AÑO 1909 N. 2141

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OPERACIÓN CESÁREA VAGINAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANGEL M. REOLIN

Ex-practicante de los hospitales: Militar de la Capital y San Roque

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

OPERACIÓN CESÁREA VAGINAL

AÑO 1909 N. 2111

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OPERACIÓN
CESÁREA VAGINAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANGEL M. REOLIN

Ex-practicante de los hospitales: Militar de la Capital y San Roque

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros Titulares

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14 » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15 » » DANIEL J. CRANWELL
16 » » HORACIO G. PIÑERO
17 » » JUAN A. BOERI

Miembros Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
« « MARTIN SPUCH
« « TELEMACO SUSINI
« « EMILIO R. CONI
« « OLHIUTHO DE MAGALHAES

Secretario

DR. D. DANIEL J. GRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » JUVENCIO J. ARCE

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
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 ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OSDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
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
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Fisica Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia Patológica	» JOSÈ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. 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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	»
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histologia	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriologia	» JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patologia externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
Patologia interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oftalmológica	« PEDRO LABAQUI » ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » M. HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI » JUAN J. VITON
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » A. PERALTA RAMOS
línica Pediátrica	» MANUEL R. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
« Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogia	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posologia 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	
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» FRANCISCO P. LAVALLE » RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognósia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ej.)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomia, Fisiologia, Patologia	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal. .	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ALBERTO PERALTA RAMOS

Profesor Suplente de Clínica Obstétrica

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

PREFACIO

Este trabajo debió ser presentado hace tres años, época en la que cometí la imprudencia de aceptar un puesto en la Gobernación de Tierra del Fuego y donde como es de suponer, no hice sino perder lastimosamente mi tiempo, hasta que resolví renunciarlo.

La penitencia de verme postergado en mi carrera, es el justo castigo que merece el hecho de haberme alejado de esta casa con una deuda sagrada, la que al saldar hoy, gustoso, me ofrece la satisfacción que producen esos ideales acariciados tantas veces y cuya realidad conmueven hondamente.

EL AUTOR.

INTRODUCCION

Es tan humana la tendencia de aliviar al que sufre, que si la medicina naciera al lado del primer enfermo, la obstétrica debió empezar con la primer parturienta que fué sin duda la primera dolencia humana, nueve meses después del pecado capital.

El orígen de ésta rama de la Ciencia, se pierde en la historia de la raza humana y así vemos que entre los ebreos, los griegos y los romanos, aunque con prácticas ridículas, como la de escribir un salmo á la vírgen y lavarlo después para dar á beber ésta agua á la enferma, reconocían á ciertas mujeres el derecho de asistir y ayudar á las parturientas en sus momentos difíciles del trabajo.

Por el contrario entre nuestros indios y aunqué existieran médicos entre ellos, la mujer embarazada era descuidada completamente pues parece que el acto fisiologico del parto no les inspiraba temor alguno y eran libradas á sus propios esfuerzos y cuidados.

Entre los fueguinos y sus tres razas principales: Onas, ó habitantes de las montañas, Yágans ó de las islas y Alacalufs, ó de los Canales, que tenían sus tolderías á cierta distancia del mar, las mujeres eran siempre sor-

prendidas por el parto en sus casas ó Wigams, el que una vez efectuado y prévia sección, con los dientes del cordon umbilical emprendían viaje al mar donde esperaban con el agua á la rodilla el alumbramiento, allí hacían su toilet genital y la del feto, regresando al hogar con su fiel testigo de fecundidad, elemento indispensable para ambicionar el derecho de casada, pues de lo contrario, es decir en el caso en qué una mujer no tenía hijos, pasaba á ser de la servidumbre del indio, quien podía elejir otra nueva compañera.

Decir que entre los habitantes del viejo y nuevo mundo la madre y el feto perecían en los casos de distocia, es escusado y que el porcentaje de accidentes en la actualidad es insignificante lo prueban las estadísticas modernas.

Pero para llegar á éstas tan halagüeñas conclusiones; cuantos inconvenientes! han tenido que obviar nuestros antepasados, la inviolabilidad de los cadáveres hacia imposible los estudios anatómicos y especialmente en obstétrica debido á que el embarazo era sagrado y nadie podía intervenir, los conocimientos eran casi nulos, hasta que recién en estos dos últimos siglos se inició una reacción tan saludable, de cuyos beneficios podemos enorgullecernos recordando con justicia veneranda la memoria de los que han luchado para iluminarnos el sendero obscuro y áspero del arte de curar.

CAPITULO I.

El parto es un fenómeno fisiológico que en la mayoría de los casos se termina sin inconveniente, necesitándose tan solo unas cuantas horas y ciertas condiciones favorables para su desenvolvimiento.

Sin embargo, no siempre las cosas se suceden de un modo tan ideal y más de una vez nos veremos en el caso de tener que prodigar nuestros cuidados á una enferma cuyo parto es imposible por las vías naturales y su vida y la del feto dependen de nosotros: nuestra desición, rapidez, elección de procedimiento y habilidad puestos en juego, solucionaran éste grave problema de conciencia.

Estas dificultades, con las que más de una vez tropezaremos en la práctica, se llaman en obstétrica, Distocias: del griego, *dis* difícil, y *toxos*, parto. Como son dos, los elementos que en él toman parte, es decir, madre y feto, de ahí dos clases de distocia, materna y fetal, las que frecuentemente se combinan para agravar la difícil situación del partero.

Entre las distocias maternas, hay una, entre las tres más importantes que nos interesa más particularmente para el desarrollo de nuestro tema, cual es el de las par-

tes blandas (útero) cuyo estado patológico (rigidez, impermeabilidad bridas fibrosas etc. del cuello) nos daran la indicación para emprender nuestra cesárea vaginal, no sin antes haber pasado en revista todas las operaciones obstetricales que pueden efectuarse en cada caso particular, haciendo notar sus beneficios y sus inconvenientes, pues antes que cirujano se debe ser buen médico para instituir la mejor indicación ó aquella de cuyos resultados tenemos perfecta conciencia, armandonos del cuchillo cuando verdaderamente es necesario, porque *toda operación inútil es mala.*

Enumeraremos los diferentes procedimientos de que podemos hacer uso en determinadas condiciones á fin de salvaguardar siempre la vida del feto y de la madre, y tenemos las siguientes: *Versión*, con sus maniobras externas, internas y combinadas, *aplicación de forceps, pubiotomia, operación cesárea abdominal y cesárea vaginal.*

Para mayor claridad en la exposición las dividiremos accidentalmente en dos categorías: aquellas en las que el cuello uterino toma un importante papel con su borramiento y dilatación, y aquellas en las que no toma participación y permanece inactivo. A las primeras pertenece, la versión, la aplicación de forceps, y la pubiotomia, en las tres existe una condición necesaria, indispensable para poder practicarlas, y es que *el cuello del útero esté dilatado ó sea dilatable.* En las segundas: operación cesárea abdominal y cesárea vaginal el cuello no desempeña papel alguno con su función de órgano dilatable, pero en cambio nos encontramos, excepción hecha de la cesárea vaginal, con que tenemos que abrir la gran

cerosa orgánica, el peritonéo, escollo de toda intervención abdominal y que tantas y tan desagradables sorpresas nos depara.

Añadiendo algunas consideraciones sobre los métodos más usados en cirugía obstétrical, entraremos al de nuestra cesárea vaginal.

Dos operaciones hay que dominan el campo de la obstétrica y que practicándose á diario han llegado á un perfeccionamiento admirable y á una técnica bien simple. Nos referimos á la pubiotomia y á la operación cesárea abdominal.

La primera fué practicada, por vez primera en 1777 por Sigault, estudiante de medicina, hecho que le valió los más ardientes aplausos de sus contemporáneos. Sin embargo nuevas tentativas se hacen en Francia y en el exterior con resultados diversos, pues ella había despertado gran interés cientifíco, dividiendo á los prácticos de la época en dos corrientes diferentes: los partidarios y los enemigos de la misma, con Baudelocque á la cabeza que la rechazan como una operación peligrosa, citando para ello los insucesos obtenidos en las diferentes tentativas; y sin descorazonar á sus fervientes defensores, que como Morisani en la escuela de Nápoles le dedica un capítulo importante y cuyos triunfos, á medida que la asepsia y antisepsia se perfeccionan, se suceden y repiten en todo el mundo.

Consiste en la sección del cartílago interarticular de sínfisis pubiana, separación bien cuidada y reglada de sus ramas, lo que dá un aumento de algunos centímetros en los diametros de la pelvis y lógicamente la posibilidad del parto en los casos en que hay una pequeña des-

proporción entre los diametros maternos y fetales. Hé ahí su indicación. Son necesarios cuatro ayudantes, de los que uno por lo menos debe ser médico, un arsenal quirúrgico numeroso y aparatos especiales, como la sonda gotera, el disyuntar, etc.

La segunda mucho más antigua, era practicada en el cadáver por los cristianos para bautizar al feto porque una ley de los romanos prohibía enterrar una mujer embarazada sin abrir el vientre y extraer el niño.

Parece que la primera vez que se la practica en el vivo fué en Inglaterra, el rey Enrique VIII hizo extraer del vientre de Juana Seymour á Eduardo VI. Pero el primer trabajo serio data del año 1581 y pertenece á Rousset, quien la preconiza como una operación, no siempre mortal y de cuyos beneficios se podía sacar grandes partidos. Sin embargo cae en desuso, debido á que su técnica era deficiente y si se discutía el sitio donde debía practicarse la incisión uterina nadie efectuaba la sutura de éste organo que abandonado en la cavidad abdominal producía gruesas hemorragias y no tardaba en infectarse llevándose á la enferma.

Recién en el año 1876 aparecen los notables trabajos de Porro con su nuevo sistema de ablación uterina seguidos de éxito completo.

Se funda en la apertura del abdómen por una incisión longitudinal de la piel aponéurosis, capa muscular peritonéo etc., eventración del útero, incisión del mismo en su cara anterior, lateral ó posterior sin amputación (conservatriz) ó como aconseja Porro con ablación del mismo, por arriba de una ligadura elástica. Cuatro ayudantes y buen arsenal quirúrgico son indispensables.

CAPITULO II.

Operación cesárea vaginal conservatriz

Dürhssen fué el primero en utilizar éste procedimiento que permite vaciar el útero de su contenido en menos de un cuarto de hora; permitiendonos para el desarrollo de su técnica, suponer una mujer embarazada á término con principio de trabajo, de antecedentes albuminúricos, ó cardíaca. Un exámen rápido nos enseña que á pesar del principio de trabajo, el cuello uterino está intacto, no se ha infiltrado, está cerrado, y no podemos franquear con el índice su orificio externo, es duro y resistente. La respiración artificial nos viene á la mente, el balon de Champetier de Ribes, no podemos aplicar, el cuello está cerrado, hay cicatrices, el separador de tres ramas de Tarnier ó el dilatador de ocho de Frommer nos desgarrarían el cuello en un sitio inaccesible, la dilatación manual intentamos en vano, nuestro índice no ha podido franquear el orificio externo, el caso urge y hay que vaciar el útero de su contenido. He aquí el caso de su indicación absoluta, la debemos practicar sin pérdida de tiempo, nos decidimos á efectuarla y veamos ahora su

MANUAL OPERATORIO —

Colocada la enferma en posición ginecológica y después de la asepsia y antisepsia de práctica, colocamos dos valvas en el diametro antero-posterior de la vagina, las que traccionadas ponen bajo nuestra vista el cuello uterino y que debemos tomarlo con dos largas pinzas de dientes, por sus lábios, anterior y posterior, lo traemos á la vulva y una vez á la vista colocamos con una aguja, dos gruesas sedas una en cada comisura, es decir, en el meridiano transversal y que nos serviran de guía y de elementos de tracción.

Tensa la pared vaginal incindimos en su parte media y superior, desde tres ó cuatro centímetros por detrás del meato hasta su repliegue ó fondo de saco anterior, cuidando siempre de no interesar la vejiga que debe desprenderse con los dedos rechazándola hacia arriba y adelante.

Una vez descendido y descubierto el cuello uterino, y bajo el control de los ojos, de un golpe de tijera se hace una sección de dos ó tres centímetros en el borde superior, se toman con dos pinzas los labios de ésta herida y se la prolonga sobre la cara anterior del segmento inferior hasta 8, 10 ó 12 centímetros, es decir lo sufi-

ciente para el paso cómodo del feto, teniendo siempre en cuenta su edad desarrollo, etc. En el lábio posterior de la herida se debe colocar un fuerte punto de sutura que evitará su desgarradura ó continuación.

Una vez lista la brecha que hemos abierto y limpio el campo operatorio de la escasa sangre derramada, debido á la poca vascularización del sitio de la herida, introducimos en ella la mano y vamos en busca del feto que extraeremos practicando una versión (presentación de vertice) cuya técnica bien conocemos.

Efectuado el parto, nos resta solo preocuparnos: del alumbramiento, que según el caso podemos esperar que se produzca expontáneamente ó hacerla artificialmente, y de la reconstrucción de los planos seccionados, para lo cual hacemos una buena sutura al catgut ó á la seda, de la pared uterina y vaginal, separada y minuciosamente. Una buena toilet, un taponamiento vaginal con gasa iodoformada, y los cuidados generales de una puérpera, finalizan la intervención.

HISTORIAS CLINICAS

La primera de éstas historias (únicas operaciones practicadas en el país), pertenece al doctor Enrique Zárate y la he traducido del francés de la «Revue de la Clinique Obstetricale et Gynecologique» de Buenos Aires, y la segunda se la debo á la gentileza de mi amable padrino de tésis, doctor Alberto Peralta Ramos.

OBSERVACION I.

Primer caso de Cesárea vaginal conservatriz (Dürhssen) practicada en la Argentina por el doctor Enrique Zárate.

Elena L. de Cabezon: 28 años, tercípara, entra al hospital envíada como caso de urgencia por el doctor Aguilar, para provocarle el parto.

Sin antecedentes hereditarios de importancia, dá los personales siguientes: sarampión y viruela en la primera infancia, ha reglado á 14 años, se casó á los 21.

Tres meses después, ha empezado á sufrir de la garganta y cefalalgias nocturnas, en vista de lo cual se decide á consultar un médico, que diagnostica sífilis y

la somete al tratamiento específico, con pildoras que toma con intérvalos de reposo, hasta 90. Durante el tratamiento, las manifestaciones anteriores ceden y tuvo más tarde una erupción papulosa que desaparece al poco tiempo.

Nueve meses después comienza á perder poco á poco su voz hasta llegar á la afonia que presenta hoy. Un año más tarde se hace embarazada y siguiendo el consejo del médico continúa el tratamiento específico, esta vez bajo forma de inyecciones. Del 6.º al 7.º mes del embarazo y al más ligero ejercicio, la enferma siente una dificultad constante al respirar, causa por la cual entra al Hospital Rivadavia, donde, como solo tratamiento se la somete al régimen lácteo y reposo absoluto durante 26 días, al cabo de los cuales la enferma se mejora, pero continúa en el hospital hasta el momento del parto, dando á luz un feto á término del sexo masculino, sin otro accidente que una desgarradura del periné. La enferma deja el hospital y cesa el tratamiento durante tres años, al cabo de los cuales se hace embarazada por segunda vez, embarazo normal, parto normal á término de un niño sano, puerperio normal, este niño como el anterior es sometido al tratamiento mercurial.

Un año y nueve meses después, tiene un nuevo embarazo, sus últimas reglas fueron el 8 de Septiembre de 1906, ha tenido vomitos, períodos de constipación y de diarrea, en el 6.º mes, ha empezado á sufrir de una fatiga al menor ejercicio, y que le hace imposible cualquier trabajo, acentuándose poco á poco hasta que se decide ver un médico, que le ordena reposo, una bebida y régimen lacteo. Pocos días después y á pesar del trata-

miento, la fatiga continúa el apetito desaparece y viendo que se agrava, su médico le aconseja ingresar al hospital.

Estado actual. — Mujer bien desarrollada, en buen estado de nutrición, rostro cianótico, dispnea intensa, 60 respiraciones, estremidades frías sin edemas, pulso filiforme desigual, 140 pulsaciones, 37° de temperatura.

Al exámen de los pulmones se descubre la existencia de una gran zona de matitéz en la base del pulmon derecho y á la auscultación, rales bronquiales y subcrepitantes, siendo imposible la del corazón. Al exámen obstétrico encontramos: embarazo casi á término, altura del útero 34 centímetros, su fondo llega al apéndice xifoides, presentación cefálica, dorso á la derecha, cabeza ligeramente fijada, latidos fétales perceptibles, acelerados, no hay contracción uterina, la orina dá 25 centígramos por mil, de albúmina. A causa de la gravedad de la enferma y antes de resolverme á cualquiera operación, decidí tonificar su corazón con inyecciones de cafeina y una poción con tintura de estrofanto, ordenando se le aplicaran ventosas en el pulmón derecho, tratando de colocar en las mejores condiciones para provocar el parto. Me retiré encargando una vigilancia especial y tenerme al corriente de cualquier novedad.

Examinada, dos horas más tarde, por el doctor Collazo, presentaba la sintomatología siguiente: pulso incontable ,respiración extremadamente ansiosa, tirage supraesternal cianosis y enfriamiento de las extremidades.

Ante este caso de afixia y suponiendo una dificultad respiratoria localizada en la laringe, se procedió al tubage sin obtener resultado á pesar de las diversas tentativas hechas, pues la penetración de la cánula se encontraba obstaculizada al nivel de la glotis.

En estas circunstancias y sin perder tiempo pues el estado extremadamente grave de la enferma lo exigía, el doctor Blaye, gefe de Clínica del servicio, practicó de un golpe y sin anestesia clorofórmica la traqueotomía; en éste momento la respiración siendo imperceptible, se hizo la respiración artificial hasta la aparición del ruido inspiratorio. La tabla sintomatológica anterior se modifica, lar espiración se restablece por la cánula, el pulso se hace perceptible y ménos frecuente (150), la dispnea disminuye pero el enfríamiento de las extremidades y la cianosis persisten.

Se le hace una hipodermoclisis de 500 gramos de suero Hayem y una inyección de eter y cafeina. Después de medio día el estado general es estacionario, no hay trabajo de parto y continúa muy grave. A la una de la mañana el médico interno, me dá por teléfono sus impresiones, describiendome el estado casi desesperante de la enferma. A esta novedad, le autorizo hacer la operación Cesárea cuando hubiera empezado el período agónico siempre que el feto estuviera vivo.

A las 9 de la mañana llego al hospital creyendo encontrar uno ó dos cadáveres y cual no sería mi sorpresa al ver á la enferma, en un estado muy grave, pero en condiciones de lucha y con su feto todavía vivo. Sin mejoría sensible en su dispnea y pulso, la enferma había pasado la noche recibiendo inyecciones de eter y cafeina, ventosas, etc., etc., llegando hasta el momento en que la veía nuevamente.

¿Qué hacer en éstas circunstancias?

Es casi seguro que la evacuación rápida del útero, podría producir una reacción y salvar talvez una de las

dos vidas. Sin pérdida de tiempo hice llevar la enferma á la sala de operaciones para completar el exámen genital y resolver inmediatamente la intervención.

Colocada en posición obstetrical se constata por el tacto vaginal que la cabeza está ligeramente fijada en el estrecho superior y el cuello intacto, era solamente permeable á la punta del indice.

En este estado de asistolia y con una dispnea que la obstrucción de la cánula con las secreciones bronquiales exajeraba, la enferma no era un caso de anestesia para hacer dilatación del cuello, intervención que hubiera sido, larga, sangriente, dolorosa, y sin seguridad, con un cuello entero y sin principio de trabajo de parto. Pensando en la rapidez de ejecución de la Cesarea vaginal, me decidí á practicarla, en medio de una tabla poco lisonjera y con dos existencias en peligro.

La anticepsia, perineo - vaginal, fué hecha ayudado por por el doctor Blaye, y en presencia de los practicantes, procedí á la operación sin ninguna anestesia.

Dos valvas Doyen fueron colacadas en la vagina para descubrir el cuello que es tomado con dos pinzas de dientes, la una en el labio superior, la otra en el inferior, en seguida una aguja con seda gruesa son pasadas en el meridiano transverso del cuello, para servir de guía y de puntos de reparo. Retiro la valva superior y con pinzas dirijo al cuello fuertemente hacia abajo, hago verticalmente la incisión de la pared vaginal á dos dedos del meato urinario hasta el cuello uterino, rechazo la vejiga con el dedo, la levanto de la pared anterior del útero, siguiendo el desprendimiento de peritoneo del fondo de saco anterior, hasta una extensión

de diez centímetros sobre el segmento inferior, que es el punto donde debe llegar la incisión del cuerpo del útero.

Hecho ésto, de un golpe de tijera, incindo el hocico del tenca guíandome con el índice que á su vez separa la vejiga: dos golpes más de tijera de 4 á 5 centímetros cada uno seccionan el segmento inferior, teniendo cuidado de no romper las membranas. Dirijo enseguida hacia arriba, el cuello sostenido por la pinza, corto verticalmente la pared posterior de la vajina, desde el cuello uterino hasta una extensión de cinco centímetros, separo el fondo de saco peritoneal de Douglas, y con dos golpes de tijera secciono el cuello y segmento inferior, en una extensión de cuatro á cinco centímetros. La hemorrágia de estas incisiones fué sin importancia. La enferma siente dolores recien en el momento de levantar la vejiga y el peritoneo de la pared anterior del útero. Retiradas las pinzas y sujeto el cuello por una de las bridas laterales, coloco mi mano de modo de hacerla entrar en la vulva, vagina y útero, reduciendo la presentación que obtengo fácilmente, rompo con una pinza las membranas, levanto y rechazo la cabeza, hago la versión sobre el pie izquierdo y extraigo fácilmente un niño, ligeramente en asfixia que es reanimado inmediatamente.

Con ayuda de un fuerte masage, que hago hacer sobre el abdomen, el útero se contrae y dos ó tres minutos después la placenta desprendida es expulsada por expresión. Uno de los practicantes ha tomado el tiempo, que ha sido de diez minutos desde el principio hasta la expulsión placentaria.

A continuación, y mientras un ayudante cuida la retracción uterina, tomo las bridas de seda sujetas á una pinza y sin espéculum hago tracciones hasta traer el cuello al orificio vulvar, donde con toda seguridad y presición hago una sutura contínua del segmento insindido que tengo ante mi y cierro al catgut la pared anterior de la vagina, la misma cosa hago con la insición posterior.

El útero se mantiene contraído y no hay pérdida de sangre, coloco una gasa en la vagina, hago cateterismo que nos da orina limpia, se transporta la enferma á su cama, donde comienza á respirar mejor, se le hace una inyección de suero, otra de cafeina y se le cubre con frasadas calientes.

Pasa el día relativamente aliviada, la dispnea se mejora y el pulso se hace más lleno aunque su frecuencia sea más ó menos de 130 pulsaciones.

El 16 la enferma tiene una franca reacción: temperatura 38°, pulso 120, respiración fácil, útero contraído, ligera pérdida de sangre.

El 17 la mejoría continúa, temperatura 38°, lijera espectoración, pulso 120, la leche monta, loquios normales.

El 18 empieza á alimentar á su niño: su estado general es satisfactorio, solo la temperatura persiste alrededor de 38°.

Los días siguientes la mejoría se acentúa y hacia el octavo, la temperatura vuelve á la normal.

La involución uterina se hace normalmente y al cabo de 18 días se levanta; al exámen que se le practica ese día se constata la cicatrización por primera intención.

Madre é hijo que han sido sometidos al tratamiento específico, dejan el hospital en buena salud á los 30 días.

En el último exámen genital se pudo constatar la perfecta nivelación uterina y fué imposible descubrir al tacto las trazas de la intervención practicada.

Tal es la Cesárea vaginal conservatriz, operación sin peligro y sin grandes dificultades, método rápido y eficaz para provocar el parto y que desconocido por la mayor parte de nuestros médicos y por muchos especialistas debe ser preconizado en nuestras maternidades, pues es de una técnica presisa y correctamente quirúrgica y porqué viene á terminar la eliminación de todas esas maniobras ciegas y arcaicas que han pasado á la historia con el nombre de parto forzado.

OBSERVACIONES II

Segundo caso de Cesárea vaginal conservatriz (Bumm) practicada en Buenos Aires por el Doctor Alberto Peralta Ramos.

Amalia Caroli de González de 24 años, italiana, sin antecedentes hereditarios y fisiológicos de importancia — primipara. Ingresa de urgencia á la Clínica en las siguientes condiciones: gran agitación é inconciencia — temperatura 37° pulso regular, hipertenso, 120 pulsaciones por minuto; vómitos sanguinolentos, estomatorragias y epístasis abundantes, anasarca generalizada; se le extrae pequeña cantidad de orina concentrada, por catete-

rismo, cuyo análisis denota la presencia de gran cantidad de albúmina.

Instantes después es acometida por un intenso ataque característico de eclampsia, el segundo, según manifestación del marido que la condujo á la clínica, quien agregó además, que salvo dolores de cabeza persistentes, el embarazo transcurrió sin accidente de mayor importancia hasta hace un mes en que empezó á hincharse sin que se le diera mayor importancia por tratarse de un hecho de observación común — no se le examinó la orina.

Que desde quince días antes de su ingreso á la clínica la enferma se quejaba de un dolor fijo en los ojos y de la presencia de un velo que le impedía ver claramente y que algunas horas antes del primer ataque de eclampsia, se quedó ciega completamente.

Exámen obstétrico: Altura del útero 27 centímetros, correspondiendo más ó menos á los 7 meses de embarazo — presentación cefálica sin encaje, dorso á la izquierda. Auscultación dudosa por el estado de agitación y la respiración fuerte de la enferma—Vulva y vagina de primípara, estrechas y poco elásticas — cuello íntegro, cerrado, sin señales de borramiento, segmento inferior espeso algo infiltrado y estrecho — (poco amplio) el tejido del cuello ofrece muy poca elasticidad.

En tales condiciones y dada la urgencia de evacuar rápidamente el útero creí encontrar perfectamente justificada una operación Cesárea vaginal á la que procedí sin vacilación usando el método tan sabiamente aconsejado por Bumm, con la ayuda del médico interno de la clínica, doctor Boero, y en presencia de los practicantes internos del hospital.

Prévia anestesia clorofórmica y los cuidados de asepsia y antisepsia de rigor, pongo al descubierto la porción vaginal del cuello del útero mediante una salva vaginal anterior y otra posterior — dos pinzas de museux á doble diente, toman una el labio anterior y otra el posterior del cuello, el que inmediatamente es atravesado en sus comisuras, de adentro á fuera por dos asas de seda nº 3 con el fin de traccionar y desenderlo junto con el segmento inferior, á la vulva, poner en tensión la vagina y permitir la sección en la línea media — Expuesto el campo operatorio, se traza una incisión mediana que interesa todo el espesor de la vagina y que comienza á dos traveses de dedo del meato urinario y termina en el orificio externo del cuello, este último es dividido en todo su espesor y también en la línea media en una extensión de dos centímetros; hasta éste momento no se observa la más insignificante pérdida de sangre.

Hecho ésto, un dedo introducido en la herida, separa la vejiga con facilidad, disecando el tejido celular del espacio vésico-uterino siempre á espensas de la cara anterior del útero hasta el momento de sentir netamente el fondo de saco peritoneal, al tiempo que se va seccionando y descubriendo la pared anterior del útero con la precaución de tomar los bordes de la herida, y tirar suavemente hácia abajo á fin de poner bajo el control de la vista el límite superior de la incisión uterina.

Reconocido el fondo de saco peritoneal y bien separada la vejiga hacia adelante si es posible con una valva ó simplemente con el dedo, continúo la separación del peritoneo sobre la cara anterior del segmento inferior

del útero á fin de descubrir de éste una extensión de 8 á 10 centímetros que secciono con la tijera y que pienso me dará la amplitud suficiente como para permitir la extracción de un feto de 7 meses. Mucho antes que la bolsa de las aguas se hace aparente; procuramos respetarla en todo momento; un último golpe de tijera la abre dejando salir líquido amniótico claro.

Retiro entonces todas las pinzas dejando únicamente las sedas que toman el cuello. Practico rápidamente una versión interna cuya única dificultad aparece recien en el desprendimiento de la cabeza por resistencia anormal del anillo vulvar á tal punto que fué necesario practicar una episiotomia lateral rápida á fin de poder extraer el feto vivo sin traumatismo. El útero permanece inerte, hay pérdida de sangre por desprendimiento parcial de placenta, lo que me obliga practicar el alumbramiento artificial sin inconveniente alguno. Terminado el parto se comprueba la perfecta integridad del fondo de saco peritoneal, de la vejiga y de la comisura superior de la incisión operatoria que no se ha extendido por la extracción del feto. Procedo á la sutura, tiempo que asombra realmente por la facilidad con que se cumple, tomando la precaución de hacer tracciones sobre las sedas que sujetan el cuello á fin de llevar al orificio vulvar la comisura superior de la incisión del útero; varios puntos separados de catgut cierran la herida con los labios perfectamente bien aprontados; una sutura contínua de la vagina también con catgut termina la operación, después de cortar las sedas que sostienen el cuello: la marcha ulterior no ofrece interés del punto de vista quirúrgico, se le trata como á toda eclámptica,

12 horas después la mujer recupera completamente el conocimiento, la diuresis aumenta; la amaurosis casi completa en los primeros días se disipa lentamente: en la actualidad la mujer vé relativamente bien y antes de abandonar el servicio se le practicará un exámen del fondo del ojo.

La mujer abandona la cama á los 15 días; la temperatura ha sido normal, involución uterina algo lenta; en la actualidad el útero se palpa á 3 centímetros por encima del pubis, loquios serosos muy escasos, las heridas se encuentran perfectamente cicatrizadas; á los 17 días sale de alta con su hijo.

El niño de sexo masculino de 7 meses de 1950 gramos, nace algo débil, en los primeros días se le mantiene en la incubadora, y desde el segundo toma el pecho con fuerza; después del 10º día comienza á aumentar de peso progresivamente y al abandonar la clínica sus condiciones generales son satisfactorias.

En síntesis creo poder expresar que la operación cesárea vaginal por histerectomia anterior ó método de Bumm, es una operación metódica y segura que puede practicarse con facilidad y rapidez, y que si bien por ahora puede no ser accesible al médico práctico no especialista, creo que todos los parteros pueden practicarla y nó únicamente aquellos que estén muy habituados á las operaciones ginecológicas.

CONCLUSIONES

Como se vé en los dos únicos casos en que se ha practicado entre nosotros, la Cesárea vaginal conservatriz, su éxito no puede ser más lisonjero, y si bien es

cierto que la preparación y competencia de ambos cirujanos, queda fuera de toda discusión, lo que me hago un honor enr econocer, no es menos cierto que es una operación de técnica sencilla y que bien metodizada y practicándola sin descuidar un ínfimo detalle y bajo una prolija y minusiosa anticepsia, puede el éxito ser descontado anticipadamente.

Tres consideraciones me persuaden de las ventajas de esta operación: 1º. su rapidez, 2º. su vía extraperitoneal y 3º. el reducido número de ayudantes é instrumentos necesario.

La rapidez conque esta operación se practica es innegable y asi vemos que su autor asegura emplear menos de 15 minutos á lo que corroboran nuestros dos cirujanos, pues, el doctor Zárate la efectuó en 10 minutos y el doctor Peralta Ramos en más ó menos igual tiempo.

El hecho de no tocar el peritoneo y por lo tanto evitar la infección de ésta cerosa, sensible á veces á una sola gota de sangre, es demasiado persuasivo por sí sólo.

Y finalmente con el reducido personal conque se la puede encarar, lejos de nuestras maternidades, allí donde todo falta, pues como en el caso del doctor Zárate, ella ha sido practicada sin anestésia, no sin duda, por falta de ayudante sinó por una lógica contraindicación. Los instrumentos necesarios, bien pocos por supuesto, adornan el consultorio de cualquier médico de campaña.

La Cesárea vaginal, ha tomado carta de ciudadanía entre nosotros y la cultura científica nos invita á tributarle el homenaje de su práctica.

ANGEL M. REOLIN

Buenos Aires, 20 Diciembre de 1909.

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Samuel Molina y al profesor suplente Dr. Faustino J. Trongé para que constituidos eu Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis de acuerdo con el Art. 4º. de la ordenanza sobre exámenes.

E. Canton.
R. S. Gómez.
Secretario

Buenos Aires, 13 Noviembre de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta Nº 2111 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Canton.
R. S. Gómez.
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la pubiotomía.

ENRIQUE BAZTERRICA

II

Operación cesárea abdominal — Sus ventajas.

SAMUEL MOLINA

III

Paralelo clínico entre la Sinfisiotomía y la Pubiotomía.

FAUSTINO J. TRONGÉ