

EVACUACIÓN EXTEMPORÁNEA DEL ÚTERO AL FINAL DEL EMBARAZO

(El parto a hora fija)

por el doctor

PAUL DELMÁS

Profesor de Clínica Obstétrica en la Facultad de Montpellier

I.—DEFINICIÓN

Me propongo describir, bajo este título, un nuevo proceder personal que permite en una embarazada a término, aunque no se halle en período de trabajo, la salida del contenido uterino sin solución de continuidad operatoria o accidental de las partes blandas, a la hora fijada de antemano por el tocólogo, utilizando para ello la suavidad que otorga la raquianestesia al canal cérvico-segmentario.

II.—HISTORIA

A. Desde los orígenes de la Obstetricia, y aun hoy día para el profano, la finalidad de la tocología puede compendiarse en dos puntos esenciales y sucesivos: en un primer tiempo *apertura* del útero, que permite en un segundo tiempo la *extracción* de su contenido:

a) Ya en época de Celso, 100 años antes de J. C., el parto forzado llenaba estas dos indicaciones.

Luego del crepúsculo de la Edad Media, AMBROSIO PARÉ, GUILLEMEAU y LUISA BOURGEOIS reponian en su lugar de honor este método, que tras de un segundo eclipse vuelve a resurgir en la edad moderna con TARNIER, utilizando para lo que él llama *parto metódicamente acelerado*, sea el globo de CHAMPETIER (presentación móvil) sea el método bimanual de BONNAIRE (presentación encajada).

b) Menos brutal en manos de los tocólogos modernos, el proceder era sin embargo.

1.º En lo que concierne a la *apertura del útero*, maniobra de guerra, larga y fatigosa para el operador; peligrosa para la integridad de la hilera genital.

2.º Como proceder de *evacuación*, maniobra de contraindicación imperativa derivada de la contractura del órgano que impedía la versión.

B. Como todos los tocólogos, he tenido que luchar en el espacio de 20 años, con dilataciones interminables o imposibles en cuellos desprovistos de flexibilidad, y he asistido a versiones prohibitivas en úteros vacíos de su contenido líquido.

a) La experiencia de la guerra, donde en el *autochir* 21. LEGILLIATRE con la sola predicación del ejemplo y de los resultados me convirtió en adepto de la raquianalgnesia (*Presse Médicale* 14 marzo 1918), me hizo aplicar a la práctica obstétrica una vez desmovilizado este proceder de insensibilización, intentado hasta entonces en Montpellier una sola vez, 25 años antes, por de ROUVILLE y PUECH, en los comienzos de aparición del método. Desde 1918 a 1925 acumulo artículos y comunicaciones, congratulándome de haber podido convencer de mi técnica a mi maestro BRINDEAU en 1.º de junio de 1924.

1.º Al principio me proponía únicamente la *insensibilización* en el curso de las intervenciones obstétricas (*Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst.*, abril 1920).

2.º Poco a poco, sin embargo, compruebo en primer lugar que los *procederes de dilatación* se hallan extraordinariamente facilitados (Reunion Obst. et Gyn. de Montpellier, 3 febrero 1926) lo que atribuyo a la influencia de la raqui sobre los *espasmos viscerales* (Soc. de Sciences Med. et biol. du Languedoc Méditerranéen 4 enero 1924) y con ROUME a su acción sobre la *contractura uterina* (Reunion Obst. et Gyn. de Montpellier, 7 febrero 1924). Por último demuestro con COLI DE CARRERA (Reunion Obst. et Gyn. de Montpellier, 3 febrero 1926) que las versiones hasta entonces contraindicadas por contractura, son fácilmente realizadas mediante la aplicación del procedimiento.

A) Se desprende de nuestros trabajos:

I; que la raqui «hace desaparecer» la *contractura uterina*.

II; que no suprime la *contracción* ni la *retracción* del útero.

III; que en ocasiones, estas dos últimas propiedades se hallan, por el contrario, *estimuladas*.

B) Estos hechos pueden interpretarse del modo siguiente:

I La impregnación de las *raíces medulares* por la raquianestesia corta el arco reflejo: producida la sección fisiológica del camino eferente, las excitaciones emanadas del órgano no llegan al centro, del que ya no puede partir la respuesta de la hipertonia.

II La inervación simpática escapa empero a la acción del agente analgésico, de donde persistencia del funcionamiento propio de la fibra uterina. Ocurre como en la experiencia de WHITE HOUSE: la colocación de pinzas sobre los ligamentos anchos equivale a la sección de los nervios extrínsecos y el útero contracturado se relaja, pero se contrae, no obstante, merced a su aparato ganglionar autónomo.

Como corolario, suprimiendo indirectamente el antagonismo de las resistencias, la acción del cuerpo

uterino puede oponerse mejor todavía al del segmento inferior.

b) Al lado de estas observaciones de orden clínico podemos añadir, por último, los resultados de mi experiencia operatoria.

1.º La acción dilatadora del globo de CHAMPETIER es inconstante. Por otra parte, este instrumento es de tan difícil conservación, que se rompe a menudo en el momento de su empleo. De todos modos, traumatiza ciegamente el cuello, llegando hasta a desgarrarlo.

2.º La *maniobra de BONNAIRE* permite hacerse cargo de las resistencias que deben vencerse y detenerse cuando se anuncia la efracción, pero engendra a consecuencia de su duración en postura incómoda una invencible laxitud en ambas manos del operador.

3.º Por el contrario, la *maniobra unimanual*, masaje excéntrico de DEMELIN, imitando de RIZZOLI y renovación del antiguo método de CELSO, tiene mayor suavidad, desvía los puntos de acción y permite alternar el uso de una y otra mano.

C. Acordar las observaciones clínicas a mis ensayos operatorios, tal ha sido el empleo del año escolar 1926-1927. Sus resultados han constituido el objeto de mi comunicación a las jornadas médicas de Madrid, en 21 de octubre de 1927.

Pacientemente voy recogiendo todavía las observaciones pertinentes y en ellas se basa el proceder que seguidamente paso a describir.

III.—TÉCNICA.

Una vez decidida la evacuación extemporánea del útero, los tiempos operatorios se suceden en el orden siguiente:

A. TIEMPO PRELIMINAR.

a) *Realización de la raqui* según la técnica que recuerdo a grandes rasgos:

1. La enferma, sentada simétricamente a horcajadas sobre la mesa de operaciones, flexiona el dorso, tomando como punto de apoyo sus dos manos colocadas en el abdomen. La región lumbo-sacra es embadurnada con tintura de yodo formando un rombo que se extiende desde una a otra cresta ilíaca y desde la primera lumbar al nacimiento del pliegue interglúteo. Raquicentesis del espacio lumbo-sacro mediante mi modelo especial de aguja actualmente construída por COLLIN; al pabellón de la aguja se ajusta una jeringa de Luer de 20 c. c., cuyo pistón es desviado por la sola presión del líquido céfalo-raquídeo. Una vez retirados de 10 a 15 c. c., según la presión o la cefalea aquejada por la paciente, se desenchufa la jeringa, obturando momentáneamente la luz de la aguja mediante un mandril.

2. Se vierten cinco c. c. de este líquido en una ampolla preparada según mis indicaciones por la «Société Clinique des Usines du Rhone», la cual

contiene 10 centigramos de scurocaína estéril en polvo; solución extemporánea.

3. Aspirando nuevamente el líquido y retirado el mandril de la aguja, se inyecta sin brutalidad ni timidez en el espacio sub-aracnoideo. La aguja es entonces retirada en movimiento súbito. Toque del punto de punción con tintura de yodo. La enferma es reclinada colocándola en posición obstétrica, con las corvas en las gotieras de la mesa de operaciones.

b) *Preparación de la región operatoria:*

1. Depilación—desinfección de la región pubo-vulvo—perineal mediante la aplicación de una pasta de sulfhidrato de calcio retirada a los cinco minutos por frotación enérgica mediante compresa bajo chorro de agua.

2. Evacuación de la vejiga por cateterismo.

3. Colocación de una *talla fenestrada* que cubre el tronco y los muslos.

B. MANIOBRA PROPIAMENTE DICHA.

a) *ABERTURA DEL ÚTERO.*—La mano derecha plegada en forma de cono se introduce de golpe en la vagina, a la que llena.

1. *Etapa digital.*—El dedo índice se insinúa en el cuello; en caso necesario, si éste no se halla borrado todavía, *hurga* hasta penetrar en el segmento inferior, al que se aplica luego de flexionar la 3.ª y 2.ª falanges sobre la primera.

Seguidamente, sin violencia y mediante un movimiento sostenido de *balanceo*, ambas falanges practican un masaje excéntrico del conducto cérvico-segmentario hasta dilatarlo suficientemente para admitir el dedo medio junto al índice, seguidamente el anular. Las resistencias ceden poco a poco hasta introducir el meñique junto a los restantes dedos de la mano.

2. *Etapa manual.*—Luego de una prudente espera que exige a veces el cambio de mano en el curso de la dilatación, ésta franquea toda entera, en cono, más allá de las articulaciones metacarpo-falángicas, el orificio uterino. El puño que ha desviado la cabeza, maniobra en el interior del canal cérvico-segmentario a la manera de *una llave en su cerradura*. Luego de varios movimientos transversales de vaivén, pasa alternativamente del útero a la vagina un cierto número de veces, hasta la supresión de todo resalto. La dilatación es entonces completa.

b) *EXTRACCIÓN DEL FETO.*—Si existe todavía intacta la bolsa de las aguas, ésta se rompe, realizándose seguidamente la versión por maniobras internas, seguida de la extracción del feto en posición de nalgas.

1. Esta maniobra es de regla, porque la *versión* se presenta siempre fácil aunque las membranas hayan sido rotas desde 8 y aun 12 días (jours). Por el hecho de la supresión de la contractura es tan sencilla, que acostumbro a confiar su ejecución a uno de mis asistentes, cada vez sorprendido de la rapidez de la evolución.

2. Por excepción puede ocurrir que la retracción del útero oponga dificultades a la versión. Con-

viene entonces recurrir a la *aplicación de forceps*, que no se presta a ninguna consideración particular.

c) ALUMBRAMIENTO.

Una vez retraído el útero y ofreciendo éste a la mano que palpa la sensación del globo de seguridad, se practica una inyección vaginal.

a) Al principio recurría al alumbramiento artificial en útero poderosamente contráctil, pero dócil.

Al presente espero el alumbramiento natural. La mayor parte de las veces éste tiene lugar espontáneamente.

b) Teniendo en cuenta la existencia de maniobra intrauterina, y por lo tanto dudas sobre la asepsia, práctico a título profiláctico, una inyección intrauterina de solución yodo yodurada, que por otra parte permite apreciar el estado de las partes blandas, cuya revisión e inventario es de esta manera realizada.

En el caso de bolsa rota prematuramente fuera del control obstétrico, sustituyo a la quimioterapia de la inyección intrauterina el taponamiento de la cavidad del útero con gasa empapada con *caldo-vacuna*, a la manera de BESREDKA.

c) Por último termino con la inyección subcutánea profiláctica de 12 centigramos de *sulfarsenol*, práctica imitada del profesor RIVIERE, de Burdeos, y que seguimos desde hace más de un año.

IV.—RESULTADOS

A. En las 40 *observaciones* hasta el presente recogidas sólo he registrado casos afortunados.

a) Cuando *el feto* no ha sucumbido antes de la extracción, ha sido siempre conservado vivo, tanto si ha gritado desde el momento del nacimiento, lo que constituye la regla, como si ha sido preciso reanimarlo por haber presentado estado estuporoso, lo cual ocurre de vez en cuando.

b) Para la *madre*, ninguna defunción, ningún traumatismo, como demuestra el estudio de las *observaciones* y el examen practicado en el curso de la inyección terminal.

El único *exitus* apuntado, nada tiene que ver con el método. Se trataba de una enferma con placenta previa central, a la que un síncope por anemia sobreaaguda ha impedido reanimar una vez evacuado el útero. Extirpado éste por histerectomía vaginal, se encuentra intacto, salvo una sugilación de 1 cm. en la parte media del labio anterior, a nivel del punto de aplicación de una pinza de MUSEAUX para practicar un taponamiento intrauterino interrumpido por el síncope terminal.

B. Estos resultados han sido logrados con rapidez desconcertante, pero ciertamente muy favorables, ya que en *quince minutos*, tiempo promedio, se realiza la evacuación completa del útero.

a) Por lo que se refiere a la *dilatación* del cuello, aun largo y cerrado, la duración oscila entre 12 minutos máximo—caso único—a 20 segundos—varias

observaciones. Por regla general, 3 *minutos* son suficientes.

b) La *extracción del feto*, precedida o no de *version*, no ha exigido nunca más de *seis minutos*.

c) Por último el alumbramiento da como cifras límites de 15 minutos a 3 minutos. El promedio normal es de *tres a seis minutos*.

c) Insisto especialmente en que todos los casos han sido *observados públicamente*, en mis servicios de la Maternidad, de Montpellier, en presencia de numerosos alumnos, estudiantes y comadronas, entre los cuales el sentimiento de la equidad no es siempre sinónimo del de la benevolencia. Y hago notar por último que diversos colegas de la ciudad o de la región me han hecho el honor de venir a presenciarlo para formarse una opinión personal sobre el nuevo proceder, a priori, algo sorprendente.

Todas estas pruebas practicadas públicamente son, por lo tanto, incuestionables y demuestran lo bien fundado de cuanto transcribimos.

V.—CONDICIONES.

A. Para conservar su carácter de *seguridad*, precisa exigir al método únicamente lo que puede dar la *maleabilidad de una pared que se halla en absoluta integridad anatómica* y en la que el obtáculo depende únicamente de la ausencia de trabajo o bien, despertado éste, de una contractura que desaparece ante la raquí o de inercia, que cede a su vez a este modo de insensibilización.

B. Por el contrario debe *rechazarse absolutamente* el método si las precedentes condiciones se hallan reemplazadas por alguna modificación estructural, trátase de:

1. *Cicatrices traumáticas* extensas, consecuencia de partos anteriores.

2. O de *cicatrices inflamatorias*, secuela de cauterizaciones terapéuticas o de cervicitis inveterada, a menudo gonocócica.

3. O por último de infiltración neoplásica del útero, sea fibroma o sea cáncer.

C. Pasar por alto estas contraindicaciones debe ser considerado como falta inexcusable; y el grave traumatismo que de ello podría derivar, únicamente imputado a la ignorancia o brutalidad. Para estos casos queda únicamente como recurso la *evacuación quirúrgica* por cesárea, sea abdominal (*observación 574 de 1927*) sea vaginal de DÜRRSHEN (*observación 184 de 1928*).

D. Sin embargo, en caso de lesión limitada, la experiencia me ha demostrado que una vez obtenida la dilatación hasta el diámetro de dos pesetas, es posible reemprender tras un intervalo de 12 horas las maniobras dilatadoras que la imbibición serosa y una segunda raquí hacen tan fáciles como en los casos precedentes. Este punto queda en estudio.

VI.—INDICACIONES.

Dos grupos de circunstancias pueden oponerse en lo que concierne al derecho por parte del operador a recurrir a estas maniobras:

A. Hasta el presente me he limitado con criterio cerrado a los casos en que la *abstención no es de rigor*, cuando la evacuación artificial del útero parece necesaria o es por lo menos deseable.

a) En el curso del embarazo:

1. Cuando conviene luchar prematuramente contra algún estado patológico que lo complica:

I) Unas veces se trata de *distocia*, o de obstáculo mecánico dependiente sea de la madre, sea del feto, pelvis estrecha o embarazo prolongado, da lo mismo.

La desproporción entre la hilerá ósea y el proyectil fetal es la que incita a interrumpir el embarazo si el Muller-Pinard indica la oportunidad de intervenir. En otro tiempo ello se conjuraba mediante la provocación incierta del trabajo por las bujías o el balón, con la consiguiente pérdida de tiempo, así como los riesgos de infección y de prociencia.

II) Otras veces nos hallamos ante un caso de eclampsismo, en el que al lado de la oliguria, la persistencia de la albuminuria y de la hipertensión, a despecho del régimen lácteo, hacen temer las manifestaciones convulsivas.

III) Por último, la *ruptura prematura de la bolsa* hace pensar en la posibilidad de la infección amniótica, que obligará tarde o temprano a la evacuación en condiciones ya desfavorables.

2. Igualmente diremos de las hemorragias de repetición por *placenta previa*, que colocan a la mujer en grave peligro, que conviene conjurar con toda presteza.

b) Si la mujer se halla en trabajo, conviene a veces terminar sin dilación sea en interés de la madre, del hijo o de ambos.

1. Para la madre, se hallará indicada:

I) En los accesos convulsivos de la eclampsia que se suceden hasta conducir a un estado inquietante que conviene terminar.

II) Los estados patológicos del *corazón* y de los *pulmones*, que no consienten el normal transcurso de la marcha habitual del trabajo.

2. Para el feto, todos los estados de *sufrimiento*, entre los que figura en primera línea la prociencia de cordón.

Cualquiera que sea la eventualidad que se tercié, es legítimo terminar semejante estado y no podría criticarse la decisión tomada.

B. ¿Diremos lo mismo ante un caso de *embarazo normal*, en la proximidad de su término cuando todo hace esperar un parto fisiológico?

a) Operando en un servicio de enseñanza, ante futuros médicos a los que conviene dar ejemplos irreprochables, *me he abstenido* de poner en práctica el proceder, a pesar de constarme su inocuidad y los beneficios que en manos prudentes puede proporcionar.

b) No obstante, alguno de mis colegas y compañeros muéstranse con buen espíritu, más audaces, y su tesis puede resumirse en la forma siguiente:

¿Dejaré por ventura fistulizar un absceso, recalentar una apendicitis o estrangular una hernia, hechos todos ellos que quizá no llegarán a producirse? ¿No se acepta como buena la cirugía plástica en materia de estética femenina? ¿Por qué, pues, negar los beneficios de un parto indoloro y a hora fija a una mujer a la que no halagan los dolores indefinidamente prolongados y las molestias del parto espontáneo? ¿No es legítimo escoger día y hora para el nacimiento del hijo?

A los que objetan la improcedencia de escamotear un fenómeno natural, ved lo que responden: Acordaos de los anatemas lanzados en otra época a propósito de la legitimidad del parto prematuro. BAUDELOQUE en 1871 lo considera como «un crimen». Su discípulo CAPURON lo califica de «atentado a las leyes divinas y humanas». En 1827, a COSTA, que pide la opinión de la Academia de Medicina sobre esta intervención, le contesta la comisión encargada de informar, que la proposición es «inconveniente» y pasa al orden del día. Por último ORFILA asevera que «desde el punto de vista médico-legal, esta operación es ilícita».

¿Por qué no concluir con FODERÉ en su tratado aparecido en París en 1813?: «Se pretende que en buena moral el arte no puede imitar a la naturaleza» y debe detenerse ante el horror que inspira la provocación del aborto y la justa represión que hacen las leyes de un crimen semejante. Con todo, yo pregunto a los casuistas y legisladores de todos los países, si pueden calificarse de maniobras criminales aquellas *cuya intención, lejos de dañar, es la de conservar la vida de dos seres: la madre y el infante* (pág. 66).

Sabido es el papel desempeñado después en la práctica obstétrica por el parto prematuro provocado.

Tales son objetivamente resumidos, los argumentos invocados.

A nuestro entender conviene, sin embargo, recordar que en el caso de embarazo o de parto normal, siempre que no se prevea ninguna complicación, *toda iniciativa de intervención evitable, lleva consigo la responsabilidad de su autor*, caso de sobrevenir algún accidente.

Lejos de recurrir sistemáticamente al proceder o de invitar a la parturienta a someterse al mismo, lo ponemos por el momento únicamente en práctica ante el *formal requerimiento de la interesada*.

Al lector toca decidirse, y mejor aún, a la experiencia clínica dictar lo más conveniente.

C. Indicada o discutible, la evacuación operatoria del útero es un proceder *todavía demasiado reciente* para ser divulgado.

No puede pretender llevarlo a la práctica más que el tocólogo instruido, el clínico prudente, maestro y de experiencia contrastada, más que en la técnica operatoria, en la puntualización de las *indicaciones y contraindicaciones*.

Sólo un especialista calificado debe entender en

ello. En manos de competencias improvisadas el método podría conducir a desastres, imputables mejor a la ignorancia o presunción del operador, que a la eficiencia de un método sobre el cual me creo autorizado a decir que en el momento actual ha hecho ya sus pruebas.

ALGUNAS OBSERVACIONES

PARTO INTERRUMPIDO POR:

A.—*Pelvis plana raquítica* de 8 1/2 a 8 meses 3/4. O.I.I. móvil. Cuello largo. Bolsa intacta.

N.º 131 de 1928. G. C. IV Gesta. 28 años.

El 13 de Enero: evacuación extemporánea. Dilatación en dos minutos. Versión y extracción en 3 minutos. Alumbramiento espontáneo en 3 minutos. Recién nacido estuporoso reanimado por los medios habituales.

P=3220 grs. Long. 0'50 m. B—P=9'6 cms. Integridad de las partes blandas.

Curso normal.

B.—*Pelvis plana raquítica límite*. Término traspuesto desde hace 15 días. O.II, móvil desbordando al Muller-Pinard. Cuello largo, bolsa intacta.

N.º 193 de 1926—C. G. IV gesta 28 años.

En 1.º de Febrero: evacuación extemporánea—dilatación en 80 segundos—versión y extracción fácil en 3 minutos—alumbramiento natural en 4 minutos.

Recién nacido estuporoso reanimado por los medios habituales.

P=3370 grs. Long.=0'52 m. B.P.=10 cms.

Integridad de las partes blandas.

Curso normal.

C.—*Bolsa rota* fuera del servicio desde hace 8 días—a término—O.IIIA, en la excavación; cuello largo, en dilatación del diámetro de 1 franco.

N.º 125 de 1928. A. N. XII gesta—38 años.

El 10 de Enero evacuación extemporánea. Dilatación en 1 minuto—versión y extracción fácil—Alumbramiento espontáneo en 3 minutos.

Recién nacido estuporoso, reanimado por los medios habituales.

P=4000 grs; long.=0'55; BP=9'7.

Desgarro del periné hasta el ano, exclusivamente. Restauración. Curso normal.

D.—*Infección amniótica*.—Bolsa de aguas rota desde hace 12 días (líquido teñido de verde). Término traspuesto desde hace 15 días. O.II móvil.

N.º 154 de 1928. S. J. I gesta—19 años.

El 25 de Enero: evacuación extemporánea—dilatación en 7 minutos. Versión y extracción fáciles en 11 minutos—alumbramiento natural en 10 minutos.

Recién nacido estuporoso, precisamente reanimado por los medios habituales.

P=3250; long.=0'50; B. P.=9'8.

Integridad de las partes blandas; puerperio febril; vacunación local, opsolisina, sulfarsenol. Curación.

E.—*Placenta previa central*.—Hemorragia importante; embarazo de 9 meses 1/2. O.II. móvil; cuello largo; bolsa rota en su domicilio hace varias horas.

N.º 253 de 1927. D. H. II gesta 24 años

El 28 abril: evacuación extemporánea; luego de colocado el Momburg—Baudelocque dilatación fácil en 2 minutos—versión y extracción practicada en 2 minutos. La placenta sale deshecha antes del feto.

Feto vivo, estuporoso reanimado seguidamente por los medios habituales.

P=2500; long. 0'49; BP.=9'1.

Integridad de las partes blandas.

Curso del puerperio normal.

F.—*Eclampsismo* (albuminuria) persistente a pesar del régimen lacteo, hipertensión, tics de la cara, calambres, ambliopía—8 días antes del término. O. I. D. móvil; cuello largo; bolsa íntegra.

G.—*Pelvis plana raquítica* de 9'5 a término, con dolores desde hacía 30 horas. O.II móvil, desbordando al Muller Pinard; cuello largo, bolsa intacta.

N.º 210 de 1928, A. C. II para—26 años.

El 24 de Febrero evacuación extemporánea, dilatación en 55 minutos; versión algo dificultada por su retracción, y extracción en 10 minutos. Alumbramiento natural en 3 minutos.

Recién nacido estuporoso reanimado por los medios habituales.

P=3200; long.=0'53; B.P.=9'5.

Integridad de las partes blandas.

Curso normal.

N.º 198 de 1928. D. M. II gesta—32 años.

El 17 de Febrero, evacuación extemporánea—dilatación en 13 minutos—versión y extracción; fórceps sobre cabeza la última en 4 minutos. Alumbramiento espontáneo en 5 minutos.

Recién nacido vivo que grita seguidamente.

P=3250; long.=050; B.P.=0'10.

Integridad de las partes blandas.

Curso normal.

TRABAJO TERMINADO POR:

H. Procidencia de la mano y del cordón; embarazo de 8 meses y 3 semanas, con dolores desde hacía 19 horas—O.II móvil, dilatación como de 5 francos; bolsa rota desde hacía 2 días.

N.º 500 de 1927. D. P. II para—27 años.

El 30 de Agosto evacuación extemporánea—dilatación: 6 minutos—versión y extracción de las más fáciles, a pesar de bolsa de aguas rota fuera del servicio con útero moldeado sobre el feto y ascenso del anillo de Band.

Alumbramiento natural.

Recién nacido en estado de muerte aparente, reanimado por los medios habituales.

P.=3000; log.=0'52; B.P.=9'5.

Integridad de las partes blandas.

Curso normal.

J.—*Rigidez espasmódica y surmenaje*.—Temp.=37'8 P.=96.—Embarazo de 8 meses y 3 semanas. O.IIIA. Encajado en la excavación. Cuello dilatado como una manzana pequeña; bolsa rota desde hacía 2 días.

N.º 87 de 1927.—H.B. II para—29 años.

El 22 de diciembre evacuación extemporánea—dilatación en 5 minutos—versión y extracción dificultada por la retracción, pero sin grandes dificultades—alumbramiento artificial 5 minutos después.

Recién nacido estuporoso reanimado por los medios habituales.

P=3580; long.=0'50; B.P.=9'3.

Desgarro perineal restaurado por 2 puntos de crin de Florencia.

Curso normal.

INTERVENCIONES INTERRUMPIDAS

K.—*Pelvis plana, raquítica* de 10'5—embarazo a término—O.II móvil—cuello largo, bolsa intacta.

N.º 115 de 1928—S. M. III gesta—25 años.

5 de Enero: evacuación extemporánea—la dilatación no es proseguida más que hasta 2 traveses de dedo: una cicatriz rígida la dificulta a nivel de la comisura izquierda.

Se deja colocado un balón de Champetier; 12 horas después el trabajo no ha progresado, pero existe un comienzo de infección amniótica (pulso=140). El feto sufre. Nueva

raqui a media dosis. Dilatación en 3 minutos; ruptura de bolsa, versión y extracción en 5 minutos.

Alumbramiento espontáneo 10 minutos después.

Recién nacido estuporoso, reanimado por los medios habituales—muerte 48 horas después, como sus dos hermanos:

P=2900; long.=0'51; B.P.=9'3.

Integridad de las partes blandas.

Curso febril, legrado, caldo-vacuna vocal, sulfarsenol. Curación.

L.—Ruptura prematura de la bolsa, desde hacía 9 horas; a término OII móvil, cuello largo, arificio puntiforme.

N.º 183 de 1928. V.P. I gesta—28 años.

El 7 de Febrero, ensayo de evacuación extemporánea; dilatación imposible por la existencia de un anillo fibroso inextensible. Se interrumpe la intervención.

24 horas después, a pesar de las contracciones interrumpidas, el pulpejo del índice no puede forzar un anillo completamente inextensible. Cesárea vaginal. Alumbramiento artificial.

Recién nacido estuporoso fácilmente reanimado.

P=2820; L=0'50; B.P.=8'7.

Curso normal.

RESUMÉ

Sous la action de la rachi analgésie, seule subsiste l'innervation ganglionnaire sympathique de l'utérus parturient qui, de ce chef, conserve à la fois sa contractilité et sa rétractilité comme en font preuve l'absence d'inertie et la fréquence des délivrances spontanées.

Par contre, l'innervation spinale de cet organe est temporairement interrompue et par suite la contracture, quand elle existe, cesse, en même temps qu'une souplesse toute particulière est conférée de ce chef au canal cervico segmentaire.

Tel est le principe sur lequel s'appuie l'Auteur pour la mise en oeuvre de son procédé tout récent, d'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. L'Auteur insiste tout particulièrement sur les conditions requises pour que le procédé soit applicable, ce qui lui permet d'exclure toute modification structurale du col pour ne laisser subsister que l'élément fonctionnel. Les indications s'en trouvent précisées avec beaucoup de soin: les cas où il est opportun de vider sans délai l'utérus. Il se montre extrêmement réservé sur l'application possible du procédé aux accouchements physiologiques qui ne comportent, en principe, ni les risques d'une rachi ni ceux d'une extraction artificielle.

SUMMARY

Under the action of the rachi analgesia there subsists only the sympathetic ganglionic innervation of the parturient uterus which thus maintains both its contractility and retractility, as proved by the absence of inertia and the frequency of spontaneous labour. On the other hand, the spinal innervation of the organ is temporarily interrupted by which the contracture, if present, ceases and at the same time a singular flexibility thus conferred upon the cervic segmentary canal.

The author bases himself upon this principle to employ his recent method of extemporaneous evacuation of the uterus at the end of the pregnancy. He particularly emphasizes the conditions required to apply the principle, which allows him to exclude any structural modification of the uterus leaving only the functional element to subsist. Indications are very carefully determined: those cases where it is opportune to evacuate the uterus without delay. The author is slightly reserved as to the possible application of the method of the physiological labor which, in the beginning, has neither the dangers of a rachi nor those of an artificial extraction.

ZUSAMMENFASSUNG

Unter dem Einfluss der Rückgratsanalgésie besteht lediglich die sympathische ganglionäre Innervation des gebären-

den Uterus weiter, der auf diese Weise seine Kontraktions—und Retraktions—Fähigkeit bewahrt, was durch die Abwesenheit der Inerzie und die Häufigkeit der spontanen Geburten bewiesen wird.

Andererseits wird durch diese Innervation des Rückgrats, so weit dieses Organ in Frage kommt, zertweise unterbrochen, wodurch die Muskelsteifigkeit, falls dieselbe existiert, aufhört. Gleichzeitig wird auf diese Weise dem cervikal-segmentarischen Kanal eine eigenartige Flexibilität verliehen.

Auf dieses Prinzip stützt sich der Autor bei der Anwendung seines jüngsten Verfahrens der vorzeitigen Evakuierung des Uterus am Ende der Schwangerschaft. Der Autor bespricht ganz besonders die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, wenn man dieses Verfahren anwenden will, wodurch jede strukturelle Veränderung des Halses ausgeschlossen wird. Nur dar Funktionieren geht weiter. Er macht genaue Angaben, wann das Verfahren anzuwenden ist. Der Autor zeigt sich ausserordentlich reserviert hinsichtlich der Möglichkeit der Anwendung des Verfahrens in physiologischen Geburten, die beim Beginn nicht die Gefahren einer Rhachitis aufweisen, auch nicht diejenigen einer künstlichen Extraktion.

SINUSITIS FRONTO-ETMOIDO-MAXILAR LATENTE (I)

por el doctor

LUIS SUÑÉ y MEDÁN

de Barcelona

El caso que voy a exponer, se halla revestido de cierto interés, por lo que se refiere a la orientación diagnóstica, en ausencia de síntomas clínicos definidos y a los efectos del tratamiento empleado.

Es el siguiente:

Vicenta M., natural de Albaterra (Alicante), 17 años de edad, constitución sana. A los 8 años tuvo una infección gripal sin consecuencias especiales. Hace 1 año contrajo un catarro nasal con hipersecreción y alguna cefalalgia, de todo lo cual curó en un par de semanas. Hace cosa de un mes apareció un pequeño abultamiento al nivel de la pared interna de la órbita izquierda, que fué creciendo poco a poco hasta alcanzar unas dimensiones comparables a un garbanzo crudo y coincidiendo con desviación del globo ocular hacia afuera. Este último síntoma alarmó a la familia de la enferma, y en consecuencia fué consultado el médico del pueblo, quien mandó a aquella a un radiólogo de una ciudad cercana. Este obtiene una radiografía y diagnóstica un tumor de la órbita y seno frontal, probablemente de naturaleza ósea, proponiendo una extirpación de la neoplasia y aun mejor la radioterapia profunda. No satisfecho el médico de la paciente con tal opinión, decide sea trasladada a Barcelona, para conocer mi criterio, una vez examinada la enferma rinológica y radiográficamente.

Veo a ésta el día 3 de noviembre último. Por inspección exterior nótase, en efecto, una divergencia del globo ocular izquierdo en dirección más horizontal que no inferior. No hay diplopia apreciada por la paciente. Se observa, además, un abultamiento cerca de la comisura palpebral interna, en

(1) Comunicación a la Societat Catalana d'Ortorrinolaringologia. 6
Mazro 1928.