1907 Nº 1678

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

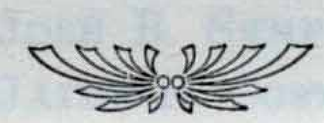
OPERACIÓN CESÁREA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO J. CAÑO



BUENOS AIRES

1907

Art. 162, del Reglamento de la Facultad. — La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Elíseo Cantón

Vice Decano

Dr. D. José Penna

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
« » Luis Güemes
» » Elíseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Juan A. Boeri (supl.)
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Aráoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprun
» » Jaime R. Costa

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)
» » Jonás Larguía (Consejo Directivo)

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	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene Pública y Privada	» Vacante
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernández
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» 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	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Patología General	» Roberto Wernike
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinaria	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Elíseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química biológica	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Julio G. Fernández
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa (en ejer.)
Semiología y ejercicios Clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejer.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Leandro Valle (en ejer.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Elíseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson
» interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Daniel J. Cranwell Avelino Gutiérrez Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Miguel Z. O'Farrell Samuel Gache
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clinica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachmann

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada...	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognósia y posología razonada...	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso.....	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» Frangisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmaceutica.....	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Cated. Substitutos
Zoología general anatomía y fisiología comparada...	Vacante
Botánica y mineralogía....	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Qnímica orgánica aplicada	Vacante
Farmacognósia y posología razonada	Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso).....	Vacante
Técnica farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéutica	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Consejero Profesor Dr. Luis Güemes

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica ..... . Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	Dr. Fanor Velarde

Asignaturas	Cated. substitutos
fisiológico y Clínica obstétrica	Vacante
distócico y Clínica obstétrica.....	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catd. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias. Medicina Legal.....	» N. Etchepareborda (con lic.)

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

PADRINO DE TESIS

Consejero Profesor Dr. Luis Güemes

A la memoria de mis padres

A mis hermanos

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

A fin de llenar un deber que la Facultad me impone, presento á vuestra consideración este trabajo.

Antes de retirarme de la Escuela debo manifestar mi agradecimiento á todos los profesores de la misma, por la ilustración que de ellos he recibido.

Quedo reconocido á los doctores Francisco C. Barraza, José Ingenieros, Angel F. Ortiz, Leónidas Carreño, Samuel Gache y Faustino Trongé por las atenciones que me han dispensado.

Igualmente al Dr. Luis Güemes por acompañarme como padrino de tesis.

CAPÍTULO I

Historia

La operación cesárea debe su nombre según unos á César por haber venido al mundo mediante ella; otros, opinan que esta designación viene del latín *cœdere* que significa cortar.

Ya desde tiempos muy remotos se ha practicado esta operación en la mujer muerta y la *lex regia* de los romanos prohibía enterrar á las mujeres en cinta sin haberles previamente abierto el vientre.

La iglesia cristiana también adoptó esta disposición con el objeto de bautizar al niño próximo á morir inmediatamente después del fallecimiento de la madre.

En la mujer viva parece corresponder el honor de haberla practicado por primerave z, á un extraño á la ciencia médica, Jacobo Nufer, castrador de cerdos, quien el año 1500 desesperado porque su esposa no podía dar á luz desde varios días y después de tentativas infructuosas hechas por los médicos, solicitó y obtuvo permiso de las autoridades para abrirle el vientre, lo que hizo con todo éxito salvando de esta manera la vida de la madre y del feto.

Es recién algunos años más tarde, en 1581, que Rousset trata de esta operación en un libro que publi-

có declarando ser partidario de ella. No dejó de tener contradictores numerosos y de mérito entre los cuales figuraban nombres como los de Mauriceau, Paré, Guillemeau, etc, el primero de los cuales sólo la admitía en la mujer muerta. Quedó después casi abandonada hasta que renace con Levret, Lauverjat, etc.

Hasta 1769 nadie practicó la sutura de la herida uterina siendo entonces que Lebas la hace por primera vez.

En el último cuarto del siglo XVIII en que aparece la sinfisiotomía se forman dos bandos, cesaristas y sinfisiotomistas. Entre los primeros hay partidarios de hacer la incisión del útero vertical y otros transversal al nivel de su fondo.

Antes de la era antiséptica las estadísticas sobre la cesárea arrojaban una mortalidad muy elevada que variaba de 50 hasta 80 °/o, lo que explica muy bien la oposición que ha tenido y el abandono en que yacía. Además de la asepsia y antisepsia, hay que acordar una buena parte en la diminución de la mortalidad de las operadas al perfeccionamiento de los métodos quirúrgicos, entre los cuales está la sutura uterina modificada por Sänger.

CAPÍTULO II

Indicaciones y oportunidad

Viciación pelviana.—Esta es la gran indicación de esta intervención que obedece en general á desproporción entre los diámetros del estrecho superior y los de la cabeza fetal, por consiguiente, antes de decidirse por esta operación es necesario que el partero tenga el mayor conocimiento posible de los diámetros de la pelvis á lo cual puede llegar mediante la pelvimetría interna. En cuanto á la cabeza, es fácil apreciar mediante la palpación mensuradora si su volumen es excesivo pues entonces, aun con una pelvis normal, no podrá hacerse el parto por la vía natural. Hay además que considerar su grado de osificación, pues fácil es comprender que una cabeza poco osificada podrá disminuir sus diámetros sin peligro para la vida del feto y salvar la estrechez, siempre que no sea muy pronunciada.

Las causas productoras de estas alteraciones en las dimensiones de la pelvis son numerosas, á saber: el raquitismo, la acondroplasia, la osteomalacia, las lesiones de las articulaciones pelvianas, la luxación congénita de la cadera, la coxalgia, la cifosis, lordosis, es-

coliosis, espondilistesis, espondilizema y todos los tumores óseos y blandos de la pelvis.

La osteomalacia es tan rara, que entre nosotros no se conoce ningún caso.

Se clasifican las indicaciones en absolutas y relativas.

La indicación es absoluta cuando la pelvis es tan reducida que no permite el pasaje del feto, ya esté vivo ó muerto.

Relativa cuando no puede dar salida á un feto á término y en que el partero puede optar entre la cesárea, la embriotomía, el parto prematuro ó la sinfisiotomía.

Los autores varían en la apreciación del límite fijo á partir del cual entran en una ú otra división, pero puede decirse que son absolutas debajo de 0.06 de diámetro P. P. M. y relativa arriba de esta cifra hasta $0^{m}.095$. Quizás parecerá exagerado practicar la cesárea cuando el diámetro útil es de 0.095 que es el normal, pero hay que considerar que en el caso que esta indicación se presenta es por desarrollo excesivo del ovoide cefálico, lo que es excepcional. La mayoría de las cesáreas que se hacen, es obedeciendo á indicaciones relativas, pues, las pelvis de menos de 0.06 de P. P. M. son raras.

En caso de indicación relativa, si el médico es consultado antes del término del embarazo, debe exponer á su clienta los peligros y las ventajas que hay para ella y para el niño, según se deje llegar á término la preñez practicando la cerárea ó se haga el

parto prematuro para que, en conocimiento de estos hechos, se decida por una ú otra intervención la interesada. Cuando se deje á elección del partero, creo que éste debe optar por la cesárea, pues, así concilia los intereses de ambos, dando al feto muchas más probabilidades de vida y en cuanto á la madre no corre gran riesgo, siempre que se opere en debidas condiciones. En algunas maternidades no hay que pensar en el parto prematuro, pues, casi todas las embarazadas llegan en trabajo ó pocos días antes del parto.

Respecto á la embriotomía sobre el feto vivo, las opiniones son muy encontradas, pues, mientras que Pinard la rechaza en absoluto, (entre nosotros Cantón ha presentado un trabajo al Congreso Médico sosteniendo estas mismas ideas), Budin, Charles, Fochier, Herrgott, Bard, Maygrier, Leopold etc., son partidarios de ella si el niño sufre, si la bolsa de las aguas está rota, si hay infección ó si se han hecho aplicaciones infructuosas de forceps y maniobras de versión pues entonces la vida del feto según ellos, es muy precaria y no hay que tenerla en cuenta en presencia del peligro que corre la madre haciendo una cesárea ó una sinfisiotomía. Otros hay que en caso de infección hacen la operación de Porro ó la histerectomía abdominal.

La embriotomía hecha en pelvis muy estrechas es para la madre más peligrosa que la cesárea pues, la expone á sufrir lesiones que pueden traer padecimientos graves.

La sinfisiotomía no debe practicarse cuando el diá-

metro útil es menor de $0^m.065$, pues, por cada centímetro de separación de las ramas puvianas sólo se aumentan $0^m.002$ de este diámetro, de tal modo que para agrandarlo suficientemente en una pelvis inferior á la cifra que indico, sería menester llevar esta separación á un grado excesivo, lo que produciría desgarraduras extendidas y lesiones del lado de las articulaciones sacro-ilíacas. Aun haciendo esta operación en casos en que da un agrandamiento suficiente para el pasaje del feto, siempre es mayor el peligro de hemorragia y de infección que en la cesárea; además se observan con frecuencia lesiones de la vejiga y de la uretra que hacen llevar á las operadas una vida miserable. A veces también suele dejar dificultades en la marcha. En vista de todos estos inconvenientes no creo que la sinfisiotomía deba reemplazar con ventaja á la cesárea, como se creyó en un tiempo en que redujo los casos de esta última operación.

Fibromas.—Estos tumores producen la esterilidad en el tercio de los casos. Cuando el embarazo se efectúa, llega generalmente á término; en otras ocasiones puede producirse el aborto ó el parto prematuro debido á lesiones de la caduca ó á inserción de la placenta en el segmento inferior. Bajo la influencia de la preñez aumentan de volumen y se reblandecen. Este reblandecimiento es favorable á la terminación del parto porque el feto al hacer presión sobre ellos los disminuye de volumen.

Sobre el parto, su acción varía según la situación que ocupan. Los fibromas del cuerpo y del fondo del

útero no son generalmente causa de distocia; los del cuello y del segmento inferior son un obstáculo serio al parto en muchísimas ocasiones, principalmente cuando tienen cierto volumen. Afortunadamente, en la mayor parte de los casos sufren estos tumores un movimiento ascensional debido á la contracción de las fibras musculares del útero, ascensión que favorece el encajamiento del feto y el parto espontáneo.

Durante la preñez se debe dejar que ésta siga su curso é intervenir solamente si ocupan la excavación ó si producen accidentes de compresión. Siempre que se pueda, se limitará á extirpar el tumor, á fin de que el embarazo llegue á término, pero lo común es que así no suceda, pues los fibromas pueden ser intersticiales ó numerosos, debiéndose hacer entonces la histerectomía abdominal total ó sub-total.

Durante el trabajo hay que esperar, pues es frecuente que el parto se haga espontáneamente; si esto no sucede y si el médico cree que el parto es imposible recurriendo al forceps ó á la versión, se hará la cesárea ó la operacion de Porro ó la histerectomía, según las circunstancias del caso.

Quistes del ovario.— Aumentan generalmente bajo la influencia de la preñez. Pueden sufrir la torsión del pedículo y como consecuencia hemorragias intraquísticas, inflamarse, supurar, romperse, producir peritonitis localizadas ó generalizadas, quedar alojadas en la excavación pelviana y ocupar el fondo de saco de Douglas ó seguir al útero en su ascensión y hacerse

abdominales. Los hay también, á la vez intra-abdominales y pelvianos.

Los que son intra-pelvianos, producen con mayor frecuencia presentaciones viciosas y llegan por su enclavamiento hasta impedir el parto. Es por esto y por las complicaciones que ya he mencionado á la lijera, que suelen poner en peligro la vida de la madre y del feto y deben ser operados desde que se diagnostiquen, pues su extirpación no tiene ninguna influencia fatal sobre la preñez. La ovariotomía deberá hacerse en lo posible durante los cinco primeros meses de la gestación.

Si la mujer está en trabajo y el quiste es abdominal, no se intervendrá, pues el parto se hará espontáneamente. En caso que las contracciones sean insuficientes puede ser indicado recurrir al forceps. Si es pelviano, se tratará de reducirlo bajo el cloroformo y si esto no se consiguiera se hará la ovariotomía, ó la cesárea en caso de obstáculo insuperable al parto. La punción del quiste ha sido generalmente abandonada, sin embargo, á veces hay que recurrir á ella cuando la mujer no está en estado de sufrir una laparotomía.

Cáncer del cuello del útero.—Aunque no es frecuente que una mujer atacada de cáncer del útero sea fecundada, consideraré sin embargo esta afección porque ella puede ser una indicación de la operación cesárea.

La preñez tiene una influencia nefasta sobre el cáncer, pues acelera su marcha. En cuanto á la de éste sobre el embarazo, no es tan nociva, pues en los

dos tercios de los casos el feto nace á término. Cuando el cáncer ha invadido todo el cuello, su influencia es más perniciosa que cuando ha atacado sólo su porción vaginal.

Respecto á la conducta á abservar hay que hacer distinciones. Si se hace diagnóstico de cáncer en los dos primeros meses del embarazo y si la enferma está debilitada se debe provocar el aborto; en caso contrario, hay que dejar seguir su marcha á la preñez en obsequio á la vida del feto, pues la de la madre se debe tener poco en cuenta.

El parto puede ser rápido debido al reblandecimiento de los tejidos enfermos y á su fácil desgarradura, pero lo común es que se retarde porque el cuello no se dilata y que en ciertas ocasiones se haga imposible. En este último caso se debe hacer la cesárea seguida de la histerectomía abdominal y del vaciamiento de la pelvis siempre que las lesiones no sean muy extendidas, de lo contrario se hará la cesárea conservadora pues no hay objeto de someter á una operación como la histerectomía á una enferma con extensas lesiones cancerosas.

Eclampsia—Esta afección puede ser una indicación de urgencia de la cesárea cuando la enferma no está en trabajo de parto y sobrevienen ataques subintrantes que amenazan seriamente la vida de la madre y del feto. En este caso pretender dilatar el cuello y extraer el feto por las vías naturales es exponer á ambos seres á una muerte casi segura y sólo creo que hay una indicación, la de vaciar el útero lo más

pronto posible lo que se obtiene por vía abdominal.

En la observación IV ha coincidido una viciación pelviana en que el P. P. M. era de 0m.07 con un ataque de eclampsia en una mujer en trabajo y ya con bolsa de las aguas rota. En estas condiciones llegó la enferma al Hospital Norte y no siendo posible el pasaje del feto á través de la estrechez, el médico interno doctor Montellano le practicó la cesárea no pudiendo ser más satisfactorio el resultado obtenido para madre é hijo.

También hay que hacer esta operación inmediatamente después del fallecimiento de la madre siempre que el feto esté con vida.

Para terminar con las indicaciones diré que la cesárea se hace siempre con el objeto de obtener el feto con vida á no ser que se trate de una indicación absoluta en que puede hacerse con feto muerto.

Oportunidad.—Cabe preguntar ahora cuál es el momento en que se debe operar.

Hay dos opiniones. Unos sostienen que conviene hacerlo á plazo fijo, es decir, antes del trabajo del parto y otros al principio de éste. Cada manera de proceder presenta ciertas ventajas é inconvenientes.

Operando antes del trabajo se dispone del tiempo suficiente para preparar á la enferma, de los ayudantes necesarios, de la luz natural y sobre todo de la integridad del huevo que garantiza contra la infección, todo lo cual es muy bueno pero en cambio se disminuye la vitalidad del feto puesto que tiene menos días de vida intra-uterina lo que no deja de ser un inconve-

niente serio; además, existe el peligro de la hemorragia por inercia uterina pero este accidente se puede impedir por medios de que hablaré después.

Si se opera durante el trabajo el niño nace á término, la hemorragia es menor y si se trata de una primeriza el cuello permite el fácil derrame de los loquios por la dilatación que ya ha sufrido. Si es una multípara esta ventaja no existe pues el cuello uterino se ha modificado en los partos anteriores y el dranaje se hace fácilmente aunque se opere antes del trabajo. Pero el gran peligro que hay operando durante este último es la infección, pues la bolsa de las aguas puede estar rota y la enferma haber sufrido tactos sépticos. En cuanto á mí, creo que se debe operar durante el trabrajo para no exponerse á sacar un niño prematuro llevándose de los datos suministrados por las enfermas que son muy poco dignos de fe.

CAPÍTULO III

Método Operatorio

Pocas horas antes de intervenir se hará un enema.

A fin de evitar la inercia uterina y su grave peligro la hemorragia, se hará media hora antes de operar, una inyección de ergotina. Ya en la mesa de operación se sondará la vejiga, se desinfectará cuidadosamente la vulva, la vagina y la pared abdominal y se administrará la anestesia.

Sobre la línea media se hace una incisión de 17 centímetros cuya mitad casi corresponda al ombligo al que no debe comprenderlo sino contornearlo. Se cortan todos los tejidos hasta llegar al peritoneo al que se hace un ojal por donde se introduce el índice que sirve de guía á una de las ramas de un tijera con la que se corta la serosa. En seguida se saca el útero fuera del abdomen, se le rodea de compresas calientes y se cierra la cavidad abdominal por medio de dos pinzas de Musseaux para evitar la caída de líquido amniótico en el peritoneo. Después se hace en la parte media de la cara anterior del útero una incisión vertical de igual extensión que la abdominal de la manera siguiente: se practica una punción en la parte baja de

la pared uterina por donde se introduce el índice que sirve de guía á una tijera con la que se corta el órgano hacia arriba.

Esta incisión puede también hacerse con bisturí teniendo la precaución de ir con cuidado cortando poco á poco.

Hay operadores que no usan ni bisturí, ni tijeras y que sólo se sirven del dedo pera desgarrar el tejido uterino. Este procedimiento no tiene ventaja alguna sobre los anteriores.

No todos los cirujanos están de acuerdo en hacer esta incisión longitudinal prefiriendo muchos una transversal al nivel del fondo, de trompa á trompa. Sus partidarios la preconizan diciendo que con ella se evitan las adherencias con la pared abdominal, pues así no están en contacto dos superficies cruentas. Otra ventaja sería la de evitar la hemorragia cuando la placenta está insertada en la cara anterior del útero lo que no es raro. En cuanto á las adherencias se las evita haciendo bien la sutura sero-serosa, es decir, peritonisando la herida y en lo referente á la hemorragia no hay peligro procediendo con rapidez. En conclusión creo que es indiferente emplear una ú otra incisión en lo que se refiere al resultado de la operación.

Cuando se encuentra la placenta en la cara anterior lo mejor es cortarla al mismo tiempo que el útero. Se puede también desprenderla hasta llegar á un borde y allí romper las membranas.

Al cortar la pared uterina es frecuente abrir al mismo tiempo la bolsa de las aguas. Si así no se ha

hecho hay que puncionar las membranas saliendo entonces un chorro de líquido amniótico. Después se introduce la mano con la que se toma el feto por los pies y se lo extrae; si hay dificultad para sacar la cabeza se hace la maniobra de Mauriceau y si esto no bastara se agrandará la incisión hacia el fondo del órgano.

Cuando la cabeza está hacia arriba se puede comenzar por ella la extracción.

Una vez el feto fuera del útero se coloca un clam sobre el cordón y se lo secciona entregándose el niño á una persona encargada de prestarle sus cuidados.

Mientras tanto el ayudante comprime los bordes de la herida uterina para disminuir la pérdida de sangre.

Se desprende la placenta con las manos y se tiene la precaución que no quede ningún resto de menbranas.

Si la operada es primeriza y no está en trabajo se hace pasar á través del cuello una gasa que arrastra el tapón gelatinoso y permite la salida de los loquios. Esta gasa se la saca por la vulva.

Cuando la hemorragia es abundante, el ayudante debe comprimir el segmento inferior del útero y el cirujano proceder con rapidez á la extracción de la placenta, después se hará masaje y se colocará compresas calientes en el interior del órgano á fin de excitar la contractilidad de las fibras musculares.

Al hacer la sutura, si todavía hay alguna pérdida de sangre cesará. Nunca la hemorragia es grande si se ha tenido cuidado de hacer una inyección de ergotina antes de operar.

El derrame sanguíneo proviene de la herida uterina y de la superficie en la cual se insertaba la placenta.

Hay ahora que suturar el útero para lo cual se sirve de una aguja de Reverdin y de seda gruesa. Se hace á puntos separados distantes un centímetro y medio uno de otro. Puede hacerse en uno ó en dos planos. El primer procedimiento es más rápido, pero el segundo tiene la ventaja de impedir las adherencias. Este último se practica de la manera siguiente: se introduce la aguja á un centímetro del borde de la herida uterina y se atraviesa la muscular pudiendo también comprender la mucosa cuando la bolsa de las aguas no ha estado rota y se la hace salir del lado opuesto tomando los tejidos en sentido inverso, después se anuda este hilo y los demás puntos se los coloca en igual forma teniendo cuidado antes de cerrar los últimos hilos de sacar la gasa que se colocó en el interior del útero. Esto en cuanto al primer plano. El segundo une simplemente la serosa.

Hechas las suturas se sacan las pinzas de Museaux y se coloca el órgano en la cavidad abdominal.

Después se procede á suturar el abdomen. Esta sutura se puede también hacerla en un solo plano comprendiendo todos los tejidos ó en varios, suturando peritoneo, músculos y piel por separado. Este último procedimiento me parece ser el mejor porque da mayor solidez á la pared.

Queda ahora á aplicar gasa y algodón esterilizado y hacer el vendaje.

Los primeros días que siguen á la operación se administra bebidas heladas, se hace el sondaje de la vejiga y se vigila la evacuación del recto.

Los puntos se sacan á los siete días, evitándose así las cicatrices de mal aspecto que se producen cuando quedan mayor tiempo.

A los veinte días se retira el vendaje y la operada puede levantarse recomendándosele llevar faja durante unos meses.

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON

Servicio del Dr. Gache

Observación I

G. G. española, 16 años, modista, ingresó el 7 de Febrero de 1905, sus antecedentes hereditarios carecen de importancia; respecto de los fisiológicos dice que las reglas aparecieron á los 14 años siendo irregulares y escasas, y de los patológicos sólo sabe que ha sufrido viruela y sarampión.

Estado actual.—Estatura 1m.34, desarrollo mezquino de su esqueleto y músculos, escaso panículo adiposo. Hay signos evidentes de raquitismo, paladar ojival, etc.; su piel y mucosas son normales así como los órganos toráxicos y abdominales.

A la inspección el abdomen aparece poco voluminoso; hay grietas rosadas.

La palpación revela un embarazo de siete meses; presentación de vértice sin encaje. El tacto vaginal demuestra que el cuello está reblandecido y al través de éste se siente el peloteo de la cabeza fetal.

Los diámetros de la pelvis son: A. P., $0^{m},16$; B. E., 0, 24; B. I., 0, 24; B. T., 0,28. La pelvimetría

interna da: P. S. P., 0,095; el P. P. M. es de 0,075. El dedo llega fácilmente al promontorio.

Se espera el fin del embarazo para intervenir y entre tanto la mujer tiene dos hemóptisis que son convenientemente atendidas.

El 11 de Abril de 1905 á las 8 p. m. se presentan las primeras contracciones y G. G. es llevada á la sala de trabajo, donde se la examina y resulta tener una dilatación de un dedo y medio. No hay encaje y como la operación cesárea estaba indicada por la estrechez pelviana, fué practicada á la 1 a. m. del día 12; sección vertical del útero. La presentación era de vértice, O. I. I. T. La operación no presentó dificultad, la sutura uterina se hizo en dos planos con catgut y la de la piel con crin de Florencia.

Los diámetros de la cabeza eran O. M., 0,13; S. O. B., 0,095; O. F., 0,11; B. P., 0,095; B. T., 0,085. Peso de la placenta 450 gramos; longitud del cordón 0^{m},60. El feto que es del sexo femenino nació en estado de muerte aparente, pero fué pronto reanimado. Pesa 2.900 gramos y su longitud es de 0^{m},55. Se ligaron las trompas y se las seccionó con termocauterio para evitar nuevo embarazo.

La temperatura de la mujer se mantuvo en 37°; el puerperio fué completamente normal.

Madre é hija salieron en buena salud, después de recomendar á aquélla todos los cuidados necesarios para evitar una probable tuberculosis á que estaba expuesta.

Observación II

A. G. francesa, de 17 años, ingresa el 30 de Abril de 1905.

Empezó á caminar á los seis años, ha tenido sarampión y regló á los 15, sus reglas han sido poco abundantes pero le duraban 6 y 7 días.

Dice que desde Septiembre de 1904 se suspendió la menstruación; está embarazada de siete meses y medio.

Mide $1^{m},31$; el desarrollo del esqueleto es escaso; tejido muscular y adiposo regulares; los aparatos respiratorio, digestivo y circulatorio normales. Hay evidentes signos de raquitismo: el tórax tiene un desarrollo exagerado; la columna vertebral presenta á la altura de la undécima vértebra dorsal una depresión marcada del lado derecho que corresponde á una elevación del lado izquierdo, los huesos ilíacos tienen su borde superior á distinto nivel, el derecho es más alto.

Los diámetros de la pelvis son: A. P., $0^{m},25$. B. E., 0,26; B. I., 0,25; B. T., 0,29; P. S. P., 0,095;

El diámetro P. P. M. es de 0,075. El promontorio se toca fácilmente.

Al examen del abdomen se comprueba una presentación transversal: hombro derecho no encajado; los

latidos fetales son fuertes. Los órganos genitales externos son normales. Orina normal.

No hay várices, ni edemas.

El día 12 de Junio de 1905 á las 7 p. m. se declaran los primeros dolores y la enferma es llevada á la sala de trabajo el 13 á las 8 p. m. con un dedo de dilatación. No hay encaje. En vista de la estrechez y de la falta de encaje se resolvió practicar la operación cesárea (sección vertical del útero) siendo las 10 p. m. Se extrajo un feto del sexo femenino, en estado de muerte aparente y se le reanimó en seguida. Su peso era de 2.550 gramos y su longitud 0,48 m. Sus diámetros cefálicos eran: O. M., 0,12 m., S. O. B., 0,09, O. F. 0,105; B. P. 0,085; B. T., 0,08. Peso de la placenta 550 gramos; longitud del cordón 0,50 m.

Se ligaron las trompas y se las seccionó con termocauterio para evitar nuevas preñeces.

Se suturó el útero con catgut y el abdomen con crin. Todo marchó regularmente pero á los seis días se notó que dos puntos de la pared habían supurado ligeramente. Bastó una curación para que la herida se cicatrizase por completo. El niño fué enviado á la Casa de Expósitos. La enferma salió del hospital en muy buena salud.

Observación III

J. D. M. española, 26 años, ingresa el 19 de Mayo de 1905. Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia. En cuanto á los personales dice que ha sido siempre sana. Ignora la edad á que empezó á caminar. Comenzó á reglar á los 18 años y sus reglas no le causaban molestias. La última de éstas se produjo en agosto de 1904 y á partir de esta fecha comienza su embarazo el cual ha sido bien soportado. Al cuarto mes de gestación sintió los primeros movimientos fetales.

Estado actual.—Esta mujer ingresa en trabajo al servicio á las 11.30 a.m. del 19 de Mayo de 1905; refiere que el día anterior á las dos de la mañana estando en su casa expulsó por los órganos genitales una gran cantidad de líquido y que 5 horas después (7 a.m.) comenzó á sentir los primeros dolores del parto. Desde este momento dejó de percibir los movimientos fetales, circunstancia por la cual resolvió llamar á una partera y ésta le aconsejó ingresara al hospital por tratarse de una mala presentación.

Examen general.—Temperatura 37°,5'; pulso 95; talla 1m. 40; hay raquitismo, exceso de panículo adiposo, no hay edema ni várices.

Aparato circulatorio, respiratorio y digestivo normales.

Abdomen.—Circunferencia 0m,90, hay grietas rojizas; se nota un tumor cuyo mayor eje se encuentra en el sentido vertical, este tumor es el útero grávido y su altura llega á 0m, 40 por encima de la sínfisis pubiana. Dicho órgano está sumamente retraído sobre el feto en un estado de contracción permanente. En su parte superior y con alguna dificultad se nota la cabeza fetal, mantenida casi inmóvil por el útero contraído. A la auscultación no se oyen los latidos fetales.

Pelvimetría externa.—Diámetro: A. P., 0^{m},16; B. E., 0,23; B.I,, 0,245; B. T., 0,295.

Aparato genital: Vulva entreabierta, notándose la salida de un líquido color verdoso y con olor á materia orgánica descompuesta. Al tacto se observa que el orificio del cuello uterino tiene tres dedos de dilatación; la bolsa de las aguas está rota, un poco más hacia arriba se toca una parte fetal blanduzca que es la nalga.

La cabeza se encuentra hacia el fondo del útero, se trata de una presentación pelviana, S. I. D. A., sin encaje.

Al hacer el tacto y casi en seguida de introducir los dedos en la vagina se comprueba la salida bastante pronunciada que hace el promontorio.

Medido el diámetro P. S. P. da 0^{m}, 075, siendo el P. P. M. de 0,055.

Se intenta pasar la mano á la cavidad uterina y esta maniobra resulta imposible de ejecutar á causa de la enorme estrechez pelviana.

Por estas razones y en atención á que cualquier intervención por la vagina es impracticable, debido á la considerable reducción de los diámetros que impide el paso de la mano y de cualquier instrumento, y á pesar de estar el feto muerto, (lo que contraindica comúnmente la operación cesárea, pero no así en un caso como el presente), se resuelve efectuar dicha operación previa anastesia clorofórmica. Se hizo la sección vertical del útero y se extrajo un feto muerto y macerado del sexo femenino, de 3.850 gramos de peso y 0m,53 de longitud.

Los diámetros cefálicos eran: O. M., 0m13, S. O. B. 0,10; O. F., 0,105; B. P., 0,10; B. T; 0,085.

La enferma siguió bien hasta el quinto día en que la temperatura se elevó á 37° 8' debido á la formación de un pequeño abceso en la pared abdominal. En vista de esto se sacaron dos puntos, salió un poco de serosidad purulenta y luego la temperatura bajó á la normal. El puerperio continuó sin accidente y la operada se restableció sin dificultad, saliendo del hospital en completa salud.

HOSPITAL NORTE

Servicio del Dr. Molinari

Observación IV

N. N. española, de 23 años, ingresa á la sala 4ª de este hospital á las 10 de la noche del 20 de Agosto de 1906 en coma eclámptico y en trabajo de parto.

Se le administran enemas de cloral é inyecciones de morfina pero los ataques son cada vez más prolongados y sólo ceden al cloroformo.

La enferma pierde líquido amniótico.

El tacto revela una pequeña dilatación que sólo admite el índice. El feto en O. I. D. T; es movible en el estrecho superior. Los latidos fetales son débiles y frecuentes. El promontorio es fácilmente accesible y la excavación sacra es muy pronunciada. La pelvimetría interna da 0,075 m. de P. P. M. y el diámetro de Baudelocque está disminuído en dos centímetros.

El examen general del esqueleto da signos evidentes de raquitismo.

En estas condiciones y en vista de que los ataques de eclampsia se hacen cada vez más frecuentes y prolongados y que por lo tanto amenazan seriamen-

te la vida de la madre y del feto y siendo imposible el vaciamiento del útero por la vía natural por la estrechez pelviana tan pronunciada, se resuelve practicar la operación cesárea y se extrae un feto vivo del sexo femenino de 2.500 gramos.

Los días subsiguientes á la operación son normales oscilando la temperatura entre 36° 8, y 37° 2, Pulso 80 por minuto. Orina de 1.000 á 1.200 gramos. El análisis revela 2 gramos de albúmina y cilindros hialinos y granulosos.

Se comprueban algunos antecedentes de importancia. Caminó á los seis años. Tuvo escarlatina á los diez y tifoidea dos años después.

Mide 1.53 m. y pesa 45 Ks.

La pelvimetría tanto interna como externa revela una pelvis aplanada raquítica con diminución de sus diámetros.

A los 18 días sale de alta, curada.

En esta fecha la niña pesa 3.000 gramos.

Marzo 1° de 1904.

Ernesto J. Cano.

Buenos Aires, Marzo 2 de 1907.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al Profesor titular doctor Samuel Molina y al Profesor suplente doctor Enrique Zárate, para que constituídos en comisión revisora, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la ordenanza sobre exámenes.

R. S. Gómez,
Secretario.

E. CANTÓN,
Decano.

Buenos Aires, Marzo 12 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n° 1678 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

R. S. Gómez,
Secretario.

E. CANTÓN,
Decano.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Es necesario esperar la iniciación del trabajo del parto para practicar la operación cesárea?

II

¿En caso de tumores uterinos se puede practicar la operación cesárea?

III

Indicaciones de la cesárea vaginal.