Año 1908 N.º 1847

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

OPERACIÒN CESAREA TARDIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NORBERTO C. TORRES

Ex-practicante del Hospital San Roque 1903, 1904 y 1905
Ex-interno del Hospital Rawson, 1906 y 1907

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
737 — CALLAO — 737
1908

OPERACIÓN CESAREA TARDÍA

Año 1908 N.° 1847

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

OPERACION CESAREA TARDIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NORBERTO C. TORRES

Ex-practicante del Hospital San Roque 1903, 1904 y 1905
Ex-interno del Hospital Rawson, 1906 y 1907

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO (con lic.)
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA (con lic.)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO A. ALFARO (con lic.)
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ (con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª 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
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ (con lic.)
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana.	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica.	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON (en ejerc.) » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE (en ejerc.) » DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.....	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» 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..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)
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 farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

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

PADRINO DE TESIS

Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL

PROFESOR DE OBSTETRICIA

Jefe de la Maternidad del Hospital Rawson

A LA MEMORIA DE MI QUERIDO PADRE

A MI MADRE, A MIS HERMANOS

INTRODUCCIÓN

Durante mi estadía en la Maternidad del Hospital Rawson he tenido la oportunidad de seguir algunos casos de «Operaciones cesáreas tardía» y muy complacido del éxito operatorio así como compenetrado de las múltiples ventajas que dicha operación aporta á la terapéutica obstétrica, es que he tratado de estudiar con algún detalle esta nueva forma de la operación cesárea abdominal y este estudio es el que tengo el alto honor de ofrecer á la consideración de los señores Profesores de la Facultad de Medicina como trabajo terminal de mi carrera y dejando así cumplida la obligación reglamentaria de presentar un trabajo personal como tesis.

Durante los últimos años se ha publicado casos aislados de operaciones cesáreas llevadas á cabo con todo éxito, tanto para la madre cuanto para el feto, dichas operaciones han sido efectuadas por opera-

dores de distintos países y en condiciones más ó menos semejantes de dificultad para hacerlas de acuerdo con el método y las reglas eclépticas que los maestros de la obstetricia moderna nos dán y aconsejan; estos casos, cuyo número es mayor cada día nos va enseñando que ha pasado ya á la historia este conjunto de operaciones feticidas, que egoístamente salvaba á la madre sin preocuparse de la vida del feto; hoy con más altruismo debemos recordar que la misión humanitaria del partero no ha termidado cuando ha intervenido con éxito para la madre, sino que debe ir más allá, salvar á ese ser que no tiene quien le defienda el derecho que tiene de vivir.

La operación cesárea tardía no ha sido tema elegido por mi para dar fin á los estudios de la Medicina y como una manifestación de cariño á la Maternidad del Hospital Rawson á la par que reconociendo la importancia grande que esta novel intervención obstétrica tiene y tendrá en la práctica diaria profesional, augurando en un no lejano tiempo sea ella señalada como operación de necesidad y de base científica, cuando se trata de extraer un feto vivo de la cavidad uterina, por cualquiera de las causas que indican esta intervención y no obstante haber transcurrido un tiempo más ó menos targo de trabajo, de estar las membranas rotas, de haber sido tactada ó aún tentada otra

operación, tal como forceps ó versión, en la parturienta, ó aun esta se encuentre en malas condiciones de higiene, febril y con signos de infección.

Al retirarme de nuestra escuela de Medicina, cumplo con el justo deber de agradecer á todos y á cada uno de mis maestros, las sabias lecciones que han sabido darme así como los generosos consejos con que han sabido honrarme.

Al Dr. Risso Domínguez mi sincero agradecimiento por haberme proporcionado datos para la confección de mi trabajo.

Al Dr. Miguel Z. O'Farrell que me honra acompañándome en este acto, mi profunda gratitud.

DEFINICION

Todos los autores han tratado de dar una definición de la operación cesárea y en general ella ha sido la exacta, pero hoy es necesario ser todo lo más claro y preciso en ella, pues esta clase de intervención ha sido efectuada por la vía vaginal y sin dejar por eso de ser operación cesárea; por otra parte hay que extender en un sentido más lato el carácter de oportunidad de la operación y especificar en dicha definición las modalidades de ella con relación al tiempo en que se interviene con referencia á la fecha del embarazo ó á los diversos períodos del trabajo del parto; por otra parte debe, también, tenerse en cuenta la vía abdominal ó vaginal á seguir para la extracción del niño. Es basándome en estas particularidades que creo debe definirse la operación cesárea diciendo que: es la intervención quirúrgica destinada á sacar de la cavidad uterina el niño, vivo ó muerto, mediante la incisión de la

pared uterina; en esta definición estan englobadas todas las diversas operaciones cesáreas, ya abdominales, ya vaginales, ya prematuras, ya tardías, ya efectuadas en el momento más oportuno ó en una época lejana á el. El objeto de este trabajo es contribuir con un modesto y muy pequeño esfuerzo al adelanto y al estudio de la operación cesárea tardía ó llamadas por algunos autores «de urgencia»; es sin duda alguna Boquel, profesor de Obstetricia de Angers á quien se debe en su mayor parte la campaña emprendida por algunos parteros en favor de intervenir mediante la operación cesárea en casos que reunen algunas de las formales contraindicaciones clásicas de dicha operación, es dicho tocólogo quien ha inspirado á François Guillet su tesis «L'operation césarienne d'urgence» sostenida en Mayo de 1904, en la facultad de Paris. Como somero recuerdo didáctico debemos subdividir la operación cesárea en: abdominal y vaginal; en: conservadora y mutiladora; en prematura, oportuna y rardía; forzosa y condicional.

Llamaremos operación cesárea tardía la que se efectúa en una época más ó menos lejana del principio del trabajo del parto; cuando se ha aguardado en la esperanza de que se hiciera un encaje ó en casos en que la parturienta no ha sido atendida; habiéndose generalmente producido ya la ruptura de las membranas; habiendo ó no sufrimiento de parte

del feto, y aunque no se hayan guardado en absoluto las reglas de antisepsia, siempre que no existan signos seguros de infección.

IMPORTANCIA DE LA OPERACION CESÁREA

A medida que son más amplios los dominios de una intervención obstétrica mayor importancia tiene ésta; tal es lo sucedido con la operación cesárea, cuyos límites han sido muy estrechos en su principio, para ser más tarde algo más amplios y llegar hoy á tener la extensión que tiene.

Si recorremos las páginas de la historia de la obstetricia y seguimos paso á paso la evolución de la operación cesárea desde su principio cuando esta intervención es reglada par la ley romana llamada «lex regia» de Numa Pompilius, cuando siglos más tarde las leyes canónicas la imponen como complemento del sacramento del bautismo y decretos ecuménicos permiten al sacerdote hacer la operación cesárea sobre el cadáver para bautizar al niño muriendo encerrado en el claustro materno ó cuya muerte no está bien comprovada; cuando se hace

la cesárea con la plena seguridad de que la madre ha de morir á consecuencia de dicha operación: y seguimos así página trás página de historia, podemos comprender el progreso evolutivo de esta intervención y nos damos cuenta de su importancia, la que vemos acrecentarse á medida que llegamos al estado actual de la obstetricia.

Pocas intervenciones de la obstetricia han podido llegar á la altura á que hoy ha llegado la cesárea, merced á los perfeccionamientos en la antiseptia y asepsia, á los adelantos en la técnica operatoria y al estudio serio de la oportunidad é indicaciones de la misma; ¡cuanta diferencia entre la estadística de esta operación desde la época en que Nufer operaba á su mujer y la que cualquier operador más ó menos discreto puede ofrecer hoy! ¡cuanta diferencia entre la estadística que en 1866 publicaba Gueniot y que arrojaba una mortalidad de 66 o/o y las que actualmente publican Bar, Canton Leopold, etc., etc.! quien es capáz de arrojar un apóstrofe como el que Sacombe dirijió á Baudelocque en el periódico Lucini Française, cuando le dijo «Baudelocque, vous dis je, il est des Dieux! le sang de la femme Marville rejaillira sur vous; vous ètes l'auteur de sa mort, de la mort de la femme Vasseur; de la mort de toutes les femmes tombèes depuis l'an II sous le conteau cesarien».

No es solamente contribuyendo con estadísticas

de puros éxitos maternos y fetales que se ha manifestado el adelento, el perfeccionamiento y el acrecentamiento de la importancia de la cesárea; sino extendiendo en sus más amplios límites el dominio terapéutico de la operación cesárea; es aumentando sus indicaciones, borrando del cuadro de sus intervenciones quirúrgicas de la obstetricia muchísimas operaciones feticidas ó mutiladoras; no olvidemos que en mucho han contribuído para ello Leopold, Kehrer, Sacuger, Fritsch, Olshausen, Pinard, Bar, Boquel, Budin, etc.

Las indicaciones de la operación cesárea han sido muy restringidas hasta hace poco á causa de los múltiples peligros que ofrecía esta operación y de las dificultades operatorias de la misma, pero hoy ha sido posible disminuir estas trabas, disminuyendo también las contraindicaciones que formalmente se oponian á ella y allanando las dificultades y los peligros que en otras épocas dificultaban la aplicación de esta operación.

La operación cesárea es una intervención cuyas indicaciones han sido hasta un cierto punto restringidas por un conjunto de condiciones exigidas más por el temor de un fracaso obstétrico que por razones de sana lógica terapéutica; para hacer esta operación, todos los maestros han dado un método y determinado con exagerada precisión un conjunto de condiciones que si bien es verdad que han ten-

dido á establecer las seguridades del éxito operatorio, han reducido el número de casos en que quizá se pudo salvar la vida de un niño.

Los autores clásicos de la obstetricia han reducido el número de posibilidades de intervenir mediante la operación cesárea, porque han dictado reglas que han sido necesarias y justas en otras épocas; pero hoy tienden á simplificarse y permitir extender el límite de las indicaciones á la par que han borrado del cuadro clásico algunas de las formales contraindicaciones de la cesárea.

Algunos operadores de fama han tratado—y entre ellos Bar—de llevar al summum el porcentaje de probabilidades de éxito; haciendo la operación cesárea precóz, es decir, operando cuando se supone ha llegado el término del embarazo y en una fecha próxima á la iniciación del trabajo. No cabe duda alguna que este es el ideal de la intervención quirúrgica, se opera en el momento más propicio aprovechando de todas las comodidades exigidas por la importancia de la operación, llenadas con exceso las más escrupulosas reglas de higiene. Esta operación cesárea—quizá—prematura ha sido criticada y no es nuestro ánimo entrar en una defensa de ella, pues nos apartaríamos del objeto de este trabajo. Es Pinard su más encarnizado enemigo. Hay un crecido número de casos en que el partero es llamado á intervenir, cuando ya se han agotado todos

los recursos y conocimientos profesionales de la partera cuando las energías de la parturienta se han terminado; cuando el grave estado de la mujer en trabajo saca de la espectación á los que rodean á la embarazada, les hace vislumbrar un próximo peligro de vida; es entonces que se requiere el auxilio profesional del especialista, cuando no encuadra el caso obstétrico en los bien lineados límites de las precisas indicaciones de la operación cesárea, es entonces cuando entran las dudas, cuando se plantea el difícil problema, cuando nos encontramos encerrados en los estrechos límites de las indicaciones de la operación cesárea. ¿Como salvar la madre y el hijo?

L'embriotomie sur l'enfant vivant á vecú ha dicho el gran Pinard y la sana moral nos dice que no seamos infanticidas! como resolver este duro problema como salvar la madre y el niño? Este problema tiene una solución: no seamos tan exigentes y operemos siempre que tengamos algunas escasas probabilidades de éxito; hagamos que sean menos las contraindicaciones formales de la cesárea, operemos; las estadísticas y los casos clínicos nos acompañarán con sus éxitos; no debemos dejar morir un niño por no ajustarse el cuadro clínico á las estrictas condiciones que un eclepticismo que está fuera del siglo ha exigido como indispensable para ordenar la justicia de una intervención. Que el niño

pierda meconio, los latidos cardiacos indiquen que el niño sufre no deben ser una contraindicación de la cesárea, sino un motivo para operar sin mayor tardanza á fin de salvarle la vida.

No es la misión del partero preparar las circunstancias para intervenir sobre un niño que se ha dejado morir; no hay que hacer «sujeto» para una embriotomía sino que el partero debe tener el valor de operar con urgencia á fin de salvar dos vidas, indudablemente lo primero es más fácil pero lo segundo es más humano y científico; que el trabajo se haya prolongado no debe ser una contraindicación para la cesárea sino un motivo para operar con toda urgencia á fin de no dejar perecer una mujer y su hijo por la estenuación y el agotamiento físico. Los casos fatales producido en casos de haberse efectuado la operación cesárea cuando hay transcurrido muchas horas de trabajo no deben en gran parte atribuirse á esta causa sino que la parturienta ha sido mal atendida por las ó los profesionales y la infección producida ha encontrado un terreno preparado para la evolución fácil de una infección puerperal, es este estado patológico la causa de esas defunciones.

Algunos autores indican como formal contraindicación para hacer la cesárea el que haya algunos grados por encima de la temperatura normal; pero no tienen en cuenta que muchas veces esa alza en

la temperatura es debida á otras causas que no son una infección en la esfera de los órganos genitales, debemos recordar que muchas veces esa temperatura es debida a fenómenos tóxicos producidos en el aparato digestivo ó á otras causas que no tienen atingencia con la matriz ni que pueden ser influenciadas por el traumatismo operatorio. No es mi ánimo traer á la discusión la bondad de una intervención tardía cuando el cuadro puede ser alarmante; no pretendo exigir se crea que la operación cesárea tardía es una operación de elección pero si espero que los hechos vendrán á corroborar la opinión que tengo de que es esta una operación que puede impugnemente entrar en la operatoria obstétrica y para ello nada más llano y fácil que el estudio de los casos prácticos que hay descritos al fin de este trabajo.

El partero no debe ser ecléctico conservador, debe ver si es posible de hacer que la mortalidad materna y fetal disminuya en su porcentaje mediante la amplitud salvadora de la terapéutica obstétrica.

TÉCNICA OPERATORIA

No difiere en nada de la operación cesárea conservadora á término. Se extremarán las precauciones de asepsia y se evitará la caída de líquido amniótico en el peritoneo, dada la no seguridad de asepsia completa en la cavidad del huevo.

Se puede dividir la operación cesárea en 6 faces:

1.º y 2.º tiempos: Sección de la pared abdominal y de la pared uterina.

3.º y 4.º Extracción del niño y alumbramiento, segundo de taponamiento del útero.

5.º y 6.º Sutura uterina, sutura de la pared abdominal, seguida de la tracción en la vagina de la mecha colocada en el útero.

Después de antisepsia y sondaje de la mujer se dará una inyección de 20 gotas de sol. de Ergotina de Ivon antes de comenzar la operación.

PRIMER TIEMPO—SECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL

Se hace sobre la línea media de una extensión de 16 cms. más ó menos.

El ombligo debe quedar en el medio de la incisión, ó un poco debajo si el trabajo ha durado desde largo tiempo y se supone que el segmento inferior del útero se ha distendido. (No se olvidará que la incisión del útero se hará sobre el cuerpo y nunca pasar; hacia abajo, el anillo de Baudl. En caso de útero en anteversión se puede llevar la incisión directamente sobre el fondo y transversalmente como aconseja Fritsch).

SEGUNDO TIEMPO—INCISIÓN DEL ÚTERO

Se cubren ambos labios de la pared abdominal con compresas, como igualmente el ángulo superior y se procede á incindir el útero. Se recordará que la herida se hará sobre la parte adherente del peritoneo al músculo uterino.

Esta zona tiene límites fijos. En el fondo vá de los anexos de un lado á los de el otro. En la cara anterior llega por debajo hasta el anillo de Baud, á dos centímetros de la línea media. En la cara posterior iguales límites que en la anterior.

Toda incisión en esta zona, sangrará poco, se sutura bien, y no da lugar á hematomas. Se extrae el útero fuera de la cavidad como hace Olshausen ó se opera in situ como hace Bar. Se incin-

de verticalmente el útero y tanto como sea posible en la línea media. Punciónase el útero en un punto que será el límite interior de la incisión, en una extensión de 3 centímetros de largo y una profundidad de 2 centímetros, introduciendo el dedo índice izquierdo en la herida se agranda con un bisturí abotonado que se desliza sobre el dedo. se hace esto en un solo tiempo hasta el fondo. Un ayudante estará preparado para aplicar los labios de la herida, sobre el útero en el momento en que éste desocupado se retrae rapidamente,

TERCER TIEMPO—EXTRACCIÓN DEL FETO

Se introduce la mano en el útero y se van á tomar los pies en el sitio dado por el examen de posición. A medida que se extrae los miembros y tronco se va contrayendo el útero; los brazos se extraen, uno después de otro y para la cabeza, detenida, se hace una maniobra parecida á la Mauriceau.

En caso de mayor dificultad se incinde el útero hacia arriba. Una vez extraido el niño se pinza el cordón y se corta, entregándolo á un ayudante para su cuidado.

CUARTO TIEMPO—ALUMBRAMIENTO

La hemorragia puede ser abundante en caso de que el útero se relaje, toma una coloración violácea y sangra de todas partes. Si se contrae bien la hemorragia es mucho menor. Se extrae el útero fuera de la cavidad abdominal y el ayudante comprime

la base de los ligamentos anchos, la hemorragia se reduce. Se introduce la mano para extraer placenta y membranas, haciendo rápido al llegar á la placenta y con precaución en las membranas por temor á que se desgarren.

Con una gaza esterilizada se seca la cavidad y se deja en el sitio otra que luego se llevará á la vagina (1).

QUINTO TIEMPO—SUTURA UTERINA

Para suturar se emplea seda nº 2 con una aguja de Reverdin se lleva la sutura de arriba á abajo. Los hilos entran y salen á un centímetro de la herida, el ansa es profunda pero deja libre la mucosa.

Los vasos que sangran no deben preocupar, pues se detiene la hemorragia con las suturas.

SEXTO TIEMPO—SUTURA DE LA HERIDA ABDOMINAL

Se hace esta sutura en 3 planos con catgut los primeros y con crin la piel. Se hace vendaje.

Por la vagina se tira el tapón que está en el útero, tapón que se extraerá á las 24 ó 48 horas después de la operación.

Se llena la vagina de gaza yodoformado y se cubre con venda en T. etc.

En los días siguientes se hacen lavajes vaginales á débil presión y se cambia la gaza yodoformada de la vagina.

---

(1) Si al abrir el útero se notara mal olor en los líquidos, se debe introducir una gaza empapada en una solución de bicloruro de mercurio y pasarla por toda la superficie interna; esto se hará en todos los casos que se tema una infección.

INDICACIONES

La operación cesárea está indicada en todos los casos en que una estenosis pelviana, del periné, del cuello ó de los órganos genitales externos, opongan un obstáculo infranqueable al pasaje del feto.

Las viciaciones de la pelvis de origen raquítico son la indicación más frecuente de la cesárea. Las indicaciones se dividen en absolutas y relativas; siendo relativas cuando otra intervención es posible.

Como indicación relativa se tiene los pelvis con una conjugada verdadera de 7 centímetros en las pelvis planas raquíticas y $7\ ^1/_2$ centímetros en las pelvis raquíticas generalmente estrechadas.

Se puede tentar la versión seguida de la extracción inmediata.

Leopold hace una distinción respecto al estado de primiparidad ó multiparidad: en las primíparas cuando la conjugada verdadera sea superior á 7 centímetros ó $7\ ^1/_2$ centímetros recurre á la cesárea

cuando la cabeza no se encaja ó se encaja mal. En las segundas practica solamente la cesárea cuando la conjugada verdadera cae por debajo de 7 centímetros. Arriba de 7 centímetros y $^1/_2$ no emplea esta operación nada más que en los casos en que la cabeza no se encaje y cuando la tetanización del útero hace la versión peligrosa.

Williams de Baltimore dice que el límite superior para la indicación relativa de la cesárea debe ser llevado de 7 á 7 $^1/_2$ centímetros á 8 $^1/_2$, para las pelvis planas y de 9 centímetros para las pelvis planas generalmente estrechadas.

Tarnier y Budin nos dicen que hay indicación absoluta siempre que la pelvis no permita el pasaje del feto vivo á término.

La cesárea puede según estos autores ser admitida entre 6 $^1/_2$ y 7 centímetros de promonto pubiano mínimo.

La mayor parte de los parteros están contestes en que la indicación absoluta comienza, cuando se encuentra un diámetro promonto pubiano mínimo inferior á 6 centímetros, porque en estos casos no es posible pensar en parto prematuro, ni en la sinfisiotomia ni tampoco en la embriotomia que sería difícil y además peligrosa para la madre.

Budin hace notar que la basiotripsia es todavía posible con un promonto pubiano mínimo de 4 centímetros. Tal intervención es forzosamente difícil

de realizar y por cuyo motivo concluye diciendo: que la indicación absoluta de la cesárea en los estrechamientos de la pelvis, es de hecho, cuando no se puede recurrir á la basiotripsia sin hacer correr á la madre peligros más grandes que con la operación cesárea.

No solo las malformaciones óseas obligan al partero á practicar la cesárea; hay otras circunstancias que pueden indicar la intervención frecuentemente de una manera absoluta.

En este número se encuentran los tumores de los órganos genitales externos.

El cáncer de la vulva por su dureza ó volúmen puede ocasionar un obstáculo infranqueable para el pasaje del feto.

Igual cosa pasa con el cáncer de la vagina, sobretodo cuando se asienta en su parte superior.

La cesárea está indicada también cuando el cuello ó segmento inferior se encuentran atacados de esclerosis sifilítica, adquiriendo una consistencia cartilaginosa, ó cuando un neoplasma maligno le comunica una rigídez extrema. También está indicada en los fibromas previos que ninguna maniobra puede desalojar.

Se puede decir lo mismo en los casos de quistes del ovario que no pueden rechazarse, ni incindirse, ni puncionarse. Los tumores del recto, de la vejiga, los quistes hidáticos de la pequeña pelvis, los fibro-

mas y los cánceres de las partes blandas de la escavación pueden seriamente perturbar la marcha del parto y hacer necesaria la operación cesárea.

En resumen tenemos que siempre que el promonto pubiano mínimo es inferir á 6 centímetros ó que un tumor en las condiciones que hemos indicado, se presente, lo mismo que cuando el cuello presenta una invencible rigidez, la vulva y la vagina una atrepsia considerable, la cesárea solamente puede ser intentada.

HISTORIAS CLÍNICAS

I

CASO DEL DOCTOR TEMOIN (1877)

Fué llamado de la campaña para terminar un parto que duraba desde 3 días. Se habían hecho aplicaciones de forceps. El niño muerto. En vista de la considerable estrechez de la pelvis Temoin no titubeó y practicó la operación cesárea.

La mujer sanó. En la misma mujer en 1891 se vió obligado á efectuar otra operación cesárea en condiciones desfavorables; el niño murió á los 4 días; la mujer sanó.

CASO DEL DR. BOQUEL (1901)

Primípara de 21 años.—La enferma es llevada á la maternidad de Angers el 16 de Junio de 1901 á las 11 y 30 de la tarde, en trabajo, el trabajo duraba desde el 14 de Junio, según dijo.

Nada en sus antecedentes hereditarios, de importancia.

Regló á los 16 años, en su comienzo algo irregulares. No recuerda cuando comenzó á caminar. No hay deformaciones del esqueleto. Las últimas reglas aparecieron de 4 al 8 de Septiembre de 1900; los movimientos activos al fin de Diciembre.

La enferma comenzó á sufrir el 14 á la mañana. La partera llamada á las 8 constató que estaba francamente en trabajo y había dilatación como un franco. El 15 la partera rompe la bolsa de las aguas. A las 8 y $^1/_2$ de la noche preocupado la partera manda llamar el medico que hace una tentativa de aplicación de forceps en el estrecho superior sin resultado.

Manda la enferma al hospital, donde llega á las 11 y $^1/_2$. Se constató presentación cefálica, no encajada, mal flexionada, bastante móvil hacia arriba del estrecho superior; la dilatación del cuello era casi igual á una pieza de 5 francos. Los ruídos del corazón se oyen muy netamente, el estado general de la mujer parece bueno. Se lleva la enferma á la sala de trabajo y se hace su toilette lo mejor posible. Las contracciones primero aproximadas, se hacen lentas é irregulares. La dilatación aumenta lentamente y el 16 á las 8 y $^1/_2$ es casi completa. Se constata:

Que se trata de una pelvis estrecha tipo raquíti-

co, estrechada solamente en el diámetro antero-posterior del estrecho superior, la distancia promonto subpubiana es de 9 centímetros sin que esta dimensión pueda ser exactamente estimada, en razón de la salida que forma una bosse sero sanguínea voluminosa. La pelvis parece simétrica, el diámetro misacro pubiano es de dimensión conveniente.

Se trata de una presentación de vértice occipito á la izquierda, cabeza inclinada sobre el parietal anterior; bosse sero sanguinea voluminosa haciendo salida en la excavación. La cabeza se fija por las contracciones y se rechaza dificilmente. El cuello no ha desaparecido completamente; el labio anterior edematizado persiste y forma rodete. Las paredes vaginales han sido traumatizadas, y la orina extraída por la sonda es algo sanguinolenta.

El niño está perfectamente vivo.

Una intervención quirúrgica se impone: á causa del estado del cuello, del traumatismo de las vías genitales, el Dr. Boquel prefiere la cesárea á la sinfisiotomía, á pesar que la duración del trabajo, la aplicación de forceps anteriormente hecha, la ausencia de líquido amniótico no constituyen condiciones muy favorables á esta intervención del punto de vista materno. Se reserva la operación de Porro para caso de necesidad absoluta.

Se hace operación cesárea el 16 de Junio á las 8 p. m. tiene 38° pulso 140. Se hace inyección de

suero (1000 gs,). El 17 de Junio se trata de sacar el tapón de gaza del útero y es imposible por que el cuello se ha cerrado. Se hace inyección intrauterina.Se hacen lavajes intrauterinos y el 20 se consigue extraer el tapón de gaza, temp. 38°6 á la tarde. Días siguientes bien hasta 10 Julio que sale de alta.

El hijo de sexo masculino pesa 2 k. 0.30 grs. estado general bueno. El niño criado al biberon sale el 21 de Julio sano.

II

CASO DEL DR. BOQUEL (1903).—MATERNIDAD DE ANYERS—28 MAYO 1903

Secundípara de 28 años (F. G.). Es una enana raquítica afectada de una gibosidad acentuada (mal de Pott).

Ella ha marchado á los 14 meses y no ha reglado hasta los 20 años.

Primer embarazo á los 26 años, terminó por un aborto de 5 $^1/_2$ meses.

Las últimas reglas del 6 al 10 de agosto, los 5 primeros meses del embarazo ha sido atacada de vómitos frecuentes.

La enferma está en trabajo desde el 27.

La partera encuentra todo bien. El 28 la enferma sufría horriblemente, se llama un médico que tentó una aplicación de forceps, sin resultado, después envía la enferma á la Maternidad. A su llegada la

enferma está muy debilitada, el pulso es pequeño, se queja continuamente.

Al tacto se encuentra dilatación completa, bolsa de las aguas rota, (no se sabe desde cuanto tiempo). La sutura sagital está en el diámetro oblicuo izquierdo, la fontanela posterior á la izquierda y adelante; el todo cubierto por un bosse sero sanguínea abundante. La cabeza no está encajada; es imposible elevarla pues está fijada por las contracciones tetaniformes del útero.

El promontorio es muy facilmente accesible y el nisacro pubiano no tiene 8 centímetros. Se puede avaluarlo en 7 centímetros en un falso promontorio.

El útero está en estado de contracción permanente. Los ruidos del corazón fetal que se oyen á la izquierda y un poco debajo del ombligo, son un poco débiles y rápidos. 150 por minuto.

Poco á poco las contracciones uterinas adquieren una intensidad extraordinaria y se hacen tan violentas que se teme una ruptura uterina. A las 7 de la tarde el estado de la madre no ha variado. Los ruidos del corazón fetal se confunden con los de la madre.

Se puede afirmar que existen pero no se pueden contar. A las 8 estos ruidos son menos apreciables.

A las 8 y $^1/_2$ el Dr. Boquel solamente oye los ruidos fetales y decide practicar una cesárea. El niño

nace en estado de muerte aparente y se reanima después de 20 minutos de resp. artificial.

El 30 se cambia la curación, la mecha intrauterina cae en la vagina. Irrigación vaginal. Los demás días la temperatura normal hasta el 18 de Junio. El niño sexo masculino pesaba á su nacimiento 2 k. 660 grs.

Sale sano como su madre.

III

Observación del Dr. Guillet

(*Tesis Paris 1904*)

L. G. M. Primípara 34 años.

La enferma entra á la maternidad el 15 de Octubre, de 1900 á las 11 de la mañana. A caminado á los 16 meses, regló á los 16 años, regularmente. No tiene antecedentes patológicos. Sus últimas reglas han durado del 9 al 15 de Enero de 1900.

No hay albúmina ni azúcar en la orina. Esta mujer está en trabajo desde el 13 de Octubre á la mañana. En la tarde de ese día ella comenzó á perder aguas.

El 14 á la mañana una partera rompe las membranas. La cabeza no se encaja, la enferma es enviada urgentemente á la maternidad. Se constata presentación de vértice, no encajada.

Cuello contracturado, con una dilatación como

5 francos. Promonto subpubiano de 8 centímetros situado abajo. Ruidos fetales bien. A las 2 de la tarde de ese día, la situación no ha cambiado. Se decide practicar una cesárea. 1.° porque el niño está vivo, porque el cuello no está dilatado, por que un forceps es demasiado aleatorio. Se interviene el 15 de Octubre á las 7 y 40 minutos de la tarde. El niño nace semi-asfixiado y se reanima después de 10 minutos de cuidados.

La placenta y líquído amniótico tienen mal olor. El estado de inercia del músculo uterino, obliga á hacer cuatro inyecciones de ergotina de 1^{cms} en el curso de la operación; 500 g^{ms} de suero.

La enferma sigue bien los días siguientes á la operación, pero á los 15 días tuvo quemaduras extendidas accidentales y sucumbe.

El niño criado al biberon pesaba al nacimiento 2 k. 720 g^{rs} á los 15 días pesaba 2 k. 840 g^{rs}. Sale de la maternidad el 30 de Octubre en buen estado.

IV

Oservación del Dr. Guillet

(Personal)

O. V. Primípara 28 años. La enferma, entra á la Maternidad el 9 de Septiembre de 1902 á las 7 de la mañana.

Regló á los 15 años. No tiene antecedentes patológicos. Las últimas reglas las tuvo del 20 al 25 de Noviembre de 1901, y los movimientos activos los notó en Marzo de 1902.

Durante los últimos meses de su embarazo la enferma ha presentado cantidades variables de albúmina. A su entrada al servicio tiene albumina su orina.

Tiene edemas y várices voluminosos. No se puede dosar la albumina por la falta de orina suficiente.

La enferma está en trabajo de hace 3 días y la bolsa de las aguas está rota desde hace 2. Des-

de el comienzo del trabajo la cabeza detenida en el estrecho superior no ha descendido nada. El 7 de Septiembre se ha hecho inutilmente 2 aplicaciones de forceps, después de dilatación forzada manual.

A la entrada al servicio se encuentra un cuello rigido, dilatado como una palma de mano pequeña. La cabeza inclinada sobre su parietal posterior no está encajada, pero desciende bastante abajo en la escavación para impedir llegar al promontorio.

Los latidos fetales, que se oyen á la izquierda de la línea media, un poco debajo del ombligo, son débiles pero regulares. El estado general de la enferma es bastante bueno.

A las 10 de la mañana se decide practicar operación cesárea, porque no parece poderse efectuar el parto.

La contracción incesante del cuerpo parece contraindicar toda nueva tentativa de extracción por vía vaginal,

El estado de contractura del cuello, la presencia de sangre en la orina que se retira poco antes de la intervención hacen poco favorable una sinfisiotomía—Al intervenir corre gran cantidad de líquido ascítico de la cavidad peritoneal—Tres inyecciones de ergotina—No se pone drenage peritoneal (500 grs. suero)—El niño grita desde su extracción.

El 9 de Setiembre á la tarde la enferma tiene 38° 9 de temp. y 120 pulsaciones.—La temp. oscila entre 36.5 á 37.5 hasta el 28 de Setiembre en que sale sana.

La albúmina disminuye de cantidad de 3 por mil que tenía hasta menos de 0.50 por mil—A los cuatro meses se vuelve á ver la enferma con un pequeño absceso en el ángulo inferior de la herida, debido á un calgut no absorvido.

El niño al nacer pesaba 3 k 550 grs. crecido al seno—Salió el 28 de Setiembre en buen estado.

V

Observación del Dr. Guillet

Aline L. multípara, 36 años, entra á la maternidad el 10 de Octubre de 1902, á las 6 $^1/_2$ de la tarde.

La enferma no caminó hasta los 4 años y ha caminado siempre bien desde entonces. A reglado á los 13 años, reglas normales; á los 18 años tuvo tifoidea, seguida de flebitis.

Primer embarazo á los 18 años, forceps, el niño murió al mes. Los cuatro partos siguientes son normales, pero los niños mueren al mes ó mes y medio. La fecha de las últimas reglas no es segura. Los movimientos activos los notó á fin de Mayo.

El embarazo á evolucionado normalmente y no presenta ni albúmina ni azúcar en la orina.

La enferma sufre desde el 10 de Octubre á la

mañana y la bolsa de las aguas está rota desde las 4 ½ de la tarde.

Llega en trabajo á las 6 ½. La dilatación del cuello presenta el volumen de una pieza de 5 francos.

La cabeza se encuentra en el estrecho superior, poco móvil.

Se encuentra, muy atrás, á poca distancia del promontorio, una sutura dirigida en el sentido transversal. El dedo que la sigue en todo su largo no encuentra ninguna fontanela. Como no se encuentra ninguna salida cefálica hacia arriba del pubis, se puede creer que se trata de la sutura sagital y que la cabeza tiende á encajar su parietal anterior. El promontorio es fácilmente accesible, situado bajo con relación á la sínfice y el promonto sub pubiano se avalúa en 8 cmts.

Las contracciones son raras y poco enérgicas. Como los partos precedentes han terminado solos después de un trabajo prolongado; se espera.

A las 8 de la noche la dilatación es como una palma de la mano, pequeña. A las 10 es casi completa. Las contracciones uterinas son débiles y raras, los ruidos fetales están bien.

El 11 de Octubre á las 9 de la mañana la situación no ha cambiado. El estado de la madre y el niño son satisfactorios; se espera. A las tres de la tarde y como el trabajo no ha progresado, se de-

cide tentar la versión podálica, esperando poder hacer franquear á una cabeza normal, un estrecho superior poco estrechado.

A las cuatro el tacto manual permite establecer que la cabeza está realmente inclinada sobre su parietal anterior. Se toma un pie y se lo lleva á la vulva, pero entonces un obstáculo imprevisto se opone á la rotación intrauterina del feto; la contracción enérgica del anillo de Baudl. Habiendo peligro de que se rompa el músculo uterino, se deja la maniobra de extracción. Se decide practicar inmediatamente la cesárea.

Se coloca una gasa en le parte inferior de la herida abdominal para drenar el fondo de saco peritoneal anterior.

No tuvo mayor accidente y se dá de alta sana el 3 de Noviembre 1902.

El niño sexo femenino, pesaba 3 K, 580 gramos á su nacimiento.

Sale sano y en buen estado.

O M 12	S O F. 11
O F. 11	B I P. 8 S M B 12
S O B 9 ½	B I T. 7

VI

Observación del Dr. Dessaignes

Setiembre de 1906

Operación cesárea hecha 9 horas después del comienzo del trabajo.

Mujer de pequeña talla, durante los dos últimos meses de la preñez ha presentado hidramnios con feto móvil, cambiando constantemente de presentación. Ribemont Dessaignes constató un aplanamiento de la pelvis del costado derecho. El 16 de Setiembre á media noche rompe las membranas. A las dos y cuarto comienzan las contracciones dolorosas. La mujer pierde sangre poco abundante pero continuamente. Dilatación de dos dedos; cabeza elevada.

Pulso 120; palidez; se interviene. Madre é hijo sanos.

VII

Observación del Dr. Lepage

(Clínica Baudelocque—**Pelvis estrecha.**

En los antecedentes se encuentra que la madre tuvo una fractura del miembro inferior izquierdo, existe cayo óseo á la altura del trocánter izquierdo, cabeza de raquítica, dientes mal desenvueltos é irregulares· Promontorio elevado á 9 centímetros del sub-pubis, la cara anterior del sacro es accesible en su cara posterior. Despues de 24 horas las contracciones se hacen con más energía, el trabajo marcha regularmente, á las 11 el cuello dilatado como 5 dedos, á pesar de la intensidad de los dolores, la cabeza no desciende. A las 3 de la tarde la dilatación es como la palma de la mano; se rompe espontáneamente la bolsa de las aguas, líquido ligeramente teñido de meconio. Sauvage constata que la sutura sagital está detrás del

pubis y que la cabeza queda fija en el momento de las contracciones.

A las 5 y 30 Lepage constata la ausencia de encaje y la fijeza de la cabeza, y practicó la operación cesárea con la ayuda de Sauvage. Hubo elevación de temperatura hasta 38°.4; al 4°. día después flebitis. Salieron sanos madre é hijo.

VIII

Observación del Dr. Demelin

(1906) Clínica Tarnier

Pelvis oblicua ovalar de Nœgele.

Entra á la clínica Tarnier embarazada por 3.ª vez. Primer parto espontáneo después de largo trabajo, hijo vivo que muere á los 10 minutos.

2.ª Preñez clínica Tarnier, se tentó aplicación de forceps en estrecho superior por Demelin, se practicó basiotripsia para terminar, aconsejada por Budin. En el curso de la operación Demelin hizo el diagnóstico de pelvis oblícua ovalar, por lesión de la articulación sacro ilíaca izquierda.

3.ª Preñez.—Ultimas reglas el 25 de Marzo al 3 de Abril. En los últimos meses de lo preñez se hizo cuestión de provocar el parto pero Demelin que suplía á Budin, basándose sobre el pequeño volumen del feto no recurrió á esta intervención,

pensando practicar la operación cesárea si la mujer no paría espontáneamente.

Los primeros dolores comienzan el 1,° de Febrero á las 4 de la mañana; la rutura espontánea de las membranas á las 10 de la mañaña. Examinando la mujer se verificó el diagnóstico de pelvis oblícuo ovalar. El feto se presenta por la extremidad cefálica; no habia encaje, latidos fetales bien. El orificio uterino anchamente entreabierto; el fondo del útero subió á 30 centímetros solamente, hacia arriba de la sínfice (feto no voluminoso).

La situación era embarazosa;—puesto que el primer embarazo se terminó espontáneamente (el niño estaba muerto es verdad, después del trabajo); pero se podía preguntar si el feto pequeño no podía atravesar vivo el canal pelviano. Me pareció prudente en esta mujer, que estaba en su tercer embarazo sin haber tenido un hijo vivo, intervenir á pesar de la ruptura de las membranas, de ausencia de cuidados antisépticos desde el principio del trabajo. La operación cesárea se practicó á la 1 y 15 minutos de la tarde con ayuda del Dr. Coudert (Gefe de clínica). Después de la incisión de la pared abdominal, la incisión uterina presenta algunas dificultades en razón á su espesor que llega á 4 cents.

Extracción del feto vivo, sexo femenino; pesa 2 k 750 gramos. Placenta 420 grs.

Se introduce gasa en la cavidad uterina. Suturas profundas de la pared uterina, con seda N°. 3. Suturas superficiales N.° 1. Un dren. se pone en la cavidad abdominal.

La temperatura fué normal durante los 3 primeros días, después comenzó á elevarse hasta llegar á 39.°; al 5.° día.

El 8.° día se nota una escara al nivel de la parte inferior del sacro. La temperatura oscila al rededor de 39° hasta los 18 días para volver á la normal. Se vuelve á elevar á los 33 días debido á pequeños abscesos del seno. Desde esta época ha presentado al nivel de la parte mediana de su incisión uterina una pequeña fistulita, actualmente sanada. Salen de alta madre é hijo sanos.

IX

Caso del Dr. Hummel

(25 de Noviembre de 1907) J. de Med y Chir. prat.

El 15 de Junio de 1907, á las 7 de la tarde fuí llamado á la montaña por una prímipara de 29 años, su parto desde el 11, es decir, desde hacía 6 días. La bolsa de las aguas se había roto desde el primer día espontáneamente. Encontré esta mujer de una constitución mediana, presa de contracciones dolorosas y contínuas.

Estaba en el término de un embarazo que había evelucionado normalmente. Anteriormente por otra parte, no se había sentido nunca mal, y mi interrogatorio sobre su pasado genital, no me revelaba nada de particular. El abdómen presentaba un desarrollo normal. El feto estaba en OII y su cabeza estaba encajada en la fosa ilíaca izquierda. No percibo ni movimientos espontáneos, ni latidos fetales. La

partera hacía remontar la muerte del niño á algunas horas antes del exámen hecho por mí.

Al tacto, percibí el cuello uterino aplicado encima del fondo del saco lateral izquierdo, y era blando, pero no dilatado ni borrado. El orificio externo permitía apenas la introducción de la extremidad del índice. Aunque muy enérgicas las contracciones uterinas desde el principio y sucediéndose rápidamente hasta el punto de hacer muy difícil el exámen, no había podido sin embargo, por una causa de la que nos vamos á ocupar, ejercerse sobre el cuello, En efecto en el centro de la excavación y sobre todo en el fondo de saco lateral derecho; se percibía una masa fija, bastante resistente, que en razón al tetanismo uterino, tomé por un polo perteneciente á un segundo feto.

Como no podía hacerse una aplícación de forceps, ni tampoco una basiotripsia, puesto que no había la menor dilatación, me despedí de esta porturienta, no sin haber expuesto á sus parientes la situación grave en que se encontraba, mis temores de una ruptura uterina y la imposibilidad, de intervenir solo y sin medios aproposito y á hora avanzada.

Decidí transportarla al segundo día al hospital el Dr Hanot después de examinarla, llegó á la conclusión de que se trataba de una distocia por quiste del ovario. La masa que invadía la vagina, era en efecto mucho menos dura y hasta ligeramente

fluctuante, de lo cual pude darme cuenta por un nuevo exámen, el cuello no estaba más dilatado que la víspera.

Podíamos esperar la buena suerte de que el parto se efectuara espontáneamente, en el caso de poder vaciar el quiste. Desgraciadamente la punción no nos dió más que algunas gotas de sangre. ¿Era conveniente enuclear este tumor incluido en el ligamento ancho, y dejar la expulsión fetal producirse normalmente? Persuadidos de la existencia de adherencias, renunciamos á esta solución. No nos quedaba pues, para poner fin á una situación que se había prolongado ya demasiado, y á pesar de los peligros de infección que podía correr la enferma, peligros ciertamente menos graves que los que había podido determicar una ruptura uterina, más que la operación cesárea. Después de habernos rodeado de todas las precauciones asépticas convenientes, encargamos el cloroformo á nuestro cólega y amigo el Dr. Bayé, que había tenido la bondad de unirse á nosotros y procedimos á la extracción del feto por la vía abdominal. Los diferentes tiempos clásicos fueron ejecutados sin particularidad digna de mención.

Sin embargo, hay que señalar la dificultad grande que tuvimos en extraer la cabeza fetal que estaba como enclavada en el anillo de Baudl, lo que explica la fijeza notada en el exámen. Después de

haber cohibido la hemorragia lo mejor que pudimos, pusimos una mecha de gasa en la cavidad uterina; mecha que nos sirvió de drenage por vía vaginal, y luego cerramos el útero y el abdómen.

Una inyección de suero fué administrada inmediatamente para compensar la perdida de sangre.

Los días que siguieron á la operación, la enferma sufrió un movimiento febril que llegó hasta 39° y que fué debido á una supuración peri-uterina; el pus se abrió camino en parte por la vagina y sobre todo por la parte inferior de la sutura abdominal.

Finalmente cesó esta supuración, y cinco semanas después de la intervención, nuestra operada volvió á sus quehaceres.

Este caso de operación cesárea, terminado por la curación, merecía á mi parecer, ser señalado en razón á su rareza en la práctica corriente, y sobre todo, á la época tardía en la que se intervino.

Si hubiésemos tenido la fortuna de ser llamados un poco antes, habríamos tenido la indecible satisracción de poner viva en el mundo una soberbia niña que pesaba 7 libras casi.

X

Observación del Dr. Coudert

N. N. 30 años secundípara llega á la clínica Tarnier el 17 de Mayo 1907 á las 11 a. m. Ella presenta de particular en los antecedentes, que no ha marchado bien sino á los tres años—Está atacada de raquitismo del cual tienen los estigmas, sobre los miembros inferiores y cara—Una primera preñez en Abril de 1905—Ella entra en trabajo en su casa pero como el trabajo durara hacía 6 días es llevada al hospital donde dá á luz un feto muerto. Puerperio patológico quedó tres meses en el hospital.

Se embaraza otra vez—Tuvo sus últimas reglas del 20 al 25 de Julio 1906—Nada de particular en el embarazo—Comienza el trabajo el 14 de Mayo á la tarde el 15 tiene pocos dolores, el trabajo se acentúa en la noche y vá progresando, pero la dilatación se hace penosamente—El 17 de mayo á la

tarde pierde las aguas. Entonces la partera recordando lo que pasó en el primer parto; constató que la cabeza no descendía, hizo llamar un cólega que aconsejó llevarla á la clínica Tarnier donde llegó á las 11 de la mañana. Temp. normal—pulso normal.

Lo que llama la atención es la elevación de la presentación, (cabeza) arriba del estrecho superior.

Al la auscultación feto vivo. Explorando la pelvis se encuentra que el diámetro promonto subpubiano mide 95 milímetros.

El caso es embarazoso—Couder y Catthala despues de constatar pelvis muy viciada ángulo sacro vertebral elevado, la cara anterior del sacro más plana que cóncava—son causas para extraer el feto por vía abdominal—Es necesario después de la operación cesárea, conservar ó extraer el útero?—Esta mujer no tiene aún hijo vivo era casi atrevido extraer el útero y dejar toda causa de maternidad. En favor de la ablación del útero estaba la suciedad poco común de la mujer, las condiciones defectuosas en que ella se ha encontrado desde el principio del trabajo. Fuera de esta ausencia de cuidados asépticos había la ruptura de membranas hechas desde un cierto tiempo. Se convino hacer operación cesárea y que en el curso de intervención según las circunstancias, serían ó no no conservadores—Después de anest. clorotórmica—Inci-

sión abdominal clásica—Incisión del útero; punción de la pared uterina con bisturí para permitir al dedo penetrar, placenta insertada sobre cara anterior al útero—Con tijeras se completa la incisión uterina, extracción del feto—Coudert toma el útero al nivel de su parte inferior—Extrayendo el feto fué desagradablemente sorprendido que este niño había perdido meconio en cantidad considerable, del cual estaba recubierto y las membranas infiltradas —Feto nació un poco pálido pero se reanimó 3 K 200 grs. bien constituido.

Se extrajo placenta y membranas tuvo un momento de perplejidad muy grande pues una vez la superficíe interna del útero puesta al desnudo, se constató que bien que esta pared fué desembarazada de membranas, la superficie de la mucosa estaba teñida uniformemente de verde lo que probaba que el niño sufría desde hacía tiempo. Además el útero blanduzco se avertía con facilidad.

Era necesario conservar el útero? Fuí conservador porque no habia mal olor. Introduje un tapón en el útero—Sutura profunda—Seda nº 2. Durante estas suturas el útero se pone violáceo y se retrae mal. El útero palidece en el momento de extraerse y vuelve luego á ser violáceo, termino lo más rápidamente posible; 2 drenes son puestos de cada costado del útero de manera ha asegurar la salida de líquido hacia afuera, que pueden filtrar en la herida utérina.

Después de la sutura en 2 planos de la pared abdominal el útero está aún voluminoso—El sube aún á 3 traveses de dedo hacia arriba del ombligo. Para facilitar su retracción lo tomo á mano llena y hago una especie de expresión del útero en totalidad de manera á vaciarlo de su contenido. En efecto antes de practicar el tacto sale de la vagina un voluminoso coágulo, sangre en notable cantidad corre entre los muslos de la mujer, practico el tacto y constato que el tapón está al nivel del orificio uterino completamente dilatado.

Se convino que si esta mujer dá síntomas alarmantes de hemorragia, si el pulso se acelera, si la curación llena de sangre, estaremos prevenidos para hacer operación de Porro.

La temperatura máxima de esta mujer fué de 37.° 2 hasta este día, al principio pulso frecuente 120 y 130 pero bajó á lo normal.

Líquido seroso bastante abundante ha corrido por los drenes, uno se retiró al 4.° día el otro al 6.°. En ningún momento la curación se vió embebida de sangre. El hijo se desarrolló bien.

XI

Observación de la Maternidad del Hospital Teodoro Alvarez

Martina F. argentina, 26 años, ingresa el 7 de Agosto y va á ocupar la cama N.° 14, historia clínica N.° 270—Libro II.

Los antecedentes hereditarios de la embarazada son buenos; ignora á que edad ha principiado á caminar, sabe que ha caminado siempre bien. Ha menstruado por primera vez á los 17 años, su menstruación ha sido regular pero la cantidad de sangre perdida en cada época ha sido escasa; algo dolorosa.

Los antecedentes personales son muy buenos; solo ha sufrido sarampión y coqueluche; ha sido sana. Ha estado embarazada dos veces, los dos embarazos han terminado por partos difíciles; han sido de trabajo muy largo y doloroso; han sido terminados por aplicaciones de forceps á causa de

viciación pelviana; ambos fetos nacieron asfixiados, con acabalgamiento de los parietales, pero revivieron despues de hacérseles la respiración artificial; ambos fetos eran de tamaño pequeño y uno de ellos murió poco tiempo después de nacido.

Ambos embarazos y el actual tienen el mismo origen paterno. Con estos antecedentes ingresa esta embarazada al servicio, pidiéndonos que la operemos, pues presume que este parto será más difícil que los anteriores, por creer que su hijo será mas grande y á fin de que la coloquemos en condición de no embarazarse.

Ha tenido su última menstruación el 4 de Noviembre pasado, y por lo tanto ingresa en el servicio casi á término; ha tenido la percepción de los movimientos activos del feto hace 5 meses; la altura del útero es de 33 centímetros; la circunferencia abdominal es de 80 cent. Talla 140 cent; esqueleto bien desarrollado, no hay raquitismo, ni várices, edema escaso en las piernas. No hay albúmina en la orina.

Examen obstétrico: presentación de vértice, sin encaje, cabeza movible con facilidad posición ilíaca derecha posterior. Latidos fetales regulares. El examen externo de la pelvis nos da una mensuración regularmente aminorada. El diámetro A. P. es de 16 cents., el B. E. de 24 cents., el B. I. de 26 cents, y B. T. 28.

La pelvimetría interna nos permite tocar con facilidad el promontorio; el sacro tiene una curva normal; el ángulo del promontorio no está bajo. La medición del diámetro promonto pubiano mínimo nos dá la cifra de 8 cents., escasos. La palpación mensuradora nos permitió diagnosticar un feto regularmente colocado, de tamaño no muy grande y con diámetros cefálicos normales; fácilmente no pasarían esos diámetros por ese canal genital tan regularmente estrechado, los diámetros cefálicos eran los normales de un feto á término, con un peso común; pero los diámetros maternos distaban mucho de ser los normales; de esta regular disconformidad de diámetros y uniendo á esto las terminaciones distóxicas de los dos partos anteriores, teniendo en cuenta la voluntad de la embarazada que nos pedía la colocáramos en condiciones de estirilidad operatoria; consultamos á nuestro gefe Dr; O'Farrell y de acuerdo con él resolvimos esperar que se iniciara el trabajo de parto para intervenir haciendo una operación cesárea. Colocamos á la embarazada en las posibles condiciones de higiene, purgamosla, se le hizo tomar baños de limpieza.

A los 11 días de estar en el servicio se inició el trabajo del parto. El día 18 de Agosto próximo pasado á las 4 de la mañana sintió los primeros dolores y pocos minutos más tarde, se rompía la

bolsa de las aguas, perdiéndose regular cantidad de líquido amniótico; la presentación no había variado como tampoco había cambiado las posición; ésta era V . O. I. D. T. sin encaje, en estas condiciones ingresa en la sala de trabajo. A las 10 de la mañana había una dilatación de tres traveses de dedo en el cuello del útero; esta dilatación era transversal y de 1 centímetro de altura por cuatro centímetros de diámetro transverso, manera de dilatarse comunmente los cuellos uterinos en los casos de estrechez pelviana; la cabeza no había encajado, las cantracciones del útero eran moderadas, el pulso fetal era normal. La temperatura de la parturienta era de 36° 4; pulso y respiración normales. Teníamos la idea de dejar progresar el trabajo del parto á fin de ver si era posible de que se encajara el ovoide cefálico ó que hubiera por lo menos tendencia al encaje y haber hecho una aplicación de forceps con lo cual disminuíamos en mucho los peligros de muerte para la madre; por otra parte habíamos oído al Dr. Pinard en Paris que los peligros de una operación cesárea tardía no eran tantos cuando se había tomado todas las más escrupulosas medidas de higiene en beneficio de la operada y se le había hecho la mayor antisepsia posible de los órganos genitales externos.

Estas razones nos indujeron á esperar y estar á la espectativa de las eventualidades del parto-

Al retirarnos de la maternidad, á medio día, quedamos con el Dr. O'Farrell en volver á ver la parturienta á las cuatro de la tarde y tomar entonces una determinación respecto á la conducta que debíamos seguir con ella. A las cuatro de la tarde vimos nuevamente á nuestra embarazada y la examinamos, comprobamos que la situación era completamente la misma que cuando la habíamos visto, por la mañana, no había variado lo más mínimo; igual dilatación, falta de encaje, las contracciones se repetían con mayor intensidad y más seguidos, eran más dolorosos; los latidos del feto permanecían normales, es estado general de la parturienta era muy bueno, la temperatura 36°6. Habían transcurrido 12 horas y $^1/_2$ de haberse roto la bolsa de las aguas y minutos más de haber comenzado el trabajo del parto cuando resolvimos terminar ese estado de cosas mediante una operación cesárea.

Se dió cloroformo á la parturienta y á las 5 menos cuarto se principió la operación hecha por el Dr. Risso Dominguez—cedida por el Dr, O'Farrell quien ayudó. Se terminó la operación á los 25 minutos.

Se hizo incisión mediana vertical, sutura de las paredes abdominales en 2 planos y la uterina á uno solo y con catgut.

En el transcurso de la laparotomía se hizo liga-

dura de las dos trompas uterinas, ligadura doble con seda y á dos centímetros de distancia una de otra, cortamos las trompas á termo cauterio entre las ligaduras, á fin de evitar las raras posibilidades de reformarse las trompas y sus canales tubáricos; como se cuentan algunos casos en la historia y en los cuales á pesar de la ligadura de las trompas ha habido mas tarde una gestación.

Extragimos manualmente un niño, varón, depeso de 3320 gramos, en perfectas condiciones de viabilidad, de 50 centímetros de longitud, con los siguientes diámetros: OM. 13—OF 12—SOB 10;—BP. 9 $^{1}/_{2}$—BT. 8 $^{1}/_{2}$.

La placenta pesaba 470 grs., y fué extraída manualmente, previo desprendimiento artificial; estaban las membranas completas y desgarradas. Se hizo drenaje uterino mediante una gaza colocada en el útero y que hacía salida en la vagina, la cual había sido pasada á travéz del cuello uterino dilatado y de dentro á fuera.

La operada no perdió gran cantidad de sangre durante la operación, no se le hizo inyección de ergotina, ni dernoclisis.

La incisión cutánea tenía 18 cents., de largo., aproximadamente la misma medida, la uterina.

El pulso fue normal y la respiración idem.

La temperatura mayor fué de 37°2, al día siguiente de la operación, y la temperatura media 36;7.

El drenage uterino se retiró á las 24 horas; lavajes vulvares diarios.

A los 11 días se retiraron los puntos de sutura, cicatrización cutánea por primera. Se levantó de la cama á los 14 días. A los 22 días de operada fué dada de alta con hijo sano y amamantándolo.

Observación de la Máternidad «Samuel Sache»

Hospitál Ráwson

María Luisa G. entra á la maternidad el día 7 de Septiembre del corriente año, por segunda vez, á fin de esperar en este establecimiento su parto. Es secundípara, de 22 años de edad, argentina, mucama, vive en Quilmes: sus antecedentes de familia son buenos, la madre vive y es enferma de la matriz; el padre ha fallecido, pero ignora la causa de la muerte; las hermanas tienen buenos antecedentes obstétricos.

No es reumática, ni raquítica ni padece de malformación ósea. Talla 1.43 metros de altura. La primera menstruación la tuvo á los 15 años, de cantidad abundante, de 4 días de duración, con regularidad.

No ha tenido abortos, El embarazo anterior es llevado normalmente; nos dice la historia que el parto fué difícil al extremo que, constatada la estrechez pelviana se creyó necesaria una intervención, pero como se viera que la cabeza fetal tenía una leve tendencia á encajarse, se esperó. Más tarde llegó en momento en que el feto principiaba á sufrir, apareciendo irregularidades en los latidos fetales y entonces fué necesario intervenir para salvar el feto; como la mensuración cefálica diera una cabeza pequeña, que talvez con un poco de energía, pudiera, mediante una aplicación de forceps, hacerse descender y como había un ligero encaje, aunque acompañado de gran acabalgamiento de los huesos de la cabeza, se creyó posible concluir el parto mediante una aplicación de forceps; las contracciones uterinas eran casi subintrantes, enérgicas, casi tetánicas; la mujer sufría mucho, habían pasado 38 horas y era necesario concluir con este estado de cosas y el Dr. O'Farrell se disponía á efectuar una aplicación de forceps, cuando se vió que la cabeza fetal pasaba la estrechez pelviana, aminorando sus diámetros, acabalgándose más sus parietales; se esperó, y poco rato después nacía un niño semi asfixiado, el que con alguna dificultad volvió á la vida; el puerperio fué normal. Salió de alta con su hijo sano. El niño vive aún. Volviendo al estado actual de la embarazada di-

remos que no tiene edemas ni várices. La última menstruación ha tenido lugar el 9 de Febrero del corriente año; se encuentra en el 8.° mes del embarazo, los primeros movimientos fetales han tenido lugar á los 4 meses del embarazo; ha notado que el feto tiene movilidad normal.

Al exámen de la pelvis notamos que esta es pequeña, que hay una estrechez metódica de sus diámetros y que hay una cifra normalmente creciente en comparación con las cifras comunes de centímetros que tienen los diametros normales; la conjugada externa tiene 18 centímetros en lugar de 20; el diámetro biespinoso es de 21 en lugar de 24; bulíaco es de 24 en lugar de los 28 centímetros comunes, el bitrocauteriano es de 26 en lugar de los 32 centímetros narmales; es decir que hay disminución de los diámetros normales en la siguiente proporción: 2, 3, 4, 6—Se trata de una pelvis regularmente aminorada, no raquítica. Hay resquebraduras antíguas y recientes en la piel del abdómen; es regular; el útero está normalmente colocado, sin desviaciones laterales ni anteriores; hubo una hemorragia 15 días antes de su ingreso al servicio, que no se ha reproducido. Al exámen genital nos dá: cuello con raspaduras antíguas bien netas, el perineé ha sido roto en su parto anterior cicatrizó por 2ª—No hay blenorragia.

Al diagnosticar el embarazo constatamos que la

presentación es de nalgas, modalidad nalgas SIIP —con foco á la izquierda, alto; que no hay doble foco, no hay encaje de la presentación—No hay hidramnios—hay escasa movilidad del feto.

Pocos dias más tarde notamos que la presentación ha cambiado y nos encontramos con una presentación cefálica, variedad derecha posterior; hubo una versión espontánea.

El 5 de Diciembre, á las 5 de la mañana, principia el trabajo del parto, con leves contracciones uterinas, más tarde estas se acentúan; se hace tacto y se nota una dilatación de 2 centímetros; el trabajo continúa sin interrupción y la dilatación no progresa; el día 6 sigue el trabajo del parto en las mismas condiciones y sin aumentar la dilatación del cuello, las contracciones son seguidas y enérgicas, el día 7 no han variado las circunstancias, hay un trabajo de parto sostenido, contracciones fuertes, seguidas, muy dolorosas; la cabeza tiene tendencia á inmovilizarse, pero no baja, no puede bajar porque sus diámetros son mayores que los pelvianos, la mensuración cefálica nos permite determinar de un modo claro la disconformidad que hay entre los diámetros pelvianos y cefálicos no es posible creer que aquella cabeza podrá pasar por la pelvis.

Recordando lo sucedido en el primer parto nos inclinamos á esperar, y esa es la manera de opinar de nuestro Gefe Dr. O'Farrell quien nos aconseja

de no intervenir, sino después de haber agotado todos los medios posibles para que el parto se haga espontáneamente. Esperamos, teniendo en cuenta que la vida de la madre y la del feto no peligran siendo espectante y estando preparados para intervenir en el momento debido. El día 8 de Diciembre nos encontramos que nuestra embarazada sigue más ó menos en las mismas condiciones, sigue el trabajo, las contracciones son muy seguidas intensas, muy dolorosas; la temperatura ha aumentado á 37°.2 por la mañana; la bolsa no se ha roto; la dilatación es de 3 centímetros la misma altura tiene la cabeza en el canal genital, no ha bajado; la mujer está fatigada por el trabajo sostenido y sin resultado.

Convencidos de que ya hemos esperado más que suficiente y de que nada debemos esperar de la naturaleza y de que es el arte obstétrico quien nos permitirá concluir con ese orden de cosas resolvimos intervenir el 8 de Diciembre á las 3 de la tarde y nos preparamos para hacer la operación cesárea.

A las 3 de la tarde se hizo la operación cesárea por el Dr. Risso Domínguez ayudado por el Sr. Iglesias. Hacemos la operación cesárea abdominal, en nuestra incisión caímos sobre la placenta, lo que motivó una abundante hemorragia; pudimos evitar esta eventualidad, se produjo otro accidente que

ya habíamos diagnosticado, y fué la existencia del anillo de Baudl; este retenía la cabeza, que con los huesos acabalgados se insinuaba en el extracto superior, sin conseguir franquearlo, lo que ya habíamos comprobado por la palpación mensuradora, esta circunstancia motivó una maniobra semejante á la que aconseja el profesor Champetier de Ribes para el anillo de Baudl, en las intervenciones obstétricas por el lado de la vagina; hice de palanca con la mano derecha teniendo como punto de apoyo el mismo anillo y levanté así la cabeza del feto, haciéndola desprender de este círculo que la aprisionaba; tomado el feto por las extremidades inferiores por mi ayudante, se puso á extraerle.

Las membranas habían sido rotas en el acto operatorio; la cantidad de liquido amniótico fué escasa. Placenta y membranas se extrajeron con facilidad. Se hizo drenage uterino, pasando una gaza á través del cuello y dejando gran parte de ella en la cavidad uterina. La pared uterina fué suturada con seda en un solo plano y á puntos separados; habiendo una manifiesta inercia, se hizo una inyección de 2 gramos de ergotina Yvon.

El peritoneo se suturó en un plano á seda.

La piel y plano muscular fué suturado á crin con puntos profundos y con agrapes de Michel á puntos próximos.

La operación duró 20 minutos y se le dieron 30

gramos de cloroformo; no fué necesario dermoclisis. La Placenta pesaba 480 grs. cordón medía 38 centímetros—El recién nacido de sexo masculíno y de 4200 gramos de peso, sin bolsa sero sanguínea, con los parietales algo acabalgados no tenía nada de anormal.

Los diámetros de la cabeza fetal eran los siguientes: OM 13.—OF 11.—SOB $9^1/_2$.—BIP 9.—y BT $8^1/_2$ centímetros, es digno de notarse que los diámetros del primer hijo eran mucho menores, variaban entre 1 y 1 1/2 el aumento de los diámetros cefálicos con relación á los del feto que ha motivado la operación. Al día siguiente se retiró el drenage.

A las 48 horas de operada notamos que el vientre está muy elevado, muy timpánico, doloroso; la operada está muy molesta, pulso rápido, hay disnea, pero no hay temperatura, ni líquidos fétidos micción espontánea. Diagnosticamos parálisis intestinal y se colocó drenage rectal é inyecciones de estricnina (sulfato) 3 milígramos por día, el estado general mejoró dentro de las 24 horas, desapareció el timpanismo, la disnea el pulso se hizo normal A los tres días de operada se le dió un purgante.

No se hizo lavaje vulvar ni vaginal.

La curación se levantó al 4.º día notando que estaba completamente bien.

A los 15 días de efecuada la operación le sa-

camos los puntos de sutura y ganchos de michel, había curado por 1.ª intención.

Dos días después se levantó y á los 20 días se le dió de alta sana.

Norberto C. Torres

Buenos Aires, Abril 30 de 1908

Nómbrase al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al Profesor titular Dr. Fanor Velarde y al Profesor suplente Dr. Arturo Enriquez, para que, constituidos en comision revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTÓN
R. S. Gómez

Buenos Aires, Mayo 26 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis según consta en el acta n.° 1847 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN
R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la operación Cesárea.

II

Momento en que debe practicarse la operación Cesárea.

III

Ventajas de la operación Cesárea tardía sobre la pubiotomía en los casos de estrechez pelviana relativa.

BIBLIOGRAFÍA

E. Cantón.—Sobre 17 casos de operación cesárea conservadora.

S. Gache.—3 operaciones cesáreas practicadas con éxito.

M. Z. O'Farrell.—Operación cesárea.

E. Guillet.—L'operation cesairienne d'urgence.

Ribemont Dessaignes.—Precis d'Obstetrique.

P. Bar.—Memoires de l'operation cesarienne conservatrice.