terna, pero como se viera que era imposible por la extrema contractura del útero, se ordenó la anestesia general profunda. Se intentó entonces tomar el pie, que estaba muy alto, en el fondo del útero, pero no bajaba y se escapaba de la mano. Se introdujo la mano por detrás del feto y, en este momento, se comprobó en el límite superior del segmento inferior y hacia la izquierda de la enferma, un desgarró uterino situado bastante por debajo de los miembros inferiores del feto.

Laparotomía supra e infraumbilical, cesárea abdominal clásica, prestando gran atención al aislamiento del útero y protección de la cavidad peritoneal con compresas. Sutura intrauterina del miometrio desgarrado y drenaje hacia la vagina del hematoma subperitoneal e intraligamentario, que fatalmente habíamos de encontrar.

De este caso deducen los autores las siguientes conclusiones:

1^a—Existen casos de ruptura uterina, y tal vez sean frecuentes, en que la sintomatología ruidosa y rica que se describe no se presenta completa y sí muy velada. En el caso presente no se pensó en la ruptura uterina hasta que el tacto la denunció. Leyendo algunas tesis y monografías, hemos podido cerciorarnos de que la ruptura uterina puede pasar inadvertida en un primer examen, aun cuando sea éste meticoloso y completo, y, en otros casos, la falta de síntomas es tan grande, que únicamente el tacto intrauterino la comprueba. Como la presencia de esta terrible complicación del parto determina una terapéutica delicada y circunspecta, y la formal contraindicación de algunas intervenciones, como la versión y la embriotomía (ésta con algunas reservas), el interés que existe en diagnosticarla en seguida, es decisivo.

2^a—La cesación de las contracciones uterinas que se describe como síntoma de las rupturas del útero, resulta cierta cuando el feto, en su totalidad, ha pasado a la cavidad abdominal. En los demás casos, continúan violentas y tal vez aumentadas y van siempre acompañadas de fuertes dolores.—(J. N.)

La esterilización femenina temporaria.

Por el Dr. AUGUSTO TURENNE.
(Revista Médica del Uruguay.)

Basándose en un fundamento análogo al que sirvió de base al procedimiento de Taddei-Paná, se le ocurrió al autor realizar con la trompa una intervención que, ocluyendo eficazmente el pabellón, dejara:

A). Permeable el resto del canal tubario.

B) Intacto el peristaltismo.

C) Fácil el acercamiento tubo-ovárico, previa salpingostomía en la región ampular.

La técnica es la siguiente: Anestesia general, morfina, Kellenne, éter. Posición de Trendelenburg. Incisión de Pfannenstiel pequeña. Exploración pelvi-abdominal. Intervención anexial, apendicular, etc, necesaria. Comprobada la integridad anexial o lesiones mínimas (microquistes, pequeñas adherencias) teniendo el ligamento ancho con dos piezas de garfio fino, de manera de presentar ampliamente su cara anterior. A 10 o 15 milímetros del borde inferior tubario y cerca del pabellón, practicó una incisión de 10 a 15 milímetros en la hoja anterior del ligamento ancho; apartó los bordes de la incisión y excavó en el espacio celuloso que separa las dos hojas del ligamento, una pequeña bolsa suficiente para contener el pabellón tubario. Sutura en jareta e inclusión, para mayor seguridad, un punto separado fija al ligamento la porción vecina de la trompa. Este órgano conserva movilidad suficiente, no hay acodamientos violentos, y una inspección prolongada no permite percibir trastornos circulatorios de ninguna clase. Terminada la operación, puede comprobarse la facilidad de practicar una salpingostomía ulterior y el fácil adosamiento de la neoboca al ovario, como en la salpingo-ovaropexia clásica. Sutura peritoneal y aponeurótica. Sutura cutánea intra-dérmica, o con garfios Michel.—(J. N.)

“Los progresos de la Clínica.” Madrid.

Complicaciones oculares del tifo mexicano

Por el doctor JOSE DE JESUS GONZALEZ,

(*Anales de la Sociedad Oftalmológica Mexicana.*

Núm 7. Agosto de 1919.

Las complicaciones oculares del tifo son muy raras; sin embargo, durante la epidemia de 1916 a 1917, el autor observó varias.

Hiperemia de la conjuntiva. Es constante y puede servir para el diagnóstico prematuro del tifo.

Conjuntivitis catarral. Se presenta a fines del primer septenario. La producen los gérmenes que habitan la mucosa. El aseo de los ojos las evita.

Ulceras de la córnea. Son precedidas de conjuntivitis catarral y se las observa en los casos de tifo grave. Insiste en la desinfección de los ojos.

Necrobiosis de la córnea. Proceso semejante a la queratitis, neuroparalítica que no comienza por ulceración y que termina con la ulceración de la córnea. Es una complicación del tifo grave.