Año 1915 Núm. 3016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA HISTEROTOMÍA CERVICAL

en el vaciamiento rápido del útero grávido

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN OXILIA

Ex practicante menor interno del Hospital José María Bosch (1911)
Ex practicante menor y mayor interno del Hospital Torcuato de Alvear (1911-1915)

BUENOS AIRES

Premiado Establecimiento Gráfico "RIACHUELO" — Almirante Brown 1076

1915

La Histerotomía Cervical

en el vaciamiento rápido del útero grávido

Año 1915 Núm. 3016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA HISTEROTOMÍA CERVICAL

en el vaciamiento rápido del útero grávido

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN OXILIA

Ex practicante menor interno del Hospital José María Bosch (1911)
Ex practicante menor y mayor interno del Hospital Torcuato de Alvear (1911-1915)

BUENOS AIRES

Premiado Establecimiento Gráfico "RIACHUELO" — Almirante Brown 1076

1915

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. „ „ PEDRO N. ARATA
3. „ „ ROBERTO WERNICKE
4. „ „ PEDRO LAGLEYZE
5. „ „ JOSÉ PENNA
6. „ „ LUIS GÜEMES
7. „ „ ELISEO CANTÓN
8. „ „ ANTONIO C. GANDOLFO
9. „ „ ENRIQUE BAZTERRICA
10. „ „ DANIEL J. CRANWELL
11. „ „ HORACIO C. PIÑERO
12. „ „ JUAN A. BOERI
13. „ „ ANGEL GALLARDO
14. „ „ CARLOS MALBRÁN
15. „ „ M. HERRERA VEGAS
16. „ „ ANGEL M. CENTENO
17. „ „ FRANCISCO A. SICARDI
18. „ „ DIÓGENES DECOUD
19. „ „ BALDOMERO SOMMER
20. „ „ DESIDERIO F. DAVEL
21. „ „ GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. „ „ DOMINGO CABRED
23. „ „ ABEL AYERZA
24. „ „ EDUARDO OVEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANVELL

„ „ MARCELINO HERRERA VARGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Decano

DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
„ „ ENRIQUE BAZTERRICA
„ „ ENRIQUE ZÁRATE
„ „ PEDRO LACAVERA
„ „ ELISEO CANTÓN
„ „ ANGEL M. CENTENO
„ „ DOMINGO CABRED
„ „ MARCIAL V. QUIROGA
„ „ JOSÉ ARCE
„ „ ABEL AYERZA
„ „ EUFEMIO UBALLES (con lic.)
„ „ DANIEL J. CRANWELL
„ „ CARLOS MALBRÁN
„ „ JOSÉ F. MOLINARI
„ „ MIGUEL PUIGGARI
„ „ ANTONIO C. GANDOLFO (sup.)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
„ „ JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ JUVENCIO Z. ARCE

„ PEDRO N. ARATA

„ FRANCISCO DE VEIGA

„ ELISEO CANTÓN

„ JUAN A. BOERI

„ FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GÓMEZ „ RICARDO SARMIENTO LASPIUR „ JOAQUIN LÓPEZ FIGUEROA „ PEDRO BELOU
Química Médica	„ ATANASIO QUIROGA
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y Ejercicios clínicos	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO „ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	„ TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génito-urinaria	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Oftalmológica	„ PEDRO LAGLEYZE
„ Quirúrgica	„ DIÓGENES DECOUD
„ Médica	„ LUIS GÜEMES
„ Médica	„ PEDRO ESCUDERO (en ejerc.)
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO „ MARCELO VIÑAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVEZ
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZÁRATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediátrica	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO „ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRÚN „ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía Descriptiva	„ EUGENIO V. GALLI
Zoología Médica	„ GUILLERMO SEEBER
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana	„ FRANK L. SOLER
Bacteriología	„ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO
	„ MANUEL V. CARBONELL
Semeiología	„ CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía Topográfica	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Patológica	„ JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia	„ JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria	„ ENRIQUE FINOCHIETTO
Patología Externa	„ CARLOS ROBERTSON
	„ FRANCISCO Y. CASTRO
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ NICOLÁS V. GRECO
	„ PEDRO L. BALIÑA
Clínica Génito-Urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
	„ JOAQUIN NIN POSADAS
Clínica Epidemiológica	„ FERNANDO R. TORRES
Patología interna	„ PEDRO LABAQUI
	„ LEÓNIDAS JORGE FACIO
	„ PABLO M. BARLARO
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE DEMARÍA
	„ ADOLFO NOCETI
Clínica Oto-rino-laringológica	„ JUAN DE LA CRUZ CORREA
Clínica Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
	„ ARMANDO MAROTTA
	„ LUIS A. TAMINI
	„ MIGUEL SUSSINI
	„ JOSÉ M. JORGE (H.)
	„ JOSÉ ARCE
	„ ROBERTO SOLÉ
	„ PEDRO CHUTRO
Clínica Médica	„ LUIS AGOTE
	„ JUAN JOSÉ VITÓN
	„ PABLO MORSALINE
	„ RAFAEL BULLRICH
	„ IGNACIO IMAZ
	„ PEDRO ESCUDERO
	„ M. R. CASTEX
	„ PEDRO J. GARCÍA
	„ JOSÉ DESTEFANO
	„ JUAN R. GOYENA
Clínica Pediátrica	„ MANUEL A. SANTAS
	„ MAMERTO ACUÑA
	„ GENARO SISTO
	„ PEDRO DE ELIZALDE
	„ FERNANDO SCHWEIZER
Clínica Ginecológica	„ JAIME SALVADOR
	„ TORIBIO PICCARDO
	„ OSVALDO L. BOTTARO
	„ CARLOS R. CIRIO
Clínica Obstétrica	„ ARTURO ENRIQUEZ
	„ ALBERTO PERALTA RAMOS
	„ FAUSTINO J. TRONGÉ
	„ JUAN B. GONZÁLEZ
	„ J. C. RISSO DOMINGUEZ
	„ JUAN A. GABASTOU
Medicina legal	„ JOAQUIN V. GNECCO
	„ JAVIER BRANDAM
	„ ANTONIO PODESTÁ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica	DR. 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
Técnica farmacéutica	DR. PASCUAL CORTI „ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	„ TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	„ LUIS GUGLIALMELLI „ PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año	Vacante
Segundo año	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año	„ FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Segundo año	DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Tercer año	„ J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
Segundo año	„ LEÓN PEREYRA
Tercer año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

PADRINO DE TESIS

Dr. Humberto Bisi

Jefe del servicio de otorrinolaringología del Hospital Torcuato de Alvear

Jefe de clínica del servicio de la especialidad en el Hospital Rivadavia

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Hombre probo que fué, supo dejar huellas imperecederas en su paso.

Padre ejemplar, no escatimó sacrificios para labrar el porvenir de sus hijos, no cesó un momento de inculcar el amor al hogar y el amor al trabajo, que ennoblecen y dignifican.

Dió ejemplos sublimes de compasión hacia el que sufre.

Su augusta memoria me marcará siempre el camino recto. Su ejemplo será la norma invariable de mi vida.

A MI QUERIDA MADRE

Débil testimonio de cariño inmenso y de gratitud eterna.

Lo que por mí hiciste, madre, no se paga sino con el corazón. A tí lo debo todo.

Esta prueba de amor filial es pequeña en su forma, pero muy grande en su fondo.

A MIS QUERIDOS HERMANOS

Contribuísteis en la obra que he realizado: mi cariño y el amor que os profeso, os rendirá cuenta de mi gratitud.

A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS

A MIS HERMANOS POLITICOS

Sr. ANDRES CASTELLINO

Sr. SALVADOR CICHERO

Sra. TERESA SELLES DE OXILIA

Y A MIS SOBRINOS

CARIÑO

AL Dr. UBALDO FERNANDEZ

Profesor suplente de clínica obstétrica
(En ejercicio de la Cátedra de Puericultura)
Director de la Maternidad del Hospital Torcuato de Alvear

AMISTAD Y RECONOCIMIENTO

A LOS MIOS Y A LOS QUE FUERON MIOS

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO
DEL HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

Introducción

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Señores Consejeros:

Pasan por mi mente las horas felices de mi infancia, vividas allá en el corazón de América, al calor del hogar. Imágenes nítidas, intensas, imborrables, me recuerdan aquellos días en que todo sonríe y en que nada preocupa ni turba la mente del impúber.

Paréceme contemplar aún la tarde serena de mi partida, cuando mis padres y hermanos amados me despedían, alejándome de su lado con el corazón entristecido, pero anhelosos de verme en el momento que hoy he llegado. Suenan en mis oídos aún sus adioses y veo agitarse sus pañuelos, que por momentos renunciaban a su papel para enjugar lágrimas: eran lágrimas de amor, eran lágrimas de pesar, eran lágrimas de esperanzas...

Hoy recuerdo con viva emoción todo aquel pasado y siento cadenciosas las horas vividas allá en el caluroso hogar, allá en la apacible atmósfera del girón que me vió nacer.

Trasponía temeroso y turbado los umbrales de la Facultad; contemplaba sus aulas, sus paredes vetustas y pensaba en los que la habían dado luz y vida; pensaba en los que la habían dado tan sólido pedestal y en los que la habían elevado a la altura que se presentaba a mis ojos. Pensaba, en fin, en los que entonces daban toda su energía, todo su saber, manteniéndola a un nivel tan digno.

Héme, pues, ante vosotros, señores, después del esfuerzo noble, ardiente y lleno de esperanzas realizado. A vosotros, que habéis forjado mi mente en el yunque de la ciencia, mis respetos y mis admiraciones.

El momento, como los mencionados anteriormente, marcará una etapa de mi vida: momento solemne y lleno de emociones al presentarme por última vez ante vosotros, con la incertidumbre, con la seguridad quizá, de que lo que os presento no responda a vuestro saber. Pero siento la convicción firme, altiva, que he puesto para la obra todas mis energías, toda mi sinceridad. Cábeme, pues, la satisfacción del deber cumplido. Se encontrarán en ella deslices e impropiedades, pero confío en vuestra benévola crítica y noble complacencia.

Me alejo con el pesar inevitable de la partida: es que recuerdo los días del estudiante que quedaron allá como estampados en las aulas, en los anfiteatros, en los laboratorios, en las salas del Hospital.

Cuando se piensa en el camino recorrido, cuando el alma no es hueca, esa vida se vive con el recuerdo.

El complemento indispensable, a mi juicio, de la cátedra para modelar y templar el espíritu médico, para hacer del estudiante un profesional consciente de sus actos y capaz de desempeñarse así en la opulenta urbe, como en la más humilde aldea lejana, es, decía, el internado de Hospital. Es donde se ve y se siente la medicina, es donde se palpa de cerca el sufrimiento, tremendo, frío, horrible.

Por eso quiero recordar al Hospital Alvear, el gran nosocomio, que me dió gran parte de mi preparación médica actual. He vivido en él y con él. Es el que me enseñó el enverso de la medalla: el hogar humilde, el hogar desolado, el hogar miserable, sucio e infecto.

¡Cuántas veces a la vuelta de un primer auxilio de uno de esos hogares, meditaba en la Sala de Guardia sobre el enfermo que acababa de examinar! Pensaba en la enfermedad de su cuerpo y en la enfermedad de su alma. Veía sus covachas que cubrían tanta miseria y que callaban siempre en las noches frías y largas del arrabal...

Fuera yo ingrato si no recordara aquí a los médicos y amigos que me inculcaron su saber y que me dieron tantos y tan oportunos consejos. Muchos son, y no los podré mencionar a todos.

Al doctor Humberto Bisi, que me brindó con su amistad y que una vez más, se liga a mí por nuevos afectos en este acto, vaya mi más sincero reconocimiento y mi gratitud por tantas atenciones.

Al Director del Hospital Alvear, doctor José A. Viale, que me dió tantas pruebas de aprecio, ya desde que fuí su practicante, y que nunca sabré retribuirlas.

Al Director del Hospital José M. Bosch, doctor Miguel H. Andreau, en cuyo servicio me inicié en la práctica de la medicina, vaya mi amistad y mis recuerdos.

A mis jefes y amigos los doctores Ricardo S. Gómez, Juan C. Labat, Guillermo Valdés (h.), Antonio C. Gallotti, Luis Pagliere, S. Nicolini, Joaquín Nin Posadas, Roberto Wernicke (h.), doctor Chavroux, con quienes pasé intensos días de labor en sus respectivos servicios.

A los doctores José S. Picado, Miguel A. Marini, B. Houssay, Roberto Solé, mis aprecios por sus enseñanzas.

Debo recordar especialmente al Director de la Maternidad del H. T. de Alvear, doctor Ubaldo Fernández, cuyos trabajos y enseñanzas me inspiraron la Tesis y en cuya clínica viví los mejores días de mi internado. A sus jefes de clínica, mis amigos los doctores Tristán González e I. Peña, que me iniciaron en la práctica del parto, vaya mi amistad sincera.

Igual mención merecen mis excelentes amigos los doctores Adelio P. Barceló, Roberto Acosta y Fernando Coni Bazán, médicos internos del Hospital, en cuyas guardias pasamos días felices de franca amistad y de profícuas enseñanzas. Lo mismo al doctor H. Cassinelli, que aunque no compartió "la guardia" conmigo, supo ofrecerme sus atenciones. A mis condiscípulos y ami-

gos los doctores Juan Gamba, Horacio Vilaseca, Doroteo Drake, Belisario Llanos, mis afectos y mis cariños.

Recodaré, por fin, a mi buen amigo el Ingeniero Gregorio Ortiz, que no obstante el alejamiento que nos impuso el estudio, supo mantener el vínculo a la misma altura y tal como lo tuvimos desde el Colegio Nacional.

No terminaré sin antes recordar con el afecto y el cariño que le profeso a mi hermano Victorio, que supo alentarme en los momentos tristes y en las horas grises de mi vida.

GENERALIDADES

La necesidad frecuentísima que se impone al médico de interrumpir un embarazo, o de evacuar el útero del producto de la concepción, aún en su término normal, me ha inducido a emprender este breve trabajo. Su objeto, y se comprende, es múltiple: con él, corono mi carrera universitaria, saldando mi última deuda con la Facultad. Esta razón es el móvil, pero no el fin único. Y es que la práctica médica diaria, a la que me aboco desde hoy, coloca al que la profesa, muy frecuentemente en el dilema de la elección de un método seguro, rápido e inocuo, para desembarazar un útero y conforme convenga al caso clínico.

Tiempo hace que el tema que motiva esta tesis, llamó mi atención, si no en la forma explícita de su epígrafe, por lo menos en lo referente al aborto.

Ya en el servicio de ambulancia, del Hospital Torcuato de Alvear, mis observcaciones múltiples de casos de abortos, de todas las edades del embarazo, y en pacientes de muy variadas clases sociales, hiciéronme pensar seriamente sobre sus incidencias inmediatas y ulteriores, así se refiera desde el punto de vista puramente obstétrico, como desde el punto de vista social. Am-

bos constituyen dos grandísimos problemas, como acertadamente dice el Dr. Ubaldo Fernández (1).

En efecto, considerado desde el punto de vista obstétrico, el aborto es, muchas veces, un verdadero problema, tanto más difícil de resolver, cuanto que en estos casos se presenta con carácter de mayor urgencia: no se le puede pedir prórroga y hay que tratarlo, prescindiendo del interés que pueda tener para la enferma, el hecho de producirse o no.

Claro está que para los especialistas, parteros y ginecólogos, el problema pocas veces se les presenta con carácter de tal. No así para el médico práctico, a quien recurren con frecuencia las "abortadas" y hasta las "abortadoras", sin averiguar qué rama de la medicina cultiva de preferencia.

Ahí está precisamente mi interés, mi obsesión diré, sobre el aborto.

Y desde el punto de vista social, ¿se habrá dicho acaso lo bastante sobre tan enojoso asunto?

Se dijo y escribió mucho, en todos los tonos; pero estamos muy distantes de la última palabra. Pienso que, quizá, sea un bien. Así cada médico, y ante cada caso, aplicará su criterio personal, oyendo la voz de su conciencia... pero, claro está, sin hacer oídos sordos a la ley.

Durante mi internado como practicante mayor de

(1 Fernández U.—Estudio anátomo clínico del aborto. Tesis de profesorado, 1907.

la Maternidad del Hospital Torcuato de Alvear, y mi anterior, con igual carácter, de la Sala III delmismo hospital, presentóseme oportunidad y material clínico abundantes, para seguir y estudiar de cerca numerosos casos de abortos, ya expontáneos, ya provocados con fines terapéuticos y hasta criminales.

La Maternidad, tan proficua en enseñanzas, me ofreció, entre otras muchas cosas interesantes, las no menos referentes a las histeretomías cervicales y a la operación cesárea vaginal — que fué para mi una primicia — como terapéutica racional y obstétrica, del aborto y del parto, respectivamente.

Estas razones motivaron el cambio de mi primitivo plan, y siguiendo indicaciones del Dr. Fernández.

He ahí, pues, expresados brevemente los móviles y los orígenes del tema que he elegido para doctorarme.

Pretendo, en el transcurso de los capítulos que van a seguir, hacer resaltar las ventajas alcanzadas con la operación de Dührssen, en el curso de un embarazo o de un parto accidentados, que reclaman su interrupción o su terminación inmediatas, librando al útero de su contenido en breve plazo y sin ulterioridades, tanto para la madre como para el feto, dado el caso que este sea viable, se entiende.

Haré constar previamente los procedimientos que se emplearon con anterioridad a la operación cesárea vaginal, y que aún se siguen usando hoy, con resultados

excelentes, muchos, otros como medios de elección, e insustituibles por tanto.

Trataré, pues, sucinta e incidentalmente los tratamientos aplicables al aborto, en lo que a métodos lentos se refiere, para luego entrar a describir los métodos llamados rápidos, separando los no cruentos de los que lo son, e insertando en este capítulo, el verdadero objeto de esta tesis: las *histerotomías cervicales* y la *operación cesárea vaginal.*

En la Maternidad del Hospital Torcuato de Alvear, cuyo puesto de practicante me cupo en suerte desempeñarlo, pude observar varios casos, por demás ilustrativos y con éxitos halagüeños, obligándome así a practicar un somero estudio comparativo entre los otros métodos destinados a llenar el mismo fin.

No tengo, pues, otra pretensión, que la de ser un mero expositor de algunas de las histerotomías cervicales y de todas las cesáreas vaginales practicadas en dicha clínica, desde su fundación (1912) hasta la fecha, para cuyo objeto fuí autorizado por su director el Dr. Ubaldo Fernández, a quien reitero mi agradecimiento, así como por su valiosa cooperación.

Con este criterio, me limitaré a exponer ante todo y sobre todo, lo adquirido en mis observaciones personales, sin entrar en otros detalles que me llevarían muy lejos, y especialmente en lo que a historia analítica se refiere, pues, de otro modo, habría que remontarse poco menos que a Hipócrates y llenar páginas y capítulos

enteros de lo mucho que otros escribieron al respecto.

Por la misma razón, la bibliografía consultada, de intento la reduje a límites severos, no obstante existir una muy copiosa, sobre todo a partir del año 1896, época en que Acconci en Italia y Dührssen en Alemania practicaron con pequeñas variantes y casi simultáneamente, la operación *cesárea vaginal, radical* el primero, *conservadora* el segundo.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

Procedimientos empleados para el vaciamiento del útero grávido

En este capítulo trataré someramente y como preliminar, los métodos que se emplean, tanto para comenzar un aborto o un parto, ya prematuro, ya de término, como para terminarlos, dado el caso que estos se hubiesen iniciado expontáneamente.

Por otra parte, y ante la diversidad de procedimientos que se utilizan con este fin, y no siendo el objeto que me he propuesto, me limitaré a los métodos puramente obstétricos, excluyendo de la descripción a los ya caídos en desuso por su propia ineficacia, tales como la administración de substancias llamadas abortivas, inclusive los tan mentados drásticos; las marchas y ejercicios prolongados; los traumatismos ejecutados sobre el útero, sea a través de la pared abdominal, sea por vía vaginal; las excitaciones sobre las zonas histerógenas, etc., etc.

Como se comprende, son métodos inseguros que no obran sino por violencia, en manos hoy de pseudo-

comadronas de barrio y abortadoras inhábiles, o, caso no raro, en manos de galanes afligidos. Y ¿no usan caso también las amantes, las esposas, por su cuenta y riesgo? Es que ven su "honra" menoscabada, ven una carga para su hogar, o lo que es más condenable, una "carga" para su persona física. Y pensar que esos futuros seres no tienen más culpa que la de completar biológicamente el complejo problema del amor: amores ilícitos muchos, pero amores al fin, que nacen con tanta imprevisión, para morir con frecuencia en el lodo, en la miseria, en el ultraje! Así se explica que aún se usen estos procedimientos que aseguran la impunidad de quién o quienes los practican; se explica también por qué se seguirán usando. ¿Y a qué medio recurrir, pues, para salvaguardar la "honra"? ¿A qué puerto guarecerse para eludir el irresistible embate de la ola social y librarse de un naufragio en el mar del desprecio?...

Para comodidad de la descripción, dividiré los procedimientos en lentos y rápidos.

En general y aplicándose tanto al aborto como al parto, los métodos lentos tienen por principio iniciar el trabajo — o continuarlos si se hubiesen detenido — actuando sobre una porción cualquiera del conducto cérvicouterino, o cérvicosegmentario, o aún sobre el mismo huevo, dejando librado el resto del trabajo, a la obra natural del organismo materno.

Este principio se deduce del mecanismo conocido del aborto o del parto: para que estos se cumplan, es

necesario que haya contracciones uterinas, cualquiera sea la causa íntima que las produzcan, que no la tomaremos en cuenta por no corresponder a este estudio. El hecho que nos interesa es la marcha de la expulsión del huevo, que comenzará por su desprendimiento, a raíz de las contracciones uterinas dolorosas. (Fernández U. ob. cit.)

Dicho mecanismo, como se comprende, varía según la edad del embarazo, aunque en el fondo ofrezca poca diferencia.

Manteniendo la división clásica de Guillemot, del aborto, en ovular, embrionario y fetal, diremos, respecto al primero, que su ejecución en dos tiempos es la regla, no obstante producirse muchos de ellos en un solo tiempo, hasta el punto que se le tuvo por exclusivo. Las estadísticas de Brion, levantadas en la clínica Baudelocque y bajo la dirección de Pinard, demuestran hasta la evidencia la inexactitud de esta última afirmación.

Respecto al aborto embrionario, se efectúa, con mayor frecuencia aún, en dos tiempos, así como para el fetal, pudiendo afirmarse de una manera general que la producción en un solo tiempo es tanto más rara, cuanto más alejado se halle el embarazo del comienzo de la concepción. (A. Fruhinsholz, in Brissaud, Pinard, Reclus. Nouvelle pratique médico-chirurgicale. Art: avortement), lo que se expresa diciendo que cuanto más avanzada sea el embarazo, tanto más se asemejará en

su mecanismo al parto, prematuro o de término (Ribémont Dessaignes et Lepage, Précis d'obstétrique).

El aborto en dos tiempos es lo que he observado con mayor frecuencia en el servicio de guardia del Hospital T. de Alvear, si bien estas observaciones no constituirían un elemento de prueba absoluto en favor de dicho mecanismo, por cuanto no estoy en condiciones de afirmar si las "abortadas" concurren a las clínicas con los primeros síntomas.

Es probable, en efecto, que muchas de ellas, si no la mayoría, lo hagan sólo al notar los primeros síntomas alarmantes (hemorragias intensas, dolores intolerables, prolongación excesiva, fiebre, etc.), quedando las demás en sus respectivos domicilios soportando su aborto inaccidentado. En este grupo, quizá, puedan incluirse muchos abortos en un solo tiempo.

Entendido así rápidamente el mecanismo de producción del aborto, y teniendo en cuenta que el cuello uterino, en los tres primeros meses del embarazo, no se borra, sino que se entreabre en conjunto para dejar pasar el feto o el huevo, según que las membranas estén íntegras o rotas, deberemos considerar el aborto de esta edad, como un *alumbramiento* en el sentido obstétrico de la palabra. Aun para el caso que se efectúe en dos tiempos, esta manera de ver es exacta: y no ha de ser de otro modo ya que el feto es poco menos que despreciable, porque cualquiera que sea su presentación, es expulsado con facilidad, siempre que exista una

dilatación conveniente del cuello uterino, para cuya producción es indudable que interviene como fector activo.

Expulsado el feto, la placenta no está desprendida, o lo está parcialmente; el cuello vuelve sobre sí, y desde luego, es necesario un nuevo trabajo para desinsertar la placenta o para terminar de desprenderla. Es precisamente cuando aparecen las grandes hemorragias, sobre todo tratándose de un aborto con feto vivo, y cuando reclaman un tratamiento urgente.

Del aborto fetal, que se presenta a menudo en un solo tiempo, no hablaremos, ya que representa un pequeño parto.

Hecha esta pequeña consideración, pasaremos a describir brevemente los métodos lentos para vaciar un útero grávido.

Diré, desde luego, que en general, a los métodos lentos recurren las abortadoras profesionales entre su clientela civil, es decir, valiéndose de cualquiera de los medios capaces de despertar las contracciones uterinas (dilatación del cuello, punción del huevo, etc.) dejando que estas completen el aborto si no se presentan complicaciones, o, caso de producirse, requiriendo los auxilios de un médico o los de la Asistencia Pública, alejándose con anticipación y astutamente para evitar encuentros que les serían molestos, muy molestos. Así lo hacen siempre, pero se cuidan bien de instruir a sus clientes, a fin de que estas respondan,

como conviene, al interrogatorio médico, pretendiendo sorprender su buena fe. Cansados estamos de oir el eterno cuento de la "caída de una escalera", de "al mover un mueble", de "me dí un gran susto", o "un gran disgusto", cuando no ambos a la vez, etc., etc. No quiero con esto negar la influencia etiológica de estos factores para la producción del aborto, sino que sólo me refiero a esos casos evidentes de abortos provocados.

Métodos lentos propiamente dichos. — Supongo un aborto inevitable, o la necesidad de vaciar un útero en estado de embarazo.

Como dije anteriormente, los procedimientos lentos son por excelencia, los que quedan librados a las contracciones uterinas, o aquellos que las despiertan o las favorecen.

Así entendidos, el tratamiento abstencionista y expectante, en un aborto o en un parto prematuro inevitables, debe tenérsele por lento. El reposo en cama, la desinfección minuciosa de los órganos genitales externos de la mujer, será, pues, el único tratamiento adecuado y de elección, para los casos que no se acompañen de complicaciones.

Pero esta eventualidad no es, ni con mucho, la regla. En otra época, sistemáticamente se trataba un aborto incompleto por la intervención inmediata. Así, Doleris, en Francia, se constituyó en su más ardiente defensor, hasta el punto de proclamar el cureteo ins-

trumental, como único eficaz. Este autor fué quién fijó la técnica que hoy se sigue para tal operación. Luego veremos la evolución que sufrió esta manera de proceder, y trataremos de colocar al "raspado uterino" en los límites que una larga práctica le ha asignado.

Las irrigaciones vaginales o intrauterinas, á una temperatura de 45 a 50°c., o el simple taponamiento vaginal, pueden favorecer también el trabajo de aborto, pero siempre en ausencia de complicaciones.

Procedimientos que actúan sobre el huevo.—El más simple es la punción de las membranas a través del orificio del cuello uterino. Roto el huevo, el trabajo comienza lentamente, por contracciones uterinas cada vez más intensas y dentro de un plazo en extremo variable, que no es posible fijarlo ni en horas ni en días. Es el método primitivo, por así decir, del parto prematuro artificial. Tiene el gran inconveniente de dejar sin líquido el huevo, exponiendo a un trabajo prolongado, y por lo tanto, comprometiendo la vida del feto; de ahí su casi abandono. Es el método de elección para los casos de distensión exagerada del vientre por hidramnios. Relatamos una historia clínica sobre un caso de esta naturaleza.

Las irrigaciones intrauterinas que desgarran las membranas o las desprenden, despiertan asimismo las contracciones del útero, determinando un comienzo de aborto o de parto.

El desprendimiento de las membranas, practicado

con una sonda, o la simple presencia de un cuerpo extraño, son capaces de iniciar el trabajo. El método de Krause está basado en el primer procedimiento; el balón excitador de Tarnier en el segundo.

Procedimientos que obran sobre el cuello uterino.— En estos se clasifican los que actúan directamente sobre el hocico, como los que lo hacen sobre su orificio. Pasamos por alto los primeros.

En cuanto a los segundos, forman un número variadísimo, entre los que se cuentan todos los dilatadores y los métodos de dilatación.

Como estos procedimientos preceden generalmente a un vaciamiento inmediato del útero, creo oportuno describirlos en el párrafo correspondiente a los métodos rápidos.

Sólo diré, de paso, que conviene separar aquellos métodos que cuentan con la ayuda de las contracciones uterinas, para dilatar el orificio del cuello (balones, tapones), de aquellos que no necesitan de dichas contracciones para llenar el mismo fin (bujías dilatadoras). Un procedimiento, hoy vulgarizado gracias a Bonnaire, y aplicable sobre todo al aborto inevitable, o con feto muerto y cualquiera sea su etapa o su complicación — excepto la infección — es el *taponamiento cérvico-vaginal aséptico.*

De aplicación fácil, debe usársele de inmediato y sistemáticamente, según la autorizada opinión del Dr. Fernández (U). Este autor defiende con entusiasmo

esta práctica, basado en sus propias observaciones.

"*El taponamiento cérvico-vaginal* es el método de tratamiento que más se adapta, en nuestro modo de ver, a esta premisa que debe ser nuestra guía: "en todo aborto inevitable, el rol del arte debe limitarse a favorecer su producción, con los menores peligros para la madre".

"En efecto, la introducción en la cavidad cervical del cuello, de una mecha más o menos voluminosa de gasa aséptica, despertará o aumentará, en los casos de aborto, la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas, favoreciendo, por una parte, el desprendimiento completo del huevo o sus restos, y por otra, su expulsión".

"Agregando a este tapón cervical, el taponamiento vaginal hecho en forma, habremos realizado el mejor tratamiento inofensivo y de fácil aplicación para *combatir las hemorragias,* tan frecuentes en el aborto. Además, este taponamiento no sólo es eficaz para combatir la hemorragia, sino para *prevenirla*".

"Todavía el taponamiento cérvico-vaginal puede emplearse como *compás de espera, en los casos que el estado general de la enferma,* requiera preocuparse ante todo de él". (Fernández U. ob. cit.)

El mismo autor niega que tal tratamiento exponga a las infecciones, atribuyéndolas a otra causa, claro está, siempre que la operación haya sido practicada con rigurosa antisepsia.

La técnica aconsejada es la siguiente: vaciamiento de la vejiga y del recto; antisepsia prolija de las manos del operador, luego de los órganos genitales externos de la mujer; nueva antisepsia de las manos del operador, quien practicará el tacto para confirmar el diagnóstico.

Colocada la enferma en posición obstétrica, se le practica una irrigación vaginal caliente y con solución antiséptica. Se coloca un espéculo o dos valvas vaginales (estas últimas de preferencia) tomando luego el cuello uterino con una pinza erina para descenderlo ligeramente y fijarlo. Con una pinza de curaciones uterinas, se introduce en la cavidad cérvico-uterina, una mecha de gasa aséptica. Si el orficio del cuello *no estuviera suficientemente abierto,* debe hacerse una dilatación previa instrumental.

Por último, se termina la operación con el taponamiento vaginal, que, para ser eficaz, debe llenar fuertemente y por completo todos los fondos de saco vaginales. Este quizá sea uno de los pocos inconvenientes, pues, a veces no es tolerado. Puesta la enferma en completo reposo y en decúbito supino, se espera la evolución del aborto, el que generalmente, al día siguiente se completa. Caso de no producirse, no hay contraindicación de practicar un nuevo taponamiento, previo un lavaje intrauterino. El tapón se retira a las veinticuatro horas poco más o menos.

Si fracasara, lo que es muy raro, habría que recurrir a los otros procedimientos.

Entre los métodos que actúan lentamente y que obran sobre el cuello uterino, están incluídos muchos otros, tales como el de Kluge (esponja preparada), el de Barnes y el de Chassagny (balones), que no los tomaremos en consideración por no emplearse actualmente.

Los métodos verdaderamente obstétricos y que su uso da resultados excelentes, y aplicables con exclusividad al parto prematuro y al de término, son los de Champetier, de Ribes y de Tarnier, por medio de sus respectivos balones; el de Krause, por medio de su sonda. No los describiremos por corresponder más a los métodos rápidos.

No obstante, el balón de Champetier de Ribes, modelo pequeño, se presta admirablemente como dilatador lento, pudiendo ser precedido en su aplicación, por las bujías de Hégar, o por las laminarias.

En cuanto al uso y aplicación de los dilatadores metálicos, los expondremos en el párrafo correspondiente a los métodos rápidos.

Diremos aquí algunas palabras sobre el empleo de las laminarias.

Usadas hoy con relativa frecuencia para provocar abortos clandestinos, no carecen de ciertas ventajas, siendo por tanto capaces de dilatar convenientemente

el cuello del útero y permitir maniobras destinadas a vaciar la cavidad uterina.

Constatada previamente la exacta dirección del conducto cérvico-uterino y su grado de permeabilidad, y con las precauciones antisépticas habituales, se procede, con o sin anestesia, a fijar el cuello y descenderlo por medio de una pinza erina; un simple espéculo vaginal o dos valvas, facilitan la operación. Hecho esto, se introduce el tallo de laminaria en el conducto cérvico-uterino, teniendo cuidado de sobrepasar el orificio interno y que su extremidad proximal quede a nivel, o poco menos del hocico.

En cuanto al diámetro de la laminaria que deberá emplearse, dependerá, naturalmente, del grado de dilatación a que se quiera llegar, y sobre todo del diámetro del orificio cervical que se pretende dilatar.

En general, es conveniente no empezar por las muy pequeñas, pudiéndose introducir, desde luego, una de mayor calibre, dilatando previamente el cuello con las primeras bujías de Hégar.

El comercio las presenta esterilizadas, de una longitud que varía entre 10 y 15 ctms. y numeradas según la escala de Charriere.

Como una contracción uterina violenta puede expulsar el tallo, es de práctica contenerlo por medio de un tapón vaginal.

La paciente debe ser colocada, como para el caso de

taponamiento cérvico-vaginal, en reposo y en posición de decúbito supino.

Su aplicación es dolorosa en razón de que dilata el cuello del útero por imbibición, aumentando de volumen y obrando como cuerpo extraño; de ahí los frecuentes cólicos uterinos de que se quejan las enfermas tratadas por este procedimiento.

Para que la dilatación tenga lugar, se requiere de 12 a 48 horas, a veces más, no siendo raro tener que aplicarse otra de mayor calibre.

CAPITULO II

Procedimientos rápidos no cruentos

Dijimos en oportunidad que los métodos de dilatación rápida no contaban, para su ejecución, con la ayuda de las contracciones uterinas. De ahí que se designe a estos procedimientos, de *dilatación forzada,* capaces de ofrecer en breve tiempo una dilatación más que suficiente para el pasaje de un feto de término o poco menos.

Pero "el principio de dilatación artificial (forzada) por presión lateral, no es feliz, mientras el estado del cuello del útero no ofrezca un conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que se presten a ello" (Peralta Ramos).

He ahí, pues, y desde ya deducida una contraindicación formal para la dilatación forzada, y que, como veremos, brinda excelente oportunidad y sitio a la histerotomía cervical.

En efecto, procediendo con violencia, expondríamos a desgarraduras cervicales múltiples, irregulares y extensas, con todas las desventajas y peligros ulteriores.

Lo lógico sería, pues, aun en cuellos sanos, no forzarlos para su dilatación, sino vencer previamente su resistencia.

Repetimos que la dilatación por este método fracasa no pocas veces; en algunas de nuestras observaciones clínicas, este procedimiento no dió resultado, debiéndose substituirlo por otros más radicales.

Dilatación rápida por el separador uterino de Tarnier. — Es aplicable tanto para provocar el trabajo de parto, como para acelerarlo. Su uso es de relativa facilidad, pero no carece de inconvenientes, citándose casos de rotura uterina, consecutivos a su empleo. Este dilatador obra directamente sobre el cuello por presión lateral y de una manera indirecta, es decir, refleja, como cuerpo extraño, despertando o acelerando las contracciones uterinas.

Como la fuerza activa que debe vencer la resistencia del cuello y luego dilatarlo, está en la elasticidad del anillo de goma que se aplica en su mango, se comprende que cuanto mayor sea la separación de sus valvas dilatadoras, tanto menos eficaz será su acción, en razón de que el anillo de goma disminuye su fuerza de compresión elástica, a medida que achica su diámetro.

Su empleo podría prestar servicios en aquellos casos de dilatación prolongada o estacionaria, con cuellos uterinos rígidos. No tenemos experiencia sobre su acción; tampoco lo vimos aplicar en todo el tiempo que duró nuestro internado en la Maternidad del Hospital T. de Alvear.

Dilatación por el aparato de Bossi. — El año 1890, Bossi, presenta al congreso de Berlín, un dilatador de

su invención, proclamando resuelto el problema de la dilatación forzada del cuello uterino, lo que equivalía a solucionar las dificultades del parto rápido.

En Italia, su patria, obtuvo gran favor, generalizándose su empleo. En Alemania no escasearon adeptos; entre nosotros, creo fué el Dr. Samuel Gache, quien lo introdujo y lo empleó. Pero en Francia se lo ha mirado con reservas, quizá excesivas, aunque no injustificadas.

Después de la aparición de la cesárea-vaginal, Bossi, insistiendo sobre las ventajas del aparato de su invención, se pregunta si su método no constituiría un progreso en relación a la técnica de Dührssen (Archivio di obs. e ginecologia. Anno 5).

Su autor cree conseguir una dilatación suficiente en un lapso de tiempo que oscila entre quince minutos y una y media hora. Como se ve, el plazo es bastante elástico, más elástico que cualquier cuello uterino normal.

Su acción enérgica dilatadora se ejerce sobre porciones limitadas del cuello, siendo, por tanto, expuesto a desgarraduras parciales, más frecuentes quizá, que con el dilatador de Tarnier. Podrá ser utilizado ventajosamente en "multíparas con cuellos blandos, y en primíparas con cuellos completamente borrados y con un principio de dilatación".

Sea como fuere, hay que reconcer en Bossi el mérito de su invento, y sobre todo el haber demostrado que sin

existir trabajo de parto o de aborto, puede diltarse artificialmente el cuello uterino, en determinados casos, se entiende, con resultados que en poco difieren de lo fisiológico.

La dilatación por el balón de Champetier des Ribes y el método de Krause, no los relataremos, por ser muy conocidos, de empleo relativamente frecuente y cuyas descripciones se encuentran en todos los tratados y libros de texto.

Dilatación manual. — Muy antiguo en su empleo constituyóse en operación bien reglada desde el año 1897, época en que Bonnaire le imprimió una feliz modificación convirtiéndose en su verdadero creador, con su método llamado *bimanual*.

Introduciendo uno o más dedos en el orificio cervical, se puede obtener una dilatación mediana, difícil de ampliarla porque no es posible, en estas condiciones, ejercer mayor fuerza.

Por el contrario, el *método bimanual* de Bonnaire, da resultados excelentes, hasta el extremo de tenérsele como procedimiento de elección, y debiéndosele usar antes de recurrir a los otros. Se comprende que debe existir ya un cierto grado de dilatación.

La técnica descripta por Bonnaire, es la siguiente: se colocan las manos adosadas por su cara dorsal de tal manera que las palmas miren a la izquierda y a la derecha del operador, respectivamente; es decir, las co-

loca adosadas con dorso y verticalmente con los pulgares hacia abajo.

Fernández (U.), modificó esta disposición, colocando las manos adosadas también, pero una por encima de la otra, horizontalmente, quedando, por tanto, ambos pulgares hacia el lado derecho del operador; en suma, la mano izquierda por debajo y en pronación, y la derecha por encima y en supinación. De esta manera es más fácil tomar un punto de apoyo sobre el pubis para efectuar la dilatación, aparte de que la situación de las manos es más "sostenible" que como Bonnaire lo indica. Tiene, además, la ventaja de poder efectuarse una rotación hacia la izquierda o hacia la derecha, según la situación que ocupan las manos, colocando sus bordes cubltales a la derecha o a la izquierda o hacia abajo.

Dispuestas las manos como se dijo, se introduce en la vagina y luego en el orificio cervical ambos índices, o índice y medio de cada una, flexionando los otros dedos.

La dilatación se consigue menos rápidamente que con los dilatadores metálicos. Es penosa para el operador cuyas manos, colocadas en posición incómoda, le dificultan proseguir la maniobra; perseverando, se consigue con menos riesgos que con los dilatadores metálicos y en un tiempo variable, entre quince minutos y una hora.

Sin embargo, las desgarraduras no son raras, aun-

que menos graves que las producidas con los otros procedimientos.

Cureteo digital. — Los métodos de dilatación que acabamos de enumerar, tienen como fin, muchas veces, completar un aborto o extraer los restos placentarios. Nos valemos para ese objeto del cureteo, sea digital, sea instrumental.

El primero no es otra cosa que un verdadero alumbramiento artificial.

Conocido desde hace tiempo, Pinard lo vulgariza, combatiendo el uso de instrumentos; hoy es el método de elección en obstetricia, para la extracción de restos placentarios.

Técnica. — La anetesia general puede o no ser indispensable.

Antisepsia y asepsia habituales de las manos del operador y del campo operatorio. Luego preceder un lavaje intrauterino, que no es de rigor, teniendo cuidado de no emplear substancias irritantes y cáusticas, capaces de contraer fuertemente el cuello.

Dilatación previa, si fuere necesario, del orificio cervical por cualquiera de los métodos citados anteriormente y conforme convenga al caso clínico.

Introducción de la mano en la vagina — que siempre provoca dolor — mientras el índice y el medio van al interior del útero, que exploran su cavidad, desinsertando el huevo o sus restos, o tomándolos en forma de pinzas si ya estuvieren desprendidos.

Es conveniente no retirar la mano hasta no haber extraído por completo los restos placentarios y es de buena práctica insistir sobre los cuernos uterinos. Muchas veces el cambio de mano es útil, sobre todo cuando el sitio de inserción está del lado contrario a la mano operadora.

Mientras la mano intrauterina efectúa su misión, la otra fija el útero a través de la pared abdominal, descendiéndolo todo lo posible para facilitar la tarea de la extracción.

La operación se termina con una limpieza de la cavidad, sea con un "escovillonage" (Doleris) o bien, valiéndose del dedo índice envuelto en una gasa aséptica (Velarde F.).

"Cuando el huevo entero, o restos ovulares formen una masa mayor que un huevo de paloma, debemos emplear de preferencia el vaciamiento manual" (Fernández U., ob. cit.).

Creemos inoficioso insistir sobre las ventajas y las indicaciones de este procedimiento, hoy ya definitivamente consagrado por la práctica.

Cureteo instrumental. — Doleris ha sido el más ardiente defensor del método.

Hoy, su empleo se ha restringido muchísimo, sobre todo como tratamiento del aborto.

Su indicación la encontramos en los pequeños restos placentarios y muy adherentes y en los abortos incompletos complicados de infección.

Tiene la ventaja de poder efectuarse con rigurosa asepsia instrumental y de extraer restos pequeños con poca dilatación del cuello uterino.

Pero su empleo tiene un peligro inmenso, que hace que nunca sean excesivas las precauciones que deban tomarse cuando se lo pone en práctica: la perforación del útero.

Operando con la cuneta fenestrada de Sims, este peligro es menor, pero con todo, no se queda a cubierto de él. La cureta, aunque tenida en mano segura, obra a ciegas y "raspando" muchas veces más de lo que debe; así, en vez de extraer únicamente los restos placentarios, cuya situación no es posible determinarla, arrastra toda la mucosa, la misma musculosa a veces, abriendo los senos venosos uterinos y exponiendo, por tanto, al peligro de hemorragias graves y de infección.

Para grandes restos placentarios, la cureta roma de Pinard se presta admirablemente, con el menor riesgo para el útero; a ella debemos recurrir, especialmente cuando se asista a todos los tiempos del aborto, y se conozca en consecuencia, la porción de anexos que queda en la cavidad uterina.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO III

Métodos rápidos cruentos. — Las histerotomías cervicales

Acabamos de ver sumariamente que los procedimientos *no quirúrgicos,* lentos o rápidos, de dilatación a la par que numerosas ventajas, ofrecían inconvenientes serios, insalvables muchas veces, dando motivo a fracasos y no pasando su empleo de simples tentativas.

La necesidad de dilatar "a sangre", se impuso, pues, desde tiempos muy remotos, porque se vió que no había otro recurso para vencer las rigideces.

El gran Ambrosio Paré, pensó en las incisiones del cuello uterino como medio de dilatarlo rápidamente. Más concluyente es la afirmación de Baudelocque, al decir que, "cuando el cuello es duro, escirroso, es necesario *incindirlo en varios sitios,* siendo *preferibles estas incisiones* a las desgarraduras que podrían hacerse" (cit. Tarrier, Thése de Lyon, 1899).

Y habiendo una resistencia franca, cicatricial o neoplásica, ¿por qué, pues, no suprimirla radicalmente con un corte "limpio" de tijeras, sin obstinarse en

vencerla ciega y brutalmente, exponiendo al cuello a desgarraduras inútiles y peligrosas?

He ahí un principio general que debe servirnos de guía en estos casos.

Una desgarradura accidental, no siempre respeta porciones del útero que debían ser invulnerables. Tampoco se cuida de producir una sola.

Según que las incisiones deban interesar una porción limitada del cuello uterino o en toda su longitud, se dividen en *simples* y *profundas*.

Incisiones simples. — Las indicaciones son, las rigideces limitadas del cuello, y en particular, las de origen cicatricial.

Pocas veces son puestas en práctica hoy, porque no proporcionan una brecha suficiente para el pasaje de un feto de mediano volumen.

Pero su inconveniente más grave estriba en la imposibilidad de prevenir una desgarradura alta, fraguada en el mismo sitio de la incisión. En efecto, la brecha cervical practicada por dicha incisión, debe respetar el límite que el partero le asigne, y como se comprende, eso no siempre es posible.

En general, tanto para las simples como para las profundas, es indispensable una dilatación previa del cuello, estimada por Couvelaire en 4 centímetros y por Potocki en 2.

Incisiones profundas o incisiones de Dührssen. — Con anterioridad a este autor, otros pusieron en prác-

tica ya las incisiones profundas. Sin embargo, Dührssen fué quien dió sus indicaciones, dejando establecida la técnica que hoy se sigue.

Como para las simples, debe existir una dilatación previa del cuello uterino.

Se comprende que así sea, pues de lo contrario nada se ganaría dilatando el hocico de tenca sin salvar el obstáculo, que radicaría en un sitio superior, en pleno másculo uterino. Sin esa dilatación previa, las desgarraduras podrían extenderse a la inserción vaginal del cuello y sin conseguir el fin deseado: *no existiendo dilatación,* para salvar el obstáculo habría que sobrepasar el orificio interno del cuello, cosa no posible sin separar previamente la porción de la vejiga adherente al cuello y al segmento inferior; habría que practicar, pues, la operación cesárea vaginal.

Dührssen preconiza las incisiones profundas del cuello, para las rigideces, y cuando la prolongación del príodo de dilatación compromete la vida del feto (primíparas viejas).

Combate así eficazmente las distocias debidas a las partes blandas. Muchas veces se emplean estas incisiones para dar cabida a las cucharas del forceps, o para facilitar otras maniobras intrauterinas.

El número de incisiones aconsejadas por el autor, varía de dos a cuatro: una anterior, otra posterior y dos laterales. En nuestras observaciones no hubo necesidad

de practicar tantas, bastando, y con mucho, las medianas (anterior y posterior).

Si el obstáculo radicara sobre *un solo punto*, sólo se incindirá sobre él; por el contrario, si la rigidez fuera anular, es necesario practicar varias incisiones, pero nunca multiplicarlas.

Por otra parte las incisiones laterales son peligrosas, en razón de que si se extendiesen accidentalmente, podrían interesar los pedículos vasculares uterinos, ocasionando hemorragias gravísimas.

Terminado el parto, los labios del cuello deben ser cuidadosamente suturados.

Ya dijimos de paso algunas objeciones; agreguemos que las más mencionadas, sobre todo por los detractores del procedimiento, son, la hemorragia por extensión de la desgarradura, y la rotura uterina. En nuestras observaciones, no se presentaron estas complicaciones temibles.

En cuanto a la infección, apenas si cabe mencionarla, ya que las desgarraduras espontáneas, que no son muy raras, curan sin otras complicaciones.

La histerotomía cervical en el parto rápido

Operación cesárea vaginal o colpo-histerotomía cervical

Decíamos hace un momento, al hablar de las incisiones profundas, que para que dieran resultado era

menester una dilatación previa del cuello uterino, a fin de que dichas incisiones fueran capaces de salvar el obstáculo, sin exponer a desgarraduras extensas; y agregábamos que sin este requisito, el límite de la incisión debía sobrepasar el orificio interno, sólo posible *desprendiendo previamente* la *zona* de la *vejiga adherente* al cuello uterino y al *segmento inferior.*

Dührssen debió pensar a este respecto para concebir la idea de la operación llamada por él (o por Acconci) *cesárea-vaginal,* denominación impuesta por analogía con la clásica *cesárea* abdominal.

En el año 1896, Dührssen daba a luz su primera monografía sobre la operación cesárea-vaginal, si bien con anterioridad había hecho referencia a su primera operación.

Por su parte, Acconci, en Italia, un año antes, 1895, ignorando una publicación de Dührssen, en que ya dejaba entrever la idea del parto rápido por medio de la colpohisterotomía, Acconci, decíamos, practicaba, como de "necesidad", la primera *cesárea-vaginal radical.* Digo de "necesidad" porque, como se sabe, Acconci, guiado por su hábito obstétrico, o mejor dicho por su habildad quirúrgica, practicó una *histerectomía vaginal,* en una mujer portadora de un cáncer del cuello uterino y embarazada de siete meses, efectuando la desinserción de la vagina por colpotomia anterior y posterior (desinserción circular) e incindiendo luego el útero en su parte mediana. Es decir, practicó previamente

una verdadera *cesárea-vaginal,* terminando con la histerectomía.

Es indiscutible, pues, que Acconci tiene el mérito de haber llevado a cabo por primera vez lo que luego hubo de llamarse *operación cesárea-vaginal radical.*

No obstante, cronológicamente, la paternidad correspondería a Dührssen, por cuanto la primera idea fué suya.

Pero a qué discutir más, si en realidad el mérito es de ambos, desde que el uno ignoraba lo que el otro había hecho o pensado.

Más tarde, estos autores constituídos en adversarios, reclamaban, cada uno para sí, el derecho de prioridad. Hoy se sabe que Dührssen fué el verdadero creador del método, dando su técnica y estableciendo sus indicaciones. No vale la pena, pues, escarbar más sobre el asunto, ya que lo que ganaríamos es ponerlos frente a frente, y esta vez con más espíritu belicoso, que hoy, sobrado lo tienen allá en sus fronteras. Nosotros, como buenos neutrales, renunciamos a tocar resortes capaces de despertar enconos, que los llevarían "a las manos" nuevamente, hoy por hoy de temerse, porque habría serias contundencias, "obscureciendo", en vez de aclarar, la manera de "ver".

En su país de origen, la nueva práctica del parto rápido, ganó terreno en breve tiempo.

Por el contrario, en Francia, fué recibida con reservas; hoy mismo no le dan toda la importancia que

debía tener, no obstante haberse difundido gracias a los trabajos del profesor Paúl Bar, que fué uno de los que más hicieron en favor de la operación de Dührssen.

Así, llamóme la atención al recorrer revistas y tratados franceses, su escasa o nula mención; recién a partir de laño 1906, se encuentran publicaciones a este respecto. El profesor Bar, en una reciente tesis de doctorado (Wilhelm, Thése de Paris 1913), publica sus numerosas observaciones, documentando ampliamente la obra de su discípulo, con una bibliografía muy copiosa. Se ha roto, pues, la consigna del recelo, siendo hoy numerosos los parteros que aplican con ventajas la operación *cesárea-vaginal.*

Entre nosotros, en 1907, el Dr. Enrique Zárate, practicó la primera cesárea-vaginal, si mal no recuerdo, valiéndose de la modificación de Bumm. Poco después, el Dr. Peralta Ramos practica la segunda, sucediéndose en poco tiempo casos análogos, hasta la época actual, en que se la practica en todas las clínicas y con resultados excelentes.

Las historias clínicas que publico, corresponden todas a la Maternidad del Hospital T. de Alvear, que como se vé, no son pocas, teniendo en cuenta la relativa escasez de material clínico, y el tiempo transcurrido desde su fundación (1912).

Creo tener todas las colpohisterotomías clásicas; en cuanto a las simples histerotomías cervicales, son muchas y no publico más que algunos casos.

ANATOMÍA REGIONAL

Antes de describir la operación de Dührssen, conviene recordar brevemente la topografía de la región sobre la que se va a operar.

La mucosa vaginal, al replegarse sobre el hocico de tenca, forma los fondos de saco que se ha dado en llamarlos, según su situación, en anterior, posterior y laterales. El anterior es el menos profundo, siendo precisamente sobre el que se ejecuta, con más frecuencia, la colpotomía. El posterior, debido a la oblicuidad de la inserción vaginal; resulta necesariamente el más profundo y el más elevado, estando por detrás, directamente en relación con el fondo de saco peritoneal recto uterino o fondo de saco de Douglas.

Cuello y segmento inferior. — Fuera del embarazo el cuello uterino queda separado del cuerpo del mismo, por una porción estrechada, llamada istmo. Durante los primeros meses del embarazo, esta disposición anatómica apenas si varía, aunque ya ofrecen un grado bastante marcado de reblandecimiento.

Con el progreso de la gestación, estas porciones se diferencian cada vez más y favorecidas por el crecimiento del huevo, que desciende poco a poco a la excavación pelviana, ocasionando una distensión de las regiones inferiores del útero. Esta distensión trae aparejado un adelgazamiento considerable de la pared uterina. Así se constituye el llamado *segmento inferior,* cuya longi-

tud es variable (3 a 6 centímetros), llegando a su grado máximo de desarrollo, al completarse la dilatación.

Es la zona inactiva del útero durante el trabajo del parto, y queda separada de la porción contráctil, por el anillo de Bandl, formación puramente fisiológica y no anatómica, pues que sólo representa un anillo de contracción.

El segmento inferior se constituye, pues, como causa inmediata del descenso de la presentación, explicándose así, que cuanto más encajada se halle dicha presentación, tanto más completo será el segmento.

En general puede establecerse, que a partir del 6.° mes, a veces antes, está ya, por lo menos en parte, constituído.

Si el encaje de la presentación se efectúa en las primíparas, antes del término del embarazo, en éstas, el segmento inferior existirá desde esa época, diferenciado, mientras que en las multíparas sólo se diferenciará a partir de la iniciación del trabajo del parto. Las excepciones son, muchas veces, más numerosas que la regla.

Iniciado el trabajo del parto, el cuello uterino iniciará también su borramiento, disminuyendo paulatinamente su altura, en tanto que el conducto cérvico-segmentario se dilata cada vez más, hasta formar un verdadero cilindro. Ya no hay, pues, a esta altura del trabajo, diferenciación entre cuello uterino y segmento inferior.

Esto es lo normal, pero cuesta poco imaginar el gran número de anomalías que se presentarán durante su formación, que se descubrirán por el examen directo de la enferma, siguiendo por el tacto, la evolución del trabajo.

Durante el trabajo de aborto, el segmento inferior se constituye de la misma manera y obedeciendo a idéntico mecanismo; pero raras veces ofreciendo un desarrollo considerable como en el parto.

Por otra parte, y cualquiera sea la edad del embarazo, la situación poco más o menos elevada del anillo de Bandl, dará el grado de formación del segmento inferior explicándose en consecuencia, que cuanto más largo sea éste, tanto menos espesor tendrá, estando expuesto, con muchísima facilidad, a la rotura (pelvis muy estrechadas).

De paso diremos que la parte anterior del segmento, al igual que el fondo de saco vaginal correspondiente, es más abordable que la posterior, y esto porque queda más distendida por la presentación fetal; pero conviene tener presente, que por la misma razón, tiene menos espesor.

Conocemos, pues, la zona uterina sobre la que practicaremos las incisiones. Nos falta ver cómo se comporta el peritoneo visceral en relación con el segmento inferior, ya que es condición previa rechazar la serosa para no herirla.

Después de tapizar la cara posterior de la vejiga,

el peritoneo se repliega y se aplica sobre la cara anterior del útero, sube hasta cubrir su fondo, lo contornea aplicándose sobre su cara posterior y se prolonga sobre los ligamentos anchos.

Forma así, al replegarse entre la vejiga y el útero, el fondo de saco vesico-uterino y por detrás, el de Douglas.

El primero desciende hasta una altura variable sobre el cuello uterino; generalmente desciende a un nivel inferior durante el embarazo.

Este fondo de saco es virtual siempre, cosa que no expone, al rechazarlo durante la operación, a lesionar las ansas intestinales.

La serosa cubre estas porciones inferiores del útero, pero no se adhiere, sino que forma una zona llamada *desprendible,* haciéndose más fácilmente desinsertable, a medida que el embarazo se aproxima a su término.

Por el contrario, en la parte superior, en pleno músculo uterino, el peritoneo se adhiere fuertemente, formando la zona *adherente* o *fija.*

La separación entre una y otra es variable; la distancia que media entre el orificio interno y la parte donde comienza la zona adherente, se estima entre 5 y 8 centímetros, en las embarazadas de término .

En cuanto al fondo de saco de Douglas, desciende mucho más que el vésico-uterino, recubriendo por completo el segmento inferior y hasta la pared vaginal posterior. Sabido es que se lo aborda fácilmente por col-

potomía posterior. Su desprendimiento no ofrece dificultades.

El segmento inferior recibe su irrigación directamente de la arteria uterina; estos vasos disminuyen de calibre a medida que se aproximan a la línea media; de ahí que seccionando en esta parte, la operación produzca escasa hemorragia.

LA CERÁNEA VAGINAL CONSERVADORA

Técnica de Dührssen

Después de vaciar el recto y la vejiga, se procede a la desinfección cuidadosa del campo operatorio.

Se le practica una inyección subcutánea de 1 y 1|2 c. c. de ergotina, para prevenir la hemorragia. Si la enferma es primípara, se anula la resistencia que puede presentar el tercio inferior de la vagina, por una profunda incisión perineo-vaginal.

Colocación de las valvas y fijación de la porción vaginal del cuello por medio de dos pinzas, que se reemplazan luego por dos hilos.

Sección del labio posterior del cuello, siguiendo el plano sagital, hasta el fondo de saco.

En la prolongación de esta herida, se secciona el fondo de saco posterior sobre una extensión de 4 ctms. y se desprende el repliegue peritoneal de la pared posterior del cuerpo y del cuello del útero.

Sección del labio anterior del cuello y del fondo de

saco correspondiente; se desprende y se rechaza la vejiga.

Según sean las necesidades de la intervención, se *incinde transversalmente* el fondo de saco anterior y aun el posterior.

Quedan en descubierto las paredes anterior y posterior del útero, sobre una extensión de 6 cents. poco más o menos.

Se secciona rápidamente estas dos paredes, con tijeras. El orificio así creado, debe ser tal, que sea capaz de dar cabida al puño; en su fondo aparecen las bolsas de las aguas.

Extracción del feto y alumbramiento.

Sutura de la herida operatoria.

Como en nuestras observaciones no se usó la técnica clásica de Dührssen, expongo a continuación la que se ha seguido:

Primer tiempo: Colpotomía transversal anterior o anterior y posterior y desprendimiento de la vejiga o de la vejiga y del recto.

Segundo tiempo: Histerotomía cervical mediana anterior, o anterior y posterior.

Tercer tiempo: Extracción del feto y alumbramiento.

Cuarto tiempo: Suturas.

Colocada la enferma en posición obstétrica y previa evacuación del recto y de la vejiga, se efectúa la

desinfección prolija del campo operatorio. Anestesia general.

Primer tiempo. — En realidad, el primer tiempo sería una incisión profunda perineo-vulvar, de amplificación. Pero esta práctica sólo es necesaria en ciertas primíparas con vulva muy estrecha. En nuestras observaciones, jamás hubo necesidad de practicar esta episiotomía.

Se colocan las valvas vaginales que descubren el cuello uterino. El ayudante mantiene y separa estas valvas, mientras el operador toma con pinzas erinas, el cuello por sus partes laterales, simétricamente en las extremidades de su diámetro transverso; lo desciende y lo fija.

Segundo tiempo: Colpotomía anterior. — Se incinde transversalmente por medio de varios tijeretazos y en una extensión de 4 a 6 ctms., el fondo de saco vaginal anterior en el sitio preciso de reflexión de la mucosa vaginal, al continuarse para cubrir el hocico de tenca.

Esta incisión hay que hacerla con mucho cuidado para no herir la vejiga y el peritoneo subyacentes.

Se desprende entonces el fondo de saco vésico-uterino, empleando uno o más dedos envueltos en gasa. Generalmente se efectúa con suma facilidad; es indispensable continuar hasta muy arriba este desprendimiento, en una extensión de 8 a 10 ctms., por lo menos, a fin de que el peritoneo y la vejiga no caigan sobre el segmento inferior, que debe ser seccionado después.

El ayudante, que hasta entonces mantenía y separaba las valvas, ahora sostiene con la superior los órgonos antes mencionados, que el operador "cargó" previamente para aislarlos.

Terminado el desprendimiento, el segmento inferior aparece, pudiendo ser incindido "a la vista", aunque no siempre sea posible ni necesario; en efecto, el dedo "vé" más que el ojo, pudiendo practicarse la histerotomía, valiéndose del dedo como guía.

Manteniendo entonces las pinzas que traccionan el cuello (aquí favorecería la operación un segundo ayudante) el operador secciona el segmento inferior con tijeras rectas, protegiendo con los dedos las partes circundantes.

Se facilita esta sección, colocando las pinzas erinas un poco más alto y a medida que se incinda el segmento; así se toma mayor masa de tejido uterino, evitándose desgarraduras.

La sección debe ir bastante alta, lo suficiente para salvar el obstáculo, es decir, un poco menos de donde llegó el desprendimiento del fondo de saco vésico-uterino.

La hemorragia es escasa.

Según haya necesidad de darse mayor brecha, se practica en este tiempo la colpotomía posterior.

Colpotomía posterior. — Los tiempos son los mismos que para la anterior. Como el fondo de saca vaginal posterior es más profundo, la operación es algo más

dificultosa, y es conveniente despejar más el campo operatorio, retirando las pinzas, y guiándose por el tacto, o bien, sin retirar dichas pinzas, levantándolas todo lo posible hacia el pubis; luego desprendimiento del Douglas e incisión mediana de la pared posterior del segmento.

La brecha así creada y en cuyo fondo aparece la bolsa de las aguas, debe admitir cómodamente un puño.

Tercer tiempo. — Extracción del feto y alumbramiento. Se rompe las membranas.

Se retiran todos los instrumentos, (valvas y pinzas) y se efectúa el parto como convenga: por una aplicación de forceps, si la cabeza está encajada; por versión podálica interna si la presentación fuera alta y móvil; por una extracción manual si dicha presentación fuera de pelvis, etc.

El alumbramiento artificial será de rigor cuando haya hemorragia o cuando hubiere premura en la operación. En caso contrario puede esperarse el alumbramiento expontáneo.

Cuarto tiempo: Suturas. — Como en toda intervención quirúrgica, se procede a la sutura, en orden inverso al de las incisiones.

Colocadas nuevamente las valvas, las pinzas vuelven a tomar las extremidades inferiores de los labios del cuello uterino, traccionándolos para exponer a la vista del operador la herida en toda su extensión. Se

sutura con cat-gut grueso (núm. 2 o núm. 3), sea a puntos separados, sea continuos.

Se procede luego a la sutura de la incisión anterior, operando en la misma forma.

Como para la sección, conviene tomar los labios del cuello algo más arriba para facilitar la sutura.

Es necesario evitar en lo posible las "escapadas" de las pinzas, y cuidar de que los bordes de la herida queden bien afrontados.

En cuanto a las heridas vaginales, no es indispensable suturarlas; en todo caso, si fueran muy extensas, o si se viera la necesidad de hacerlo por cualquiera otra razón, bastará colocar algunos puntos dejando un pequeño desagüe. Generalmente se adosan y se sueldan expontáneamente.

Respecto al taponamiento del útero, se decidirá según lo exija la hemorragia, siendo aplicable como en cualquier otra circunstancia y fuera de toda intervención quirúrgica.

La inyección de ergotina que preconiza Dührssen antes de operar, tampoco es indispensable; conviene practicarla después de terminada la operación.

Hago constar que en casi todas nuestras observaciones, no se ha practicado ni la sección perineo-vulvar, ni la colpotomía posterior, — excepto en dos — ni menos la sutura de la herida vaginal.

Las agujas para la sutura pueden ser de cualquier modelo: Reverdin, Hagedorn, Caballero, etc.

El tratamiento post-operatorio no ofrece particularidad alguna. Si se ha dejado desagüe, retirarlo al siguiente día y renovarlo según convenga al caso.

Más que nunca, se evitarán los lavajes vaginales.

Se efectuarán curaciones secas, manteniendo en lo posible rigurosa higiene vulvar, ya que no es posible mantener buena asepsia.

En caso de infección, el tratamiento será como en todas las infecciones puerperales, extremando cuidados y precauciones.

Indicaciones y contraindicaciones de la cesárea-vaginal. — Dührssen, proclamó su método afirmando que sin que haya trabajo de parto y con cuello largo y cerrado, o incompletamente dilatado, se podría vaciar el contenido del útero en breve plazo, obteniendo fetos vivos.

Su objeto, desde luego, era salvar en caso de inminente peligro de muerte a la madre y al niño. En ese sentido, es indiscutible que ha ofrecido un notable progreso a la obstetricia. Cabría repetir aquí lo que dijo Levret: "la excelencia del partero, consiste en salvar dos individuos a la vez". Hermosa máxima que debe ser nuestra guía inseparable, siempre, en todo momento.

He aquí el resumen de Dührssen, como indicaciones generales para la intervención:

1.° Casos en que la vida de la madre se halla en peligro, favorecidos por anmalías del cuello y del seg-

mento inferior, tales como los carcinomas, las rigideces, las estenosis, u otras que hagan imposible la dilatación por fuertes dolores o porque la dificulten mucho.

2.° Casos en que la vida de la madre se halle en peligro, evitados por el vaciamiento rápido del útero: enfermedades del corazón, enfermedades de los pulmones, ídem de los riñones, desprendimiento prematuro de placenta.

3.° Estados agónicos de la madre, con feto vivo.

4.° Casos en que solamente la vida del feto esté en peligro: prolapso del cordón.

Para los casos expuestos en la 2.ª y en la 3.ª proposiciones, la cesárea-vaginal sería aplicable únicamente cuando el cuello esté cerrado y no fuera dilatable por los otros métodos, o cuando, en interés de la madre, sea indispensable evitar todo sufrimiento natural del parto, para no agravar su estado (enfermedades graves del corazón, pulmones, etc).

Existiendo un cáncer en el cuello uterino, la cesárea-vaginal radical se impone desde luego, y tan pronto se establezca el diagnóstico, cualquiera sea el período del embarazo o del parto.

Pero la condición esencial, la primera que debe tenerse en cuenta, *es que la pelvis no sea muy estrechada, en embarazadas con fetos viables o de término.* Para estas, la cesárea abdominal, encuentra su más preciosa indicación. En igualdad de condiciones, y tratándose de primíparas no estrechadas, aun la cesárea-

vaginal debe ser preferida siempre que el trabajo esté muy avanzado, y especialmente, con bolsas rotas.

Se sabe que en estas condiciones, la cesárea abdominal sería peligrosa. (1)

En general, la cesárea-vaginal encuentra indicaciones en aquellos casos en que la cesárea abdominal está contraindicada — excepción de las pelvis muy estrechadas — y en casi todos los casos de contraindicaciones de la dilatación forzada del cuello uterino.

En los casos de infección puerperal preexistente, no hay contraindicación formal como lo hay para la cesárea abdominal.

No obstante, hay que tenerlo muy en cuenta antes de proceder.

En la placenta previa, la cesárea-vaginal es mucho más discutida. Hoy se dispone de excelentes métodos capaces de combatirla en cualquier momento. Parece, sin embargo, que con la histerotomía, la mortalidad fetal desciende. Con todo, en los casos de placenta previa, agravados por la existencia de un cuello estrecho, y sin elasticidad suficiente para permitir el empleo de otros procedimientos de dilatación, la cesárea-vaginal encotraría indicación oportuna.

Nuestras observaciones dan en mayoría como

---

(1) El feto demasiado grande, contraindica formalmente la cesárea vaginal; se trataría simplemente de una estrechez relativa comprendida dentro de la condición esencial antes mencionada. En una de nuestras observaciones se extrajo por versión un feto vivo de 4000 gramos.

causa de intervención, la eclampsia puerperal y los vómitos incoercibles, no como autointoxicaciones gravívicas en sí, sino por la necesidad de vaciar rápidamente el útero, ya que ésto es una de las medidas terapéuticas poderosas y radicales de que se dispone para combatir tan terribles complicaciones del embarazo.

Pero como no siempre se debe intervenir durante el trabajo, de ahí que la dilatación rápida del cuello sea el verdadero obstáculo.

Sea por una causa o por otra, se vé claramente que la indicación más precisa de la operación cesárea-vaginal, responde casi siempre, en la inmensa mayoría de los casos, a las anomalías de la dilatación, o bien a la dificultad de dilatar rápidamente, ya obedezca a una u otra causa y de cualquier naturaleza que fuere.

En nuestras observaciones se verá que casi todas las histerotomías tienen por objeto dilatar rápidamente el cuello.

Indicaciones que se deducen del estado del feto.. — Sufrimiento fetal o peligro de muerte por duración excesiva del parto o por prolapso o compresión del cordón umbilical.

Debilidad de los movimientos expulsivos, frecuentes en las primerizas, o muy jóvenes o muy avanzadas en edad.

Transcribo a continuación, la clasificación de D'Alexandro:

1er. grupo Cuello y segmento inferior	Cáncer del cuello y región inferior del útero. Otros tumores. Rígidez total del cuello. Estonosis del cuello y partes contiguas de la vagina.
2°. grupo	Enclavamiento del útero grávica en retroposición.
3er. grupo Condiciones graves que amenazan la vida de la madre, y que pueden ser evitadas o atenuadas por el vaciamieuto rápido del útero.	Enfermedades del árbol respiratorio. » » aparato circulatorio. » » riñón. Eclampsia grave (1). Vómitos incoercibles. Uremia.
4°. grupo	Condiciones graves que amenazan la vida de la madre y que determinarían probablemente su muerte.
5°. grupo	En las agonizantes, o inmediatamente después de la muerte.

Ventajas e inconvenientes de la cesárea-vaginal. — Operación francamente quirúrgica, bien ejecutada es rápida y "limpia".

Con ella no se obra ciegamente, como con los métodos de dilatación forzada.

Además, actúa de una manera directa y precoz contra el obstáculo, sin desgarrar ni dislacerar, seccionando con limpieza y creando heridas regulares.

---

(1) Pinard, no participa de la opinión de la evacuación úterina inmediata, como tratamiento de la eclampsia puerporal. Qué decir, pues, de la eclampsia declarada después del parto? Se ha dicho también que, en las eclampticas con fetc muerto, desaparecía la misma indicación.

Ciertos cuellos uterinos expuestos con la dilatación forzada a desgarraduras inevitables por estar infiltrados, neoplásicos o edematosos, benefician grandemente de la histerotomía.

Es esencialmente rápida.

Dührssen resume así las principales ventajas del método:

1.° No pasar por la cavidad abdominal.

2.° La operación es posible durante el embarazo, con cuello uterino largo y cerrado.

3.° No se abre peritoneo, siendo la brecha úterovaginal, suficientemente ancha para permitir el pasaje de un feto de término.

4.° No se toca cuerpo uterino.

Como inconvenientes, se aplican en general lo ya expresado para las incisiones profundas.

Pero las que deben temerse y hacen que no todos la empleen, como pretende Dührssen, son las roturas uterinas por extensión de las histerotomías, y las hemorragias, ocasionadas por las mismas roturas y por lesión del pedículo uterino (raro) o por heridas del plexo venoso cérvico uterino, capaces de justificar un taponamiento de urgencia.

Se citan, aunque muy pocos felizmente, casos de muerte debidos a dichas hemorragias.

Nosotros no observamos ninguna de estas temibles complicaciones.

Pero no se presentarán, seguramente, operando

con indicación precisa y practicando una brecha uterina suficientemente amplia, para que el paso del feto, sobre todo los voluminosos, no extiendan las incisiones ocasionando desgarraduras.

En estos casos, si la incisión anterior sola no bastara, recúrrase a la posterior y se zanjará el inconveniente.

La infección provocada, es otra de las objeciones de los detractores. No se sabría decir, francamente, hasta que punto podría dársele valor. Si ya existía una infección, si se opera descuidando la antisepsia, claro está que la intervención a nadie daría lustre; pero no es menos cierto que sin cesárea-vaginal, en estos casos, la infección se produciría lo mismo.

El mal afrontamiento de los labios del cuello encuentra sus razones en las condiciones de prolijidad con que se las practica y en la asepsia y antisepsia operatorias.

Los cuellos muy infiltrados, blandos, edematosos, dificultarían y hasta contraindicarían la histerotomía.

Seguramente que si; pero, con estos elementos, cualquier otro método chocaría con las mismas dificultades.

Fáltanos mencionar dos eventualidades, desagradabilísimas, que pueden presentarse en el curso de la operación cesárea-vaginal: la apertura del peritoneo y la herida de la vejiga.

Las observaciones publicadas hasta hoy son feliz-

mente raras, y serían fácilmente evitadas operando con rigurosa técnica. Tampoco hemos observado nosotros tan raros como graves accidentes.

LAS OPERADAS DE CESAREA VAGINAL EN CASO DE UN NUEVO EMBARAZO

No tenemos experiencias personales al respecto.

Nuestras enfermas, una vez curadas, se alejan y las perdemos de vista. Es probable que alguna de ellas haya pasado nuevamente por el duro trance de la maternidad.

Habla el Dr. Peralta Ramos, cuya experiencia es larga sobre el particular:

"La cicatriz que dejaba sobre el segmento inferior y sobre el segmento del útero, sería capaz de conservar la integridad anatómica y funcional del órgano, de modo a permitir el desarrollo natural de un nuevo embarazo y el transcurso normal del parto?"

"De no ser así, sería una operación condenable, y en todo caso sería necesario pensar en recursos complementarios preventivos de nuevos embarazos o la provocación del aborto artificial en caso que aquellos se produjeran, de acuerdo con el mismo criterio que para las antiguas roturas del útero". (Peralta Ramos A. Comunicación a la S. de Obstetricia y Ginecología, Mayo 1915).

Los temores manifestados por el citado autor no dejan de tener razones de peso.

En efecto, varias publicaciones reflejan claramente los peligros de las cicatrices viciosas, para casos de nuevos embarazos.

Pero estas eventualidades no son, por cierto, la regla y no contraindicarían formalmente la cesárea-vaginal, hasta el punto de aceptarla como una operación más peligrosa y perjuricial, que inocua y beneficiosa.

Nadie duda que en muchos casos se presenten inconvenientes graves en embarazos ulteriores. Pero nunca justificaría renunciar a ella de una manera absoluta y definitiva.

Acaso por el temor de un accidente, poco más o menos probable, se dejará perecer la madre o el niño, cuando no ambos por no recurrir a la cesárea-vaginal?

Una prueba concluyente que invalidaría muchas concepciones teóricas, sobre las distocias consecutivas a la cesárea-vaginal, la encontramos en las desgarraduras espontáneas del cuello, generalmente irregulares, que, como pasan frecuentemente inadvertidas, no son suturadas, y sin embargo cumplen y terminan sus nuevos embarazos sin accidentes.

Peralta Ramos da un valor importante al factor tiempo, como capaz de garantizar la resistencia de la cicatriz operatoria.

Cree prudente aconsejar a las operadas, eviten en lo posible un nuevo embarazo, dentro de un plazo dis-

creto, que él estima en dos años, después de la operación.

En las cesáreas-vaginales iterativas, las adherencias que podrían formarse entre el segmento inferior y la vejiga, serían capaces de ofrecer un verdadero obstáculo para la prosecución de la histerotomía.

Se han publicado algunas observaciones concernientes, pero sin que se haya chocado con inconvenientes serios.

El mismo autor, en su comunicación reciente a la S. de O. y G., relata dos observaciones interesantes y muy ilustrativas al respecto.

Trata de dos mujeres operadas por él, de cesárea-vaginal y que sufrieron nuevos embarazos, terminando casi todos sin accidentes, por lo menos en lo tocante a efectos post-operatorios. Una de ellas tuvo un aborto de "poco tiempo, rápido e indoloro, explicable por la unión defectuosa de la herida por causa del taponamiento, y sobre todo, por causa del apresuramiento con que se practicó la sutura, debido a la gravedad de la enferma".

Esta mujer operada después del puerperio, con el objeto de avivarle y suturarle el cuello uterino, pudo llevar a término y sin accidentes dos nuevos embarazos consecutivos.

LA HISTEROTOMÍA CERVICAL EN EL ABORTO

Por una razón que no me la explico bien, se ha dado en llamar cesárea-vaginal, solamente cuando se opere en embarazos con fetos viables.

Si, como dice Dührssen, la palabra cesárea implica la apertura del útero y la extracción del feto, sería lógico dar la misma denominación al operar en embarazo de los primeros meses.

Hemos visto, al describir los métodos lentos, hasta qué punto podía contarse con ellos para provocar el aborto terapéutico o para terminar un aborto expontáneo.

Indicamos también entre los procedimientos rápidos no cruentos, los medios de que disponíamos para el mismo fin.

Cuando se fracasare en aquellos o cuando sea indispensable una evacuación rápida del útero, recurriremos a la colpo-histerotomía cervical.

La técnica, las indicaciones y contraindicaciones son las mismas que para el parto en igualdad de circunstancias.

En general, ofrecen menos dificultades.

Pero no se dispone en ella de un segmento inferior bien desarrollado, dispuesto a recibir una incisión extensa. Si esto es desfavorable, contrariamente al parto, el feto es de pequeño volumen, y no dificulta su extrac-

ción, bastando, pues, con una brecha de menores dimensiones.

No hacemos más que mencionar, para no repetir lo ya dicho en párrafos anteriores. Remitimos al lector a las Historias Clínicas correspondientes.

LA CESAREA VAGINAL RADICAL

Técnica de Dührssen

1.° Se curetea la masa cancerosa y se termocauteriza el cuello y las partes correspondientes a la implantación neoplásica.

2.° Desinfección prolija de la vulva y de la vagina.

3.° Toma y descenso de lo que queda del cuello uterino, con pinzas erinas o con hilos.

4.° Desinserción de la vagina, por una incisión circular.

5.° Incisión longitudinal mediana anterior de la vagina, para ensanchar la brecha.

6.° Desprendimiento de los fondos de saco vésico-uterino y de Douglas.

7.° Histerotomías anterior y posterior, medianas.

8.° Extracción del feto y alumbramiento.

9.° Hemisección del útero: fijando sólidamente el órgano, con las pinzas erinas colocadas altas, se prosigue la histerotomía hasta completar la hemisección uterina.

10.° Ligaduras de los pedículos e histerectomía total, por los procedimientos ordinarios empleados en ginecología.

LA CESAREA VAGINAL POR LA TÉCNICA DE BUMM

Preliminares idénticos a la técnica de Dührssen.

Después de tomar el útero con las pinzas erinas, se tracciona este órgano hacia la vulva, poniendo bien expuesta y tensa la pared vaginal anterior.

Se hace una incisión que comience a dos traveses de dedo por debajo del orificio uretral, alcanzando el orificio externo del cuello del útero.

Se profundiza este corte en una extensión de dos centímetros a través del músculo, hasta el interior del conducto cervical.

La hemorragia de las venas cervicales es despreciable.

Entre los bordes de la incisión vaginal queda visible la vejiga, dejándose desprender fácilmente por medio de un dedo envuelto en gasa.

Inmediatamente después se secciona con tijeras la pared del segmento inferior en la línea mediana y en toda la extensión en que se encuentra desprendida la vejiga.

Se llega así rápidamente al orificio interno y aparece la bolsa de las aguas.

Cuando se trata de un embarazo no llegado a tér-

mino, con feto pequeño por consiguiente, es innecesario prolongar la incisión por encima del orificio interno; si por el contrario se tratase de un feto de término, es menester practicar un corte que mida de 10 a 12 ctms. desde el orificio externo del cuello hasta la extremidad superior de la sección.

RESULTADOS — DEDUCCIONES

La cesárea-vaginal, operación esencialmente rápida y metódica, tuvo forzosamente que aportar a la obstetricia un notable progreso, y esto, resistiendo los serios ataques de sus detractores. Hoy ya no forman legión, siendo, por el contrario, más numerosos sus adeptos. La cesárea-vaginal se impuso por sí sola; se impuso como método quirúrgico bien fundado, anatómica y clínicamente.

Así se explica que muchos de los que la combatían en su principio, sean hoy los más entusiastas y ardientes defensores.

Pesados y comparados los pro y los contras,fuerza es reconocer sus múltiples ventajas.

Casos desgraciados los ha habido en todas las aperaciones y en todas las épocas, pero nunca fueron óbice para abandonarlas.

De esa manera se perfeccionaron métodos operatorios, que hoy son la gloria de sus creadores y de la cirugía moderna, con todos los enormes beneficios que reportaron a la humanidad.

Es, a mi modo de ver, el porvenir que espera a la operación cesárea-vaginal, que no debe ser abandonada mientras no venga a substituirla otro método más científico. Si es que llega, tardará seguramente; pero no seamos reacios en apreciar el progreso futuro de la medicina, que es capaz de aportarnos cosas imprevistas.

Los resultados post-operatorios en nuestras observaciones, no pueden ser más halagüeños.

Claro está que se registran varios casos fatales, imputables, pura y exclusivamente, a la enfermedad causal y no al acto operatorio.

Son enfermas que habrían sucumbido lo mismo aun sin soportar la intervención.

Ee indudable que operando en pleno shock, con la cesárea-vaginal, como con cualquier otra operación, se apresuraría la muerte de la paciente.

Los casos de cesárea-vaginal complicados de accidentes operatorios, son relativamente raros, e irán disminuyendo a medida que se perfeccione la técnica.

Hoy por hoy no se registran casi y en nuestras observaciones no hubo que lamentar ninguna de importancia.

Por lo que al feto se refiere, no hay mención que sea capaz de afirmar efecto nocivo sobre su vitalidad.

Con todo, ¿estaríamos en condiciones de proclamarla como una operación completamente inocua, fácil de practicarla, por cualquier médico y en cualquier parte, como lo pretende Dührssen? No. Para que dé

los resultados que ella ofrece, son indispensables manos hábiles, instrumental y local apropiado, y un perfecto conocimiento de sus indicaciones.

No puedo dar números, ni estadística con los pocos casos que he observado. He manifestado que ese no era mi objeto y me atengo a él; he preferido exponer lisa y llanamente lo adquirido durante mi internado en la Maternidad del Hospital T. de Alvear, constituyéndome en un mero expositor de los casos clínicos que a continuación se expresan.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

I

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. Ubaldo Fernández.

Año 1913. Tomo I. N.° 27. Boletín clínico n.° 262.

María V. de L., 18 años, argentina, casada, zapatillera. Ingreso: 31 de Enero de 1913.

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo doce embarazos, llegados a término y sin accidentes. El padre vive sano.

Personales: Alimentación materna; locomoción normal.

Primera menstruación: A los 12 años; de 6 a 7 días de duración, indoloras, abundantes.

Inició su vida sexual a los 17 años.

Personales y patológicos: Sarampión en su primera infancia; escarlatina a los 12 años; fiebre tifoidea a los 16.

Obstétricos: Primigesta.

Embarazo

Ultima menstruación: 1.° de Julio.

Primeros movimientos fetales: al 4.° mes.

Accidentes y complicaciones: Vómitos, mareos y cefaleas en los primeros meses.

Examen general y obstétrico

Mujer bien constituída, con ligeros edemas de los miembros inferiores.

Embarazo de 6 meses y medio, con feto vivo, en O. I. D. T.

Organos genitales externos, normales.

Estado a su ingreso. — Ingresa a esta clínica después de haber tenido en su domicilio una serie de ataques convulsivos, que se repiten, en número de tres, en la mesa de operaciones.

Pulso tenso y frecuente; con 38°c. de temperatura.

Bajo anestesia clorofórmica, se intenta efectuar un parto forzado, efectuando la maniobra de Bonnaire, para dilatar el cuello; la tentativa fracasa, debido a *la rigidez del orificio interno* del cuello uterino.

Al efectuar la maniobra antedicha, se rompe la bolsa de las aguas.

Se le administra un purgante drástico y se le practica una sangría de 500 c.c.

Poco después, experimenta nuevos ataques; la tem-

peratura se mantiene en 38°c. y el pulso en 160 por minuto, siendo las 12 p. m.

Su estado decide un vaciamiento rápido del útero, por *cesárea-vaginal.*

Parto. — Intervención

Operador: Dr. C. González; ayudante: Pte. H. Vilaseca. Principio del trabajo del parto: Enero 31 a las 11 a. m. Estado a su ingreso a la sala de partos: Embarazo de 6 y 1|2 meses; feto vivo en O. I. D. T.; sin encaje. El cuello tiene una dilatación de 1 centímetro.

Rotura de las membranas: artificial (al intentar la dilatación); líquido amniótico normal.

A las 3.30 a. m. del día 1.° de Febrero, bajo anestesia clorofórmica, se termina el parto por una operación *cesárea-vaginal,* por colpotomía anterior y aplicación de forceps en D. T., extrayéndose un feto muerto, en O. P.

Alumbramiento: artificial; duración: 10 minutos.

Sutura de la incisión del cuello: sin accidentes.

Duración total del trabajo: 17 horas y 10 minutos.

Examen de los anexos

Placenta: 250 gramos de peso; forma circular y con membranas íntegras.

Cordón: 50 centímetros de longitud; inserción lateral.

Después de operada, la enferma no tuvo más ataques; estado general bueno.

El examen de las orinas, revela presencia de albúmina, en proporción de 1,50 o|oo.

El último examen, antes de su alta, da 0,30 o|oo.

Puerperio

Transcurre sin temperatura y sin complicaciones.

La cicatrización se hace por primera intención.

Alta: 13 de Febrero de 1913, sana.

II

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. Ubaldo Fernández.

Año de 1913. Tomo III. N.° 351. Bol. clínico n.° 557.

Emilia J. de H., 16 años, turca, casada, sin profesión.

Ingreso: 15 de Noviembre de 1913.

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo 5 embarazos, con partos y puerperios normales.

Personales: Alimentación materna; locomoción normal.

Primera menstruación: A los 15 años; duraban 3 días; abundantes, indoloras.

Inició su vida sexual a los 15 años.

Patológicos: Sin importancia.

Obstétricos: Primigesta.

Embarazo

Ultima menstruación: ignora.

Primeros movimientos fetales: Al 4.° mes.

Accidentes y complicaciones: Vómitos, cefaleas.

Examen general y obstétrico

Mujer en regular estado de nutrición; esqueleto bien conformado.

Embarazo de 9 meses, con feto vivo en O. I. I. T.

Organos genitales externos: normales.

Estado a su ingreso. — Ingresa a la Maternidad, en camilla y en pleno ataque de eclampsia.

Tuvo otro análogo en la sala de guardia, mientras se procedía a darle entrada. Sus allegados refieren que en su domicilio experimentó tres ataques.

Con cortos intervalos, se le repiten cuatro más.

Se le practica una sangría, extrayendo 600 *c.c.*

Se constata una dilatación del cuello de 1 cent.

El examen de orina revela presencia de albúmina.

Parto. — Intervención

Operador: Dr. T. González; ayudante: Pte. A. Fages.

Principio del trabajo del parto: 15 de Noviembre a las 3 p. m.

Estado a su ingreso a la sala de partos: Embarazo de 9 meses; feto vivo en O. I. I. T.; sin encaje.

Dilatación del cuello: 1 centímetro.

Menbranas íntegras: Rotura artificial; líquido amniótico normal.

5.30 p. m.: Bajo anestesia clorofórmica, y hecha la antisepsia de rigor, se practica una operación *cesárea-vaginal* (Dührssen) y una aplicación de forceps en I. T., extrayéndose un feto vivo de 2.800 gramos de peso.

Alumbramiento: por expresión, en 10 minutos.

Sutura de las incisiones del cuello: Sin accidentes.

Duración total del trabajo: 3 horas y 10 minutos.

Examen de los anexos

Placenta: 620 gramos de peso; forma oval y con membranas íntegras.

Cordón: inserción lateral; longitud: 55 centímetros.

Puerperio

Cesan los ataques después del parto; la cicatriza-

ción se hace por primera intención. Evoluciona sin complicaciones.

Niño

Peso: 2.890 gramos; longitud: 49 centímetros. Sexo masculino.

Caída del cordón al 5.° día. Alimentación materna.

Alta: Diciembre 2 de 1913; madre e hijo sanos.

Nota: En Febrero del corriente año, ambos fueron vistos en la Maternidad, en perfecto estado de salud. El niño es normalmente desarrollado. La madre no ha vuelto a embarazarse.

III

Materidad del H. "T. de Alvear".

Director: Dr. U. Fernández.

Año 1913. Tomo III. N.° 400. Bol. clínico n.° 604.

Francisca A. de N., 17 años, italiana, casada, sin profesión.

Ingreso: Diciembre 13 de 1913.

Antecedentes

Hereditarios: No se obtienen datos, por estar la enferma en cama.

Se supo que la enferma se encontraba en este estado desde hacía 24 horas; no se obtuvieron otros detalles.

Embarazo. — Estado a su ingreso

Ingresa a la Maternidad con ataques de eclampsia y en estado comatoso.

Embarazada de 8 meses, feto muerto en O. I. D. T.

Los ataques, que se repiten a cortos intervalos, son intensos y prolongados.

Pulso tenso y frecuente; temperatura: 40 1|2°c.

Tratamiento: sangría de 700 c.c.

Parto. — Intervención

Como dichos ataques se repitieran y no existiendo trabajo de parto, se le practica, de urgencia, una operación *cesárea-vaginal,* por *colpotomía anterior.*

Se extrae un feto muerto de 2.300 gramos, por versión podálica interna.

Después de operada, tiene otros nuevos ataques, falleciendo al cabo de una hora.

IV

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".
Director: Dr. Ubaldo Fernández.
Aña 1914. Tomo I. N.° 143. Bol. clínico n.° 749.
María G., 19 años, española, soltera, sirviente.
Ingreso: Marzo 21 de 1914.

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo 8 embarazos, con partos normales.

Personales: Alimentación materna; locomoción normal.

Menstruó a los 15 años; duración de 8 días, abundantes, indoloras.

Inició su vida sexual a los 18 años.

Patológicos: Viruela a los 12 años.

Obstétricos: Primigesta.

Embarazo

Ultima menstruación: Diciembre de 1913; ignora fecha.

Embarazo de 3 y 1|2 meses.

Estado a su ingreso. — Ingresa emaciada, con vómitos frecuentes y graves; no tolera ninguna clase de alimentos. Diuresis escasa; pulso frecuente, relativamente bueno; sin fiebre.

Tratamiento. — Se la somete a una dieta conveniente y se le administra mentol en poción, con agua cloroformada.

Marzo 27. — Teniendo en cuenta el estado general de la enferma: deshidratación y enflaquecimiento intensos, pulso muy frecuente — 140 por minuto — y la persistencia cada vez más tenaz de los vómitos, se resuelve practicar el vaciamiento del útero.

Como el cuello es pequeño, y su orificio puntiforme, se hace una dilatación con las primeras bujías de Hégar, colocándole después un taponamiento cérvico-uterino.

Marzo 28. — No hay trabajo de aborto; el cuello uterino está más reblandecido, pero con la misma dilatación.

Siendo peor el estado general de la enferma, el vaciamiento rápido del útero se impone: con ese objeto se le efectúa una *histerotomía cervical* con colpotomía anterior. Se extrae el huevo y se sutura la herida del cuello, dejando una mecha intrauterina.

Marzo 29. — El estado general mejora rápidamente. Los vómitos cesaron después de la operación; tolera todos los alimentos.

Se le practican algunas curaciones secas, transcurriendo el puerperio sin temperatura y sin otras complicaciones.

En poco tiempo aumentó de peso, permaneciendo en la Maternidad, sin objeto, hasta el 31 de Mayo, día en que se da de alta, completamente curada.

V

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".
Director: Dr. Ubaldo Fernández.
Año 1914. Tomo II. N.° 177. Bol. clínico n.° 784.
María R., 19 años, argentina, soltera, sirviente.
Ingreso: 18 de Abril de 1914.

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo 2 embarazos con partos y puerperios normales.

Fisiológicos: Locomoción normal.

Regló a los 14 años, de 2 a 3 días de duración, regulares, indoloras, escasas.

Patológicos: Sarampión en la infancia; fiebre tifoidea.

Obstétricos: Tuvo un embarazo anterior con parto y puerperio normales.

Embarazo actual

Ignora la fecha de sus últimas reglas.

Examen general y obstétrico: Mujer bien constituída y en buen estado de nutrición. Esqueleto bien desarrollado. Conformación y diámetros pelvianos normales.

Facies de abotagamiento, con ligero edema; muy pronunciado en los miembros inferiores.

Embarazada de 8 1|2 meses, con feto vivo en S.I.I.T., sin encaje.

Estado a su ingreso: La enferma ingresa a la Maternidad, con pequeños síntomas de autointoxicación gravídica.

El examen de orina revela presencia de albúmina. Se la pone en reposo, con dieta láctea y se la purga.

Durante 15 días ha estado en observación, siguiendo el tratamiento antes mencionado, mejorando un poco, pero persistiendo cefalea intensa, aun cuando ya no existe albúmina. Se sospecha que otras enfermas le suministraron pan.

Mayo 6. — Tiene dos ataques violentos de eclampsia, seguidos de coma y de hematemesis.

El pulso es frecuente y muy tenso.

Una hora después del primer ataque, se le practica una sangría masiva.

Como el estado de la enferma siguiera grave y no existiendo trabajo de parto, se resuelve vaciar rápidamente el útero; con ese objeto se le practica una operación *cesárea- vaginal* con colpotomía anterior.

Se hace una extracción manual de un feto vivo. Durante la intervención, la hemorragia es intensa.

Tiene varias nuevas hematemesis y permanece en profundo coma; muy congestionada y en estado asfíctico, se la traslada a la sala correspondiente.

Dos horas después de la operación aparece el estertor traqueal; pulso filiforme e incontable. Dos horas más tarde, el pulso late 180 por minuto, y la temperatura llega a 38°8c.; facies pálidas. Se le administra oxígeno en inhalaciones y cardiotónicos; luego un enema drástico, que lo retiene pero no lo expulsa, falleciendo a las 11.30 p. m.

Anexos

Placenta: 570 gramos, de forma oval.

Cordón: 53 centímetros, inserción lateral.

Niño

Sexo femenino, de 3.200 gramos, 46 centímetros de longitud.

Fallece el 8 de Mayo de debilidad congénita.

Autopsia de la madre: Rigidez cadavérica. No hay livideces ni hipostasias. Abierto el abdomen, aparecen las ansas intestinales distendidas, sin hemorragia.

Organos genitales externos: en su sitio; el ovario izquierdo tiene un cuerpo amarillo; el pabellón de la trompa izquerda tiene una vesícula del tamaño de una arveja, blanca, transparente. Estómago distendido, conteniendo un líquido color café, en cantidad aproximada de 200 gramos.

Hígado y bazo: congestión activa; riñones: nefritis parenquimatosa. Corazón y pulmones: normales.

Cerebro: congestión intensa del hemisferio derecho, con hemorragias punteadas del lado izquierdo.

OBSERVACIONES PERSONALES

Las historias clínicas que a continuación se expresan, corresponden a enfermas observadas y seguidas durante mi internado en la Maternidad; sobre ellas fundo los resultados de mi Tesis. Los publico, por esa razón, bajo el título de "Observaciones personales", aunque en realidad, como es fácil imaginarlo, correspondan al Director y a los jefes de clínica de dicha institución.

I

Maternidad del Hospital Torcuato de Alvear.

Director: Dr. Ubaldo Fernández.

Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.

Año de 1915. N.° 12.

Ester N. de B., 29 años, rusa, casada, sin profesión.

Ingreso: Enero 7 de 1915. Defunción: Febrero 5|915.

Diagnóstico: Embarazo de 2 meses. Vómitos incoercibles.

Tratamiento obstétrico: Vaciamiento del útero por *histerotomía cervical* (aborto terapéutico).

Antecedentes

Hereditarios: Sin importancia; ignora los referentes a los partos de la madre.

Fisiológicos: Locomoción normal; tuvo sus primeras reglas a los 16 años; eran indoloras, abundantes y de 3 a 4 días de duración.

Patológicos: Ninguno.

Obstétricos: Primigesta.

Embarazo

Ignora la fecha de su última regla.

Con la supresión del período menstrual, fué atacada de vómitos frecuentes, graves.

Examen general: Mujer bien desarrollada, con escaso panículo adiposo; piel y mucosas pálidas; adelgazamiento acentuado y deshidratación.

Observaciones del embarazo

Febrero 4. — Durante su permanencia en esta clínica, siguió con vómitos frecuentes y con intolerancia por los alimentos, de cualquier naturaleza que fueran.

Se le administra una poción con mentol y agua cloroformada, laxantes y enemas diarios de suero artificial. Como no diera resultado este tratamiento, se le prescribe X gotas diarias de solución al o|oo de adre-

nalina. La dieta fué primeramente láctea; luego se la substituyó por alimentación sólida, buscando la tolerancia, que nunca se consiguió.

Se obtuvieron mejorías muy transitorias.

Examinada la enferma por el tacto vaginal, se constata un útero de anteflexión moderada, con un volumen que corresponde a un embarazo de 2 y 1|2 meses.

El enflaquecimiento se acentúa, con oliguria; el pulso late de 90 a 100 por minuto; no hay fiebre.

Febrero 5. — Como la enferma empeora visiblemente y teniendo en cuenta los síntomas anotados, se decide *provocar el aborto.*

Intervención

Operador: Dr. Ubaldo Fernández; ayudante: Pte. Oxilia.

Bajo anestesia clorofórmica, se inicia la dilatación del cuello uterino con bujías de Hégar, llegando con dificultad al n.° 15.

El cuello es muy largo y resistente. Dadas estas circunstancias, se resuelve hacer una *histerotomía cervical*: se practica la colpotomía anterior y luego se desprende y se rechaza la vejiga y el peritoneo; se incinde el cuello uterino en su parte mediana anterior, consiguiéndose vaciar el contenido del útero, con la cureta roma de Pinard, previa rotura de las membranas del huevo. Sutura de la brecha.

No se presentó ninguna dificultad ni accidente.

La hemorragia fué insignificante.

Cloroformo ingerido: 100 gramos.

Después de operada, la enferma queda con 110 pulsaciones; experimenta algunos vómitos líquidos, biliosos, escasos, de origen clorofórmico.

6 horas más tarde, el estado general continúa relativamente bueno; solicita alimento, dándosele leche, que la ingiere y no la vomita. Poco después, en forma aguda, casi fulminante, cae en *hipotermia,* de la que reacciona débilmente con cardiotónicos, hipodermoclisis, algunas gotas de adrenalina y calefección. Pero enseguida tiene un ataque convulsivo, corto, semejante al de la eclampsia, falleciendo instantes después.

Se sospecha que la causa de la muerte obedezca a una *insuficiencia suprarrenal aguda clorofórmica,* dada la cantidad excesiva de anestésico ingerido, cantidad que sobrepasó con mucho a la dosis que convenía a la enferma; y esto por una mala "graduación" para la anestesia.

II

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. Ubaldo Fernández.

Sección Ginecológica a cargo del Dr. Toribio J. Piccardo.

Historia clínica n.° 40. Sala 26. Cama 26.

Restituta T. de G., 22 años, argentina, casada.

Ingreso: 2 de Marzo de 1915. Alta: Marzo 22.

Diagnóstico. — Embarazo de dos meses. Tuberculosis pulmonar.

Tratamiento. — Vaciamiento del útero por *histerotomía* cervical (aborto terapéutico).

Anteedentes

Hereditarios: Padres sanos. Tiene 6 hermanos, de los cuales 5 viven sanos; el 6.º fué operado en su infancia de ganglios del cuello; actualmente goza de buena salud.

Colaterales: Tuvo un sobrino, que hasta hace 2 años padecía de coxalgia y que falleció de meningitis.

Personales: Infancia sana. Regló a los 13 años; períodos regulares en cantidad, indoloros y de 3 a 4 días de duración. Casó a los 18 años. Tuvo un embarazo, con parto normal y de término.

Enfermedad actual: Hace 2 meses sufrió un fuerte resfrío, del que mejora, quedándole tos; actualmente dicha tos es seca y muy molesta.

Continúa con sus ocupaciones habituales, aunque con menos apetito y fuerzas para el trabajo.

De pronto es acometida de un acceso de tos seguida de una abundante hemóptisis. El Dr. Piccardo la somete a un tratamiento adecuado, consiguiendo detener las hemorragias y atenuar la tos.

Estado actual: Marzo 4. — Buen esqueleto; escaso panículo adiposo; piel y mucosas pálidas.

Aparato respiratorio: Respiración ruda en ambos vértices; inspiración entrecortada y algunos roncus en el vértice izquierdo.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato digestivo: Escaso apetito; constipación habitual.

Organos genitales. — Vulva, vagina y periné, normales. Cuerpo uterino formando un tumor globuloso, blando, mediano, dislocable, que llega a la mitad del espacio comprendido entre el pubis y la cicatriz umbilical.

Ausencia de 2 períodos menstruales.

El examen de esputos, descubre de 1 a 2 bacilos de Koch por campo.

La temperatura no es muy elevada, pero tiene oscilaciones que llegan a 38°c.

Se resuelve interrumpir su embarazo.

Operación: Mayo 6 (Dres. Piccardo y Fernández).

Anestesia clorofórmica; tentativa de dilatación del cuello uterino con bujías de Hégar. Debido a la rigidez del cuello, no se consigue introducir sino los primeros números; se hace una nueva tentativa con el dilatador metálico de Sims, sin conseguir más dilatación que la alcanzada con las bujías; estos fracasos deciden la histerotomía cervical.

Se le practica la colpotomía anterior y luego de rechazar la zona desprendible del peritoneo, se incinde

el cuello en su parte mediana anterior y se procede a vaciar el útero por medio de un cureteo digital. Como quedaran algunos restos ovulares, se los extrae con la cureta roma de Pinard. Se produjo, durante la intervención, una hemorragia bastante abundante, que cesó de inmediato con la sutura de la herida del cuello uterino.

Se le deja un drenaje cérvico-uterino y una sonda Pezzer en la vejiga. Al siguiente día, ambas fueron extraídas.

Puerperio: Transcurre sin complicaciones. Se le efectuó algunas curaciones con tintura de iodo y se comenzó un tratamiento general reconstituyente, aconsejándole que evitara un nuevo embarazo.

Dada de alta el 22 de Marzo, curada de su herida operatoria y mejorada en su estado general.

Nota: Hace poco tiempo fué examinada la enferma: aumentó 6 kilógramos de peso; estado de sus órganos genitales, bien; no ha vuelto a embarazarse.

III

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".
Director: Dr. Ubaldo Fernández.
Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.
Año 1915. N.° 69.
Mariana G. de B., 29 años, española, casada, q. d.
Ingreso: 7 de Febrero. Alta: 15 de Febrero.

Diagnóstico. — Embarazo de 8 y 1|2 meses; feto vivo en O. I. D. A. Prolapso uterino.

Tratamiento. — Reducción y contención del prolapso. Cesárea vaginal y aplicación de forceps. Alumbramiento artificial.

Antecedentes

Hereditarios: Padres muertos. La madre tuvo seis embarazos, con partos y puerperios normales; falleció de nefritis (?).

Fisiológicos: Locomoción anormal; recién a la edad de 14 años pudo caminar bien, después de operada de pié equino-varo.

Regló a los 15 años, regulares, abundantes, indoloras y de 3 a 4 días de duración.

Patológicos: Sarampión en la infancia.

Obstétricos: Tuvo 12 embarazos anteriores: los 7 primeros terminaron por abortos, de 45 días de gestación; el 8.° fué asimismo aborto de 60 días. Se le practicó dos raspados uterinos.

Los 4 últimos fueron embarazos sin accidentes, de término, con partos y puerperios normales.

Todos hijos del mismo padre.

Embarazo actual

Ignora la fecha de sus últimas reglas. Por la altura

del útero — 30 centímetros — se diagnostica un embarazo de 8 1|2 meses.

Estado a su ingreso. — Examen general: Mujer bien conformada y en buen estado de nutrición. No se observa edemas ni várices.

Pié izquierdo equino-varo congénito, con cicatriz operatoria en la región maleolar externa.

Apparato circulatorio: Normal.

Aparato respiratorio: Rales diseminados de bronquitis gruesa.

Senos y pezones normales.

Examen obstétrico: Embarazo de 8 1|2 meses, con feto vivo en O. I. D. A. Conformación y diámetros pelvianos, normales.

Organos genitales: Prolapso del útero. El cuello grandemente edematoso, infiltrado, del tamaño de una cabeza de feto a término, alargado, cayendo sobre el periné y extrangulado por el anillo vulvar.

Orificio uterino y región circulante ulcerados; poco extensible y con 6 centímetros de dilatación (4 dedos). Vulva amplia y edematosa; desgarradura antigua incompleta del periné. Vagina también amplia y prolapsada. No existen fondos de saco vaginales.

Observaciones del embarazo

Fué obrera de una fábrica de cigarrillos, desde 8 años antes de contraer matrimonio (el cual data de 8 años).

Después de éste, continuó en dicha fábrica poco más de 2 años, en cuyo lapso de tiempo sufrió los 12 abortos ya mencionados.

Abandonó su ocupación por consejos de un médico, pudiendo así llevar a término sus cuatro embarazos siguientes.

Hace poco más o menos 6 meses, perdió un poco de sangre por sus órganos genitales externos, y flujo en bastante cantidad, sintiendo dolores vagos perineales y de cadera. Tres meses ha, notó la enferma que se le exteriorizaba por la vulva, "algo así como un huevo". En la Escuela de Parteras, donde concurriera para su examen, la prescriben reposo e irrigaciones vaginales de permanganato de potasio. El prolapso, a intervalos, disminuía y aumentaba sin causa aparente.

Febrero 6 de 1915. — A las 11 a. m. sintió los primeros dolores del trabajo de parto, perdiendo aguas poco después. En la tarde de ese mismo día, durante una fuerte contracción, el propapso uterino aumenta, siguiendo así paulatinamente hasta adquirir el tamaño de una mandarina alargada y luego el de una cabeza de feto a término, tal como llegó a esta clínica, el 7 de Febrero a las 11 p. m.

Ingresa traída por la ambulancia, en estado de agotamiento de sus fuerzas, en período expulsivo; las contracciones uterinas son muy débiles y espaciadas y de corta duración. A través del orificio del cuello no se divisaba el vértice, por estar aquel órgano infiltrado

y edematoso. Por cada pujo, el prolapso se acentuaba, pero sin progresar la presentación.

El pulso era relativamente bueno, algo frecuente; la temperatura llegaba a 38°c. No existían signos de sufrimiento fetal.

Tratamiento. — Sin anestesia clorofórmica, intento una reducción del propapso, sin conseguir el resultado que buscaba, porque la enferma se defendía. Requerida la presencia del Dr. T. González, éste concurre, procediendo a efectuar la reducción bajo anestesia clorofórmica (4 a. m. del día 8). Se reduce a la cavidad vaginal la totalidad del tumor, *intentando* previamente *una dilatación manual,* que no se obtiene por la poca dilatabilidad, debido al edema y a la infiltración, siendo inevitables las desgarraduras.

Para reducirla, se efectuó compresión, desalojando gran parte del edema. Se coloca un taponamiento de contención.

Cuatro horas después, la enferma tiene 38°5 c. de temperatura contracciones uterinas débiles y espaciadas. El feto presenta signos evidentes de sufrimiento, por lo que se resuelve apresurar y terminar el parto.

Intervención

Operador: Dr. U. Fernández; ayudante: Pte. Oxi a.

Por las condiciones desfavorables de dilatabilidad del cuello, por la prolongación excesiva del trabajo del

parto y por el sufrimiento fetal, se resuelve practicar una operación cesárea vaginal.

Bajo anestesia clorofórmica y previa la antisepsia habitual, se practica una colpotomía transversal anterior, desprendiendo sin dificultad la vejiga. Luego se incinde el cuello y el segmento inferior, por histerotomía mediana anterior. Como el vértice estaba encajado, se hace una toma de forceps en O. I. D. A., extrayéndose un feto vivo, de 2200 gramos de peso.

Alumbramiento artificial. Sutura del cuello y lavaje iodado. Sin accidentes.

Puerperio

Por la noche tiene 37°8c. de temperatura, oscilando en los días siguientes entre 37 y 38, para llegar a 39 al tercero.

La herida del cuello cicatriza lentamente, debido a la infección preexistente y al edema.

Se le practica lavajes vaginales e intrauterinos a baja presión, y tópicos de tintura de iodo en la herida y en el orificio del cuello.

Al 6.° día la temperatura desciende a la normal.

Niño

Peso: 2.200 gramos. A las seis horas del nacimiento aparece edemas en los párpados, constatándose una

conjuntivitis purulenta doble, no obstante haber practicado la desinfección prolija. La precocidad en la aparición y el estado del cuello uterino, prueban terminantemente la infección antes del nacimiento. Se le trata con lavajes continuos de permanganato e instilaciones de protargol.

El 15 de Febrero exige su alta; la madre sin temperatura y con la herida del cuello en vías de franca cicatrización; el niño mejorado de su conjuntivitis.

IV

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. U. Fernández.

Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.

Año 1914. N.° 188.

Pierina O. de G., 28 años, argentina, casada, lavandera.

Ingreso: Abril 9 de 1915. Alta: 18 de Abril (sana).

Diagnóstico. — Trabajo de aborto (5 1|2 meses de gestación).

Tratamiento. — Tentativa de dilatación manual e instrumental. Vaciamiento del útero por *colpohisterotomía cervical anterior.*

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo 2 hijos, con partos normales y de término.

Fisiológicos: Locomoción normal. Regló a los 12 años, de 4 a5 días de duración, abundantes, dolorosas.

Patológicos: Ninguno.

Obstétricos: Tuvo 2 embarazos anteriores, llegados a término y con partos y puerperios normales.

Embarazo actual

Ignora la fecha de su última menstruación. Tuvo vómitos, mareos y cefaleas en los primeros meses.

El examen clínico general no revela nada de anormal.

Estado a su ingreso: 9 a. m.. Ingresa a la sala de partos embarazada de 5 1|2 meses y en trabajo de aborto, el que comenzó hace ya varios días.

Pulso frecuente (110 por minuto); temperatura 37°6 c. Mucosa y piel pálidas.

Según el practicante que la condujo, tuvo en su domicilio, a las 2 a. m., una hemorragia intensa.

Feto muerto y propapso del cordón. El cuello está muy poco dilatado, no consiguiendo introducir más que un dedo.

Tratamiento. — Se intenta una dilatación manual y luego instrumental del cuello, para terminar el aborto. El cuello está rígido, no dilatable. Por el estado de la enferma y por la prolongación del trabajo de aborto, que se había detenido, y existiendo fetidez, se resuelve vaciar rápidamente el útero.

Intervención

Operador: Dr. I. Peña; ayudante: Pte. J. Oxilia.

Bajo anestesia clorofórmica, se practica una colpohisterotomía anterior, extrayéndose un feto muerto y macerado, por su vértice. Alumbramiento artificial.

Se sutura la brecha cervical; se practica un lavaje intrauterino iodado, dejando una mecha en el cuello. Sin accidentes.

Luego se le inyecta 500 c.c. de suero artificial, 2 c.c. de ergotina y cardiotónicos.

Puerperio

Se retira al siguiente día la mecha cervical y se efectúa un lavaje y curación iodados. Buen estado general. La temperatura es subfebril en los tres primeros días; luego normal. Cicatrización por primera intención.

Alta: 18 de Abril (sana).

V

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. U. Fernández.

Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.

Año 1915. N.° 257.

Teresa F. de Q., 35 años, española, casada, q. d.

Ingreso: Mayo 18. Alta: Junio 10 de 1915.

Diagnóstico. — Edema agudo de pulmón por autointoxicación gravídica. Embarazo de término con feto vivo en O. I. I. T.

Tratamiento. — Sangría masiva y vaciamiento rápido del útero por cesárea-vaginal y versión podálica interna.

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo 6 partos normales.

Fisiológicos: Locomoción normal. Regló a los 17 años; reglas dolorosas, abundantes y de 6 a 7 días de duración.

Patológicos: Sarampión en la infencia; tifoidea a los 18 años.

Obstétricos: Tuvo 2 embarazos anteriores sin accidentes y con partos normales.

Embarazo actual

En Agosto de 1914, del 10 al 17 tuvo su última regla.

Percibió los primeros movimientos fetales a los 3 1|2 meses.

Altura del útero: 36 centímetros.

Observaciones del embarazo

Refiere la enferma que desde hace varios días no se siente bien. Tuvo cefaleas frecuentes, dolores epigástricos, malestar general y náuseas.

Notó edema pronunciado en los miembros inferiores y oliguria, siguiendo así hasta hoy, 18 de Mayo. Se acuesta a las 9 p. m. y a las 10 tiene un acceso brusco de asfixia y de sofocación, con dificultad pronunciada para la respiración, malestar general, cefalea intensa y espectoración de mucosidades espumosas, sanguinolentas y muy abundantes.

Estado a su ingreso: Mayo 18, 11 p. m.

Mujer bien desarrollada, buen estado de nutrición, abundante panículo adiposo; piel y mucosas muy congestionadas, violáceas, especialmente la cara. Edema pronunciado de cara y miembros.

Dispnea intensa con tiraje. Estado cerebral, normal.

Pulmones: edema agudo generalizado.

Embarazo de 9 meses, feto vivo en O. I. I. T., sin encaje. Cuello grueso y edematoso, sin trabajo de parto.

Tratamiento. — Se le aplica ventosas escarificadas en las espaldas y se le extrae 700 c.c. de sangre, por incisión de la mediana cefálica.

Su estado general mejora un poco, persistiendo la gravedad. Como en un principio, el pulso es sumamente tenso.

Se decide vaciar rápidamente el útero.

Intervención: Mayo 19 a las 3 a. m.

Operadores: Dres. U. Fernández y T. González.

Bajo anestesia clorofórmica, se practica una operación *cesárea-vaginal clásica.* Por versión podálica

interna se extrae un feto vivo de 4.000 gramos.

Como el cuello estaba muy grueso y edematoso, su toma con las pinzas erinas, desgarran en parte sus tejidos, por lo que queda irregular y con pequeños colgajos.

Puerperio

Después de operada, la enferma queda muy bien; la dispnea y la hipertensión arterial disminuyen, desapareciendo por completo el edema pulmonar, al siguiente día.

Se produce un ligero ascenso térmico, por infección del cuello, que, como se ha dicho anteriormente, quedó con algunos colgajos irregulares que la facilitaron. Se le hacen algunas curaciones secas. Los edemas desaparecen rápidamente; se produce diuresis abundante, la temperatura baja, y la enferma es dada de alta.

Alta: 10 de Junio de 1915; madre e hijo sanos.

VI

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".
Director: Dr. U. Fernández.
Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.
Año 1915. N.° 287.
Emilia R. de L. 22 años, casada, española, q. d.
Ingreso: 4 de Junio. Alta: Junio 27 (sana).

Diagnóstico. — Embarazo de término con feto muerto en O. I. I. T., sin encaje. Eclampsia puerperal.

Tratamiento. — Sangría de 500 c. c. Vaciamiento rápido del útero por colpo-histerotomía cervical anterior y versión podálica interna.

Antecedentes

Hereditarios: Padres sanos; la madre tuvo 6 embarazos con partos y puerperios normales.

Fisiológicos: Locomoción normal. Regló a los 16 años; reglas abundantes, indoloras y de tres días de duración.

Patológicos: Sarampión en la infencia.

Obstétricos: Primípara.

Embarazo

Ignora la fecha de su última menstruación; sintió movimientos fetales activos al 4.º mes.

Altura del útero: 33 ctms.

Accidentes y complicaciones: Al principio, mareos (hasta el tercer mes). Cree no percibir movimientos fetales desde hace un mes.

Examen general: Mujer bien desarrollada; buen estado de nutrición; edema pronunciado de la cara.

Examen obstétrico: Embarazo de 9 meses, con feto

muerto en O. I. I. T., (sin encaje). Edema acentuado de la pared y región hipogástrica.

Conformación y diámetros pelvianos, normales.

Estado a su ingreso: Ingresa a la Maternidad a las 3 p. m. Una persona de su familia refiere que en su domicilio tuvo cuatro ataques convulsivos (eclampsia); el primero a las 9 a. m.

A su ingreso está en profundo coma, con gran hipertensión arterial; poco después se despeja algo, pronunciando algunas palabras. En seguida sufre dos nuevos ataques.

Tratamiento. — Sangría de 500 grs. y lavajes intestinales.

El cuello está cerrado y pequeño. No hay trabajo de parto.

Siendo las 8 p. m., la enferma, que había estado tranquila, tiene todavía gran hipertensión arterial; sufre un nuevo ataque violento; este estado decide vaciar rápidamente el útero.

Operación: Junio 4 a las 8 y 20 p. m.

Operador: Dr. Fernández; ayudante, Dr. Peña.

Bajo anestesia clorofórmica, se le practica la operación cesárea-vaginal (colpo-histerotomía cervical anterior); al comienzo de la cloroformización, tiene otro ataque convulsivo. Hecha la cesárea y no obstante tratarse de un feto muerto, se lo extrae por versión podálica interna.

La versión se hace fácilmente, no así la extracción,

que se hizo dificultosa a causa de la maceración y del volumen del feto (3.500 gramos).

El vértice se extrae por la maniobra de Moriceau.

Alumbramiento artificial. Sutura en un plano de la herida del cuello. Se termina con una irrigación intrauterina, dejándose un pequeño tapón vaginal.

Después de operada, la enferma no tuvo más ataques.

Puerperio

En los tres primeros días tuvo ligero ascenso térmico, que luego desciende a la normal. Cicatrización por primera intención.

El análisis de orina, que dió al principio 0.50 o|oo, ahora descendió a 0.25.

De alta: el 27 de Junio; curada.

VII

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. U. Fernández.

Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.

Año 1915. N.° 288.

Enriqueta B. de V., 19 años, casada, italiana, lavandera.

Ingreso: 8 de Junio. Actualmente continúa en la Maternidad.

Diagnóstico. — Eclampsia puerperal. Embarazo de 8 meses con feto vivo en O. I. I. T. (sin encaje).

Tratamiento. — Sangría de 600 grs. Vaciamiento rápido del útero por cesárea vaginal clásica (Dührssen) y versión podálica interna.

Antecedentes

Hereditarios: Padres sanos. La madre tuvo 8 partos; no precisa datos.

Fisiológicos: Locomoción normal. Regló a los 14 años; reglas abundantes, indoloras y de 3 a 4 días de duración.

Patológicos: Ninguno.

Obstétricos: Primigesta.

Embarazo

Sus últimas reglas tuvieron lugar del 25 al 28 de Septiembre (?).

Los primeros movimientos activos fetales los sintió al 4.° mes.

Examen general: Mujer bien constituída; buen panículo adiposo y excelente estado de nutrición.

Hay edemas en los miembros inferiores, en la cara y en la pared abdominal. Pulso hipertenso; temperatura normal.

Examen obstétrico: Organos genitales externos, normales.

Diámetros y conformación pelviana, normales. Embarazo de 8 meses con feto vivo en O. I. I. T., sin encaje.

Estado a su ingreso: Ingresa la enferma con el antecedente de un síncope (?). a consecuencia del cual se produjo una herida contusa en el cuero cabelludo. Mientras se la curaba en la Sala de Guardia, se producen vómitos alimenticios; media hora después tiene cefaleas intensas, produciéndose al poco rato un ataque de eclampsia.

Tratamiento. — Sangría de 600 gramos y enemas.

Entre 2 y 3 p. m. tiene tres ataques violentos.

No hay trabajo de parto; cuello de multípara, haciendo escaso relieve en la vagina, no existiendo casi fondo de saco anterior.

Se resuelve vaciar rápidamente el útero.

Operación: Junio 8 a las 3 p. m.

Operadores: Dres. González y Barceló A.

Bajo anestesia clorofórmica se le practica una colpotomía transversal anterior. El desprendimiento de la vejiga se hace muy difícil; se practica una incisión mediana anterior del cuello, que no llega al segmento inferior. Por esa razón se busca brecha practicando la colpo-histerotomía posterior.

Se extrae un feto vico de 2.200 gramos, por versión podálica interna. El alumbramiento se efectuó por

expresión. Se suturan las dos heridas del cuello.

Existiendo sospechas fundadas de haber herido la vejiga, se deja una sonda Pezzer.

Puerperio

Transcurre sin complicaciones. Se retira la sonda al décimo día, sin notarse ninguna novedad.

Junio 30. — La herida cicatrizó por primera intención. El examen de orina, que reveló a su ingreso 0,50 por mil de albúmina, hoy ya no descubre ese elemento. Utero en completa involución. Abandonará la Maternidad el próximo jueves (2 de Junio).

El niño falleció, débil congénito y con edemas, al segundo día.

VIII

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. U. Fernández.

Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.

Año 1915. N.° 47.

Esperanza R. de J., 30 años, casada, española, q. d.

Ingreso: Enero 25 de 1915. Alta: 15 de Febrero (sana).

Diagnóstico. — Embarazo de término. Distocia por rigidez del cuello uterino.

Tratamiento. — Dos incisiones anteroposteriores de Dührssen y aplicación de forceps.

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo 8 embarazos: 5 partos normales y 3 abortos.

Fisiológicos: Caminó a los 2 años; tuvo alimentación materna. Regló a los 19 años; reglas abundantes, dolorosas y de 6 a 7 días de duración.

Patológicos: Ninguno.

Obstétricos: Primípara.

Embarazo

Ignora la fecha de la última regla. Altura del útero: 38 centímetros. Sufrió de vómitos, mareos y cefaleas en los primeros meses.

Examen general: Mujer bien desarrollada, en buen estado de nutrición. Edemas en los miembros inferiores.

Examen obstétrico: Embarazo a término, en trabajo de parto, con feto vivo en O. I. I. T.

Conformación y diámetros pelvianos normales.

Organos genitales, normales.

Parto

Sintió los primeros dolores el 24 de Enero a las 10 p. m.

Ingresa a la sala el 25 a las 5 p. m., con 6 centímetros de dilatación. No hay encaje.

Día 26 de Enero, 11 a. m.: Después de 18 horas de permanencia en la sala de partos, se constata por el tacto que la dilatación no era más que de 7 centímetros con reborde de cuello grueso y no dilatable.

El vértice está en I. A., pero móvil. Desde las 6 de la mañana hay salida de meconio; los tonos fetales débiles y retardados, por lo que se resuelve intervenir para la extracción del niño.

Operación

Operador: Dr. T. González; ayudante: Pte. J. Oxilia.

Bajo anestesia clorofórmica se completa la dilatación del cuello con dos incisiones profundas antero-posteriores, que dan una brecha suficientemente amplia. Se extrae el feto aplicando forceps en I. T. y muy alto, por haberse elevado el vértice al practicar la toma. El vértice se desprende O. P.

Feto vivo de 4.150 gramos.

Alumbramiento artificial; hay retención de membranas, que eran muy friables; se las extrae en un segundo tiempo.

Se repara las heridas del cuello. Se sutura la pared vaginal posterior, desgarrada por el gran diámetro de la cabeza fetal; se aplica tres puntos de sutura al periné, terminando la operación con una irrigación intrauterina.

Puerperio

Al siguiente día la temperatura llega a 39°, descendiendo con laxantes y enemas. Al tercer día toca 38°; se constata infección de la herida perineal. Se le practica lavajes vaginales y curaciones locales. Octavo día: útero en sub-involución; ligero ascenso térmico; nuevos lavajes intrauterinos. El periné no se ha soldado.

Alta: 15 de Febrero; madre e hijo sanos.

IX

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. U. Fernández.

Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.

Año 1915. N.° 267.

María A. de G.: 22 años, casada, italiana, q. d.

Ingreso: Mayo 25. Alta: Junio 3 (sana).

Diagnóstico. — Embarazo de término (en trabajo): feto vivo en A. I. D. — H. D.

Tratamiento. — Dilatación con una incisión de Dührssen. Extracción del feto por versión podálica interna.

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo siete hijos, con partos normales.

Fisiológicos: Locomoción normal. Regló a los 13 años; reglas abundantes, dolorosas y de tres días de duración.

Patológicos: Ninguno.

Obstétricos: Primípara.

Embarazo

Ignora la fecha de sus últimas reglas. Sintió los primeros movimientos activos fetales, a los 4 meses. Su embarazo evolucionó sin accidentes.

Estado a su ingreso: Mayo 25, a las 11 a. m.

Mujer bien desarrollada, en buen estado de nutrición. Ingresa embarazada de término, en trabajo de parto, con feto vivo en A. I. D. — H. D. Dilatación de seis ctms., con membranas rotas y poco líquido amniótico.

Como el trabajo había empezado el día anterior y existiendo un período expulsivo muy prolongado, con signos de sufrimento materno y fetal, y dada la no dilatabilidad del cuello, el Dr. González resuelve y practica una incisión profunda de Dührssen, con lo que obtiene una dilatación completa. Efectúa la versión podálica interna, muy dificultosamente por la poca cantidad de líquido amniótico; consigue practicarla sin accidentes, aprovechando la relajación momentánea del útero. El vértice lo desprende por la maniobra de Moriceau. Alumbramiento artificial y sutura del cuello con cat-gut.

Niño vivo de 3.050 gramos.

El puerperio transcurre normelmente. Dada de alta el 3 de Junio: madre e hijo sanos.

X

Maternidad del Hospital "T. de Alvear".

Director: Dr. Ubaldo Fernández.

Jefes de clínica: Dres. T. González e I. Peña.

Año de 1915. N.º 55.

Antonia D. de N.: 23 años, española, casada, sin profesión.

Ingresó: 29 de Enero de 1915. Alta: 9 de Marzo, sana.

Diagnóstico. — Embarazo de dos meses. Vómitos incoercibles.

Tratamiento obstétrico. — Vaciamiento del útero por dilatación forzada del cuello (aborto terapéutico).

Antecedentes

Hereditarios: La madre tuvo cuatro partos normales, excepto el último, de cuyas consecuencias falleció, ignorando la causa.

Fisiológicos: Locomoción normal. Menstruó a los 14 años; reglas indoloras, abundantes, regulares y de 4 a 5 días de duración.

Patológicos: Sarampión en su infancia.

Obstétricos: Tuvo 2 embarazos anteriores, con partos de término y normales; puerperios también normales. Niños vivos. Durante los primeros meses de estos embarazos, tuvo vómitos frecuentes.

Embarazo actual

Sus últimas reglas datan del 15 de Noviembre último, durándole hasta el 19 del mismo mes.

Desde el comienzo sufrió de vómitos frecuentes, graves.

Examen general: Mujer bien constituída, con escaso panículo adiposo; piel y mucosas pálidas. No se observan edemas ni várices. Corazón y pulmones, normales. Pulso frecuente, hipotenso. Lengua saburral; boca seca y "pastosa", con marcada fetidez del aliento. Apetito escaso y constipación habitual.

Examen obstétrico: Vulva, vagina y periné, normales. Utero en anteflexión pronunciada, con un embarazo de 2 1|2 meses aproximadamente. Conformación y diámetros pelvianos, normales.

Observaciones del embarazo

La enferma refiere sufrir de vómitos frecuentes desde el comienzo de la gestación. Por su tenacidad, ingresa a la Sala XII de este Hospital (Diciembre de 1914), en cuyo servicio la someten a un tratamiento adecuado.

En vista del fracaso, la enferma es trasladada a la Maternidad, el día 29 de Enero.

Se la somete a dieta láctea y se le administran laxantes diarios; al interior, poción mentolada.

Desde el 6 de Febrero, los vómitos se tornan frecuentes, biliosos; la enferma, sin ingerir alimentos, está en un estado nauseoso continuo, persistiendo estos síntomas, con remisiones transitorias, hasta el 20 del mismo mes.

Casi siempre los vómitos tenían lugar media hora, a veces una, después de ingerir alimentos. Estos aparecen sin digerir. Deposiciones lientéricas, por temporadas.

Oliguria e hiperclorhidria manifiestas. La temperatura se mantiene próxima a 37°c.; el pulso late de 80 a 90 por minuto.

Al tratamiento anterior se agrega X gotas de solución al o|oo de adrenalina y cuerpo amarillo.

El examen de orina da el siguiente resultado:

Urea: 10,08; fosfatos: 7; cloruros: 2; albúmina: 1,60 por mil; sangre y urobilina: existen en pequeña cantidad. El sedimento señala algunos glóbulos rojos, pocas células epiteliales planas, escasos cilindros renales y abundantes cristales de fosfato triple. Este análisis fué practicado con fecha 27 de Enero; posteriormente — 6 de Febrero — no se constata ya ni albúmina, ni sangre, ni cilindros renales.

Como los vómitos no disminuyen y la deshidrata-

ción se acentúa, se le hacen inyecciones diarias de suero artificial.

El pulso aumenta en frecuencia, llegando y pasando de 100 latidos por minuto; generalmente oscila entre 100 y 105. La temperatura se mantiene normal.

Febrero 22. — Dada la gravedad creciente de la enferma y no habiendo dado resultado el tratamiento médico, se resuelve vaciar el útero provocando el aborto.

Intervención

Operador: Dr. J. Peña; ayudante: Pte. J. Oxilia.

Sin anestesia y previa la antisepsia de práctica se procede a fijar y descender el cuello uterino.

Con un dilatador de Sims, se efectúa sin dificultad la dilatación, consiguiendo dar paso cómodamente al índice y al medio. Se intenta un cureteo digital, que la enferma no resiste por estar sin anestesia, por lo que se emplea la cureta roma de Pinard, extrayéndose en poco tiempo y sin accidentes el huevo.

Se le efectúa un lavaje intratuterino iodado, dejando una mecha de gasa en la cavidad.

Puerperio

Al siguiente día se le extrae la mecha y se le practica una curación seca del cuello.

Febrero 23 al 28. — Experimentó algunos vómitos alimenticios, aunque menos frecuentes que antes de la operación.

Siente ardores intensos de estómago, con eructaciones ácidas. Se le administran alcalinos, consiguiéndose suprimir la acidez.

El estado general ha mejorado un tanto, pero persisten algunos vómitos biliosos y alimenticios. La temperatura oscila entre 36 1|2 y 37°c.; el pulso es siempre frecuente e hipotenso.

El día 28 acusa un dolor en la región hipogástrica, que cesa expontáneamente. Se le efectúan lavajes vaginales y algunos intrauterinos, de los que se desiste por estar el útero en franca involución y sin exudados patológicos.

Mayo 3. — Persiste un estado nauseoso, saburral, con marcada hiperacidez; pirosis frecuentes. Por la noche le practico un abundante lavaje de estómago con solución alcalina (agua de Vichy), consiguiendo un efecto sorprendente: desde entonces cesaron los vómitos, la hiperacidez y comenzó a renacer el apetito.

El estado general mejora rápidamente, solicitando su alta el día 9 de Mayo.

Resumo aquí dos historias clínicas, por creerlas interesantes y relacionadas al contenido de la Tesis. Corresponden a la Sala III del Hospital Torcuato de Alvear, observadas durante mi paso como practicante de dicho servicio.

XI

Hospital "T. de Alvear". Sala III.

Servicio del Dr. Ricardo S. Gómez.

Jefe de clínica: Dr. Juan C. Labat.

Carolina C. de F., 27 años, casada, francesa, q. d.

Ingreso: 26 de Febrero de 1914. Alta: 31 de Marzo (curada).

Diagnóstico. — Embarazo de cutro meses. Prolapso uterino de tercer grado. Prolapso vaginal.

Tratamiento. — Aborto terapéutico por dilatación forzada del cuello uterino.

Antecedentes

Hereditarios: Sin importancia.

Personales: Sarampión y coqueluche en la primera infancia. Regló a los 14 años de edad; reglas abundantes, indoloras, regulares y de 3 a 4 días de duración.

Casó a los 17 años, teniendo 4 embarazos, que terminaron con partos normales, excepto el último, en el que se aplicó forceps, produciéndose una desgarradura del periné que no se soldó.

Enfermedad actual: Data desde su último parto (2 años); notó que la matriz se le exteriorizaba produciéndole dolores irradiados hacia la cadera . deseos frecuentes de orinar. Su estado se agravó con el embarazo actual.

Estado atual: Mujer bien constituída; buen esqueleto.

Aparato digestivo: Lengua saburral; dientes mal conservados. Constipación habitual.

Abdomen flácido, pendiente.

Aparato urinario: polaquiurea.

Organos genitales: Se nota un prolapso uterino de tercer grado y prolapso vaginal. Matriz grande, correspondiente a un embarazo de 4 meses. Desgarradura antigua del periné.

Tratamiento. — Como su embarazo le ocasiona los desórdenes ya mencionados, se resuelve practicar el vaciamiento del útero.

Operador: Dr. Labat; ayudante: Pte. J. Oxilia.

Bajo anestesia clorofórmica se le practica la dilatación forzada con el dilatador de Sims. Se extrae el huevo y sus restos por cureteo instrumental. Sin accidentes. Puerperio normal. Dada de alta el 31 de Marzo, sana.

Un mes después, fué operada de su prolapso, con resultado feliz.

XII

Hospital "T. de Alvear". Sala III.
Servicio del Dr. Ricardo S. Gómez.
Jefe de clínica: Dr. Juan C. Labat.
María M. de C., 27 años, española, casada, q. d.

Ingreso: 29 de Noviembre de 1913. Alta: Enero 20 de 1914.

Diagnóstico. — Embarazo con hidramnios.

Tratamiento. —Punción de las membranas. Aborto expontáneo.

Antecedentes

Hereditarios y personales: Sin importancia.

Obstétricos: Tuvo 3 embarazos anteriores, con partos y puerperios normales.

Embarazo actual

Hace cuatro meses le faltó un período menstrual. Tuvo vómitos, somnolencias, apetito caprichoso; notó que su vientre aumentaba de volumen con mucha rapidez; en las dudas de que fuera o no un embarazo, ingresa al Hospital.

Estado a su ingreso: Abdomen globuloso, distendido fuertemente, por un tumor que se extiende desde el pubis hasta el apéndice xifoide. A la percusión es macizo, renitente; no cambia de tonalidad con las variaciones de posición de la enferma. No existe red venosa

No es posible precisar el contorno del tumor.

Organos genitales: Por la palpación bimanual se constata un cuello uterino grande, reblandecido; fondos de saco libres. No se puede precisar los límites del útero.

El pulso late 100 por minuto, pequeño, irregular y de poca tensión.

Dispnea intensa.

Tratamiento. — Por punción del huevo a través del orificio cervical, se extraen 12 litros de líquido amniótico. Al siguiente día se efectúa un aborto gemelar.

Dada de alta el 20 de Enero de 1914 (sana).

Buenos Aires, Junio 15 de 1915.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Miguel Z. O'Farrell y al profesor suplente Dr. Arturo Enriquez para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes.»

L. GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Ventajas e inconvenientes de la cesárea vaginal.

BAZTERRICA

II

Superioridad de la cesárea abdominal como medio de vaciar la matriz.

O'FARRELL

III

Cesárea vaginal y placenta previa.

A. R. ENRIQUEZ

Buenos Aires, Junio 28 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis según consta en el acta número 3016 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES

J. A. Gabastou

Secretario

BIBLIOGRAFIA

Bossi — Archivio di obs. e ginecologia. Anno 5.

Bard P. — Traité d'Obstetrique.

Bard, Chambrelent et Brindeau. — La pratique de l'art des accouchements. T. II, 1907.

Bonnaire. — Presse médicale N.° 66 et 67. Agosto 1909.

Bumm E. — Tratado de obstetricia.

Barrios A. — Tesis de Buenos Aires. 1910.

Couvelaire. — in Brissaud, Pinard et Reclus. Nouvelle Pratique Médico-chirurgical. Première supplement, 1915. Art. Hystérotomie cervicale.

Delestre M. — De l'avortement, Paris 1904.

Dührssen. — Annales de ginécologie, 1888. De la pathologie et du traitement de l'avortement.

Fernández U. — Estudio anátomo-clínico del aborto. Tesis de profesorado, 1907.

Fruhinsholz A. — in Brissaud, Pinard et Reclus. Nouvelle Pratique Médico-chirurgical. Art. Avortement.

Peralta Ramos. — Revue de la clinique obstetrique et ginécologique. Setiembre y Octubre de 1909.

Leclére L. — Thése de Paris, 1912.

Peralta Ramos. — El porvenir obstétrico de las operadas de cesárea-vaginal. Comunicación a la S. de Obstetricia y Ginecología. B. Aires, Mayo de 1915

Ribemont Dessaingnes et Lepage.—Précis d'obstetrique.

Wilhelm A. — Thèse de Paris, 1913.