

diagnóstico de la peste, habiéndose encontrado también el bacilo, en la expectoración. Leyó también, otra historia formada por el señor Buitrón. Se van á publicar las historias en un libro que demostrará que México es un país constituido; porque, sólo así, pudo haberse obtenido un resultado tan completo.

El trabajo del Dr. José Ramírez fué declarado comprendido en la fracción segunda del artículo 74 del Reglamento.

El Dr. Orvañanos.—Dijo que creía ser intérprete de la Academia, dando las gracias al Dr. Licéaga por su informe. El Sr. Licéaga ha puesto de relieve los servicios prestados por el señor Presidente de la República, por los Gobernadores y Jefes Políticos, por los médicos, practicantes y particulares; pero ha omitido decir que el Presidente del Consejo, ayudado por su Secretario, ha sido el eje del mecanismo. La inquietud y disgusto del principio, se trocaron en tranquilidad y confianza. El país reconoce los esfuerzos del Dr. Licéaga y le son también, reconocidos en el extranjero, sus trabajos y desvelos.

Doctor Licéaga.—Dió las gracias al Dr. Orvañanos y dijo que no fué, sino ejecutor de las inspiraciones del Consejo.

— :-: —

GINEOLOGIA.

La Histerectomía en el tratamiento de las infecciones puerperales

La septicemia puerperal es una infección debida á la inoculación por los microorganismos sépticos que ocasiona el paso forzado del feto al atrevesar el canal útero-vagino-vulvar. De estas heridas, determinadas por el traumatismo obstétrico, la más importante y la que generalmente sirve de puerta franca á los agentes piógenos, es la que deja la placenta al desprenderse de la región á que estaba adherida en la superficie interna de la matriz.

Todas las precauciones antisépticas que se deben de observar al iniciarse el trabajo del parto, durante la expulsión ó extracción del feto, y en el parto secundino, tienen por objeto impedir que el organismo materno sea infectado por los microbios considerados como productores de las infecciones

puerperales. Por eso la falta ó la insuficiencia de antiseptia ocasiona la infección, que se inicia generalmente en el útero y de allí se extiende al organismo dando paso, ya á la infección localizada al aparato genital (peritoneo, ligamentos, anchos, trompas, ovarios, tejido celular periuterino); ya á una infección generalizada de pronóstico siempre grave. Aparece generalmente en los primeros días del puerperio; rara vez en período lejano y muy especialmente durante el embarazo.

Las formas más graves de septicemia puerperal, aparecen en las primeras 72 horas después del parto secundino, época en que el canal genital representa una extensa herida que se extiende de la vulva y vagina hasta el cuello y cavidad de la matriz. Toda esta superficie cruenta y muy particularmente la región útero-placentaria, ofrece amplia puerta de entrada á los microorganismos patógenos, justamente considerados como agentes productores de dichas infecciones.

Desde el punto de vista bioquímico se pueden aceptar dos grandes formas de infecciones puerperales: la toxemia y la infección propiamente dicha. La primera se debe á la penetración, al torrente circulatorio, de las toxinas y toxalbuminas elaboradas por los microbios sépticos, quedando éstos en la capa superficial de la caduca, ya necrosada, y por esta razón en condiciones favorables para su evolución. En esta forma, desde el momento en que la producción de las toxinas llega á suspenderse y que las que circulan en el organismo se eliminan, la infección debe considerarse terminada. La segunda forma, es decir, la verdadera infección, es producida por la penetración al organismo de los gérmenes sépticos que en trabajos anteriores he designado. Esta penetración puede efectuarse por la vía linfática ó por la vía venosa. En el primer caso se trata de la septicemia, que, como es bien sabido, se presenta con grados de intensidad excesivamente variables, desde los más benignos, como son las vulvitis, vaginitis, cervicitis-úlceromembranosa, hasta la pelvi-peritonitis y peritonitis generalizada, de determinación generalmente funesta. En el segundo caso, los gérmenes sépticos pasan directamente á la sangre por medio de los numerosos senos venosos que recorren la herida que deja la placenta al desprenderse, que quedan abiertos y ocasionan procesos trombo-flebíticos de focos localizados ó ge-

neralizados y que se revelan por los signos de la pihemia.

Creo necesario recordar que el organismo, una vez invadido por los microbios sépticos que circulan en la sangre, forma antitoxinas destinadas á proteger los glóbulos sanguíneos y las celdillas del organismo infectado, contra la acción tóxica de dichos microbios y de sus toxinas; que de la cantidad y calidad de las antitoxinas depende, á no dudarlo, la victoria ó la derrota del organismo infectado, en la lucha empeñada por las referidas antitoxinas contra los venenos microbianos.

En las formas ligeras de la infección, las lesiones locales dominan el proceso patológico y los síntomas generales deben considerarse como reacción ó protesta del organismo contra la causa morbosa.

Pero en las formas graves, como en la endometritis séptica, la pelviperitonitis y la peritonitis generalizada, etc., todo el organismo queda profundamente infectado y esta generalización que suele evolucionar con prodigiosa rapidez, sin dar á las lesiones locales tiempo para que se desarrollen, las hace pasar inadvertidas y los síntomas generales dominan la escena patológica.

Se han proyectado clasificaciones bacteriológicas de las manifestaciones de la infección puerperal, pero esas tentativas no han dado, hasta la fecha, resultados positivos. En efecto, está bien demostrado que durante los puerperios normales se pueden encontrar en las secreciones de la cavidad uterina estreptococos y estafilococos, y lo está también que estos agentes, ya aislados, ya asociados entre sí ó con el colibacilo, el bacilo de la difteria, el neumococo, etc., son los mismos agentes que se encuentran en las infecciones más graves, si bien en estado de virulencia exaltada.

De aquí el que estemos precisados á conformarnos aceptando no una infección específica, sino infecciones puerperales: que unas son localizadas (la metritis, la anexitis, la perimetritis, etc.), y que otras son generalizadas (la verdadera septicemia, la pihemia y la infección peritoneal); que hay infecciones sobreagudas que aparecen en las primeras horas ó en los dos ó tres primeros días del puerperio, de marcha fulminante y que hay variedades que evolucionan con lentitud y que se prolongan por semanas y aun meses; que hay infecciones que sólo presentan como punto de partida aparente, alguna herida del perineo ó de la vagina,

una desgarradura de los fondos de saco vaginales ó una ruptura de la matriz; pero que la principal puerta de entrada á los microorganismos sépticos se las proporciona, en la mayoría de los casos, la herida uterina. En anteriores memorias he procurado fundar la profilaxis de estas infecciones y el tratamiento que creo más racional para combatir las cuando no se haya logrado evitarlas. Pero como lo he indicado, hay casos en que este tratamiento no basta para realizar la desinfección absoluta de la matriz, la que, transformada en foco séptico, vierte sin cesar en el torrente circulatorio, los microbios sépticos en plena actividad evolutiva, que, con sus toxinas, determinan toxi-infecciones, que suelen ser mortales. De aquí el que, autorizados cirujanos franceses y americanos, hayan propuesto la histerectomía, como tratamiento de estas formas graves de la infección puerperal.

Este asunto, de trascendental importancia, se ha llevado ante las sociedades de cirugía y de ginecología de París, ante el Congreso de Obstetricia y de Ginecología recientemente verificados en Roma, y ante varias otras sociedades de esta especialidad, tanto del Viejo como del Nuevo Mundo. Está actualmente en plena actividad en el cerebro de los más caracterizados ginecólogos, parteros y cirujanos, sin que se llegue á algún acuerdo; pues mientras que algunos, Tissier y Gosset entre ellos, sostienen que esta operación debe practicarse de plano y sin perder tiempo en intentar la desinfección de la cavidad uterina por lavados, legrados, escobillonaje, etc., otros, Tuffier, Segond, Picqué, Demelin y Treub, son más abstencionistas y creen que la histerectomía sólo debe practicarse cuando el tratamiento obstétrico haya demostrado su ineficacia, y que, en tal virtud, se la debe considerar como intervención de circunstancias.

Habiéndose ya quitado tantas matrices, algunas quizás sin causa realmente justificada, creo que debemos procurar establecer sobre sólidas bases las verdaderas indicaciones de mutilación de tamaña trascendencia en la vida genital de la mujer para el tratamiento de las infecciones puerperales, y evitar que con lamentable ligereza y abuso, se ensanche el campo de la histerectomía.

Asunto es este muy difícil de resolver; y estas serias dificultades justifican, hasta cierto punto, la conducta espectante que han observado los directores de las Maternidades alemanas, italianas é inglesas en espera

quizá de que los parteros, y no los cirujanos, sean los que den á conocer los resultados definitivos que hayan obtenido y las verdaderas y completas historias clínicas de los casos en que la hayan practicado.

Empezaré por mencionar que la generalidad de los autores que han tomado parte en las discusiones provocadas recientemente por esta cuestión, están acordes en aceptar la inutilidad de la histerectomía en las infecciones benignas, y que sólo debe considerarse grave una infección puerperal cuando, desde su principio, se revela perniciosa por su aparición intempestiva, por la elevación violenta de la temperatura (á 40 ó 41 grados centígrados y aun más en las primeras horas), ó por hipotermia, por la frecuencia del pulso (de 130 á 160 pulsaciones por minuto, y á veces mayor número hasta hacerse incontable) y particularmente por signos prematuros de debilidad cardíaca; por acentuado estado de estupor, ó al contrario, por *euforia* con conservación de la inteligencia; por excesiva gravedad de los síntomas generales coincidiendo con pocas manifestaciones locales. Hé aquí el cuadro sintomático, muy ligeramente bosquejado, que caracteriza las graves infecciones; y si en las infecciones localizadas, es decir, en las metritis, anexitis, perimetritis, así como en las intoxicaciones, que tienen como punto de partida una lesión del perineo, de la vagina ó alguna desgarradura de los fondos de saco vaginales, del cuello ó del segmento inferior de la matriz, ningún criterio recto pensaría en practicar la histerectomía, también la creo contraindicada en las formas generalizadas graves, supuesto que, no solamente no se beneficiaría la paciente, sino que se puede asegurar que la conmoción ó choque quirúrgico inherente á esta seria intervención, agotaría las ya debilitadas fuerzas vitales y apresuraría, á no dudarlo, la terminación fatal. En efecto, ¿quién podría sostener que la supresión de la matriz podría, en estos casos, ejercer alguna influencia favorable en la marcha ó desenlace de la infección?

En las formas benignas la conducta que debe observarse se impone sin dar lugar á vacilación alguna. Su tratamiento, que pertenece al dominio de la pequeña cirugía obstétrica-ginecológica, consiste en la desinfección minuciosa del conducto útero-vagino-vulvar, en la modificación ó cauterización de las superficies cruentas y en suturas y canalizaciones apropiadas.

En las infecciones generalizadas graves, sin duda alguna que se impone además de la desinfección completa de la matriz, la dilución de las toxinas en circulación y la esterilización de los microbios sépticos que infectan el organismo, y este resultado es posible obtenerlo por inyecciones abundantes y repetidas de suero artificial, de adecuadas inyecciones subcutáneas ó intra-venosas de Kolargol, etc., tratamiento que la observación clínica, con la irrecusable lógica de los hechos, ha sancionado.

Este tratamiento debe ser ayudado por el régimen láctico, por los tónicos apropiados, por la limpieza de la piel y la desinfección intestinal, sin necesidad de recurrir á la histerectomía. Y no vacilo en sostener que cuando se logra hacer completa desinfección de la matriz con toda oportunidad y sostenerla por cuantas limpiezas ó barridos (según la técnica que tengo escrita) sean necesarios, con intervalos de seis ó más horas, según la gravedad de la infección, se consigue un resultado favorable en la generalidad de los casos. Los alumnos que asisten á la clínica que tengo á mi cargo, han presenciado éxitos completos en enfermas que, por la suma gravedad en que estaban, parecían próximas á expirar, y las observaciones por ellos recogidas constan en el libro de historia que se lleva en mi servicio. En la actualidad, dos de mis más aventajados discípulos, Ignacio Martínez y Francisco Echeverría, siguen con asiduidad y empeño las observaciones de infecciones generalizadas graves que les tengo encomendadas, y los resultados que han obtenido hasta la fecha por este tratamiento local y general, han sido enteramente satisfactorios.

No acepto, pues, la opinión de los señores Tessier y Gosset que, como ya tengo dicho, aconsejan practicar la histerectomía en estas infecciones graves sin recurrir al tratamiento obstétrico, pues abrigo la íntima convicción que no se lograría con ella detener la infección y sí se apresuraría la muerte por el agotamiento ocasionado por el choque quirúrgico. Tampoco acepto que el tratamiento uterino se considere como tiempo perdido, supuesto que por tan inofensiva terapéutica se consigue, en más de 90 por 100 de los casos, obtener la curación siempre que sea empleado con oportunidad y ayudado por el tratamiento general mencionado.

En oposición á Tessier y Gosset, los Profesores Demelin y Rochard, admiten la histerectomía en las formas de marcha lenta,

las que Siredey, el primero, ha descrito claramente con la denominación de formas flebíticas y que las caracteriza, además de la lentitud de su marcha, la frecuencia y repetición de accesos bajo forma de grandes oscilaciones térmicas seguidas de sudores copiosos.

A mi entender, tampoco en esta forma de la infección está indicada la histerectomía; pues si bien se suprime el principal foco séptico, quedan numerosos gérmenes piógenos en plena actividad evolutiva que, si no han determinado ya focos purulentos bajo forma de abscesos metastásicos en las principales vísceras, articulaciones, etc., pronto los veremos desarrollarse sin que la supresión de la matriz haya podido evitar su formación ni ejercer influencia alguna favorable en su marcha ó terminación. Sin dificultad alguna se concibe que los agentes productores del proceso flebítico supurado y de la piohemia en general, lejos de ser beneficiados por la supresión de la matriz, la conmoción quirúrgica inherente á tan seria operación, sería el golpe de gracia que apagaría la vida, ya vacilante, de una paciente en tan lamentables condiciones.

En sus interesantes trabajos acerca de la infección puerperal é histerectomía, los señores Tuffier, Segond, Picquet, Demelin y Treub defienden la histerectomía, pero sostienen que esta operación debe sólo admitirse como intervención excepcional.

Yo acepto tan sabia idea y creo con ellos que la histerectomía debe conservarla la terapéutica obstétrica-quirúrgica para determinados casos excepcionales, pues debe tomarse en consideración que las infecciones puerperales son raras en la época actual, que lo serán cada día más, y aún puede sostenerse que están destinadas á desaparecer de la práctica de los parteros familiarizados con la profilaxis de estos importantes accidentes del puerperio; y si recordamos que la rareza que se presentan pueden ser combatidos eficazmente por un tratamiento racional fundado en su bien conocida patogenia sin recurrir á tan grave mutilación, claramente se comprende que sólo en casos muy raros y bien estudiados se debe recurrir á esta terrible intervención.

En comprobación de lo que he dicho acerca del pronóstico actual de tan referidas infecciones puerperales, recordaré que en el servicio del Profesor Bar, en el Hospital de San Antonio, la estadística, comprobada por Tissier, comprende los casos graves, da un

90 por ciento de curaciones. En los servicios de los Profesores Porrak y de Budin, en 345 infecciones graves se registran sólo 15 defunciones.

La estadística de Treub comprende 724 casos con 32 defunciones. En todos los casos á que se refieren estas estadísticas, las curaciones se han obtenido por el tratamiento obstétrico empleado con oportunidad.

Una de las formas más graves de las infecciones puerperales es la peritonitis generalizada, que se debe á la infección de la serosa peritoneal por los agentes sépticos que emigran de la cavidad uterina. La suma gravedad se determina por la intoxicación de la sangre, la hipertrofia del bazo, la parálisis intestinal y, muy particularmente, el debilitamiento del corazón y el transporte á las demás cavidades serosas de los gérmenes infecciosos.

El principal peligro, desde el momento en que se declara la enfermedad, no se encuentra en el útero, sino en la cavidad peritoneal. El exudado seroso ó purulento que allí se forma contiene estreptococos en cultura pura que con rapidez invaden toda la serosa y la generalización determina comúnmente, la muerte de la infectada.

En esta forma tampoco vacilo en sostener que la histerectomía jamás encontrará indicación legítima, supuesto que la substracción de la matriz en nada puede beneficiar á la paciente. La terapéutica que la peritonitis puerperal impone, consiste en luchar contra la infección peritoneal y la toxoinfección generalizada, por la laparotomía seguida del lavado peritoneal, y del tratamiento general ya descrito.

Según Prochownik, la presencia de estreptococos en la sangre es la indicación formal de la histerectomía, supuesto que, sin esta operación, el pronóstico es enteramente fatal. Este autor asegura que todas las mujeres no operadas en quienes el examen hematológico ha demostrado la existencia de estreptococos, han muerto; y que las que fueron operadas, curaron. Los casos donde el examen de la sangre ha sido negativo, se han aliviado por el tratamiento obstétrico, no obstante su gravedad, registrándose sólo dos excepciones en que se trataba de peritonitis generalizada y desgarradura uterina.

A ser exacta la afirmación de Prochownik, el problema quedaría enteramente resuelto; pero felizmente su proposición dista mucho de la realidad como lo demuestran los resultados de las investigaciones de

Klein y de Petroonsehki. Estos observadores, de competencia universalmente reconocida, han encontrado: el primero, en una de sus observaciones, únicamente un estafilococo de poca virulencia para los ratones blancos, y la mujer sucumbe dejando probado que la ausencia de estreptococos en la sangre no excluye el peligro de la infección mortal. En otro caso encuentra estreptococos y estafilococos, y la mujer cura sólo por el tratamiento obstétrico, quedando demostrada la inexactitud de la aseveración de Prochownik, supuesto que la presencia del estreptococo en la sangre no requiere de una manera absoluta la extirpación de la matriz. Petroonsehki emprende una serie de investigaciones muy exactas, realizadas en el laboratorio de Koch, las que demuestran hasta la evidencia que la presencia de estreptococos en la sangre de las púerperas infectadas, no autoriza á establecer una terminación fatal, y que la ausencia de estos microorganismos sépticos no da siempre derecho á fundar un pronóstico favorable.

Si el examen bacteriológico de la sangre no nos conduce á algún resultado positivo con relación á fundar sobre base racional la indicación de la histerectomía en las infecciones puerperales, ¿podrá servirnos de brújula el de los loquios?... El examen de las secreciones loquiales se hace en la generalidad de casos que se presentan en las Maternidades, y sus resultados casi constantes, son la demostración en ellos de los microbios sépticos, bien conocidos como productores de dichas infecciones; y en un gran número de casos (90 por ciento) estas infecciones se curan sin histerectomía. La observación diaria nos demuestra que en ciertas formas la curación se obtiene por un tratamiento bastante sencillo. Así, en la infección determinada por los saprofitos de la putrefacción, es decir, en la endometritis pútrida, bastan, para realizar la curación, lavados copiosos y repetidos de la cavidad intrauterina con solución de licor de Labarraque en agua esterilizada y canalización de la cavidad de la matriz con gasa yodoformada en el intervalo de las inyecciones; medicación tónica y alimentación analéptica son el complemento de este tratamiento local. En la infección por el gonococo, infección que generalmente queda localizada, se realiza la curación por inyecciones intrauterinas de diez á doce litros de solución de permanganato de potasa al uno por dos mil en agua destilada y esterilizada á una temperatura de

cuarenta y ocho á cincuenta grados centígrados. Estas inyecciones deben aplicarse cada seis ú ocho horas para obtener en poco tiempo la completa curación, pues el permanganato de potasa es considerado como un poderoso microbicida con relación al gonococo.

En la estreptocoquemia, que es la más grave de las infecciones, así como en las infecciones determinadas por asociaciones microbianas: es decir, en las que se encuentran estreptococos, estafilococos, coli-bacilos, etc., se obtienen satisfactorios resultados por la desinfección de la cavidad uterina emprendida por barridos y abundantes inyecciones intrauterinas con soluciones de Aniodol, Microcidina, Yodo metálico, Agua oxigenada, á un grado de concentración adecuada, siempre que este tratamiento local se practique con oportunidad y sea secundado por inyecciones subcutáneas de suero artificial, de régimen láctico y de inyecciones intravenosas de Kolargol. Este inofensivo tratamiento á la vez que tiende á esterilizar el principal foco séptico como lo es la cavidad uterina, realiza la dilución de las toxinas y facilita su eliminación á la vez que levanta el estado general.

Creo con Regnier que en estas formas generalizadas graves, una intervención tan seria como es la histerectomía, equivaldría á dar el golpe de gracia á la paciente á quien se la practicara.

Richard ha sostenido recientemente, ante la Sociedad de Cirugía de París, que en todos los casos de infección general grave, que pongan directamente en peligro la vida de la parida, se debe practicar la laparotomía. Según él, esta intervención permite atender á todas las eventualidades que puedan encontrarse dentro de la cavidad abdominal, y aconseja practicar la histerectomía, siempre que se encuentre el útero infectado y sin haber hecho su regresión normal.

Como se ve, propone en realidad la laparotomía exploradora, pero cuya conclusión forzosa tendría que ser la extirpación de la matriz, supuesto que en la generalidad de los casos de infección puerperal, aún en la formas más benignas, el útero queda en estado de involución; y aceptando su consejo, deberemos extirpar tantas matrices cuantos puerperios infecciosos tengamos que combatir, comportamiento que jamás podría justificarse. Quizá con ella se conseguiría salvar algunas vidas; pero á no dudarlo, tan grave intervención arrebataría muchás más, que

tal vez se habrían salvado por sólo el tratamiento obstétrico y sin causar tan graves mutilaciones que dejarían estériles á las enfermas.

Para Freund, la indicación de la histerectomía existe de derecho en la piodemia consecutiva á un aborto, generalmente criminal, provocado sin precauciones antisépticas. El asegura que jamás ha visto curar á una mujer infectada en estas condiciones. Pero sin duda alguna que este caracterizado autor sólo ha tenido ocasión de observar casos desesperados, ya por la intensidad de la virulencia de los microbios sépticos, ó acaso porque sólo han llegado á su poder cuando la enfermedad estaba en su último grado por falta de tratamiento oportuno. En efecto, basta consultar la estadística de Treub, para convencerse de que la infección consecutiva á abortos criminales, no es de un pronóstico tan fatal. En nuestro país, felizmente, muy poco quehacer nos dan los abortos criminales por ser éstos, en verdad, muy raros. Cartledg, dice que la oportunidad de la histerectomía en la verdadera infección puerperal se impone cuando un tratamiento local y general enérgico no ha logrado que cese ni se detenga la progresión de la enfermedad. El tratamiento obstétrico deberá, según él, detener la infección en tres días.

Dudo que exista algún partero de mediana práctica que no recuerde haber observado hechos que demuestren la inexactitud de la proposición terminal de Cartledg. Basta haber visitado los pabellones destinados á la asistencia de puerperios infecciosos, para presenciar casos en que el tratamiento obstétrico ha obtenido la curación en mayor tiempo del de tres días que tan arbitrariamente les señala. Como comprobación de esta verdad recordaré la observación de Treub por creerla muy instructiva: la señala con el número 256. Se refiere á una múltipara, admitida en la clínica al octavo día de puerperio, con calentura desde el segundo y temperatura máxima de 40,2 centígrados. En el momento de su admisión, la temperatura es de 39,9 y el pulso de 144. En los primeros días de tratamiento, la enferma parecía mejorar, pero este alivio fué momentáneo. La temperatura continuó elevándose, el estado general empeoraba y el pronóstico era de tal manera grave, que se decidió Treub á practicar la histerectomía vaginal. Encontró el útero tan reblandecido y deleznable, que no permitía á las pinzas tomarle con alguna firmeza porque se desgarraba á la trau-

ción más insignificante, lo que hacía muy difícil, casi impracticable, la operación. El dedo encargado de aislar la vejiga del cuello de la matriz, perforó la pared posterior del receptáculo de la orina. En vista de tantas dificultades, suspendió la operación, saturó convenientemente la herida vesical y taponó la vagina con gasa yodoformada. Esta decisión tuvo por objeto no apresurar la muerte de la paciente, á quien creyó perdida. Nueve días después de este mal éxito quirúrgico, que él designa con el nombre gráfico de *aborto operatorio*, la mujer no tenía ya calentura y sólo una fístula vesical autorizaba su permanencia en el hospital, del que al fin salió enteramente curada tres meses y medio después.

Esta observación debe hacernos muy prudentes en la decisión por la histerectomía en los casos graves de infección puerperal, y jamás decidir con lamentable ligereza una operación tan trascendental para el porvenir de las mujeres.

Con toda lealtad he expuesto los razonamientos con que pretendo fundar mi inconformidad respecto á las indicaciones con que actualmente se pretende imponer la histerectomía en el tratamiento de las infecciones puerperales. Réstame ahora señalar cuáles son las que creo verdaderas indicaciones en la terapéutica quirúrgica de tan repetidas infecciones.

I.—Infección uterina con retención total ó parcial de la placenta, si todas las tentativas para extraerla por las vías normales han fracasado.

II.—En la gangrena de la matriz.

III.—En los casos de infección del útero complicada con desgarradura completa de sus paredes.

IV.—En la infección de matriz fibromatosa si alguno de los fibromas ha llegado á la degeneración pútrida.

V.—En la infección de matriz cancerosa.

VI.—En la infiltración purulenta y extensa de las paredes de la matriz.

VII.—En los casos de infección uterina coincidiendo con mola idatiforme, si las vesículas han disecado el músculo uterino, lo han perforado ó invadido, como lo hacen los neoplasmas malignos.

Al comunicar estas conclusiones, que juzgo irrefutables, á mis ilustrados compañeros y amigos los señores Doctores G. Mendizábal y M. F. Gallegos, estos distinguidos Profesores las aceptaron absolutamente, pero creen conmigo que, la histerectomía en el

tratamiento de las infecciones puerperales no se apoya aún en bases suficientemente sólidas para sostener que sea la sola, la única indicación salvadora, y conviene asimismo que quizás se presenten algunas otras alteraciones de la matriz, bastante profundas que autoricen la substracción del órgano de la gestación si se llega á demostrar su inutilidad. De aquí que creamos no sean quizá las que dejo consignadas, las únicas indicaciones que autoricen y sancionen dicha intervención, pero sostenemos *que siempre deberá considerarse como recurso de excepción.*

México, 15 de Junio de 1903.

A. López Hermosa.

————— () : () —————

Clinica de Obstetricia.

HISTORIA DE UN CASO DE DISTOCIA FETAL POR HIDROCEFALIA.

En la madrugada del 3 de Julio de 1902 fué solicitado para asistir á la señora C. E. de B., que estaba en trabajo de parto hacía varios días, según lo afirmaba su marido.

Los principales antecedentes recogidos á mi llegada, se resumen en los siguientes datos. Edad de la interesada, 26 años; buena constitución; salud floreciente; menstruaciones regulares. Era éste el segundo embarazo y á juzgar por el tiempo transcurrido desde el principio de la amenorrea (28 de Septiembre de 1901), la gestación tocaba ya á su término. Durante el curso de la preñez —y así pasó también cuando la primera— el estado habitual de la salud no experimentó menoscabo alguno, ni siquiera los trastornos ó perturbaciones que de ordinario ocurren: nunca hubo bascas, ni vómitos, ni soñolencia, ni antojos, etc. Con referencia á estos embarazos, la señora asegura que conocía su estado únicamente por la amenorrea y el desarrollo progresivo del vientre.

El primer alumbramiento se verificó en la mañana del 22 de Octubre de 1900. El trabajo se había iniciado la noche del 19 (período secreto), y después de embarazo tan feliz viniendo al producto por el vértice ar