

El SR. GAVIÑO refirió que desde 1888 Phisalix y Calmette dieron á conocer sus primeros experimentos con la ponzoña del *cobra capelo*. La ingestión de este tósigo dió resultados poco satisfactorios. Después hacían que el animal mordiera á algunos conejos, cuyo suero inyectado á otros dotaba á éstos de una gran resistencia contra la mordedura. Llegaron á tener un suero inmunizante que fué aplicado al hombre con resultados satisfactorios. En Berlín se ha logrado obtener en los laboratorios la inmunización contra la ponzoña del *naja* y de algunas víboras de Europa. Phisalix, en Francia, también ha obtenido buenos resultados. En Río Janeiro el Dr. Laborda combate con éxito los efectos de las ponzoñas por medio de las inyecciones de cloruro de oro ó de permanganato de potasa.

JOSÉ TERRÉS.

OBSTETRICIA.

OPERACION DE PORRO.

Memoria presentada á la Academia N. de Medicina de México por el Dr. José Gómez, de Coatepec, Estado de Veracruz, optando al nombramiento de socio correspondiente de la misma.

La sección cesárea es una de las operaciones que con más rareza se practican en Obstetricia, por la misma razón que los casos que la necesitan ó requieren son muy poco frecuentes en la práctica. En efecto, esta operación está indicada siempre que un obstáculo cualquiera no vencible por medio de otras operaciones ó maniobras, impide el paso del feto á través del canal pélvico que debe franquear.

Estos obstáculos pueden provenir ya de los órganos genitales propiamente dichos, de las partes blandas, ya del esqueleto de la pelvis. Entre los primeros se cuentan los fibro-miomas, los cánceres del cuerpo ó del cuello del útero, las estrecheces de los orificios ó del canal cervical, etc., enfermedades ó lesiones que se presentan con alguna frecuencia, es verdad; pero que en la mayoría de los casos, salvo condiciones especiales, pueden ser vencidas con mayor ó menor dificultad mediante la intervención de operaciones sangrientas, ó sin ellas; mas sin tener que recurrir jamás á la sección cesárea conservadora ó á la operación de Porro.

En los vicios del esqueleto, por el contrario, desgraciadamente no hay medio capaz de remediar á lo esencial, es decir, al vicio de conformación de los huesos pélvicos, y en estos casos, por consiguiente, es cuando se presenta con más frecuencia la indicación de practicar la operación cesárea. Si se reflexiona, no obstante, que las estrecheces de la pelvis son raras en la práctica y que las inferiores á seis centímetros en el diámetro útil son todavía más raras, se comprenderá la poca frecuencia con que se ofrece la oportunidad de practicar la operación que nos ocupa. Ahora bien, si esto sucede para la sección cesárea, los casos que requieren la operación de Porro son todavía más raros, y podemos decir, excepcionales en la práctica civil, en razón de que esta última operación requiere indicaciones especiales además de las ya mencionadas para la cesárea y que son comunes á los dos géneros de intervención.

Todo caso de amputación útero-ovárica reviste, pues, cuando menos, un interés estadístico, y el que voy á relatar permitiéndome distraer la atención de la respetable Academia á que me dirijo, tiene, además, el de haberse practicado la operación en condiciones especiales, alcanzando resultado favorable para la enferma. Hé aquí la observación.

La noche del 29 de Agosto del año en curso fuí llamado por mi compañero el Sr. Dr. Don Federico Bustamante para que asistiéramos á la enferma Natividad Contreras, quien se encontraba en trabajo de parto desde hacía más de 24 horas. Este apreciable compañero había visto á la paciente durante el día, y me refirió haber intentado la aplicación de una cuchara del fórceps que obrara como palanca, con el objeto de favorecer la introducción de la cabeza en el estrecho superior, cosa que había sido imposible.

Trasladados á la casa de la enferma encontré que se trataba de una mujer enteramente indigente, de uno de esos seres colocados en la última escala social y sujetos á todas las penalidades y consecuencias de una vida de miseria y sufrimientos, cuya habitación, muy distante del centro de la ciudad, consistía en lo que nosotros llamamos *jacales*, compuesta de paredes de madera y techo de teja, el piso sin ladrillo ni madera; todo en gran estado de desaseo y abandono que revelaba desde luego la condición humildísima de los moradores.

Sobre un lecho provisional formado de cuerdas estaba acostada la enferma llamando la atención por la pequeñez de su deforme cuerpo, lo que unido á la expresión de su semblante, infundía la idea de estar frente á un caso mitad de idiotismo y de sufrimiento. Sus ropas desgarradas y sucias, los pobres utensilios de que disponía, las paredes ennegrecidas por el humo, el ningún aseo que se notaba en todo, denunciaban á las claras la higiene que allí se observaba y las condiciones de asepsia en que se encontraría la enferma. El cuadro, pues, no era na-

da halagador, sobre todo si se tenía que llegar á una intervención seria. Habiendo procedido al reconocimiento encontré lo que sigue.

Sus antecedentes hereditarios son nulos; no así sus conmemorativos patológicos, pues en su infancia la paciente tuvo enfermedades que le dejaron huellas indelebles. Interrogada en ese sentido se supo que padeció una afección parecida al raquitismo, la cual le impidió marchar antes de los cuatro años, aunque no fué posible dilucidar perfectamente este punto á causa de la falta de recuerdos y por la escasa inteligencia de las personas que informaron sobre el particular. Si se pudo esclarecer, y se comprobó después por el examen local, que estuvo afectada de una doble coxalgia terminada por supuración y que ocasionó la luxación femoral, también doble. Parece que no sólo las articulaciones coxo-femorales fueron comprometidas en esta ocasión, sino también las sacro-iliacas, y tal vez la sacro-coxígea; es aun probable que el resto de los huesos, al menos el iliaco, hayan sido afectados en otras partes además de la articulación, pues existen pérdidas de sustancia en el borde superior del hueso iliaco izquierdo que hacen suponer un trabajo patológico destructivo tanto en este punto como en la fosa externa.

Estos fueron los datos que se pudieron recoger respecto de sus antecedentes en lo que de ellos concierne á la parte meramente obstétrica. Tuvo también en la infancia una fiebre eruptiva, y más tarde alguna otra enfermedad, pero sin relación con el caso de que se trata.

Sus primeras reglas vinieron á la edad de 14 años, y se le siguieron presentando con regularidad desde entonces. A los 20 años se suspendieron por haber tenido un primer embarazo que se interrumpió á los seis meses, abortando un feto poco desarrollado y cuya expulsión se verificó sin dificultad. El presente es el segundo embarazo que ha tenido la enferma, y ésta cuenta en la actualidad 30 años de edad. Las últimas reglas se manifestaron el 30 de Noviembre del año próximo pasado; el período de gestación ha transcurrido sin accidente de ningún género ni mayores molestias.

El 28 de Agosto (víspera del día en que se practica este examen) sintió la enferma los primeros dolores; éstos han continuado con regularidad y energía desde entonces, siendo muy intensos y frecuentes en los momentos actuales. Lleva, pues, el trabajo cerca de 48 horas. La rotura de las membranas se verificó el 25 á las 6 a. m., dejando escurrir gran cantidad de líquido amniótico.

Descubierta la enferma se procedió al examen externo y general. Haré observar que muchos de los datos que voy á apuntar aquí fueron recogidos más tarde, pero los coloco en este lugar con el fin de no dejar incompleta la descripción.

Lo primero que llama la atención es esta especie de nanismo, ó más bien, infantilismo, que se halla reflejado en toda la conformación exterior de la enferma y que la reduce á proporciones muy inferiores de talla y robustez. La estatura es apenas de 1 m. 14 cents., estando en lo que para ella es la estación vertical ó de pie; sus miembros son sumamente delgados, los inferiores miden 0 m. 17 cents. de circunferencia, al nivel del tercio superior de la pierna, y 0 m. 26 cents. en la parte más gruesa del muslo; los superiores son todavía mucho más delgados. La conformación, por otra parte, es regular, pues no se nota encorvadura ni deformación alguna en las tibias ni en los fémures, ni afectan la forma de paréntesis cuando se les reune.

Se resienten, sí, notablemente, los miembros inferiores de la doble luxación de las cabezas femorales, encontrándose en la flexión como actitud natural.

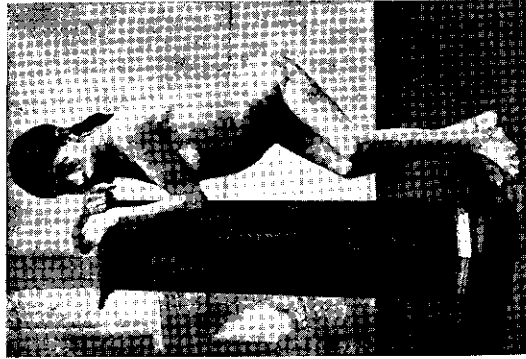
Como la extensión completa es imposible, la estación vertical y la marcha son muy defectuosas; no se realizan sino con el auxilio de muletas que la enferma usa habitualmente, y sin este artificio casi son imposibles.

A la flexión hay que agregar la carencia de todo movimiento de abducción á causa de estar anquilosada la pseudo-articulación coxo-femoral; anquilosis que en el lado izquierdo es completa. En esta última articulación, en efecto, el trabajo destructivo de la coxalgia supurada parece haber sido mayor; existen amplias cicatrices al nivel de la parte superior de la cara externa del muslo, en la cara posterior y al nivel del gran trocánter. Este último casi no existe, y se nota en su lugar una depresión, y más atrás, algunos nudos huesosos que parecen ser los restos de esta porción del fémur.

En resumen, los miembros inferiores son de conformación normal, excepto en la región superior del izquierdo; muy delgados, no gozan sino de limitado movimiento de extensión, y las rodillas no pueden separarse mas allá de diez centímetros. Los fotografados adjuntos dan una idea de estas lesiones, así como de la estación de pie en lo que pudiera llamarse estado normal de la paciente.

El resto del cuerpo, excepto la pelvis, no ofrece mayores deformidades. La configuración del cráneo es normal; el semblante tiene cierta expresión de imbecilidad, rasgo que se acentúa todavía más por una luxación incompleta del maxilar inferior, por el estrabismo externo del ojo derecho y la proyección hacia delante del maxilar superior (especie de prognatismo), á favor de la cual sobresalen algunos restos de incisivos que la enferma conserva y por la cual también se mantiene la boca entreabierta de un modo casi habitual.

El torax es normal; no se nota en él ninguna de las lesiones típicas del raquitismo, si se exceptúan algunos nudos, no muy notables, que existen sobre las cuatro primeras costillas al nivel de las articulaciones condro-costales.



NATIVIDAD CONTRERAS,

Operada en Coatepec (Veracruz), el 30 de Agosto de 1896 por el Dr. José Gómez: se le hizo una amputación útero-ovárica con éxito completo.

Los miembros superiores son normales.

La pelvis es la parte más deforme del organismo de esta mujer. Se comprende que cuando comenzó á marchar, cuando el peso del cuerpo comenzó á hacerse sentir y á trasmitirse de la columna vertebral á los miembros inferiores, la pelvis, que no se encontraba en las condiciones normales de equilibrio, á causa de la doble luxación femoral y por estar cambiado, en consecuencia, el punto de apoyo de los fémures; la pelvis, digo, tuvo que haberse sometido á influencias anormales que acarrearón su deformación absoluta. Por una parte la columna vertebral obligando al sacro á introducirse con el peso de la parte superior del cuerpo, y por otra, las cabezas femorales oprimiendo los huesos ilíacos al nivel de la nueva semi-anquilosada articulación contribuyeron á deformar la pelvis, á rechazarla hacia la excavación, á modificar las curvas naturales, á alargarla en un sentido y á aplastarla en otro; á estrecharla, en una palabra, en todos sus diámetros y en todas sus partes, estrecho superior, excavación y estrecho inferior, haciéndola, además, inclinarse adelante.

En efecto, la pelvis se encuentra en anteversión muy pronunciada. El plano del estrecho superior es casi vertical, las espinas ilíacas antero-superiores ven directamente abajo, la sínfisis está situada en el lugar que debiera ocupar el perineo, y la vulva se encuentra colocada atrás, de tal suerte, que no se descubre al observar de frente á la enferma.

Los huesos presentan alteraciones considerables. El sacro es poco menos que horizontal, sus apófisis son poco notables, haciendo contraste con los cuernos de la extremidad inferior, que sobresalen demasiado y ofrecen el aspecto de dos exostosis.

El coxis forma con el hueso anterior un ángulo agudo abierto adelante, y la articulación está anquilosada.

Los ilíacos han perdido mucho de su forma anatómica normal; los bordes superiores ó crestas no presentan las encorvaduras habituales, son casi rectos ó ligeramente curvos afuera; el borde izquierdo es irregular en su superficie, en la que se notan algunas pérdidas de substancia; las fosas externas, muy estrechas, difíciles de percibir; las tuberosidades del isquion, muy aproximadas; las ramas del pubis, al partir de la sínfisis, se dirigen atrás, casi paralelamente la una á la otra, sin formar, en consecuencia, el arco púbico, están muy aproximadas entre sí limitando una especie de trapecio en vez de arco.

A todas estas deformaciones hay que agregar la falta de desarrollo de que se resiente todo el resto del cuerpo, tal como si la enferma hubiese conservado los caracteres de la infancia; la cintura pélvica es, por consiguiente, muy pequeña en todos sus diámetros, muy poco ancha y muy poco alta.

De las deformaciones anteriores resulta la actitud viciosa que presenta la enferma estando de pie, y que se advierte claramente en la lámina pág. 384. La anteversión de la pelvis da lugar á la combadura (ensellure) de la región dorso-sacra; parece que se rompe bruscamente la columna vertebral al unirse con el sacro. Esta misma anteversión origina la saliente tan considerable que hace el abdomen y que en estos momentos exagera más la preñez.

También se aumenta este volumen por la proximidad de las costillas al borde de la pelvis, lo que hace aún más reducida la cavidad abdominal.

Exponemos en seguida algunas mensuraciones de la pelvis que darán una idea de su deformación y poco desarrollo.

Diámetro de Baudelocque	0m 141mm
De la espina iliaca ántero-superior de un lado al lado opuesto.....	0m 20c
De la parte media de la cresta iliaca de un lado al opuesto	0m 14c
De la parte media de la cresta iliaca al isquion.....	0m 12c
Del isquion de un lado á la espina iliaca póstero-superior del lado opuesto.....	0m 13c
De la espina iliaca ántero-superior de un lado á la espina póstero-superior del lado opuesto.....	0m 14c
De la última vértebra lumbar á la espina ántero-superior de cada lado.....	0m 12c
Del gran trocánter á la espina iliaca póstero-superior del lado opuesto.....	0m 17c
De un isquion al otro.....	0m 65c
De un trocánter al otro.....	0m 20c
De la parte media de la cresta iliaca á la última costilla.	0m 06c

Como se puede notar por las mensuraciones anteriores, las diversas distancias apuntadas difieren notablemente de las que corresponden al estado normal, y demuestran que la pelvis se encuentra estrechada en todos sus diámetros, haciendo resaltar también su pequeñez absoluta y su poco desarrollo.

Concluido este examen exterior y general se procedió á la palpación del abdomen, se practicó la auscultación y la exploración interna vaginal.

La palpación abdominal no pudo dar resultados eficaces en razón de que los dolores, muy frecuentes á la sazón, impedían por el endurecimiento de la matriz las investigaciones que se descaban hacer. Además, la flexión de los miembros inferiores y su falta de separación dificultaban también las manipulaciones al nivel del estrecho superior. Se pudo observar, sin embargo, que la cabeza, situada abajo, desbordaba considerablemente el pubis, formando una prominencia muy considerable cuyo volumen sólo se apreció aproximadamente por no

ser realizable la palpación mensuradora. El vientre estaba sumamente sensible á la presión, había dolor muy notable, sobre todo al nivel del sitio ocupado por la cabeza. Nada de movimientos fetales. El fondo del útero llegaba al epigastrio.

La auscultación hizo percibir el soplo uterino pero no los latidos del corazón del niño, por lo que se infirió que éste, tal vez, había muerto.

Previo desinfección de las manos, mediante el lavado con una solución de sublimado corrosivo, se practicó el tacto vaginal. Por este medio de exploración se notó desde luego la estrechez completa de las partes exploradas, sobre todo del arco del pubis, cuyas ramas afectan la disposición anteriormente descrita. El cuello del útero flotaba, por decirlo así, en la excavación, reducido á un cilindro grueso y perfectamente dilatado, sin estar engastada en él, como es costumbre, la parte que se presenta. Esta disposición se explicaba muy bien: como la cabeza no había descendido, encontrándose arriba del estrecho superior, la bolsa de las aguas se había roto desde hacía tiempo, tal vez cuando el cuello no se había dilatado enteramente; y como los dolores sí habían producido su efecto de reblandecimiento y dilatabilidad sobre esa parte del útero, ésta colgaba en la vagina en el estado en que se le encontró, cosa que, por otra parte, es común en las estrecheces extremas de la pelvis.

Continuando la exploración se halló el cordón umbilical que estaba en prolapsus, comprendiendo la procidencia una asa de regulares dimensiones.

Por último, se tocó la cabeza del niño en posición transversal.

La protuberancia formada por el parietal posterior estaba fuertemente comprimida sobre el promontorio y la sutura sagital muy aproximada al pubis. El resto de la cabeza no se alcanzaba.

Durante la exploración se pudo observar que después de los dolores se eliminaban fragmentos de membranas, y se nos dijo que en la tarde había estado arrojando la enferma muchos de esos fragmentos. Después se comprobó que la mayor parte de las membranas fueron expulsadas de esa manera.

Como última maniobra se practicó la mensuración interna digital del diámetro ántero-posterior, resultando que éste medía 0^m056^{mm}.

El estado general de la enferma era bueno; el pulso, lleno; la temperatura, de 37°3; no había habido vómitos; la defecación se había efectuado, así como la micción; se notaba solamente alguna agitación y excitación nerviosa, ocasionadas tal vez por la frecuencia é intensidad de los dolores.

Nos encontramos, pues, en presencia de una mujer en trabajo de parto hacía cerca de dos días sufriendo violentas contracciones; con una pelvis coxopática sumamente estrecha que hacía imposible la expulsión espontánea del feto; éste,

muerto desde muchas horas antes por la compresión del cordón, puesto que hubo procidencia funicular al romperse las membranas; muy expuesta la enferma á la infección, si es que no la había ya, por estar el huevo enteramente abierto, haber hecho algunas manipulaciones la partera sin precauciones de ningún género, y por encontrarse en un medio higiénico deplorable; expuesta también, por último, á la rotura del útero, pues como las contracciones eran violentas, repetidas, muy enérgicas y la expulsión imposible, bien podía sobrevenir una desgarradura.

Había, por consiguiente, que tomar una determinación eficaz que pusiera término feliz á tantas complicaciones existiendo la indicación urgente de intervenir.

¿Qué medios podrían emplearse con buenos resultados?

La operación cesárea fué el recurso que pareció más apropiado para combatir aquel estado de cosas y llenar la indicación de terminar el parto salvando á la paciente, la única por quien había que preocuparse, pues el niño había muerto. Existía, en efecto, la indicación absoluta para esta operación, que se presenta siempre que la pelvis tiene un diámetro útil inferior á 0^m06^{cent.} Es verdad que hay algunos casos en los que con semejante diámetro se ha podido extraer al feto por las vías naturales empleando la basiotripsia, la craneoclasia y la embriotomía; también los hay, raros por cierto, en los que se ha verificado la expulsión espontánea; pero aquí no podíamos confiar el resultado que se buscaba á ninguno de estos medios, pues aparte de que las operaciones que mutilan al feto no estaban indicadas en caso semejante al que relato (nunca cuando vive el niño), eran dignas de tomar en cuenta las lesiones que se habrían producido maniobrando en pelvis tan estrecha por todas partes, así como las consecuencias que aquellas hubieran acarreado, comprometiendo, sin duda, la vida de la madre. La operación cesárea, por el contrario, dejaba mayores probabilidades de buen éxito, pues es sabido que la mortalidad en condiciones de asepsia y antisepsia ha disminuido considerablemente, y por consecuencia, en el caso que nos ocupa era la que mejor satisfacía. Por ésta, pues, nos decidimos, contribuyendo para esta decisión el buen estado general de la enferma; pero las miras tendieron más allá: se trató de practicar la amputación útero-ovárica ú operación de Porro, y no la cesárea conservadora. ¿Había que preguntarse si la amputación estaba realmente indicada ó no? En el presente caso yo creo que sí, aunque en general esta mutilación no puede determinarse sino más tarde en virtud de una hemorragia incoercible ó una infección manifiesta; y creo en esta última indicación en el caso aislado y en esta localidad, donde no existe un hospital ni elementos de ningún género para poder practicar una operación cesárea cada vez que el caso lo requiera, porque con ella se pone en salvo el

porvenir de la enferma. Por lo demás, al practicar la operación quedaron justificadas nuestras miras existiendo realmente la indicación de hacer la histerec-tomía.

Tomada la determinación, previa aquiescencia de la enferma y su familia, sólo restaba ponerla en práctica. Pero en las condiciones y circunstancias en que nos encontrábamos era imposible proceder desde luego, pues se tendrá una idea de lo exiguo de los recursos disponibles con sólo decir que ni luz suficiente habríamos podido proporcionarnos para iluminar con claridad el campo operatorio.

Además, la gran distancia á que se encontraba la casa de la enferma habría hecho imposible atenderla y vigilarla convenientemente.

Hubo, pues, necesidad de dejar transcurrir la noche mientras se trasladaba la enferma á otro lugar más adecuado que ofreciera mejores condiciones y se hacían los preparativos necesarios, aprovechándose el tiempo en practicar la antisepsia vaginal por medio de inyecciones de solución de sublimado en agua hervida.

Al día siguiente, á primera hora, se efectuó la traslación de la enferma. El nuevo local, si bien no enteramente bueno, era mejor, sin duda, que el primero; ofrecía más amplitud y mejor ventilación. No había disponible más que una sola pieza, y ésta tenía el inconveniente de recibir por las hendeduras de una de sus paredes todo el humo que se estaba desprendiendo de un hogar ó fogón inmediato. El aire estaba muy viciado, y por esta causa se eligió más bien una especie de corredor ó cobertizo que daba á un pequeño huerto.

Los preparativos estaban ya hechos. Consistieron en agua esterilizada y caliente para lavar el peritoneo en caso necesario, y hacer las soluciones antisépticas; sublimado corrosivo en paquetes de 0.50, solución fenicada fuerte, y además, soluciones de estricnina y cafeína, cognac y éter, por si la cloroformización ofrecía algún accidente; solución de Ivon y los útiles necesarios para toda curación, gasa yodoformada, algodón, yodoformo en polvo, vendas, etc.; los instrumentos necesarios, bisturís convexos, pinzas de ligaduras en buen número, tijeras, sonda acanalada, agujas de sutura, y, por último, una ligadura elástica, catgut y seda.

Los instrumentos fueron flameados cuidadosamente y después depositados en una solución fenicada; todas las vasijas destinadas á contener soluciones, instrumentos, etc., fueron desinfectadas con anterioridad por medio del agua hervida; la seda, así como la ligadura elástica, se conservaron en solución biclorurada; se procuró, en suma, que todos los utensilios y demás objetos que fueran á servir estuvieran en buenas condiciones de desinfección. Todo dis-

puesto, se procedió á la operación. El Sr. Servín se encargó del cloroformo y el Sr. Dr. Bustamante y yo de lo demás.

En esos momentos el estado de la enferma era poco más ó menos el mismo de la víspera: la cabeza fetal no había avanzado ni un milímetro más, los dolores eran intensos y frecuentes, el vientre estaba muy sensible y el estado general, menos bien, por existir alguna depresión, aunque el pulso y la temperatura eran buenos.

El campo operatorio fué lavado perfectamente con agua y jabón, después con alcohol, y en seguida con una solución de sublimado al $\frac{1}{1000}$, cubriéndolo con compresas empapadas en la misma solución mientras se cloroformaba á la enferma. Las manos fueron también desinfectadas con esmero.

Eran las diez a. m. Una vez que la anestesia fué completa se procedió de la manera siguiente: Con un bisturí convexo practiqué una incisión que comenzó como á 15 centímetros arriba del ombligo, costeo la cicatriz umbilical y terminó más abajo de esta última; no se pudo prolongar mucho más abajo por la falta de extensión de las piernas; la incisión se fué profundizando, capa por capa, sin tener hemorragia, hasta llegar al peritoneo. Descubierto éste, fué cortado sobre la sonda acanalada, que fué introducida por un ojal que se practicó en la parte inferior de la herida. Concluído esto, los labios de la herida se separaron considerablemente y el útero hizo hernia, ó más bien, llenó aquel intervalo, sin salir del vientre en su totalidad; así pues, los intestinos hasta entonces no se descubrían. Antes de continuar se colocaron amplias compresas de algodón esterilizado en los ángulos superior é inferior de la herida, así como en los bordes laterales, con el objeto de recibir el líquido amniótico, la sangre ó el meconio que escurrieran al abrir el útero.

Hecho esto, tracé rápidamente con el bisturí una incisión como de 20 centímetros de longitud sobre la cara convexa que presentaba la matriz, comprendiendo en dicha incisión sólo una parte de las paredes; en la porción inferior hice un ojal, y en seguida, con el dedo, completé la abertura de la cavidad uterina; al llegar al extremo superior se produjo una pequeña desgarradura de la túnica muscular que hizo ángulo con esa extremidad. Este tiempo de la operación se acompañó de una hemorragia abundante.

No bien abierta la matriz empezó á escurrir una gran cantidad de meconio mezclado con sangre; el huevo estaba abierto, ó más bien, no existía, pues casi todas las membranas fueron expulsadas por la vulva. Introduje la mano para extraer al niño, tropecé desde luego con una de sus manos; pero ascendiendo un poco, encontré los pies, y la extracción se hizo sin dificultad y sin desgarrar alguno de la herida; el meconio escurrió en estos momentos en mayor cantidad.

Mientras esto se realizaba, el Dr. Bustamante comprimía el vientre sobre los labios de la herida á fin de evitar que el meconio penetrara á la cavidad peritoneal, y también para que los intestinos no quedaran expuestos ó hicieran hernia, al irse retrayendo la matriz; todo lo cual se consiguió perfectamente.

Entretanto la enferma cayó en un colapso alarmante y fué necesario practicarle inyecciones de estricnina, cognac y éter, para reanimarla.

Este tiempo de la operación, desde la incisión del útero hasta concluir la extracción del niño, fué muy rápido; pero también muy azaroso, pues el aspecto de extremada gravedad que presentó la enferma vino á complicar la situación, ya de por sí tan difícil.

Afortunadamente, todo pasó sin más accidentes.

La placenta apareció entre los labios de la herida uterina y completé su extracción; entonces atraje la matriz enteramente afuera del vientre manteniéndola reclinada sobre el ángulo inferior de la herida; se aplicó la ligadura elástica que suspendió toda hemorragia, y se procedió al examen de la entraña.

El útero presentaba grandes placas equimóticas en sus bordes laterales y abajo, en el lugar ocupado por la cabeza, que hacían inminente una perforación; la cavidad ofrecía el mismo aspecto, y por estas lesiones se resolvió practicar la amputación.

A la vez el Sr. Bustamante, previo examen del peritoneo, y comprobado que no había habido ningún derrame, practicó la sutura de la herida hasta cerca del lugar ocupado por el útero, hecho lo cual, se reemplazó la ligadura elástica con un hilo de seda y se amputó la matriz arriba de esta nueva ligadura. La sección fué exangüe.

Entonces se concluyó la sutura de la piel y se aplicaron puntos de sutura laterales que unieron el muñón uterino á los bordes de la herida. Regularizado el pedículo, fué atravesado por un gancho que se colocó un poco arriba de la ligadura, y se procedió á la cura.

Esta se hizo yodoformada y seca, como se usa habitualmente.

La enferma despertó del sueño clorofórmico en estado bastante satisfactorio. La operación duró aproximadamente una hora.

Terminada que fué se procedió al examen del niño y del útero amputado.

El producto, que fué una niña, era de conformación normal, no presentaba ninguna alteración en la superficie del cuerpo y su coloración no ofrecía nada particular. Sólo en el cráneo conservaba una depresión considerable al nivel del parietal izquierdo. Éste se encontraba aplanado en toda su extensión en vez de ofrecer la convexidad normal, y estaba hundido, por decirlo así, bajo el parietal derecho. Los huesos cabalgaron hasta sus últimos límites, de tal ma-

nera, que recorriendo con el dedo la sutura sagital, no se encontraba sino el borde saliente del hueso del lado derecho; debajo de éste se toca la lámina ó superficie del parietal del lado izquierdo, pero no hay borde ni mucho menos el intervalo membranoso. A causa de esto la cabeza parece un poco alargada y ostensiblemente simétrica, considerada en sus partes laterales, pues mientras el lado derecho conserva sus caractéres propios, el izquierdo es más bajo relativamente á la línea media, está aplanado y hundido.

Por la impresión del promontorio en el lado izquierdo el diámetro bi-parietal aparecía midiendo sólo 7 centímetros en vez de $9\frac{1}{2}$, que son los que corresponden á su longitud normal; y esta medida, así como las huellas todas, deja comprender la imposibilidad de una expulsión espontánea; pues la cabeza, reducida á su menor volumen, era todavía demasiado grande con respecto al canal que debía atravesar, y que solamente ofrecía 0^m055 de diámetro útil; y todo ello sin echar en olvido que esa reducción por sí sola era capaz de comprometer la vida del feto.

El niño pesaba 2,500 gramos; su longitud era de 0^m48, y sus principales diámetros cefálicos como se ve en seguida:

Diámetro mento-occipital.....	0 ^m 130 ^{mm} .
Diámetro sub-occipito-frontal.....	0 ^m 119 „
Id bi-parietal.....	0 ^m 074 „
Id. bi-temporal.....	0 ^m 071 „
Circunferencia mento-occipital.....	0 ^m 350 „
Id. fronto-occipital.....	0 ^m 320 „
Diámetro fronto-mentoniano.....	0 ^m 079 „

Como se ve, se trataba de un feto maduro y bien desarrollado.

La parte resecada de los órganos genitales comprendió todo el cuerpo del útero, las trompas y los ovarios.

En estos órganos no había de particular sino las placas equimóticas de la matriz, ya mencionadas anteriormente, y que atestiguaban la atrición ó mortificación que sufrió la túnica muscular, al ser comprimida por las contracciones del trabajo del parto contra las partes resistentes, sobre todo las del cráneo del niño.

Al nivel de estas placas el tejido era sumamente blando, se le podría haber desgarrado sin gran esfuerzo, y es de creerse que si se hubiera conservado la matriz, se habría producido seguramente una ó más perforaciones, al efectuarse la eliminación de estas porciones alteradas; lo cual habría acarreado acaso fatales consecuencias, que fueron evitadas con la amputación.

En cuanto á las consecuencias de la operación, fueron muy felices. En la tarde la enferma estuvo tranquila, con el vientre algo adolorido, el pulso lleno, latía 92 veces por minuto; la temperatura era de $37^{\circ}5$; no había tenido vómitos ni había evacuado el intestino.

Los días siguientes el estado fué el mismo, la temperatura no pasó de $37^{\circ}5$ á $37^{\circ}8$; el pulso, oscilando entre 80 y 90 pulsaciones; la alimentación, que consistía en leche sola ó mezclada con un poco de café, se hacía sin repugnancia y con regularidad; continuaba constipada.

En la tarde del quinto día después de la operación el termómetro señaló $38^{\circ}9$, y esa temperatura se sostuvo así todo el día siguiente. Pensando que fuera ocasionada, en parte al menos, por la constipación que todavía duraba, se administró á la enferma un purgante de calomel que provocó algunas evacuaciones; mas á pesar de esto la temperatura fué la misma en la tarde. Al practicar la curación se descubrió un absceso ó colección purulenta en las partes laterales del pedículo, cerca del lugar ocupado por la ligadura, y evidentemente ésta fué la causa de la ascensión térmica. En efecto, una vez que se evacuó el absceso y se lavó el foco, la temperatura descendió á 37° . Esta misma temperatura se sostuvo así hasta el completo restablecimiento de la enferma.

El estado general, que cada día era mejor, no fué perturbado sino por un cólico intestinal que se manifestó el 24 de Septiembre (casi un mes después de la operación), provocando dolores agudos y algunos vómitos; pero ese accidente desapareció con la administración de un purgante y algunas enemas. La misma escena se volvió á presentar diez días más tarde, cediendo con relativa facilidad á la misma medicación. Después de esto la enferma ha continuado perfectamente.

Las curaciones principiaron á hacerse desde el día siguiente, en razón á que el pedículo, que sufrió una gangrena húmeda, exhalaba mal olor. Consistieron al principio en lavados de este último, en cauterización de toda la superficie del muñón uterino con una solución concentrada de cloruro de zinc, y en la tonsura de todas las partes que se iban desprendiendo.

A los cinco días se quitaron las suturas de la herida abdominal, obteniéndose la reunión por primera intención. La parte sub-umbilical de la incisión fué infectada por el absceso peri-pedicular, y á causa de esto hubo necesidad de abrir la herida, pues el pus se coleccionó debajo de la cicatriz, aunque sólo las partes superficiales fueron alcanzadas, no ocasionándose, por consiguiente, ningún trastorno.

Ocho días después de la operación, y habiéndose eliminado ya el pedículo hasta muy cerca de la superficie cutánea, fué quitado el gancho que lo fijaba y cortada la ligadura respectiva. Esta maniobra fué enteramente éxangüe.

En los días siguientes la superficie del muñón continuó reduciéndose y empezó el trabajo de cicatrización, que se efectuó con toda regularidad del lado derecho del pedículo; en el lado izquierdo se formó una especie de fistula, de alguna profundidad, que tardó algo más en cicatrizar por haberse comprendido en la eliminación algunas porciones restantes de ligamentos. El tiempo completo que duró la curación fué de seis semanas.

En la actualidad la enferma goza de buena salud, sus funciones se verifican con toda regularidad y ha vuelto á su vida de costumbre. La cicatriz es lineal en toda la porción supra-umbilical de la incisión; en la parte inferior se presenta como una cuerda fibrosa, de cerca de medio centímetro de latitud, y manifestamente deprimida, ó retraída, como puede observarse, aunque con alguna confusión, en una de las figuras de la página mencionada.

El tacto vaginal advierte que el fondo anterior de este canal ha sido estirado hacia arriba y no se alcanza, confundiéndose con dicho fondo el posterior. Por lo demás, no hay ninguna otra cosa que merezca especial mención.

Tal es la observación que, aunque imperfectamente, he tratado de presentar con todos sus detalles; de ella se puede sacar la conclusión siguiente:

La operación de Porro, antes tan desastrosa, ofrece hoy cierta benignidad, siempre que se observen exacta y puntualmente las prescripciones ó principios fundamentales de la asepsia y antisepsia y se practiquen con escrúpulo, á plena conciencia. En estas condiciones es una operación realizable aun en las circunstancias del presente caso, en el que, ya sea por la humildísima posición de la paciente, ya por los recursos limitados de que se dispone en toda población pequeña y alejada de los grandes centros, no fué posible obtener toda la amplitud de detalles que son de desearse y aun de exigirse en intervenciones semejantes.

Coatepec, Noviembre de 1896.

DR. JOSÉ GÓMEZ.

**Dictamen de la Comisión de Obstetricia sobre la Memoria
del Sr. Dr. D. José Gómez.**

SEÑOR:

La Comisión de Obstetricia, á la cual pasó para los efectos de reglamento la Memoria que el Sr. Dr. D. José Gómez, de Coatepec, remitió á la Academia de Medicina, optando al nombramiento de Socio correspondiente, cumple ahora muy gustosa su cometido emitiendo el siguiente dictamen.

La Memoria de que se trata lleva por título: "Operación de Porro," y cons-