



Año 1918

N. 3537

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Nassi A. 70.3

CESAREA VAGINAL

— — —
T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SAUL G. NASSO

Ex-practicante menor del Hospital Vecinal San Carlos
Ex-practicante menor del Hospital Vecinal Liniers
Ex-practicante menor y mayor del Hospital Salaberry
Ex-practicante mayor del Hospital "P. Fiorito"



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1918

CESAREA VAGINAL



Año 1918

N. 3537

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CESAREA VAGINAL

— — — — —
T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SAUL G. NASSO

Ex-practicante menor del Hospital Vecinal San Carlos
Ex-practicante menor del Hospital Vecinal Liniers
Ex-practicante menor y mayor del Hospital Salaberry
Ex-practicante mayor del Hospital "P. Fiorito"



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1918

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

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

Secretario General

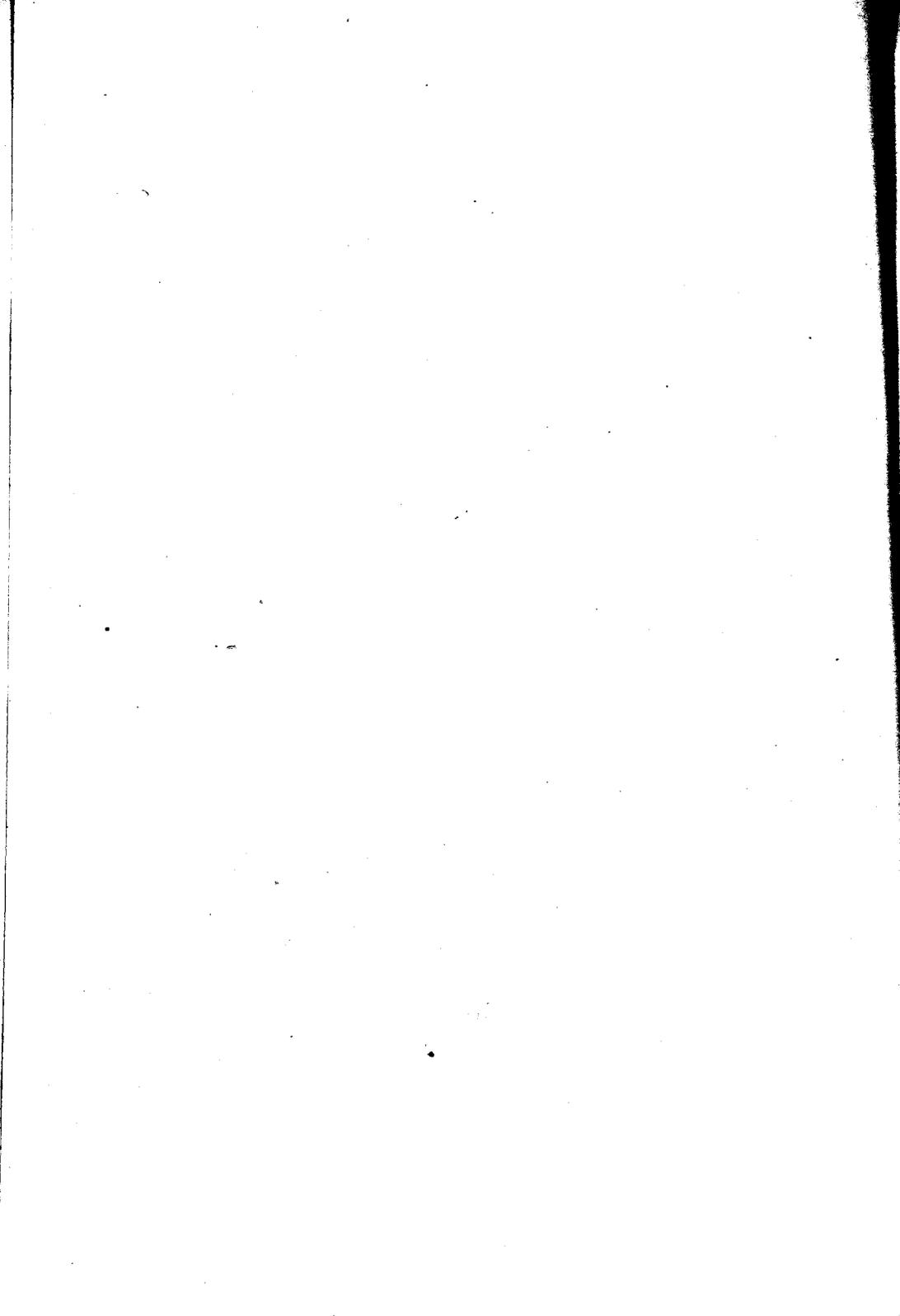
Vacante

Secretario anual

DR. D. DIÓGENES DECOUD

Tesorero

DR. EDUARDO OBEJERO

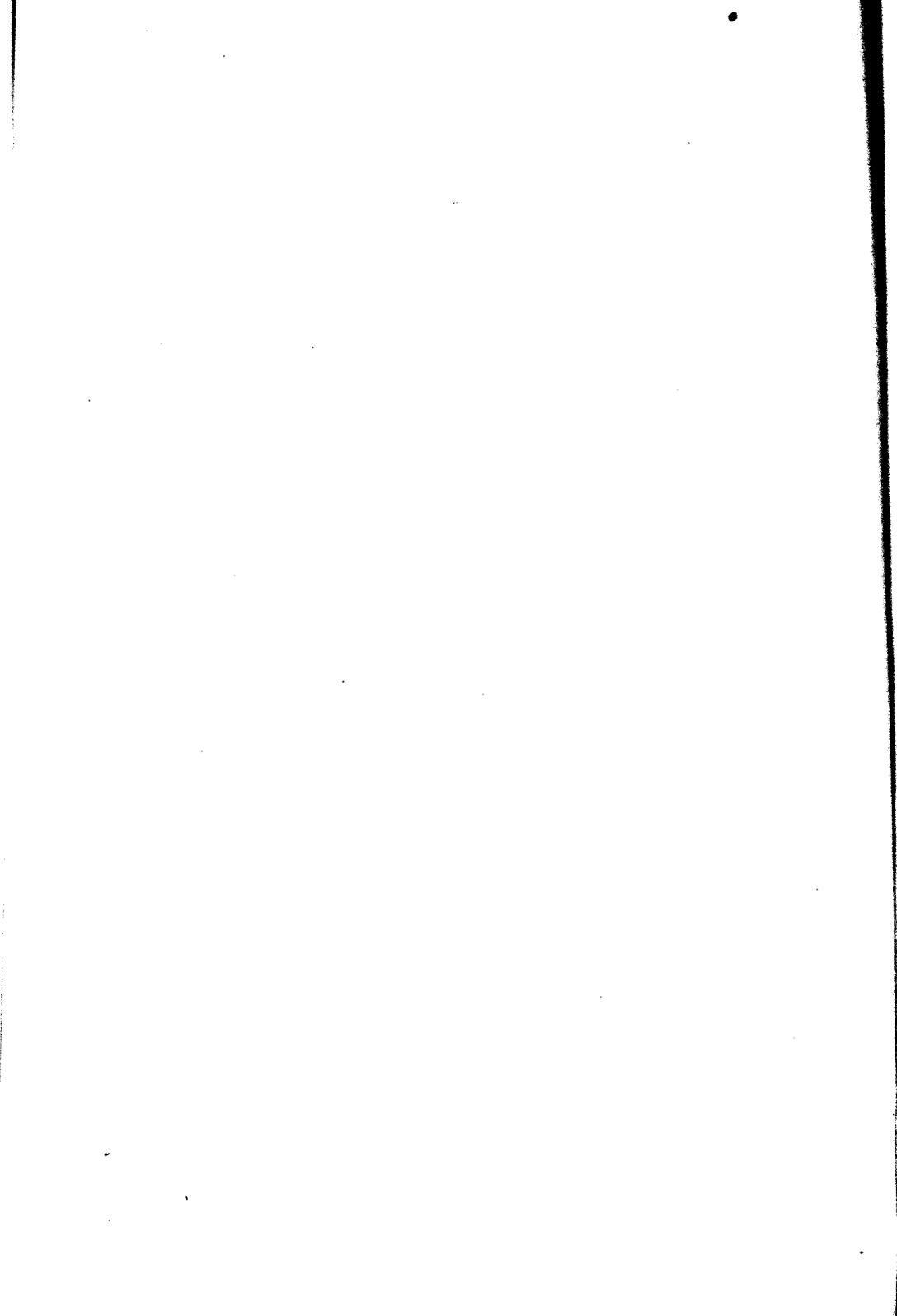


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. JULIO MÉNDEZ

Vice Decano

DR. ALFREDO LANARI

Delegados Titulares al H. Consejo Superior

SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ

DR. LEONIDAS JORGE FACIO

Delegados Suplentes al H. Consejo Superior

DR. LUIS A. TAMINI

» DAVID SPERONI

Consejeros

DR. D. JUAN B. SEÑORANS

» » ALFREDO LANARI

» » GREGORIO ARÁOZ ALFARO

» » ENRIQUE B. DEMARÍA

» » MARCELO VIÑAS

» » JOSÉ BADÍA

» » J. MANUEL IRÍZAR

» » RODOLFO ERAUSQUIN

» » JULIO IRIBARNE

» » JOSÉ DESTÉFANO

» » UBALDO FERNÁNDEZ

» » JOSÉ A. VIALE

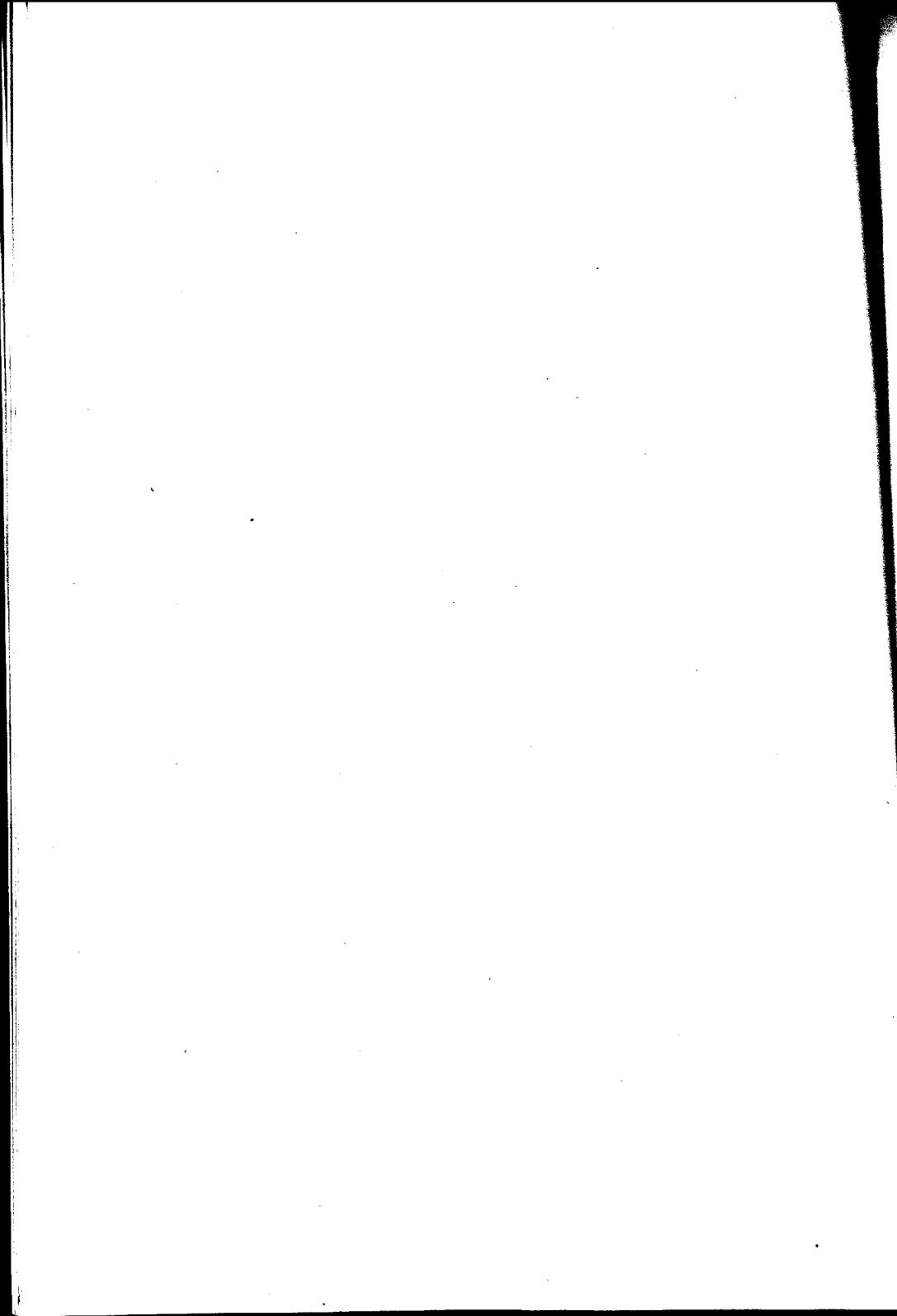
» » OSVALDO LOUDET

» » ENRIQUE J. CORBELLINI

Secretarios

DR. LUCIO A. GARCÍA

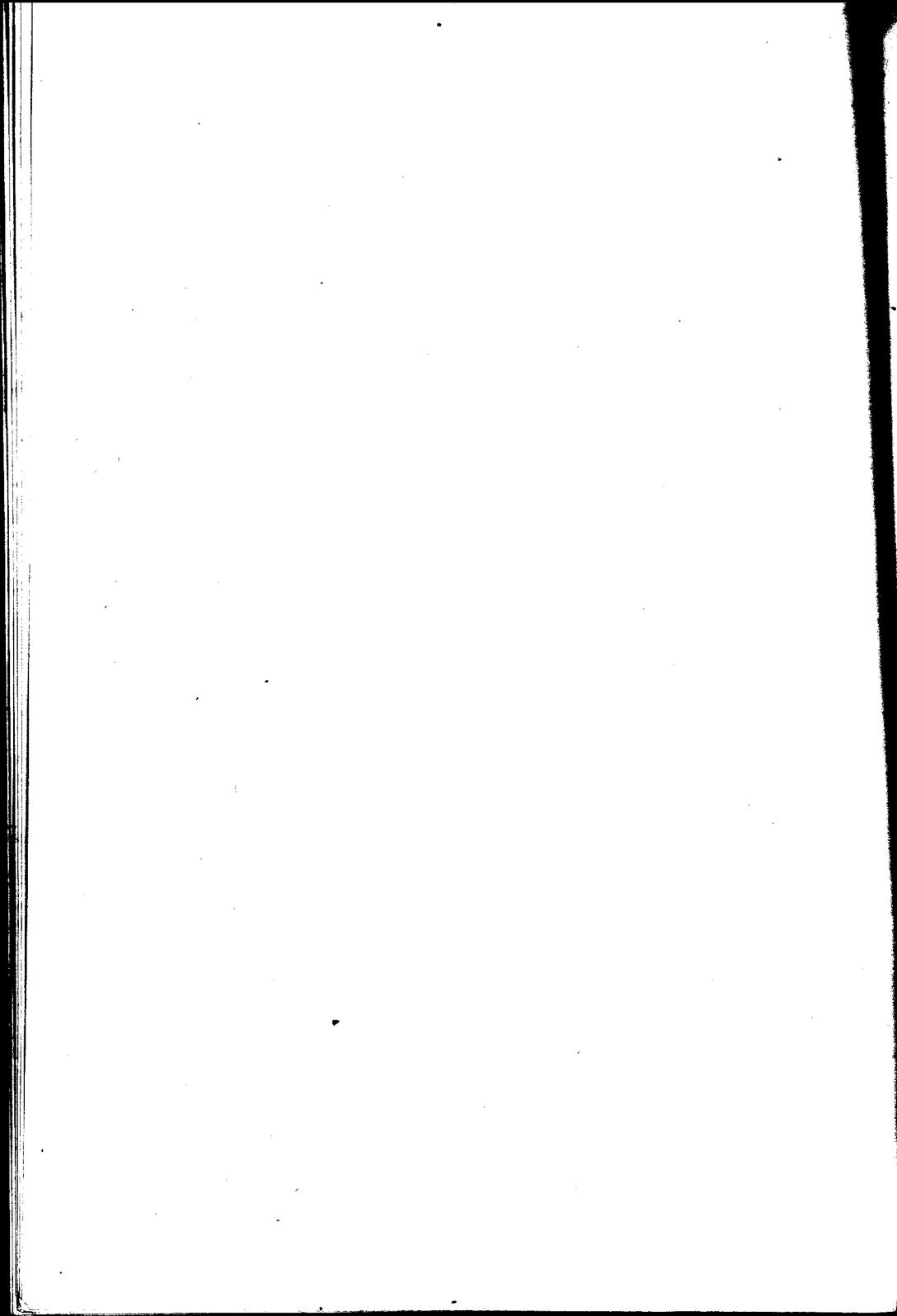
» HÉCTOR DASSO



ESCUELA DE MEDICINA

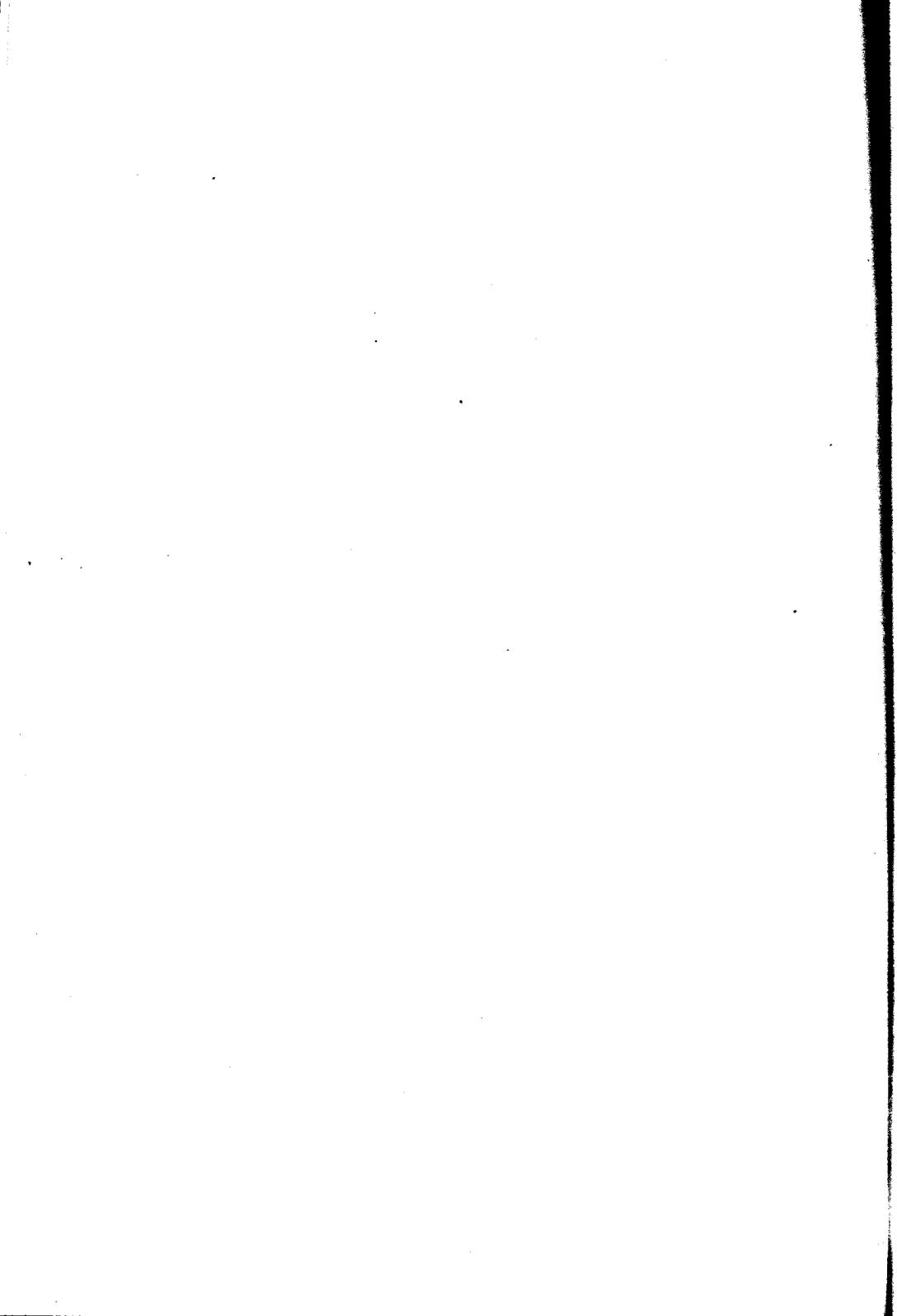
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WEIGNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI
- » TELÉMACO SUSINI
- » ANGEL M. CENTENO
- » SAMUEL MOLINA



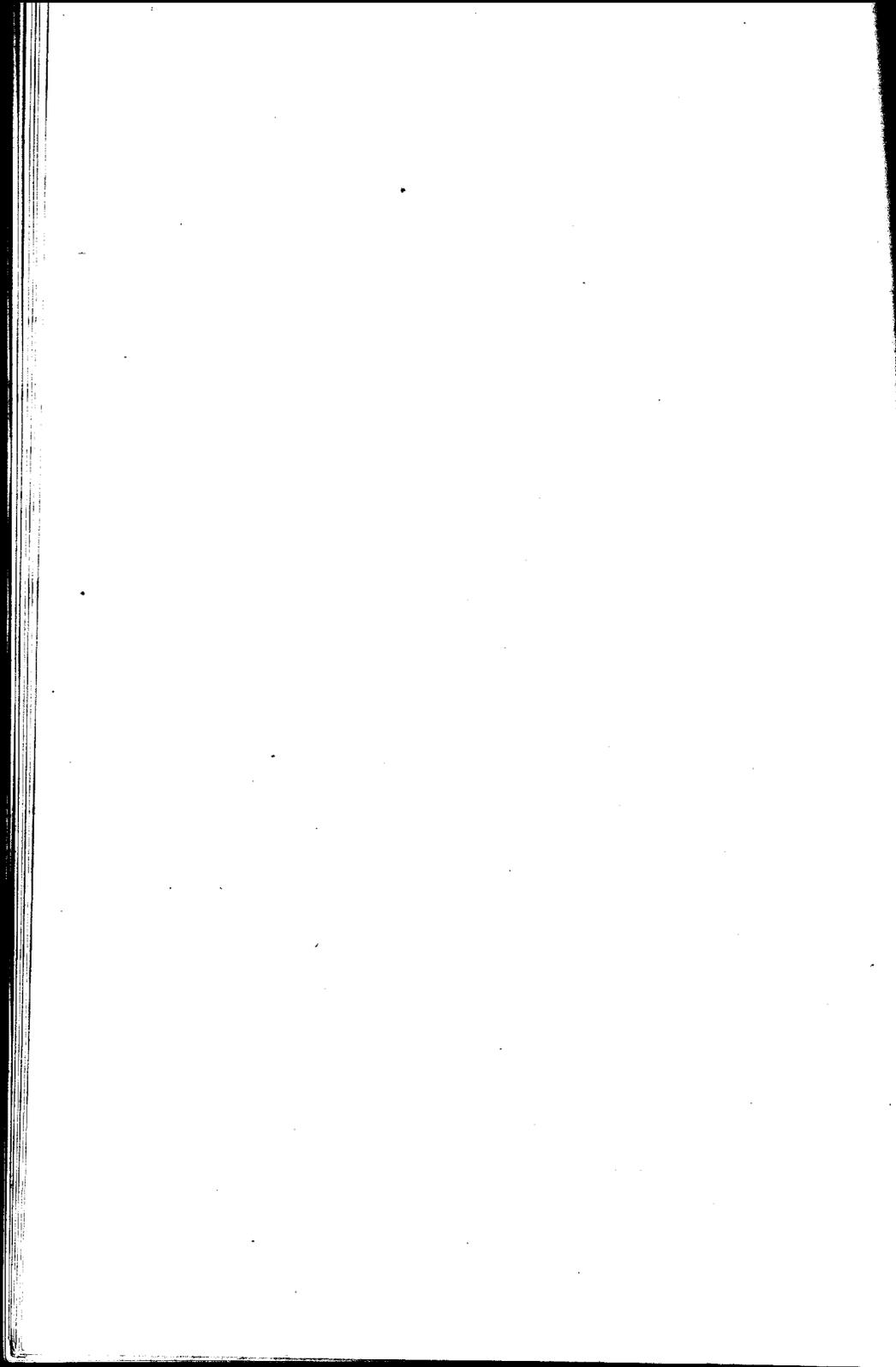
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAONA
	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
	» RODOLFO DE GAINZA
Histología	» ALFREDO LANARI
Física Médica	» HORACIO G. PIÑERO
Fisiología General y Humana	» CARLOS MALBRÁN
Bacteriología	» PEDRO J. PANDO
Química Biológica	» RICARDO SCHATZ
Higiene Pública y Privada.....	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
Semiología y ejercicios clínicos	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia Médica y Terapéutica.	» Vacante
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica.	» Vacante
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» MARIANO R. CASTEX
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» Vacante
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» Vacante
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» ARTURO ENRIQUEZ
» Pediátrica	» VACANTE
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» Vacante



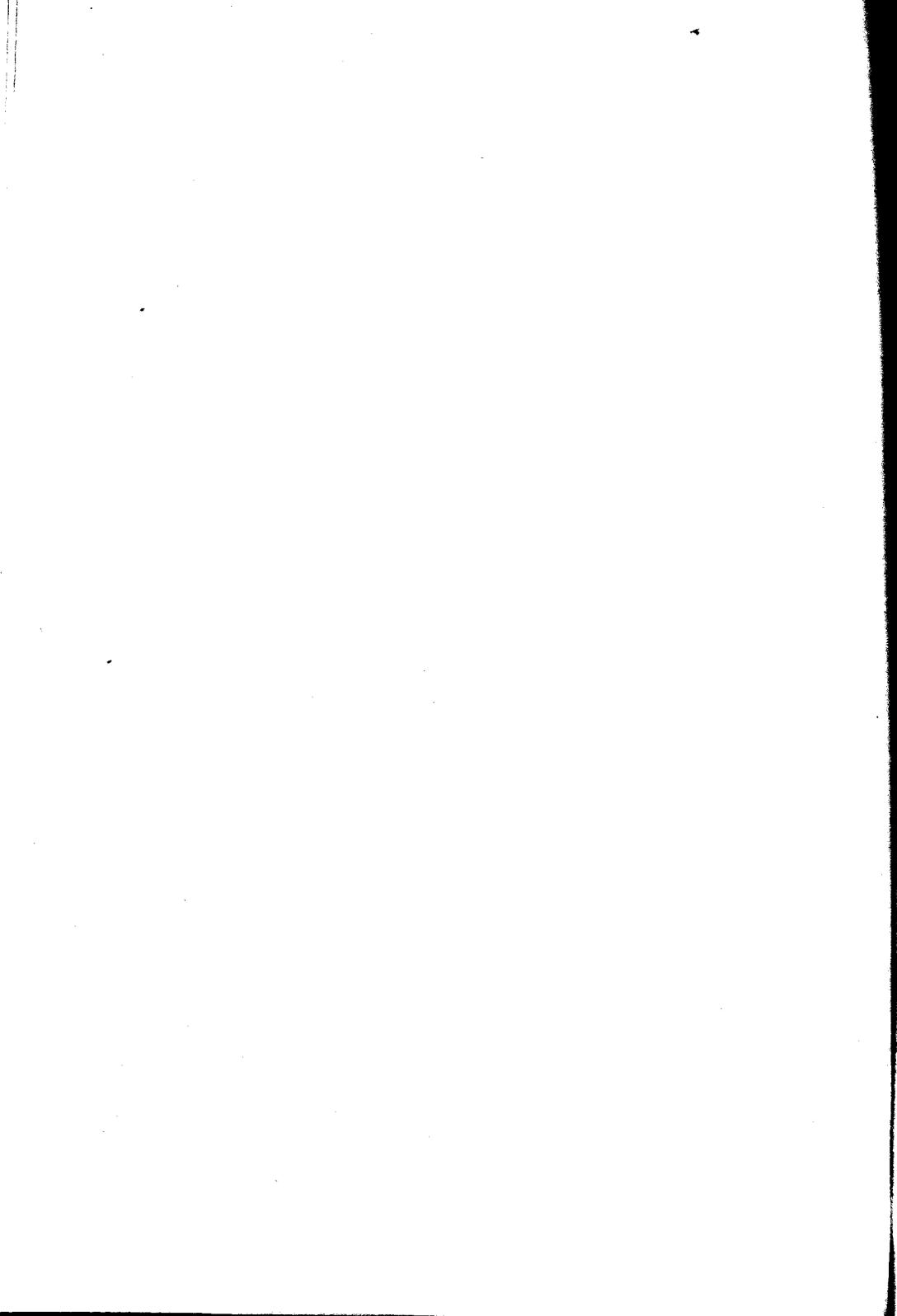
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	« MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	« RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	• SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	• EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	• JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	• FRANCISCO ROPHILLE
Higiene Médica.....	• FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	• BERNARDO HOUSSAY
Anatomía patológica.....	• RODOLFO RIVAROLA
Anatomía topográfica.....	• SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	• BENJAMÍN GALARCE
Medicina operatoria.....	• MANUEL V. CARHOSSELL
Patología externa.....	• SANTIAGO M. COSTA
Clinica dermato-sifilográfica.....	• CARLOS BONORINO UDAONDO
• Génito urinaria.....	• ALFREDO VITÓN
• epidemiológica.....	• PEDRO J. BARDOY
• oftalmológica.....	• ANGEL H. ROFFO
• oto-rino-laringológica.....	• PEDRO ELIZALDE
Patología interna.....	• ANGEL P. SAN MARTÍN
Clinica quirúrgica.....	• JOSÉ MORENO
• Neurológica.....	• PEDRO CASTRO ESCALADA
• Médica.....	• ENRIQUE PINOCCHIETTO
• pediátrica.....	• GUILLERMO BOSCH ARANA
• ginecológica.....	• GUILLERMO ZORRAQUÍN
• obstétrica.....	• FRANCISCO P. CASTRO
Medicina legal.....	• CASTELFORT LUGONES
Clinica Psiquiátrica.....	• ENRIQUE M. OLIVIERI
Toxicología.....	• ALEJANDRO CEVALLOS
	• NATAL LOPEZ GROSS
	• NICOLÁS V. GRECO
	• PEDRO L. BAÑANA
	• JOAQUÍN CERVERA
	• JOAQUÍN NIN POSADAS
	• FERNANDO R. TORRES
	• FRANCISCO DESTÉFANO
	• ANTONINO MARCO DEL PONT
	• DANIEL THAMM
	• ADOLFO NOCETTI
	• RAÚL ARGASABAZ
	• JUAN DE LA CRUZ CORREA
	• MARTÍN CASTRO ESCALADA
	• FELIPE J. BASAVILBASO
	• ANTONIO R. ZAMBRINI
	• ENRIQUE FERREIRA
	• DIÓGENES MASSA
	• PEDRO LABAQUE
	• LEONIDAS JORGE FACIO
	• PABLO M. BARLAHO
	• EDUARDO MARIÑO
	• ARMANDO R. MAROTTA
	• LUIS A. TAMINI
	• MIGUEL SESSINI
	• ROBERTO SOLÉ
	• PEDRO CHUTRO
	• JOSÉ M. JORGE (H.)
	• OSCAR COPELLO
	• ADOLFO E. LANDIVAR
	• JORGE LEVRO DÍAZ
	• ANTONIO F. CELESIA
	• TOMÁS B. KENNY
	• GUILLERMO VALDÉS (H.)
	• VICENTE DIMITRI
	• RÓMULO H. CHIAPPORI
	• JUAN C. MONTANARO
	• JUAN JOSÉ VITÓN
	• PABLO J. MORSALINE
	• RAFAEL A. RULLRICH
	• IGNACIO IMAZ
	• PEDRO ESCUDERG
	• PEDRO J. GARCÍA
	• JOSÉ DESTÉFANO
	• JUAN R. GOYENA
	• JUAN JACOBO SPANGENBERG
	• TULLIO MARTINI
	• CÁNDRIDO PATIÑO MAYER
	• GENARO SISTO
	• PEDRO DE ELIZALDE
	• FERNANDO SCHWEIZER
	• JUAN CARLOS NAVARRO
	• TORIBIO PICCARDO
	• CARLOS R. CIRIO
	• OSVALDO L. HOTTARO
	• JULIO IRIBARNE
	• CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	• FAUSTINO J. TRONGÉ
	• JUAN B. GONZÁLEZ
	• JUAN C. BISSO DOMÍNGUEZ
	• JUAN A. GABASTOU
	• ENRIQUE A. ROERO
	• JOSÉ A. BERUTTI
	• NICANOR PALACIOS COSTA
	• VICTORIO MONTEPERDE
	• TOMÁS A. CHAMORRO
	• DOMINGO IRAETA
	• JOAQUÍN V. GNECCO
	• JAVIER BRANDAN
	• ANTONIO PODERSTÁ
	• ANABLE JONES
	• ALFREDO BIZZO



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

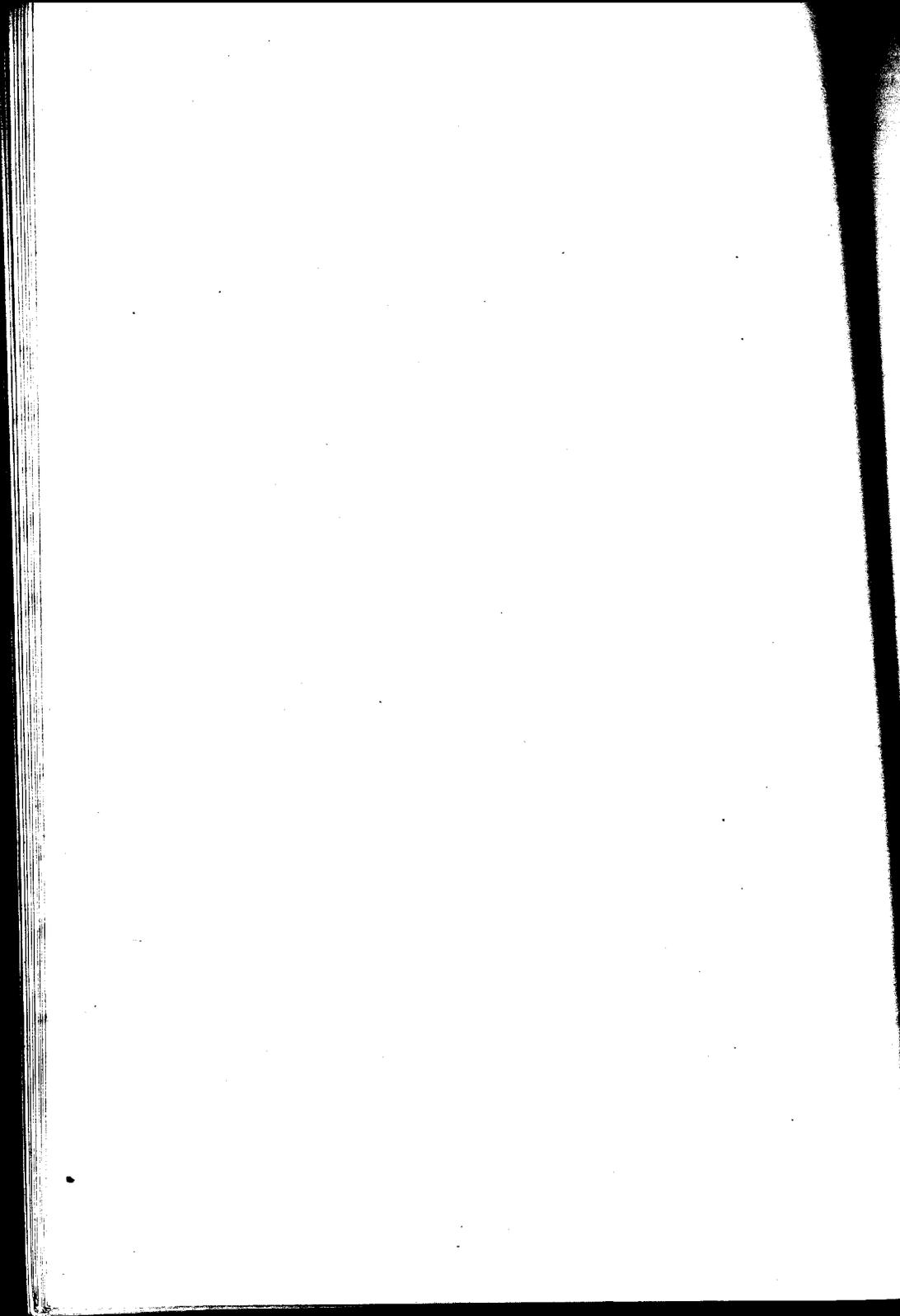
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. PANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica (1er curso)...
 Higiene, Ética y Legislación.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MUJICA (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Sr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
 Dr. TOMÁS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 Sr. EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » PEDRO J. MÉSIGOS
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCUAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SANCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

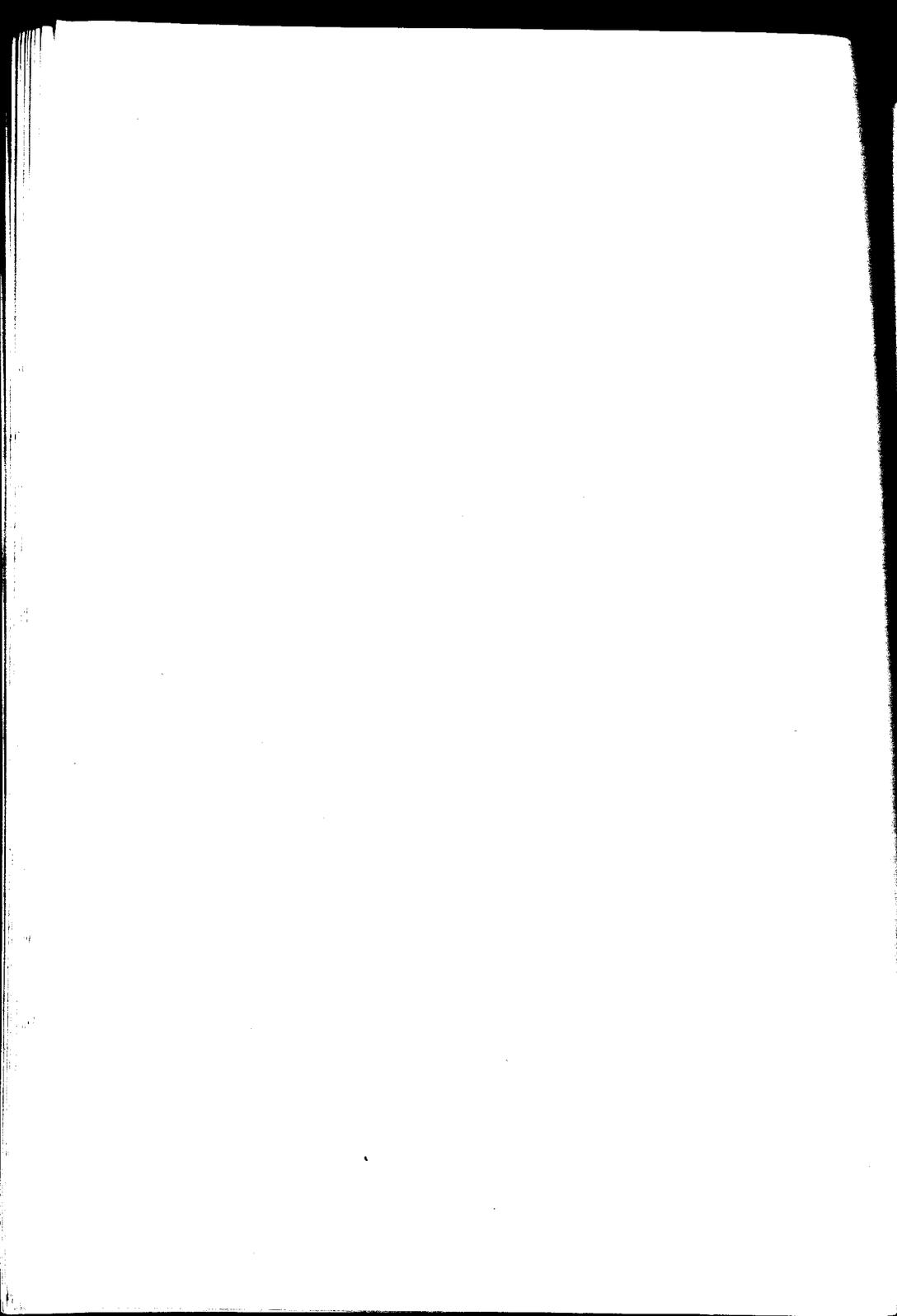
DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología.....
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....
 Química biológica.....
 Química analítica aplicada (Bromatología).....
 Física general.....
 Bacteriología.....
 Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— —
 — —
 — —
 Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)
 » PEDRO J. PANDO
 — —
 — —
 » CARLOS MALBRÁN
 » JUAN B. SEÑORANS

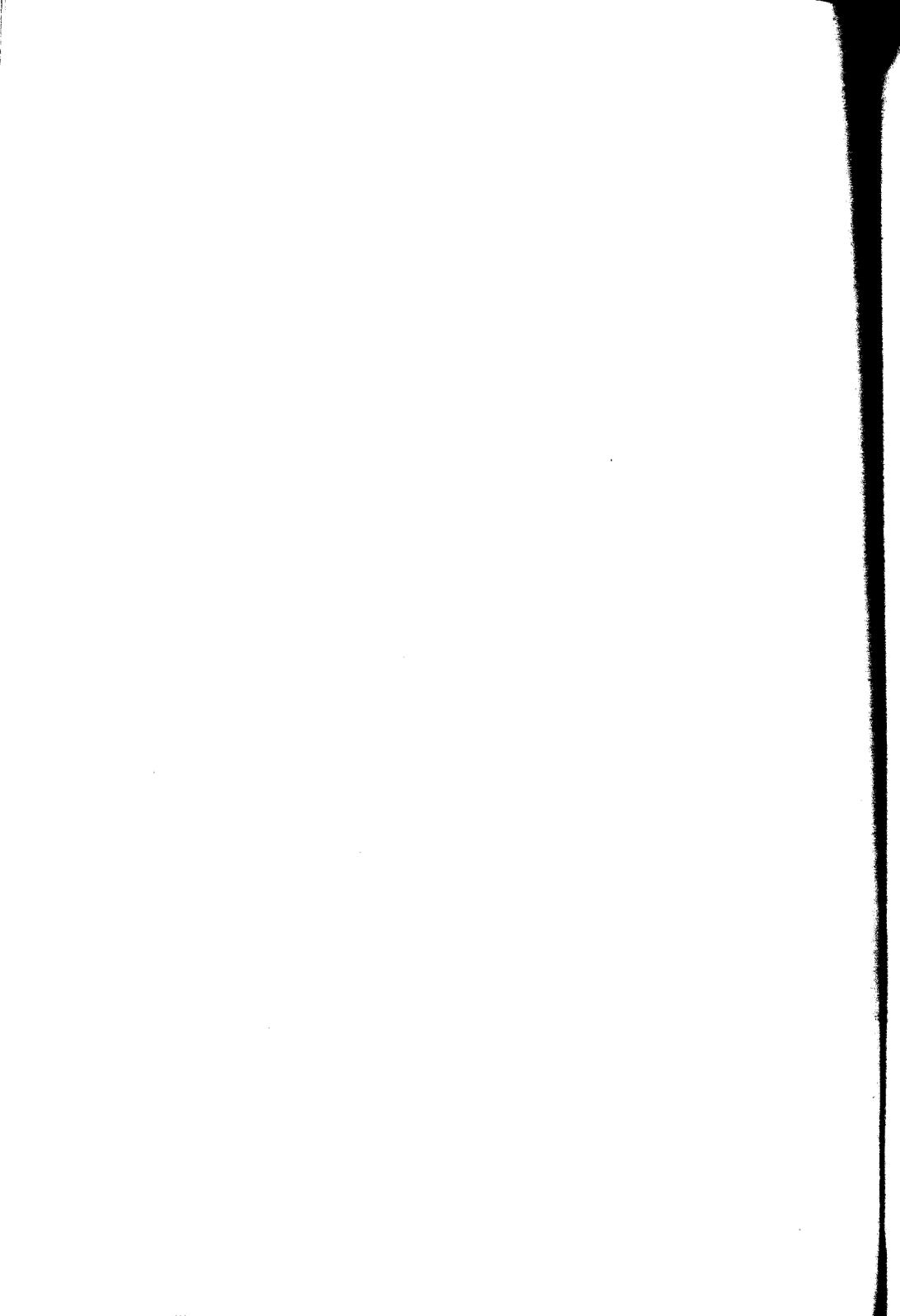


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

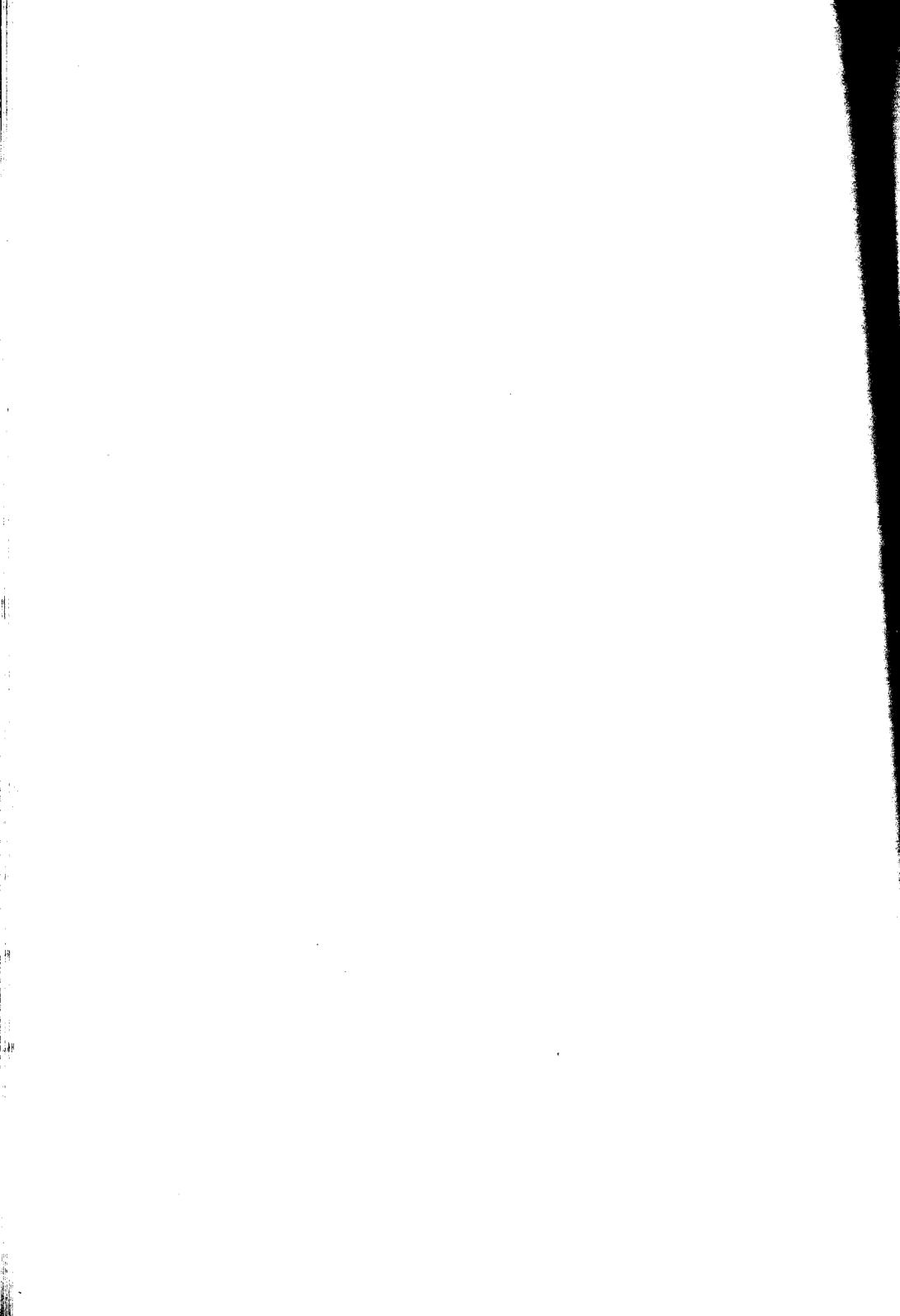
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



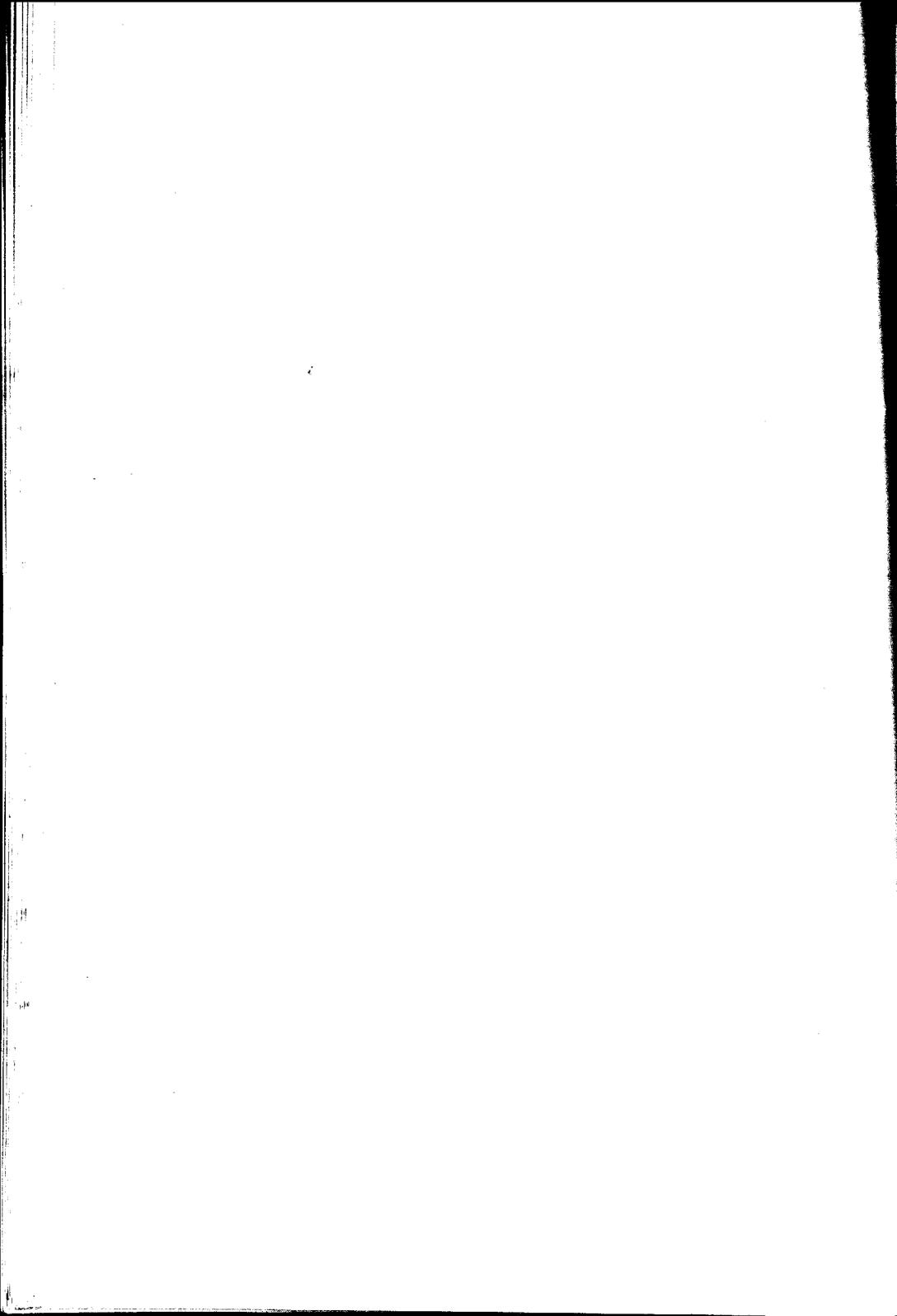
PADRINO DE TESIS:

DR. JUAN ESPIL

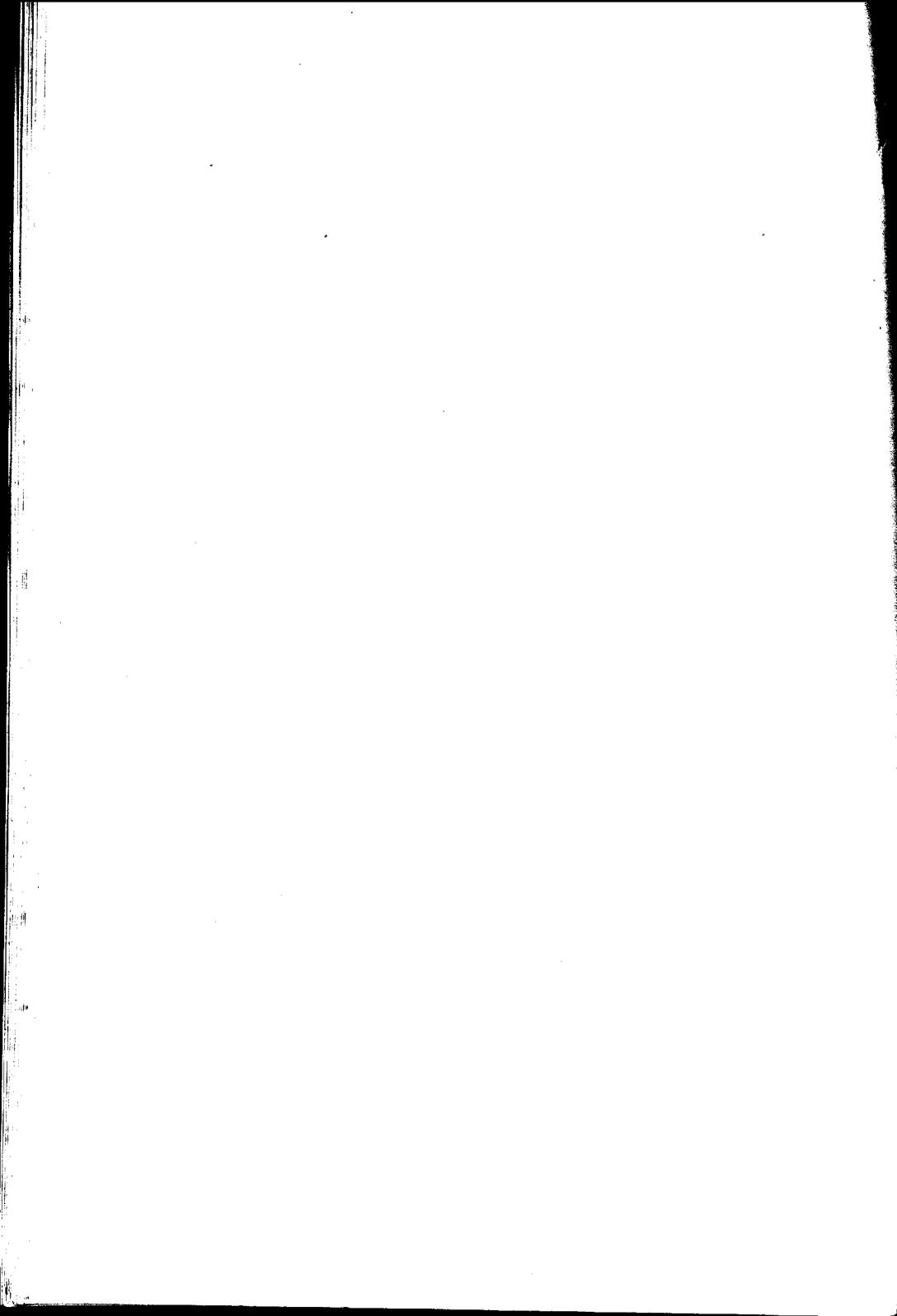
Jefe de la Maternidad del Hospital Pedro Fiorito



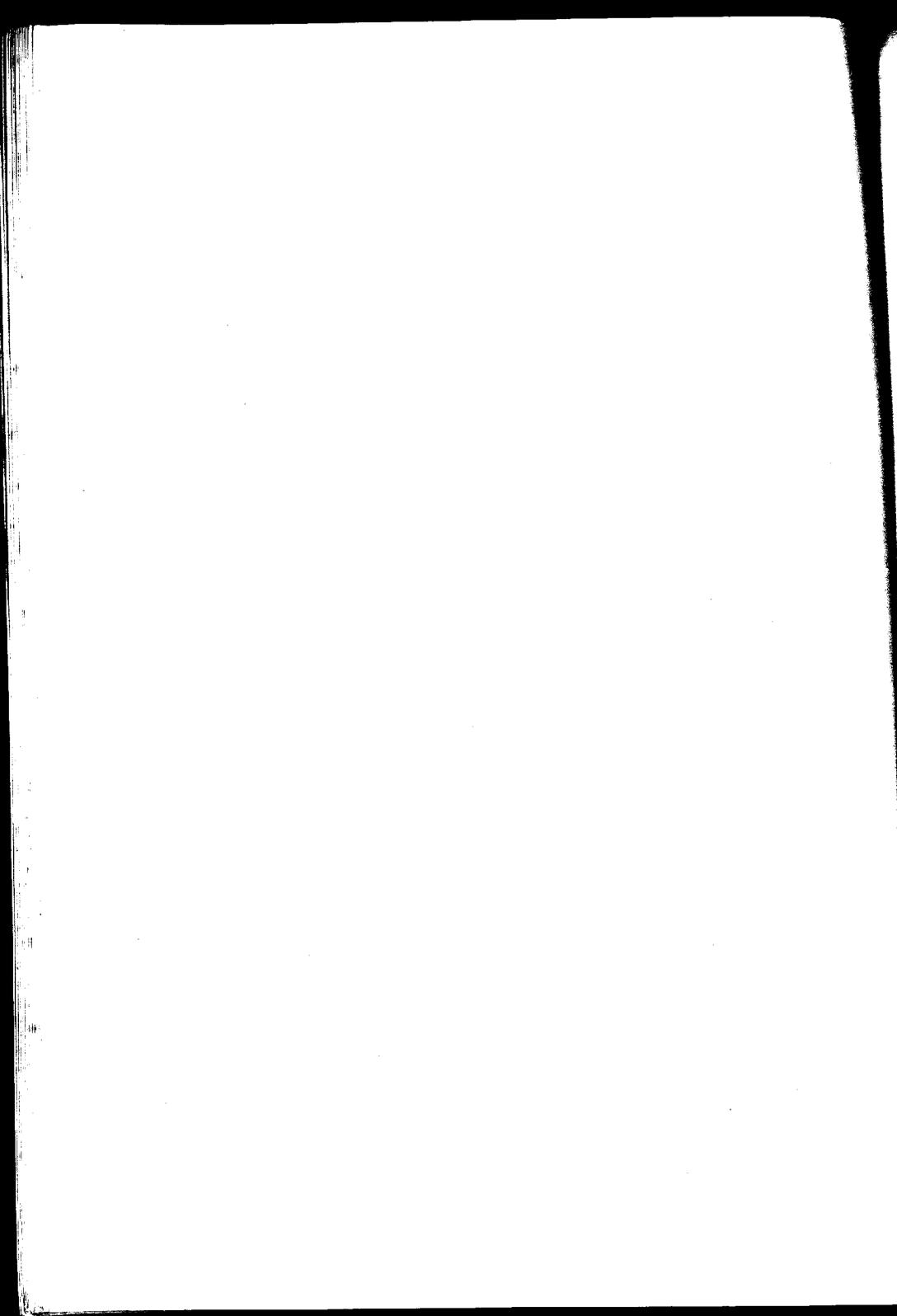
A MIS PADRES

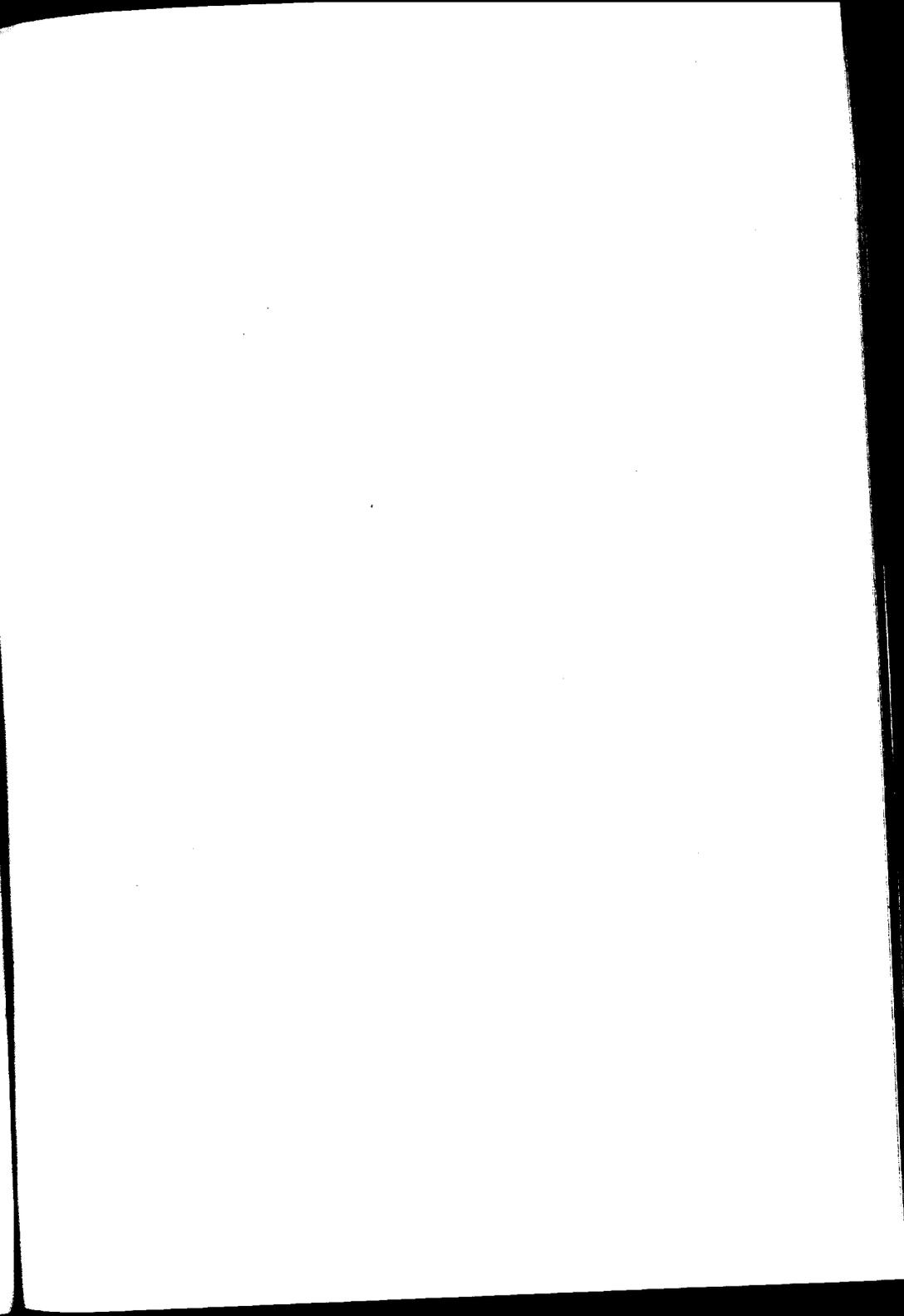


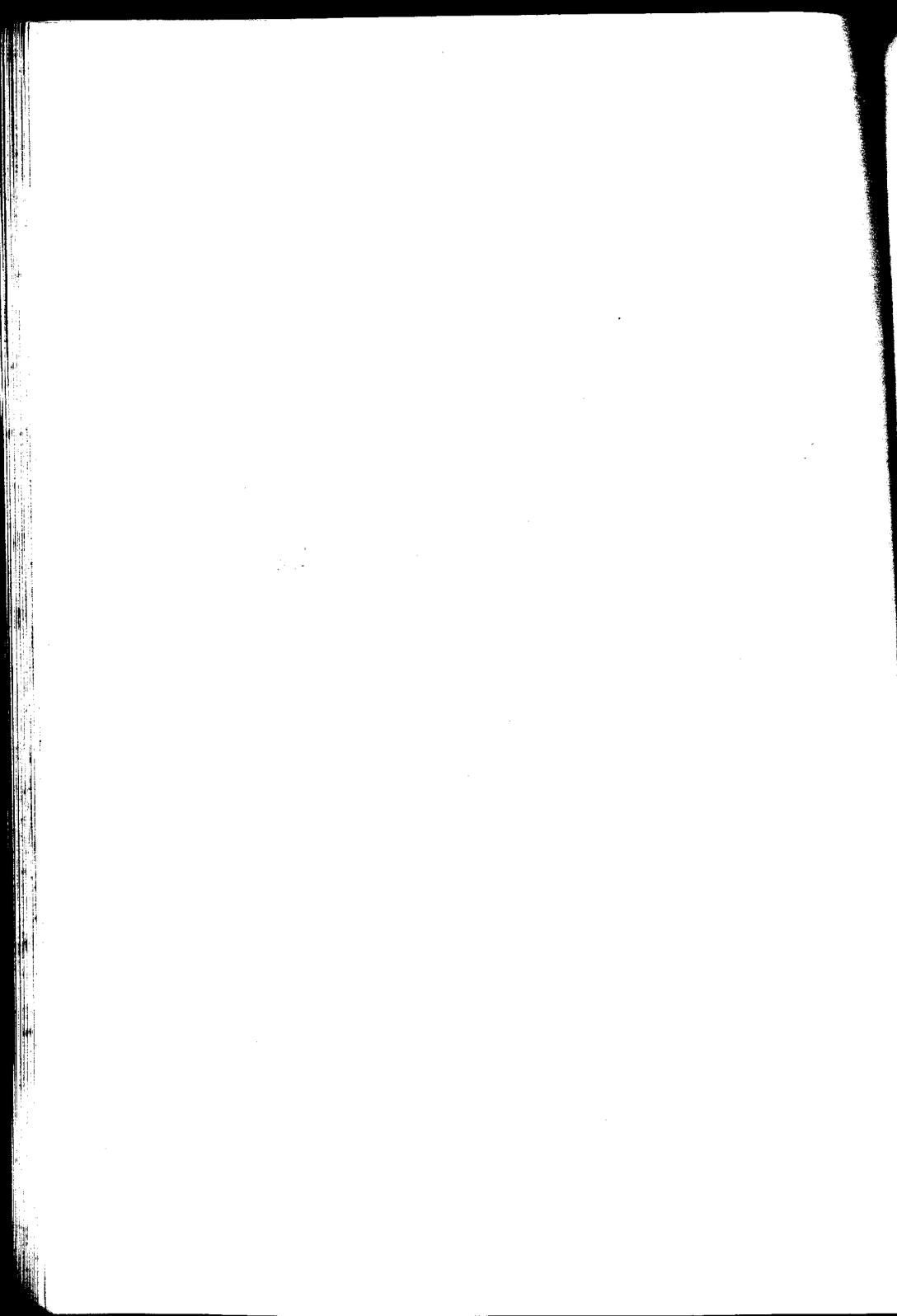
A MIS HERMANOS



A MIS PARIENTES Y AMIGOS







Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:



Cumplo, al presentar este trabajo, la última prescripción reglamentaria de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, y con satisfacción entrego a vuestro elevado criterio.

Vaya, ante todo, mi palabra de agradecimiento para los que fueron mis profesores, los que con sus sabias lecciones contribuyeron a formar mi criterio médico.

A los que fueron y son Directores, Médicos y Practicantes del Hospital Vnal. San Carlos, Hospital Vnal. Liniers, Hospital Salaberry y Hospital Pedro Fiorito, mi agradecimiento y mi recuerdo inolvidable.

Al Doctor Juan Espil, Jefe de la Maternidad del Hospital Fiorito, al médico caballero y gentil amigo, que

me hace el honor de acompañarme en este acto, mi más sincero agradecimiento.

A mis amigos de internado, a los que han hecho agradable y cariñoso mi paso por ellos; tolerantes en la cotidiana broma, punto de apoyo vigoroso y leal en los momentos difíciles, a ellos un abrazo sincero.

En todas las épocas, desde la más remota antigüedad, hasta nuestros días, ha sido un problema que ha preocupado a todos los pueblos, el poder ayudar a la madre a triunfar más fácilmente, en los angustiosos momentos del parto.

Desde la época en que solamente la naturaleza obraba y el hombre recurría a veces a poner a la madre en una actitud determinada para facilitar el parto; hasta nuestros días, en que, según las palabras del profesor Bar, “con la introducción de las doctrinas pastorianas en la práctica obstétrica y con los perfeccionamientos de la técnica operatoria, la obstetricia se ha beneficiado en alto grado, y ésta marcha hacia adelante es tan rápida que desde el primer momento conforta el espíritu.”

“Los ejemplos ya numerosos y que se multiplicarán todavía, muestran que hay en la obstetricia una evolución quirúrgica y que esta evolución tiene una importancia en que es imposible reconocer su grandeza.”

Entre las operaciones obstétricas que permiten al cirujano, en los casos en que el estado de la madre o del feto lo obliguen a obrar rápidamente y sin gran traumatismo para la madre, entre esas operaciones, decía, se

encuentra la cesárea vaginal, ideada por Dührssen, a la que Bumm en 1902, introduce en su técnica una importante modificación.

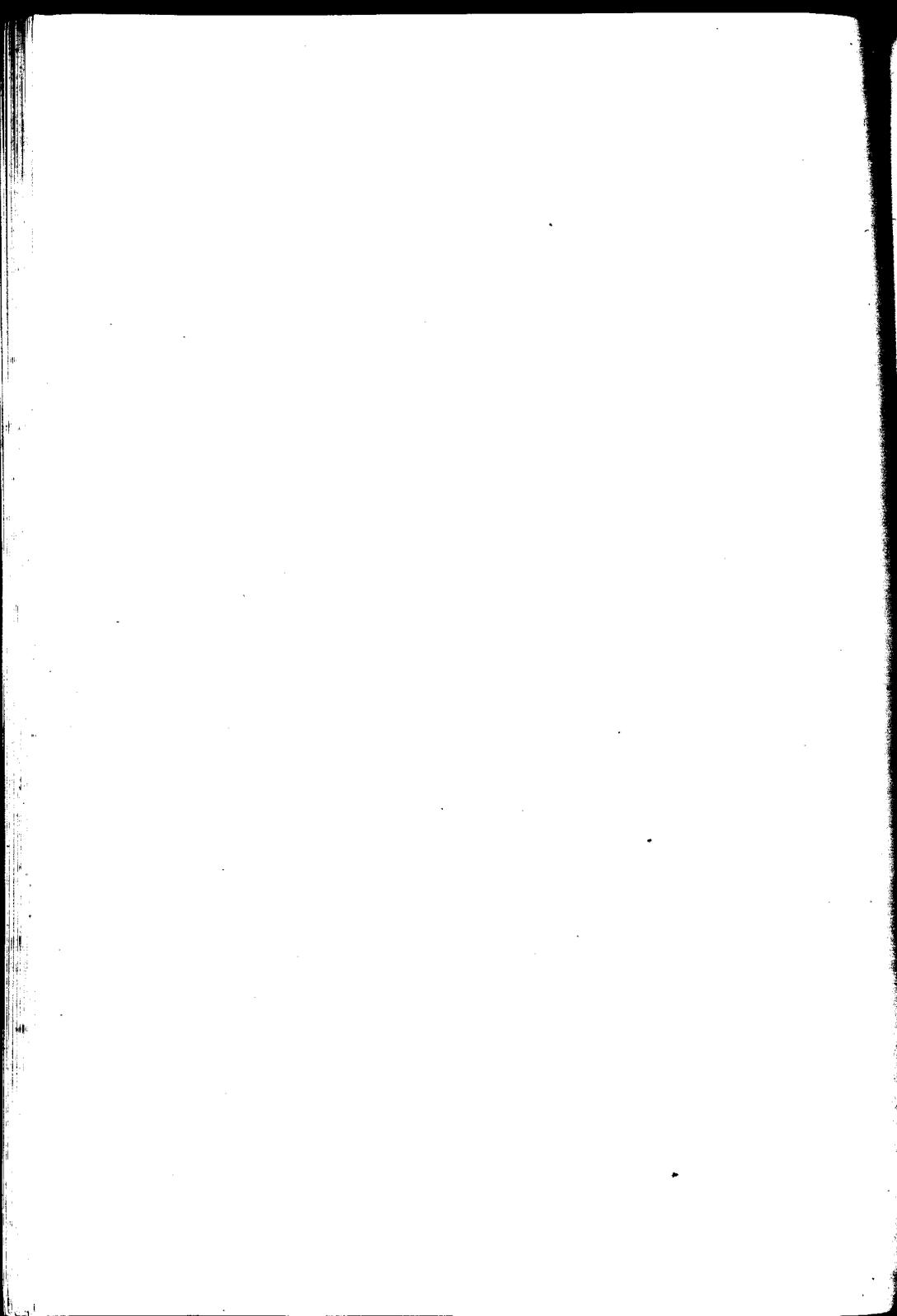
Esta operación ha dado lugar en Alemania sobre todo, a controversias numerosas y parteros de renombre como Döderlein, Henkel no titubean en considerarla, en ciertos casos, como una operación de elección.

En Francia, Bar y Brindeau, la emplean y la encuentran ventajosa en ciertos casos.

Operación de técnica sencilla, sin mayores peligros para la enferma, de instrumental reducido, tan poco dolorosa que puede ser hecha casi sin anestesia, y como el parto se hace por las vías naturales, el operador parece simplemente ayudar a la naturaleza.

En la Argentina, el profesor Zárate, fué el primero que la realizó y en todas partes, hoy día, la cesárea vaginal, como operación rápida, sin mayores peligros y de excelentes resultados, en muchísimos casos, ocupa el lugar, que por derecho le pertenece.





Cesarea vaginal

Técnica de la operación

En la operación cesárea vaginal, Dührssen secciona a la vez la pared anterior y posterior del cuello uterino.

Bumm, en 1902, introduce a esta técnica una modificación importante, incide únicamente la pared anterior y la prolonga al segmento inferior del útero, puesto accesible por la tracción sobre cuello y el desprendimiento de la vejiga.

Anestesia. — En razón de la corta duración y de la insensibilidad relativa de la región, esta operación ha sido practicada sin anestesia en los casos de fuerte disnea y de colapso cardíaco.

Bumm, la ha realizado con anestesia local col cocaína. La mayoría de los autores alemanes, emplean ya el éter o el cloroformo.

Nuestro profesor de Clínica Obstétrica, doctor Zá-

rate, que fué el que realizó la operación de Dührssen por primera vez en la Argentina, no usó ninguna anestesia y se efectuó casi sin dolores, pues la enferma sólo acusaba algunos al levantar la vejiga de la pared anterior del útero.

Operación. — Se pone al descubierto la porción vaginal del cuello del útero mediante una valva vaginal anterior y otra posterior, dos pinzas de Museux a doble diente toman, una el labio anterior y otra el posterior del cuello, el que inmediatamente es atravesado en sus comisuras de adentro afuera por dos asas de seda N.º 3 con el fin de traccionarlo y descenderlo junto con el segmento inferior a la vulva, poner en tensión la vagina y permitir la sección en la línea media.

Expuesto el campo operatorio, se traza una incisión mediana que interesa todo el espesor de la vagina y que comienza a dos tramos de dedo del meato urinario y termina en el orificio externo del cuello, este último es dividido en todo su espesor también en la línea media en una extensión de dos centímetros; hasta este momento no se observa la más insignificante pérdida de sangre. Hecho esto, un dedo introducido en la herida, solo, o llevando encapuchado una compresa, separa la vejiga con facilidad, disecando el tejido celular del espacio vésico-uterino siempre a expensas de la cara anterior del útero, hasta el momento de sentir netamente el fondo de saco peritoneal, al tiem-

po que se va seccionando y descubriendo la pared anterior del útero con la precaución de tomar los bordes de la herida, y tirar suavemente hacia abajo a fin de poner ante el control de la vista el límite superior de la incisión uterina.

Reconocido el fondo de saco peritoneal y bien separada la vejiga hacia adelante, si es posible con una valva o simplemente con el dedo, continuó la separación del peritoneo sobre la cara anterior del segmento inferior del útero, a fin de descubrir de éste una extensión de ocho a diez centímetros, que secciono con la tijera y que pienso que me dará la amplitud suficiente como para permitir la extracción de un feto de siete meses. Mucho antes ya la bolsa de las aguas se hace aparente; procuramos respetarla en todo momento, un último golpe de tijera la corta dejando salir líquido amniótico claro.

Retiro entonces todas las pinzas dejando únicamente las sedas que toman el cuello y se coloca la mano de manera de hacerla entrar en la vulva, vagina y útero. Casi todos los autores aconsejan practicar enseguida la versión y la extracción. Si la cabeza está muy encajada, se puede terminar por una aplicación de forceps.

Alumbramiento. — Es preferible no practicar el alumbramiento artificial, hecho por extracción, que predispone a las hemorragias tan graves a veces.

Si uno espera que el útero obre por sí mismo, la hemorragia es poco considerable.

A menos de daño inmediato, es prudente esperar un poco para practicar el alumbramiento.

Terminado el parto, se comprueba la perfecta integridad del fondo de saco peritoneal de la vejiga y de la comisura superior de la incisión operatoria, para ver que no se haya extendido por las maniobras de la extracción del feto.

Suturas. — Este tiempo se realiza con facilidad, tomando la precaución de hacer tracciones sobre las sedas que sujetan el cuello a fin de llevar al orificio vulvar, la comisura superior de la incisión del útero. Varios puntos separados de catgut cierran la herida con los labios perfectamente adosados.

Se hace luego una sutura continua, también con catgut de la vagina. Se cortan las sedas que sostienen al cuello y con esto termina la operación.

Esto constituye el método de Bumm. Ahora, Dührssen, hace las incisiones posteriores. Dirigiendo hacia arriba el cuello sostenido por las pinzas, corta verticalmente la pared posterior de la vagina desde el cuello del útero hasta una extensión de 5 cts., separa el fondo de saco de Douglas y con dos golpes de tijera, secciona el cuello y el segmento inferior en una extensión de 4 a 5 cts.

Taponamiento. — Dührssen, aconseja taponar en todos los casos, pero la mayoría de los autores colocan un tapón provisorio, que quitan al finalizar la opera-

ción. La sutura es suficiente en la mayoría de los casos para asegurar la hemostasia.

Lavajes. — En los casos simples se aconseja lavar con agua esterilizada para quitar los coágulos y restos, en casos que temamos una infección, inyecciones con antisépticos.

Drenaje. — Bumm, recomienda colocar en el útero un tubo de vidrio para dar salida a la serosidad. Esto pocas veces se hace. Es bueno drenar el espacio precervical; entre dos puntos de sutura colocamos una mecha de gasa yodoformada que quitaremos a las 24 horas.

Cuidados consecutivos. — Retracción uterina y cuidar el apósito vulvar.

Duración de la operación. — La operación es muy corta, según Bumm, comprendiendo las suturas y el alumbramiento dura media hora. Sin estos tiempos se realiza en media hora. En el primer caso operado entre nosotros, el profesor Zárate, citado más arriba, hizo la extracción del feto a los 10 minutos. La mayoría de los éxitos obtenidos son debidos a la rapidez con que puede ser realizada.

Las indicaciones de la operación varían según los autores y según los éxitos obtenidos. Unos la indican en los casos en que se necesita evacuar el útero inmediatamente, a condición que la pelvis no aporte un obstáculo serio a la extracción; otros se resisten a emplearla en algunos casos y la juzgan peligrosa en otros,

en razón de la posibilidad de desgarraduras y hemorragias.

Los daños que podrían ocasionarse y que son admitidos por la mayoría de los autores, son: 1.º para la madre: resultado de la infección; 2.º, producido por la distocia de las partes blandas; 3.º, daños que podrían desaparecer después de la evacuación rápida del útero, y 4.º, daños para el feto.

En el primer grupo son los casos de infección genital o de fiebre séptica, en los que sería inconveniente realizar la cesárea clásica y en las mujeres que han sufrido tactos múltiples, que se encuentran en trabajo desde largo tiempo y con las membranas rotas.

En las distocias de las partes blandas, como la distención excesiva en forma de saco de la pared del segmento inferior con amenaza de ruptura, la rigidez del cuello consecutivas a cicatrices resultantes de intervenciones o lesiones anteriores; sin hipertrofia patológica, el prolapso, etc.

Entre los daños que podrían desaparecer después de la evacuación rápida del útero y que hacen indicada la operación, tenemos: la eclampsia, el desprendimiento prematuro de la placenta, la placenta previa. Hay autores que la han practicado con éxito en casos de enfermedades del corazón no compensadas, de tuberculosis avanzada y de vómitos incoercibles. En los casos de agonía y de muerte rápida de la madre, de dilatación insuficiente del cuello, de debilidad de las con-

tracciones uterinas, de larga duración del trabajo, en las irregularidades y debilitamiento del corazón fetal.

Contraindicaciones

Una contraindicación importante a la operación es la estrechez de la pelvis, que se opone al parto por vía baja, a menos que el feto pueda salvar el canal pelviano, sea por no ser a término o porque se haya obtenido su agrandamiento por pubiotomía o después de la muerte del feto por basiotripsia.

Tendremos más ventajas en los casos de estrechez pelviana practicando la cesárea clásica y en los casos de asepsia dudosa la suprasinfisiaria.

La operación de Dührssen, no podría ser hecha en los casos de voluminosos tumores, ocupando la excavación. El edema de la vulva y el del cuello, no son para Dührssen una contraindicación.

Según Bar y otros, en los casos de fetos voluminosos, es preferible recurrir a otros métodos.

El mismo profesor dice: “en todos los casos en que no esté indicado obtener un resultado de todo punto de vista inmediato, la dilatación con el balón será preferida, a menos que el estado del cuello no sea una indicación.”

La operación cesarea vaginal en la eclampsia

Hay una tendencia, entre algunos parteros, de tratar quirúrgicamente la eclampsia.

Y considerando, en efecto, los escasos y dudosos resultados que se obtienen con el tratamiento médico, que son sobre todo calmantes; se está obligado por la necesidad de obrar enérgicamente y con rapidez y de suprimir a la ecláptica la fuente de veneno que la intoxica. A veces la vida del feto está condenada a desaparecer y los chances de salvación de la madre se vuelven cada vez más raros, debido al número y a la violencia de los accesos redoblados con el trabajo y las fatigas del parto.

No es el procedimiento obstétrico que responde a las condiciones de buen tratamiento operatorio. La enferma en estos casos está generalmente cianótica, disneica, a veces, en cama; hay que obrar rápidamente, sin gran traumatismo, con heridas mínimas.

La cesárea vaginal, responde a todo esto, es el desideratum.

En efecto, la dilatación del cuello, ya sea manual o instrumental, es muy larga, ella excita el músculo uterino y por consiguiente acarrea nuevos accesos.

La cesárea clásica, sería aplicable a las enfermas no infectadas, donde el estado general no estuviera muy grave y cuando los ataques no fueran muy frecuentes. Estas condiciones se encuentran raramente reunidas. Los resultados de la cesárea clásica son, desde luego, desfavorables.

Jeanin, según Kettlitz e Hilmann, dan en una estadística una mortalidad materna de 47 a 50 %.

La cesárea vaginal está, por el contrario, muy indicada, siendo una operación simple, las incisiones son fáciles y el descenso del segmento inferior se hace casi bajo la sola tracción.

Es rápida, pues, desde el principio de la incisión a la extracción del feto, bastan sólo pocos minutos.

El Shock operatorio es tan mínimo que por grave que sea el estado de la enferma, se puede operar.

Ahora una pregunta: la cesárea vaginal puede matar por infección a las enfermas de eclampsia, que son tan predispuestas?

Las estadísticas de Beckmann, nos demuestran, que de 43 cesáreas vaginales practicadas, él ha tenido: “dos casos de infección séptica, sobre 9 muertos, sea un cuarto de los casos de muerte; lo que da, considerando como Dührssen, la mortalidad de la cesárea vaginal, en 1 %, una mortalidad de 4.6 %, por infección séptica sobre todos los operados”, y las causas de estas muertes por infección, no es por la operación en sí, pues sabemos que la fiebre puerperal es muy frecuente en la eclampsia.

Beckman, cita por comparación las cifras de Stolipins, de la maternidad de Petrogrado: “Sobre 155 casos, él ha tenido 26 casos de muerte de los que 8 por septicemia, sea el 5.1 % de mortalidad infecciosa.

Según I. Sudakoff, los casos de muerte por septicemia representan la mitad de los casos de muerte de-

bidos a la eclampsia, de manera que la mortalidad infecciosa, en la eclampsia se elevaría a 7.2 %.”

El daño por la infección no es entonces acrecentado por la operación, pues Beckmann que opera, tiene menos decesos que estos dos cirujanos que practican la cesárea vaginal excepcionalmente.

La estadística habla en favor de la operación, no sólo bajo el punto de vista de la infección, sino también bajo el punto de vista de los accesos ulteriores.

En el tratamiento expectativo, los ataques persisten después del parto en el 55 % de los casos (estadística de Beckmann sobre 210 casos).

Con el parto prematuro, se reduce esta cifra a 35.5 por ciento de los casos.

En 43 casos de eclampsia, que el mismo autor trata por la cesárea vaginal, 12 solamente tienen nuevos ataques o sea el 28 % de los casos. De estas 12 enfermas, dice el mismo autor, 7 tuvieron de uno a cinco ataques, cuatro de cinco a 10 y 1 sola 28.

Beckmann, tiene una estadística sobre mortalidad materna, según que el tratamiento sea conservador o que se practique la cesárea vaginal.

El tratamiento conservador da sobre 13 casos de eclampsia:

Durante la preñez.	30.7	% de mortalidad
En 65 casos intra y post-partum	38.6	” ” ”
En 51 casos post-partum. . . .	31.3	” ” ”

En total, sobre 210 casos, la mortalidad es de 32.9 por ciento.

Los resultados se modifican grandemente, después de la cesárea vaginal y son los siguientes :

1 caso durante la preñez.	0 % de mortalidad
42 casos intra-partum.	14 " " "
25 casos intra y post-partum.	24 " " "
28 casos post-partum.	18 " " "

O sea, sobre 96 casos, 10 % de mortalidad, solamente.

Sobre 105 casos, recogidos por Leclere, en la literatura alemana y rusa, fuera de los casos de Beckmann, este autor encuentra el 17.2 % de mortalidad.

Si se compara con las otras cesáreas, la ventaja de la cesárea vaginal es considerable, bajo el punto de vista de la mortalidad materna: la cesárea clásica da del 47 a 60 % de mortalidad. La supra-sinfisiaria da el 41.9 %, según Nouvian.

Beckmann, da también en su importante trabajo, la estadística de la mortalidad fetal, con el tratamiento conservador. Morían el 30 % de los fetos.

De 1909 a 1911, esta mortalidad descende a 22 %, repartidos en la siguiente forma :

43 casos de cesárea vaginal.	11.6 % mortal. infantil
6 forceps.	33 " " "
7 versiones.	71 " " "
10 partos espontáneos.	30 " " "

En tanto que sobre 43 intervenciones por cesárea vaginal no hay sino 5 fetos muertos (11.6 %), en los 24 casos restantes hay 10 fetos muertos, o sea el (41.6 por ciento).

En los 43 casos primeros, había 18 multíparas y en ellas la mortalidad fetal fué de 0 %. En las primíparas, sobre 25 casos, 4 muertos (entre ellos 3 pesaban más de 3.000 gramos).

Beckmann termina diciendo: “Tan débil mortalidad de los recién nacidos, es un argumento inestimable y de los más favorables para esta operación.”

Este mismo autor, hace un agregado considerando que la mortalidad se eleva tanto más cuanto las crisis han sido más numerosas. En 32 mujeres que han tenido de 1 a 5 accesos de eclampsia, 2 mueren, o sea, el 6.25 %.

En 7 enfermas, teniendo de 6 a 10 accesos, 4 murieron, sea el 57.14 % y sobre 4 enfermas habiendo tenido más de 10 accesos, 2 sucumben, o sea, el 50 %.

Hay entonces que operar rápidamente y no esperar que la situación se haga muy grave.

“Si el estado es grave, dice el profesor Bar, con crisis repetidas y subintrantes; coma persistente entre los accesos, temperatura elevada, pulso rápido, fuerte hipertensión, ligera ictericia, orinas raras y cargadas, albuminuria masiva, nos inclinaremos en presencia de una situación tan amenazante a vaciar el útero. Entre el parto forzado, por el dilatado de Bossi y la cesá-

rea vaginal, nosotros adoptaremos esta última por ser una operación quirúrgica precisa y regular”.

La cesarea vaginal en el prolapso

Los casos de operación cesárea vaginal por prolapso, son raros y muy pocos autores ven en esta complicación, una indicación para practicar la histerotomía vaginal.

Sin embargo, otros autores, Leclere entre ellos, hablan de las ventajas de su aplicación en ciertos casos.

La hipertrofia del útero grávido constituye, generalmente a aumentar el prolapso y el cuello toma a veces proporciones enormes. Se agranda mucho llegando en algunos casos a 15 cms. En estos casos la dilatación suficiente es imposible y el parto no puede producirse; sólo una operación cesárea por vía abdominal es indicada.

En los casos, por el contrario, en que el prolapso es pequeño, la dilatación del cuello puede producirse, pero muy lentamente.

En otros casos en que el útero, que durante la preñez estaba bien colocado en el abdomen, desciende a veces en el momento del trabajo; el periné es poco resistente y las contracciones uterinas y abdominales obran *en falso*. El esfuerzo se pierde y a pesar de las contracciones múltiples, el trabajo no avanza, el útero se fatiga y el feto sufre. Si la dilatación se ha completado una aplicación de forceps, puede terminar el tra-

bajo. Pero casi siempre, el feto está muerto y una hemorragia por atonía uterina sobreviene.

En estos casos la cesárea vaginal, puede prestarnos ayuda. En el momento que el feto sufre, una incisión, de mediana dimensión hecha sobre la pared anterior, permitirá aplicar más rápidamente el forceps, si las condiciones de encajamiento se prestan a esta aplicación.

El feto es extraído así más rápidamente y se evitará así a la madre las fatigas de un largo trabajo y las hemorragias posibles.

Si la dilatación es nula, la operación es factible; el cuello prolapsado se ofrece, por sí mismos a las tijeras del operador. La operación dura pocos minutos y el feto puede ser salvado.

La cesarea vaginal en la placenta previa

La placenta previa, coloca a las enfermas en condiciones muy desventajosas en el momento del trabajo. Estas enfermas, debido a las hemorragias repetidas, están en un estado de profunda anemia. La menor pérdida sanguínea, puede ser fatal para la vida de la enferma y el partero se encuentra lleno de inquietudes en el momento en que comienza el trabajo.

De Bovis, dice: "Si alguna vez algunos gramos de sangre, más o menos, han podido decidir una existencia, es en la placenta previa."

Y en efecto, la hemorragia del alumbramiento se acompaña a veces de un síncope mortal.

Y es necesario preguntarse, en muchos casos, si una operación cesárea rápidamente ejecutada no podría haber salvado la vida de la enferma.

El taponamiento, el balón, si el cuello está abierto, lo que es ordinario, son medios muy lentos y a veces ineficaces. Hay que obrar más rápidamente y con más seguridad que en esos casos.

La cesárea clásica da a veces buenos resultados, sobre todo cuando es hecha en buen momento y en enfermas que han sido seguidas y cuidadas en una clínica y que al mismo tiempo, han podido ser colocadas en un estado de asepsia no dudosa. Pero éstos no son los casos más comunes.

Se nos presenta generalmente, una mujer exangüe, que no puede soportar tal operación y en el caso de que la anemia no sea muy considerable, la enferma sufrido tactos múltiples, que la han infectado; en estos casos la cesárea clásica, no puede ser practicada. La cesárea vaginal, tiene sus inconvenientes.

La idea de seccionar un segmento inferior vascularizado al exceso, desprovisto de fibras musculares suficientes para obturar los vasos; la idea de encontrar la placenta en la pared anterior y además la friabilidad considerable del segmento inferior a causa de la vecindad de la placenta, predispone a las desgarraduras durante la operación. Entonces la hemorragia pue-

de producirse en gran abundancia, pues la zona de operación es esencialmente vascularizada.

Bumm, abandona esta operación, después de haber perdido tres enfermas por hemorragia.

Kroening, cita a casos de hemorragia mortal que la obligan a recurrir a la cesárea clásica.

Y otros autores igualmente describen las dificultades para hacer la hemostasia a causa de la friabilidad extrema del segmento inferior.

Hay en cambio muchos autores que declaran no haber tenido nunca dificultades muy graves motivadas por la hemorragia.

Y es así que cirujanos como Doedenlein, habiendo practicado treinta y cuatro veces esta operación, dice: “la hemorragia debido a la incisión, jamás me ha causado la menor angustia.”

Otros autores, igualmente consideran la hemorragia como no temible, y de Bovis cita el caso de haber incindido varias veces en plena incisión placentaria sin haber tenido hemorragia grave. Y además, dice Sellheim: “la exposición directa de la zona que sangra procura más grandes garantías que todos los otros métodos, porque ella permite utilizar inmediatamente y bajo el control de la vista, todos los medios de hemostasia.

Hay que considerar también que uno no está desprovisto de medios para cohibir la hemorragia. A veces, la tracción sobre el cuello es suficiente para impe-

dir la salida de sangre, debido a la acodadura de las arterias uterinas. El profesor Bar cita un caso en que la hemorragia desaparecía al tirar sobre el cuello, para darse cuenta de su origen, reapareciendo tan pronto como cesaba la tracción.

Otros autores, y entre ellos Henkel, le dan gran importancia a la inyección subcutánea de ergotina, hecha al principio de la operación, para prevenir la hemorragia por atonía.

Otros autores comprimen las arterias uterinas con ayuda de largas pinzas de Museaux aplicadas profundamente en los fondos de saco laterales de la vagina.

Miller, liga las arterias uterinas a través de la mucosa vaginal, por medio de agujas curvas.

Un medio seguro, simple y sin daño es la compresión de la aorta que la hace un ayudante a la primera indicación. (De Bovis).

En fin, las dificultades que presenta la operación en estos casos, no son insalvables y veremos más tarde que las estadísticas se inclinan en su favor.

Además, la estrechez y resistencia de las partes blandas son en estos casos menos temibles que en la eclampsia; pues la placenta previa es mucho más frecuente en las múltiparas que en las primíparas (la placenta previa se encuentra en las primíparas en la proporción de 33.92 %, según Pinard, 11.7 %, según Simpson)

Si nosotros nos guiamos por las estadísticas, vemos que hablan en favor de esta intervención en la pla-

centa previa y Leclere, sobre 56 casos de cesárea vaginal recogidos, tiene dos muertas (una de ellas debido a una enfermedad anterior). La mortalidad, entonces es de 3.57 %. El mismo autor presenta 922 casos de placenta previa tratados por otros métodos obstétricos: ya el balón, el taponamiento, la versión, el forceps, la ruptura de las membranas en las que hubo 45 defunciones o sea una totalidad de 4.88 %.

Si comparamos los resultados de la cesárea entre ellas encontramos que las estadísticas, según Leclere dan, para la cesárea clásica del 7 al 8 por ciento, la cesárea supra-sinfisiaria el 3.6 por ciento.

Esta última da más o menos la misma mortalidad que la cesárea vaginal, pero si los resultados son, más o menos iguales, la operación en sí está lejos de ofrecer las mismas dificultades. La ventaja está en que la histerotomía vaginal es más simple y los daños que presenta son menores.

De Bovis, trata también y presenta estadísticas favorables, referentes a la mortalidad infantil en estos casos y llega a la conclusión siguiente: que si la enferma puede ser bien vigilada y la hemorragia no es considerable, la intervención puede ser evitada; pero si la pérdida sanguínea toma proporciones inquietantes, el partero tendría en la operación un medio radical y expeditivo que, en algunos minutos, podría salvar madre e hijo.

Ventajas de la operación

Fuera de las ventajas que resultan netamente del punto de vista especial de la eclampsia y de la placenta previa ya tratados y comparadas las cifras de las estadísticas, hay otros beneficios que resultan de la técnica misma de la operación.

La cesárea vaginal evita el peritoneo, es ésta una ventaja muy apreciable, sobre todo en los casos más numerosos en que hay que evitar el traumatismo operatorio. Además no hay manifestaciones del intestino ni la serosa es puesta en contacto con el aire. El vientre no es abierto y por lo tanto el peligro de la infección de la cavidad abdominal a menos de accidentes es imposible.

El shock operatorio mínimo, permite operar las mujeres en estado de colapso y en condiciones en que toda operación sería funesta para la enferma.

La asepsia puede no ser tan rigurosa como en la cesárea clásica y muchas veces se reduce a un simple jabonamiento y lavaje.

La hemorragia debido a la incisión, es muy insignificante.

La ruptura de la cicatriz, si ella se produce en los embarazos ulteriores, son menos temibles que los de la cesárea clásica y si la placenta se inserta sobre la cicatriz, tenemos que el asiento placentario en el segmento inferior es la excepción y en los casos que esto

se produjera, la abertura sería menos temible, pues no se produciría en la cavidad peritoneal.

En la cesárea vaginal, el parto se hace por las vías naturales y el operador no hace otra cosa que ayudar a la naturaleza. Por esta razón la operación es más humana y menos dañosa y es por esta causa que la operación es aceptada más fácilmente por las enfermas y sus parientes.

El alumbramiento se produce naturalmente. El drenaje es fácil, una simple gasa es suficiente. Las loquias y serosidades tienen salida por sus vías naturales y es suficiente que la enferma sea mantenida con la misma propiedad que si el parto hubiera sido normal.

Si la asepsia fuera dudosa, la cesárea vaginal es practicable, mientras que en la cesárea clásica, esto es una contraindicación.

Rühl, presenta un caso de una enferma, que tenía vaginitis, con sus membranas rotas hacía 3 días; temperatura 39°3 y 125 pulsaciones. La operada cura después de siete días de fiebre.

En los casos de infección, pueden dejarse las heridas abiertas y con gran drenaje. Siguiendo la enumeración de las ventajas sobre la cesárea vaginal, diré, entre otras cosas: que se llega más directamente al útero, sin haber interesado la pared abdominal y los órganos subyacentes; no deja cicatriz aparente y no presenta los peligros de las hernias y eventraciones que muchas veces resultan de las laparotomías. La con-

valescencia es muy corta y los cuidados consecutivos muy simples.

Las enfermas abandonan el lecho a los pocos días después de la operación.

La temperatura no se eleva nunca sino en décimos, salvo en los casos de infección profunda.

Objeciones

La cesárea vaginal tiene, sin embargo, un cierto número de inconvenientes y de daños que debemos tener en cuenta. Los unos son inherentes a la operación misma y los otros le son consecutivos.

Durante la operación. — Las heridas de la vejiga, que aunque son poco frecuentes, deben ser tenidas en cuenta.

Kroening se muestra partidario de la incisión cervical posterior, para evitar estas lesiones. Jeannin, dice: “La herida de la vejiga debe poder siempre ser evitada”, si la vejiga es lesionada accidentalmente, la sutura será fácil de ejecutar. Las desgarraduras del segmento inferior en las maniobras de disección de la vejiga, se produce más frecuentemente en los casos, de placenta previa. Es fácilmente reparable.

Las desgarraduras, partiendo de la incisión y propagada hasta el fondo de saco vésico-uterino, es muy grave. Leclere cita una observación; la lesión en este caso tenía 4 cms. y el peritoneo estaba abierto, la sutura del peritoneo fué fácil y el curso de la enferme-

dad feliz. En los casos infectados, este accidente acarrearía serios trastornos, pero en general si la incisión es grande y el feto de tamaño mediano, la tal desgarradura es poco probable.

Hauch dice: "cuando el feto es pequeño, la incisión anterior es suficiente, es por eso que se debe comenzar por ella, si en todo caso no tuviéramos campo suficiente para la extracción, se hará a continuación la segunda incisión posterior."

La distosia ósea no permite practicar la cesarea vaginal a menos que no sea hecha consecutivamente a una pubitomía, como un caso excepcional presentado por De Bovis.

En todos los casos el operador, antes de hacer una cesárea vaginal, debe asegurarse que la pelvis permitirá el pasaje del feto. En los casos en que esto no se realizara, se realizará a la cesárea clásica o supra-sinfisiaria.

La atrepsia, de las partes blandas o la resistencia a veces considerable del periné, son un obstáculo para la operación. En estos casos se recurrirá a la incisión vagino perinal.

La cesárea vaginal, da acceso sobre un polo solamente del útero, en tanto que la cesárea clásica se ve la cavidad por su medio siguiendo su gran eje. A causa precisamente de esta exigüidad del campo operatorio en la cesaria, por vía baja, los accidentes pueden producirse, como ser: la desgarradura propagada hasta la

peritonio. Este es uno de los accidentes que deben tenerse en cuenta, para que una vez producido, no se vayan a inyectar líquidos que pueden ser portadores de gérmenes.

La desgarradura del periné, se produce a veces sobre todo en las primíparas. Si uno tiene este accidente, se puede remediar por una episiotomía.

Después de la operación. — Un peligro inmediato es la atonía uterina y sus consecuencias. El masaje ejercido, sea en el interior del útero por la mano del operador, sea por un ayudante a travéz de la pared abdominal, evitará las contracciones uterinas. Se puede practicar también la inyección de ergotina recomendada por Henkel.

La infección del tejido celular y la supuración son posibles, pero poco graves debidos al buen drenaje. La parálisis vesical se produce a veces debido al tironamiento de la vejiga; no es durable y desaparece rápidamente.

El peligro de ruptura en los embarazos ulteriores, ha sido muy discutido. Para algunos autores, la delgadez del segmento inferior, al final del embarazo, es por sí suficientemente peligroso sin que haya necesidad de agregarle una cicatriz que constituya un *locus minoris resistentia*.

Y si la placenta se inserta sobre la cicatriz, es todavía más grande la friabilidad por la penetración del co-

rión en el tejido de la cicatriz y su disociación según las teorías de Alexandroff.

En realidad, si la ruptura se produce en el lugar de la inserción placentaria, debe ser bastante frecuente en las cesáreas clásicas.

Bar, declara no haber tenido jamás semejante accidente después de las cesáreas. Las cifras de las estadísticas son muy favorables en contra de este accidente y De Bovis dice: el segmento inferior, no se contrae, se deja dilatar y esta distensión pasiva es favorable al mantenimiento de la cicatriz.

Se ha acusado también a la cesárea vaginal de producir desviaciones y adherencias visiosas. Es probable que estas se produzcan en los casos infectados.

Kühl, citado por Leclerc, muestra un caso en que el útero estaba desviado lateralmente. La enferma con un nuevo embarazo, tiene dolores durante varios meses; después la distensión, permite al útero librarse de sus adherencias y el parto se hace normalmente.

Conclusiones

1.º La cesárea vaginal tiene por fin provocar rápidamente el parto en los casos en que el estado de la enferma reclama una operación urgente, sin pasar por la vía abdominal.

2.º Evita la infección del peritoneo, que es abierto y manipulado en la cesárea clásica y la supra-sinfisaria y es aplicable en los casos infectados.

3.º Los resultados obtenidos la hacen la operación de elección en la eclampsia, cuando los medios no sangrantes no dan resultados satisfactorios.

4.º La aplicación en algunos casos de placenta previa, son útiles, aunque pocas veces es necesarios llegar a esta intervención.

5.º Puede estar indicada en ciertos casos de prolapso uterino, sin hipertrofia excesiva del cuello.

6.º No es aplicable en los casos de pelvis estrechas,

que no pueden dejar pasar un feto a término o que es obstruido por un voluminoso tumor.

7.º Es una operación rápida. La extracción del feto se hace a los pocos minutos.

8.º Es una operación simple, a veces se hace sin anestesia.

9.º La convalecencia es corta y sin mayores peligros, las enfermas curan rápidamente.

10.º El peligro de la ruptura uterina no es de temer en los embarazos ulteriores.

11.º Las cicatrices viciosas, y las adherencias consecutivas a la infección, no parecen oponerse a la evolución normal del embarazo y al parto espontáneo.



Buenos Aires, Noviembre 26 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. Julio Iribarne, al profesor titular Dr. Enrique Zárate y al profesor suplente Dr. Faustino J. Trougé para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

JULIO MÉNDEZ.

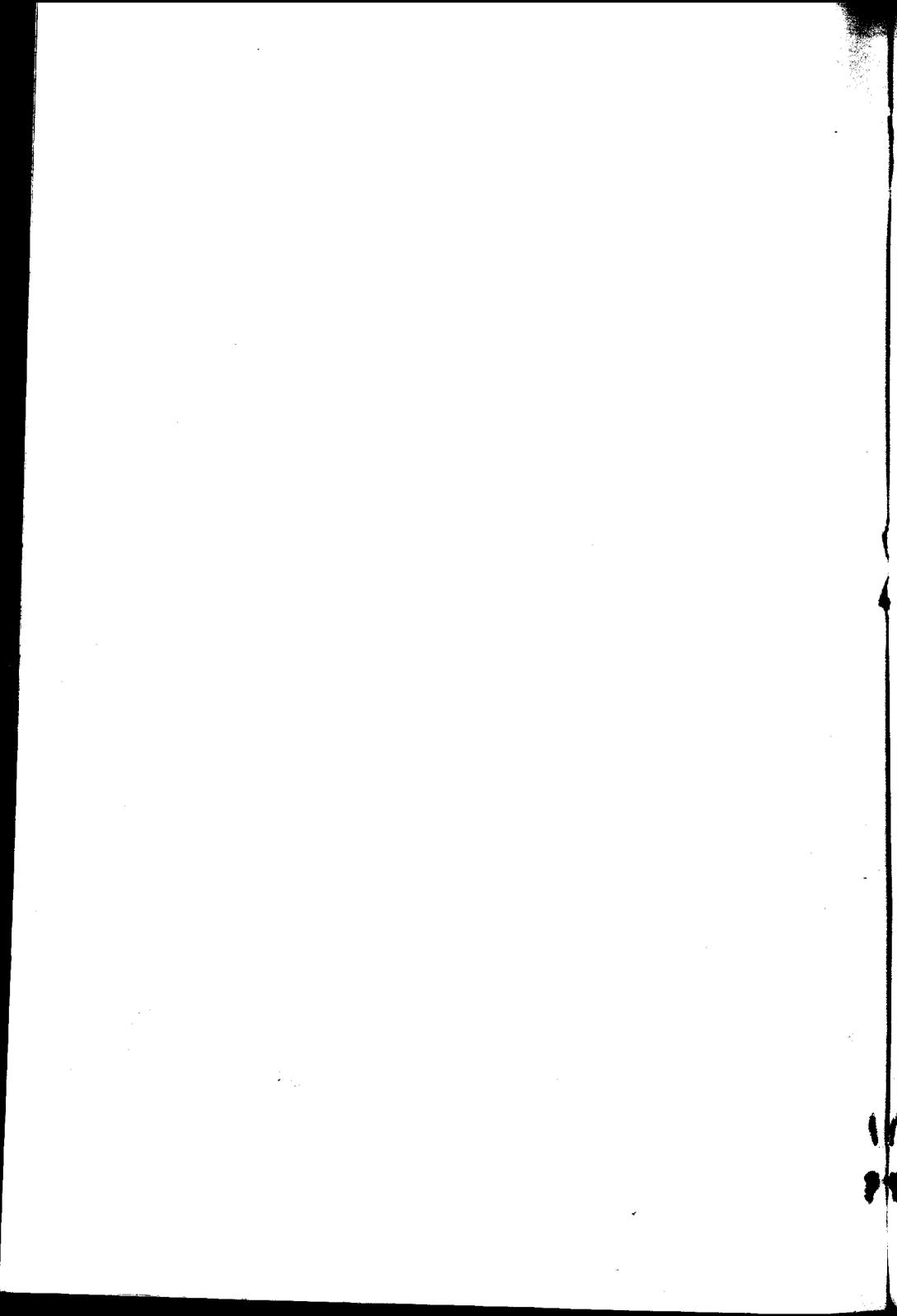
Héctor Dasso.

Buenos Aires, Diciembre 6 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3537 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

JULIO MÉNDEZ.

Héctor Dasso.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Pronóstico de la cesarea vaginal.

Julio Iribarne.

II

Valor de la cesarea vaginal en el aborto terapéutico.

Enrique Zárate.

III

Entre los accidentes alejados post. operatorios de la intervención quirúrgica por la que aboga el autor, ¿no ha observado hernias del huevo y abortos?

Faustino J. Trougé.

11339

