

influencia del trabajo, cuando se encuentran en el aislamiento secuestrados de la sociedad; la acción del remordimiento, de verdadera utilidad para con sus semejantes, y la esperanza de su enmienda, que nadie puede negar. Si pues se atiende á los principios de la ciencia y á los preceptos de la caridad, la sociedad debe buscar no la intimidación que no existe, sino la corrección del culpable; y la justicia humana, para perfeccionarse acercándose á la justicia divina de la cual procede, debe ajustarse á la prescripción de leyes moralizadoras, es decir, favorables á la regeneración social.

En la resolución de todo problema de verdadero interés para la sociedad, las ciencias humanas intervienen de una manera eficaz, y es de suma importancia la luminosa cooperación de las ciencias médicas en los asuntos que se refieren al derecho administrativo, como en las cuestiones que pertenecen al derecho público. El inviolable derecho de vivir impone ya al legislador el deber de abolir del Código Penal, la ley que autoriza los sacrificios humanos, transmitidos hasta nuestros días, desde los más lejanos tiempos de la primitiva barbarie. La inteligencia que ilustra, la caridad que moraliza y el trabajo mitigando los efectos de las pasiones sensuales, se encargan, mejor que el verdugo, de defender la causa de la verdad, que nunca muere, á la claridad de la fecunda ciencia, única y poderosa fuerza capaz de alcanzar la redención del hombre por el hombre mismo.

Guanajuato, Enero de 1892.—MANUEL DE ANAYA.

GINECOLOGIA.

Vicio pélvico; presentación transversa; rotura útero-vaginal; maniobras inconsideradas de extracción hechas por varios médicos antes del ingreso de la enferma al hospital.—Laparotomía.—Extirpación total del útero por el abdomen.—Muerte.—Reflexiones que el caso sugiere.

Trabajo de reglamento presentado en la Academia de Medicina de México en la sesión del 3 de Febrero de 1892 por el socio de número Francisco Hurtado.

EL día 24 de Enero próximo pasado entró á la Casa de Maternidad María de Jesús Rodríguez, de 26 años de edad, secundípara y de constitución débil. Al interrogarla refirió que hacía tres días sufría dolores de parto, que en la noche anterior se había roto la fuente y á las cinco de la mañana al hacer esfuerzos de defecación había salido un brazo del niño. No había sido reconocida durante su embarazo por no haber tenido trastorno alguno, pero al venir este accidente la

vieron tres médicos que sucesivamente habían introducido la mano intentando la extracción sin poderlo conseguir. Los dolores del vientre de intermitentes se habían hecho continuos y sentía que la agotaban.

La exploración completa se dificultaba por el dolor, pero la auscultación no daba indicios de la vida del feto. Procidían el brazo izquierdo, la mano derecha y el cordón que no latía.

Se vació el recto y la vejiga, se le dieron algunas cucharadas de cognac que no tardó en expulsar por los vómitos. En la tarde se le aplicaron enemas laudanizadas, luego se prescribió cloral, y por fin se la sometió á la anestesia clorofórmica para calmar los dolores intensos y facilitar la exploración. Los vómitos continuaban, el pulso débil y frecuente, y la temperatura 37°3. Por la inspección se notaban algunas cuarteaduras antiguas y otras menos recientes. Llamaba la atención el movimiento en émbolo é isócrono á la respiración de los miembros procientes. Por palpación se limitaba un cuerpo piriforme que ascendía á tres dedos sobre el ombligo, de consistencia más dura en la parte inferior que en la superior; en la fosa ilíaca izquierda, un cuerpo del tamaño y consistencia de una cabeza de feto de término muy poco móvil; arriba de éste se sentía otra saliente que no se podía limitar y que era menos dura pero redondeado como el primero. Se hizo el tacto vaginal, sintiendo el hombro izquierdo y el promontorio que formaba una arista cortante.

Por los dolores intensos y continuos y la consistencia de lo que se tomaba como útero, se creyó en un estado tetánico de la matriz que aumentaba su potencia para vencer la resistencia que oponía á la expulsión del producto de la concepción una conformación viciosa de la pélvis, supuesto que se alcanzaba el promontorio al hacer el tacto vaginal.

Volviendo de la anestesia, la enferma se quejaba más de dolores y mientras venía el médico del servicio se le dió por segunda vez cloroformo y repitiendo el tacto dando á dos dedos el movimiento de circunducción se encontró una desgarradura útero-vaginal á la derecha en la línea de inserción vaginal de la matriz.

Me proporcionó estos datos el inteligente interno de la Maternidad Sr. Hinojosa, quien me solicitó para intervenir quirúrgicamente en la enferma la misma noche del 24 de Enero, por encontrarse enfermo el Jefe de Clínica de Partos Sr. Dr. Ignacio Capetillo.

Me encontré al llegar al hospital con una enferma de constitución débil agotada por el dolor abdominal que revestía la intensidad de la peritonitis más violenta. La tensión y visible deformación del vientre, el dolor

agudísimo, la angustia respiratoria y el relato fiel que se me daba me bastaron para no vacilar ni un momento en la conducta que debía seguir y me decidí á no hacer por el momento ningún examen, insistiendo cerca de la Partera en Jefe Srta. Concepción Fernández y del Sr. Hinojosa, sobre si no les cabía duda alguna respecto del sitio y extensión del desgarró. Estas entendidas personas ratificaron su aserto, agregando que el desgarró útero-vaginal les parecía indudable y extenso, pues cabía por él toda la mano, la que se sentía á flor de piel en la fosa ilíaca derecha por la mano opuesta colocada sobre el vientre. Me dijeron que la enferma había estado perdiendo sangre desde las 11 a. m. que se recibió en el hospital hasta dos horas antes que yo la viese (12 p. m.).

Atribuían la cesación de la hemorragia: al agotamiento producido por el dolor, á la probable contracción uterina después que el órgano hubiese expelido su contenido dentro del abdomen, ó quizás, como parecía creer el Sr. Hinojosa, á la obturación de la desgarradura por los miembros proci-dentes que había ejecutado poco antes de llamarme.

Deseché esta última suposición por parecerme poco probable é insuficiente para el resultado; acepté la segunda como más verosímil por haberseme dicho que en las diversas exploraciones que hicieron en la tarde de ese día bajo la influencia del anestésico, habían sentido las partes fetales á flor de la piel del vientre, más dos tumores: uno duro que parecía la cabeza del feto en la fosa ilíaca izquierda, y otro en medio, más blando y contráctil que el primero; tumores que no podían corresponder á dos cabezas fetales, supuesto que el embarazo era de término. Pude en consecuencia formular el siguiente aproximado diagnóstico: Embarazo de término en mujer múltipara, mujer en trabajo de parto, producto abocado primitivamente (antes que se interviniese con maniobras imprudentes) en presentación transversa, probablemente anterior del hombro izquierdo; rotura de la bolsa de las aguas después de tres días de trabajo prolongado de parto, el que se explicaba: primero, por la anómala presentación; por probable estrechez pélvica; tercero, por falta de atenciones médicas antes que se interviniera; por la contracción indudable del útero sobre el producto; una vez perdida la totalidad del líquido amniótico, ocurriendo quizá en este momento la prociencia de uno de los brazos, ó, más probablemente después de tentativas infructuosas para realizar la versión podálica que se habían hecho en la ciudad, maniobras que dieron por resultado la compresión de la parte presentada en el estrecho superior, mediatamente sobre el *cervix* ensanchado por la multiplicidad de regiones abocadas y por la in-

troducción repetida de las manos de los operadores en momentos varios, quizá y sin quizá, durante un estado tetaniforme del útero, pues uno de los operadores como después supe había dado á la enferma una regular dosis de cuernecillo de centeno, y, por tanto, operaron sin dominar la tetania de la entraña, pues no administraron cloroformo.

Me expliqué entonces cuál había sido la causa del desgarro y cómo éste reconocía varios factores, á saber: los antecedentes que he descrito y que hasta cierto punto hacían á la enferma candidato para el desgarro, pues según Jolly y la mayor parte de los autores que se ocupan de esta causa especial de distocia, ésta es rarísima en las primíparas y sí lo es en las múltiparas de pelvis medianamente estrecha, en quienes el producto comprimido por el músculo uterino y en presentación anómala, viene él mismo á ocasionar el accidente por la compresión sostenida que ejerce sobre el segmento inferior, que en tales casos asciende á grande altura sobre el estrecho superior, y, bastando finalmente que á estos ya múltiples factores se añada el traumatismo de maniobras operatorias poco meditadas, para que exagerándose la distensión del referido segmento, estalle verdaderamente el órgano, precisamente en el punto en que sus conexiones anatómicas son más débiles, esto es, en la inserción del cuerpo con el cuello, sitio señalado en todas las estadísticas como el más frecuente en que aquellas se verifican.

El hecho de encontrarse el desgarro en la unión del cuerpo y cuello uterinos, á nivel como ya dije del estrecho superior, me afirmaba por último en mi convicción de que solamente la torpeza de los operadores podía haber determinado allí el sitio de la ruptura; pues si lo laborioso del trabajo del parto, la presentación defectuosa del producto, la contracción del útero sobre este último una vez perdido el líquido amniótico; si, repito, estos factores aumentando su intensidad de acción cada vez más y más hubieran producido el desgarro por sí solos, éste no podría haberse producido en mejor y más propicio punto, que en aquel en que se encontraba en la pelvis un bordo, cresta ó saliente, cual era la prominencia exagerada á modo de las tejas de un tejado, ó más categóricamente: la *espondilolistesis* que existía marcadísima en la pelvis de esta mujer, y por tanto que el desgarro debería haberse situado sin la intervención operatoria en el fondo de saco vaginal posterior, en la inserción de este último con el cuello uterino, ó más propiamente arriba de esta inserción, en la zona uterina polar inferior y á nivel del anillo muscular de Bandl.

El desgarro se produjo indudablemente en presencia de los operado-

res, que algo extraño han de haber observado en la enferma, supuesto que la abandonaron pretextando volverían después para cloroformizarla.

El dolor según el dicho de la misma enferma fué intensísimo desde este momento, comenzando al mismo tiempo la hemorragia, que antes no se había presentado. La marcha que esta última siguió y su casi desaparición en el momento de mi examen, arrojaban un dato importante, que por ningún motivo debía yo dejar de valorar.

¿Cómo explicarme la cesación de la hemorragia cuando por contracción que pudiera estar el útero sobre el producto, el extenso desgarro uterino no podía coaptarse sin la expulsión del producto; y aun cuando este hecho se hubiera consumado, quedaba todavía la placenta, cuyo desprendimiento y final expulsión, tenían que aumentar forzosamente la pérdida del precioso líquido vital?

No encontré más explicación que la total contracción de la matriz que se sentía hacia la fosa ilíaca izquierda con las dimensiones que tiene inmediatamente después de cualquier parto. Era pues, de toda evidencia, que el producto y la placenta tenían que encontrarse dentro del abdomen, pues de otro modo no podrían haber existido esos dos preciosos signos diagnósticos: matriz retraída y desalojada á un lado del producto y movimientos isócronos á la respiración de este último y debidos á la presión que sobre él ejercían el diafragma y las vísceras abdominales.

La placenta se encontraba igualmente en el abdomen, porque como ya indiqué antes, si no se hubiese expulsado dentro de esta cavidad, la matriz no se habría retraído hasta el grado señalado y por lo mismo la hemorragia no habría podido cohibirse.

Quedábame por valorar el grave estado general de la enferma. El dolor como el síntoma más intenso dependía de la irritación que la gran serosa abdominal experimentaba después de varias horas por su contacto con un feto muerto, la placenta y los coágulos derramados en su cavidad, no debiéndose de ninguna manera á contracciones dolorosas y tetánicas de la matriz, como lo supusieron las personas del establecimiento que la atendieron ese día empleando recursos terapéuticos que como el cloroformo, cloral, etc., no dieron ningún resultado, puesto que la matriz yacía inerte como dije hacia la izquierda de la cabeza fetal y sus contracciones anormales por intensas que se supusieran estando aún ese órgano bajo la influencia del cornezuelo de centeno, no podían hacer que el dolor revistiera el grado de intensidad que le encontraba. El pulso cuya frecuencia era de 120 pulsaciones por minuto, y su debilidad, lo caracterizaban como el que pertenece á irritación de las grandes serosas de la economía.

La temperatura que era de 37°8 y el olor fétido que se desprendía de la enferma al acercarse á ella, indicaban la septicemia incipiente.

A todas luces el pronóstico tenía que ser muy grave, fuera que se abandonase el caso á los recursos naturales, comprendiendo en estos la canalización vaginal, ó fuera que se tratase por los recursos quirúrgicos, pareciéndome sin embargo, que estos últimos debían aún intentarse por dar algunas probabilidades de salvación de la enferma, por sólo poder con ellos remediar la septicemia incipiente y la peritonitis traumática.

Recordé haber leído observaciones de rupturas útero-vaginales en las que las enfermas habían sobrevivido á tan serio accidente, presentando síntomas tan alarmantes como el de mi enferma; me cupo la duda legítima de que esta podía ser una de aquellas, y por esta consideración no vacilé en operarla.

No pensé ni un momento en extraer el producto por las vías naturales por haber salvado éste el recinto uterino, ser las maniobras tan ciegas en este caso, que bastará recordar un hecho escandaloso de ruptura uterina ocurrido á un médico de Pachuca hace algunos años, hecho que cayó bajo la jurisdicción de la localidad, la que apeló al dictamen pericial del Consejo Médico-Legal de México, y en cuyo proceso se adujeron como pruebas entre otras muchas, el estudio de un fragmento de tejido, que resultó ser el epiplón arrancado por el desgraciado operador. La extracción por vías naturales tiene el grande inconveniente de exagerar la ruptura que en todos estos casos casi siempre es irregular, de bordos contusos, pudiendo comparársela á las heridas hechas por arma de fuego; es por tanto susceptible de agrandarse demasiado por hábiles y prudentes que se hagan las maniobras de extracción de un producto, las más de las veces abocado en presentación muy irregular. Si el peritoneo no se hubiera desgarrado antes de la intervención es muy fácil que se desgarre en una extensión ilimitada si se prefiere este método, el que creo debe reservarse solamente á los casos en que el producto pueda extraerse con aplicaciones correctas del forceps, ó recurriendo á la craniotomía para disminuir el traumatismo, pero siempre que estas intervenciones no se prolonguen demasiado y muy particularmente cuando el partero tenga duda de la no existencia del desgarro, pues no todos los hechos se presentan en práctica con la claridad del que me ocupa. Por tales razones opté por la laparotomía como más quirúrgica, más inocente en este caso como más adelante probaré valiéndome de la autorizada opinión de prácticos americanos, y finalmente, por ser mi convicción que sólo ella puede procurar la curación radical de

muchas mujeres, supuesto que puede ser seguida de operaciones sobre el útero tales como la amputación parcial ó operación de Porro más ó menos modificada según los desórdenes anatómicos; la extirpación total con las modificaciones propuestas últimamente por Martín, y sobre todo, porque sólo la laparotomía permite avivar los bordos contusos y suturarlos de una manera conveniente, hacer el aseo peritoneal y su lavado, que mucho ayudarán á que una prudente canalización vaginal dé al cirujano el tiempo necesario para esperar con calma la desaparición de los graves accidentes que presentan sus enfermas, entre los cuales la septicemia es inevitable y ocupa el primer lugar en el pronóstico, suponiendo que las enfermas hallan escapado del choque traumático y de la hemorragia que se presentan desde el principio.

OPERACIÓN. — Cuidados de antisepsia propios de estas intervenciones, abrigo de la enferma y calefacción de la pieza de operaciones por lo avanzado de la hora, que fué las dos de la mañana del día 25 de Enero. Anestesia clorofórmica fácil. Incisión del ombligo al bordo superior del pubis siguiendo la línea alba, hecha en un solo tiempo y sin haber necesitado la aplicación de una sola pinza hemostática; división del peritoneo. Se presentó á la vista la cabeza fetal apoyada por el bregma sobre la sínfisis púbica, el cuello extendido y el dorso del niño más arriba de la incisión abdominal; se extrajo el producto habiendo encontrado los pies cerca del hipocondrio derecho; se extrajeron los brazos recorriendo éstos la pelvis á través del desgarro y saliendo finalmente por la herida del abdomen. Acto continuo, y por tracciones del cordón saqué la placenta que se encontraba atrás y á la derecha del producto, así como un gran número de coágulos descompuestos.

Se encontró la matriz á la izquierda teniendo su fondo á nivel del ombligo. Durante estas maniobras me aplicó tan exactamente los bordos de la herida abdominal mi inteligente ayudante el Sr. Hinojosa, que ni un momento tuvimos el desagrado de ver fuera la masa intestinal.

Entonces reconocí el desgarro; encontrábase éste á la derecha; comprendía todo el fondo de saco vaginal que continuaba con otro muy irregular del segmento inferior del útero, siguiendo la cara anterior y prolongándose hasta cerca de la inserción del fondo vaginal izquierdo. Por el momento se encontraba sólo entreabierto el desgarro de la vagina, pues el uterino se cerró inmediatamente después de que se extrajeron los brazos proclidentes. Los bordos del desgarro vaginal se presentaban con dos aspectos diferentes, pues el anterior contuso, franjeado, indicaba que la pre-

sión de la parte presentada y las tracciones que para desprenderla se hicieron, habían producido esas lesiones como en toda herida contusa. El bordo posterior hacía contraste con el anterior por la limpieza de su sección, alcanzaba la parte inferior del ligamento ancho derecho hasta el peritoneo que se desgarró irregularmente.

Encontré la vagina intacta y retraída detrás del pubis.

Una vez que comprobé estos desórdenes anatómicos, comprendí me era imposible detener mi intervención y opté por llevarla adelante considerando que un útero desgarrado, aunque por lo pronto coaptados los labios de su desgarró, tenía ésta forzosamente que entreabrirse y los loquios pasarían al peritoneo los días subsecuentes infectándolo. Además, tenía yo que cerrar hasta donde me fuera posible el desgarró vaginal avivando su borde anterior, programa que no podía efectuar satisfactoriamente si recurría á la operación de Porro con pedículo extraperitoneal á la manera de Hegar, supuesto que el muñón uterino era muy corto y la tirantez del muñón hacía muy difícil su tratamiento consecutivo, aunque optase por el método mixto de tratar el pedículo, método que entre paréntesis, y por razones bien conocidas, me repugna absolutamente. Adopté, en consecuencia, por creerlo de entera aplicación, el proceder de extirpación total del útero últimamente descrito por A. Martín en el *Centralblatt für Gynecologie de Berlin*, proceder que ha valido á su autor notables éxitos en casos varios en que lo ha creído indicado, particularmente en todos aquellos en que el proceso patológico alcanza el segmento inferior de la matriz y puede aún llegar hasta el cuello de este órgano, como sucede en los cánceres ú otros tumores malignos. Presenta este proceder un inmenso progreso sobre los métodos en boga, y es la abolición de un pedículo que, déjese perdido dentro del abdomen, ó tráigase fuera de él, siempre da serios temores al cirujano que lo sigue por muchos días después de haber practicado su operación. El alto interés que le concedo á este recurso terapéutico, estudiado actualmente por los ginecólogos, me hará volver sobre él más tarde, limitándome ahora, para no ser difuso, á describir brevemente cómo procedí á ejecutarlo.

Apliqué dos pinzas largas de Péan de cada lado de ambos ligamentos anchos comprendiendo los anejos y llevándolas lo más abajo que pude hasta la base de los ligamentos y aplicando los extremos de las pinzas, de modo de que no quedasen tejidos que al cortarse dieran gran cantidad de sangre difícil de contener á tal profundidad; apliqué un fuerte tubo de caucho aséptico pasándolo dos veces al derredor del cuello uterino y apretán-

dolo fuertemente hasta fijarlo por medio de una fuerte pinza de presión; amputé rápidamente el cuerpo del útero; procedí á ligar el fondo de saco de Douglas con puntos de seda pasados á través de la vagina, comprendiendo el espesor de los tejidos transversalmente en una extensión de dos centímetros y procurando que todos los puntos se continuasen para evitar la hemorragia que al hacer el corte pudiera presentármese; dividí después con el bisturí el fondo de saco á raíz de sus inserciones con el cuello uterino, tiempo que se me facilitó sobremanera, haciendo moderadas tracciones sobre los extremos del tubo de caucho arriba del punto de aplicación de la pinza que lo tenía atado sobre el cuello uterino. Así quedó extirpado en dos partes el útero. Procedí á avivar los bordes del desgarramiento vaginal y á suturarlos, cuando la enferma murió de agotamiento.

Creo que esto último en enferma en mejores condiciones que la mía, no habría producido la muerte, y me fundo en hechos de mi práctica, en los cuales he gastado más de dos horas en extirpar miomas voluminosos, y que han sobrevivido muchos días al traumatismo, sucumbiendo algunas por desórdenes irremediabiles y no previstos en algunas como son: la perforación del estómago ocurrida en una de ellas ocho días después de la operación, por movimientos intempestivos y meteorismo marcado, factores que determinaron la perforación precisamente en el punto más débil del estómago, cual era una antigua úlcera de la pequeña curvatura, que no molestaba á la enferma, y cuyos antecedentes negativos no pudieron hacerme sospechar su existencia. En otra enferma la muerte fué debida á la peritonitis séptica que ya tenía antes de la intervención, que se caracterizaba por ascitis hemorrágica y reacción febril, en cuya enferma fué imposible detener la peritonitis después de extirpar el voluminoso mixoma ovárico que la determinaba. Pues bien, en ambas enfermas la operación fué más larga que en la de que me vengo ocupando que solo duró una hora, y por tanto sin contar el gravísimo estado general y el tiempo precioso que se perdió para intervenir quirúrgicamente, repito que el traumatismo es insignificante, y la hemorragia nula, para que en casos semejantes pueda adoptarse y en mejores condiciones de oportunidad, el tratamiento por mí seguido, el que por último, considero como más en consonancia con los preceptos de la actual cirugía abdominal.

Datos necroscópicos recogidos por el Sr. Hinojosa el día siguiente: Peso del feto 3.130 gramos, sexo masculino, bien conformado; longitud, 0^m58. Diámetro occípito frontal, 0^m11; biparietal, 0^m09; occípito mentoniano, 0^m12; frontomentoniano, 0^m085. Pelvis de la madre espondilo-

listésica. Diámetro transverso anterior, 0^m23; transverso posterior, 0^m24. Antero-posterior del estrecho superior, 0^m095; oblicuos, 0^m125; de Baudeloque, 0^m16. Antero-posterior de la excavación, 0^m15. Altura de la sínfisis púbica, 0^m04.

Se encontró el peritoneo visceral y el parietal vivamente inyectados y gran cantidad de coágulos descompuestos en la cavidad.

La matriz, cuyo diámetro vertical fué de 0^m14, presentaba un espesor normal y no había mayor desarrollo del fondo; ninguna anomalía de desarrollo; ninguna degeneración de sus paredes anterior ó concomitante á este segundo embarazo. Los anejos se encontraron normales presentando el ovario derecho un cuerpo amarillo del tamaño de un chícharo, fué por lo mismo el fecundado, y era un poco mayor que el izquierdo.

REFLEXIONES. — Después de mucho vacilar, héme decidido á presentaros los detalles de esta observación, juzgando que en razón de la rareza de hechos semejantes en nuestra práctica diaria, pudiera servirnos, y á mí muy particularmente, para fijar la conducta más conveniente que deba seguirse en tan comprometido trance en que puede verse el práctico, máxime cuando tenga, como es muy frecuente que suceda, que justificar su proceder delante de los tribunales.

Gravísima á todas luces es la lesión, y muy grave tiene que ser por lo mismo el tratamiento que se imponga para remediarla, y como éste no admite temporización, es indispensable fijar una vez por todas sus indicaciones, sus peligros, las condiciones en que es de entera oportunidad, para cuyo efecto preciso es partir de un diagnóstico seguro, que preciso es confesar, no puede obtenerse en todos los casos sino como una sospecha, que solo puede aclarar la intervención armada, ó sea dicho de una vez, la exploración del vientre por medio de la laparotomía.

Séame permitido, á riesgo de fatigar vuestra benévola atención, el sintetizar en algunas palabras la modalidad clínica de este hecho bastante notable por muchos conceptos.

Vicio pélvico del género *espondilolistésico*, presentación transversa, ruptura del útero y de la vagina, paso del feto y de la placenta á la cavidad del abdomen, grave estado general.

Tal es en compendio el cuadro clínico. Empero, si se reflexiona detenidamente, estas anomalías se subordinan unas á las otras casi fatalmente, ó por lo menos se explican mutuamente. Es una sucesión patológica, hasta cierto punto muy legítima, y debo dar á entender que el éxito es muy difícil de obtenerse en semejante ocurrencia, y es justo que el práctico esté

advertido de estas cosas, contando con esta coincidencia ó enlace obligado de los factores que producen el fenómeno distócico, los cuales varían poco en casi todos los hechos de este género, obligándolo á estrechar el campo de su intervención y á aceptar una línea de conducta que tienda á la uniformidad del tratamiento, muy de desearse en casos de tamaña urgencia, capaces de asustar á cualquiera persona por avezada que se la suponga, para vencer las dificultades que ofrece la distocia, dificultades que raras veces se presentan y marchan aisladamente, que pueden no encontrarse en los libros de consulta, y finalmente, que puede faltar el tiempo de consultar como á mí me sucedió.

Me creo por tanto autorizado y tomando como texto esta observación para sacar las pocas conclusiones que paso ahora á exponer.

La mujer que sufre la ruptura uterina, corre tres grandes riesgos inmediatos, pudiendo cada uno de ellos conducir á la terminación fatal, y son: primero, el choque traumático; segundo, la hemorragia; y tercero, la infección séptica.

Si la enferma escapa á los dos primeros puede el médico combatir el tercero con grandes probabilidades.

El choque puede matar muy rápidamente sin que la terapéutica pueda remediar una perturbación irremediable desde un principio. El hecho ha sido demostrado multitud de veces para que crea útil insistir, abundando en la literatura médica observaciones que demuestran que la muerte ha tenido lugar á pesar de una hemorragia exterior insignificante, y no haber encontrado en el peritoneo más que desgarros pequeños y corta cantidad de sangre, factores que aún en mayor proporción permiten la vida en otras enfermedades.

Es la hemorragia un peligro siempre amenazador y á menudo formidable en razón de la imposibilidad en que frecuentemente se encuentra el práctico para dominarla, á menos que por cualquier proceder y por cualquier camino consiga vaciar pronta y completamente el contenido del útero.

Una hemorragia profusa y difícilmente dominable es para mí una imperiosa indicación para practicar inmediatamente la laparotomía, como el recurso más seguro y el que por otra parte no es más que una aplicación al caso especial que estudio de los consejos que nos dan las personas que han hecho de la cirugía abdominal el objetivo de su vida profesional.

Empero y por fortuna, es muy notable que en las observaciones consignadas en las memorias y en los trabajos que he podido consultar, se di-

ce que excepcionalmente la pérdida sanguínea sea la causa de la muerte, haciéndose ordinariamente la hemostasis de una manera espontánea, cualquiera que sea la razón que se dé de esta feliz circunstancia.

Es posible que la ruptura de grandes vasos no sea tan frecuente como podría suponerse á primera vista, escapando dichos vasos por su disposición helicina y por su blandura al traumatismo, si se trata de una ruptura de los bordes uterinos y de los ligamentos anchos. Por otra parte, la retracción uterina puede en casos como el que tengo el honor de presentaros bastar á obturar las ramas vasculares de las paredes de la matriz, mas en tal caso encuentro mejor explicación y es el cansancio del corazón que por el traumatismo sobreviene, y creo altamente reprochable la conducta del médico que pacientemente esperase á que tal cosa sucediera, aunque pudiera aducirse como razón justificante de la expectación que en la mayoría de los casos, el modo como se hace la sección es particularmente favorable á la retracción de las tónicas contráctiles y á la formación de coágulos hemostáticos.

Para mí, y ya antes lo dije, la abundancia de la hemorragia y su tardanza en contenerla por los medios habituales, es siempre una urgente indicación de la laparotomía, indicación que no es la única que ella va á llenar como después se verá.

Viene en tercer lugar la septicemia. Aquí es indudable que la prontitud de la intervención y el rigor del método antiséptico representan el principal papel en las probabilidades de la curación. En estos últimos años se han preocupado los prácticos de los riesgos que puede correr la paciente por la penetración de la sangre en el peritoneo y particularmente de los que tentativas operatorias practicadas sin precaución han llevado los gérmenes de la infección al contacto de las superficies cruentas. Esto es de toda evidencia si como á veces se ha observado, se trata de mujeres cuyo trabajo de parto dura varios días, que han presentado fenómenos graves con putridéz de los líquidos intrauterinos, calofríos, hipertermia, tensión y dolor de vientre, etc.; no dejando nadie de aceptar en semejantes casos el método que consiste en purificar todos los puntos que están en contacto con estos focos de infección. La laparotomía en tal virtud, y seguida del aseo meticuloso de los fondos de saco peritoneales, se encuentra plenamente justificada, máxime cuando la extracción del feto no sea posible más que por este camino.

En consecuencia y en vista de los peligros que he señalado, se hace de hoy más forzosa la intervención en las rupturas uterinas debidamente

diagnosticadas, y hay que confesar recorriendo los más recientes tratados de partos que se encuentra en ellos demasiada vaguedad en las indicaciones terapéuticas, lo que está en abierta pugna con los cánones de la moderna cirugía uterina y abdominal, dependiendo esto en gran parte del concepto inexacto á todas luces de que el partero no ha de tratar quirúrgicamente los casos difíciles de su práctica, que se considera como que salen de los ya extensos límites de su especialidad.— (*Continuará*).

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

SESION DEL 22 DE JUNIO DE 1892.

Presidencia del Dr. Manuel Carmona y Valle.

A las siete y ocho minutos de la noche principió la sesión. Leída el acta de la anterior sin discusión fué aprobada en votación económica.

La Secretaría dió cuenta:

Con las publicaciones recibidas. A la Biblioteca á disposición de los socios.

Con dos cuadros de la mortalidad habida en la Capital en el último Mayo.

El socio correspondiente Dr. Jesús Valenzuela, de turno en esta sesión, leyó un trabajo titulado: "Un remedio para ciertas úlceras rebeldes," el cual quedó comprendido en el art. 39 del Reglamento.

El DR. GAVIÑO, con motivo del trabajo que acababa de ser leído, manifestó que en efecto él usaba el procedimiento que allí se indica y cuya fórmula es: *ácido nítrico* 10 gramos, *bicloruro de mercurio* 0,50 centigramos y *papel Berzelius suficiente* para hacer una papilla. Que los Dres. M. Gutiérrez, Zárraga, Orvañanos y Ruiz han visto los éxitos obtenidos, así como ellos han alcanzado algunos siguiendo el mismo camino. Por lo cual, en estos casos, él prefiere el uso de este cáustico al bisturí.

El PRESIDENTE, el DR. ZÁRRAGA y el DR. OLVERA hicieron uso de la palabra en apoyo del procedimiento empleado por el Sr. Gaviño: el primero, precisando bien la oportunidad de emplearlo y poniendo de manifiesto sus ventajas en los casos en que debe aplicarse; el segundo corroborando lo aseverado por dicho Sr. Gaviño; y el tercero, citando casos de éxito obtenido por otros cáusticos, aunque éstos dejan cicatriz honda.

Los DRES. HURTADO y VARGAS hablaron en contra del procedimiento: