

LA CESAREA SEGMENTARIA EN EL CASO IMPURO

Por VICTORIO MONTEVERDE

Es un hecho fuera de discusión, que la cesárea segmentaria, ha ampliado extraordinariamente el horizonte de las indicaciones de la cirugía obstétrica abdominal.

Razones anatómicas y de técnica han influido poderosamente, para que disminuyera el riesgo de las cesáreas clásicas con beneficio de las segmentarias, cuyo campo de acción más bajo y en pleno peritoneo pelviano, ha permitido abordar, no ya los casos reputados puros, sino aquellos con evidente sospecha de infección, en los cuales anteriormente no hubiéramos osado la intervención abdominal.

Vieja ha sido la aspiración de modificar la técnica, de modo que, respetando la integridad peritoneal, permitiera realizar una operación francamente extraperitoneal, como garantía absoluta para su realización en todos los casos de la práctica, aun aquellos evidentemente infectados, que hasta entonces exigieran operaciones mutiladoras, de mayor riesgo y de gran trascendencia social, por la esterilidad consecutiva.

Muchos fueron los procedimientos de cesárea extraperitoneal ideados, y si bien, todos por diferente vía o distinto recurso de técnica, pocas veces lograban su objeto de respetar la integridad del peritoneo. A ese respecto, tengo siempre presente el recuerdo de mi estada en la Frauenklinik de Dresden, donde a la sazón se practicaban las primeras cesáreas extraperitoneales; cierto día el profesor Leopold, cuya habilidad operatoria era

reconocida, frente a los fracasos consecutivos para desprender intacto el peritoneo de la vejiga, sancionó definitivamente dichas técnicas que no se practicaron más durante su dirección de la clínica.

Por otra parte, es un hecho ya conocido, la frecuencia de la infección del tejido celular pelviano, cuyas malas defensas han determinado, a veces, supuraciones pelvianas prolongadas y secuelas con ligera e intensa repercusión sobre el porvenir genital de las enfermas.

Pero, hay que reconocer también, que si bien estas técnicas de cesáreas extraperitoneales, fracasaron en su realización y aun en sus resultados, esos mismos fracasos han sido provechosos en la trayectoria hacia un ideal primario, de encontrar una técnica que disminuyera la morbilidad y la mortalidad de la cesárea clásica, y aun más, permitiera su empleo en múltiples casos que esperaban aún una solución quirúrgica, puesto que con las primitivas cesáreas corporales hubiera sido una temeridad abordarlas, aun cuando se emplearan métodos de aislamiento, como las compresas esterilizadas, o las telas impermeables fijadas en el cuerpo uterino.

En efecto, las perforaciones que se practicaban impensadamente, al desprender el peritoneo, que suturadas luego, permitían continuar la operación a los extraperitonealistas y la razón más fundamental, de que a pesar de tratarse de casos infectados o impuros, no determinara en ese sistema de técnicas segmentarias, las reacciones peritoneales, que a no dudar se habrían manifestado en las cesáreas clásicas, lo que revelaba así la docilidad del peritoneo bajo, habrían de tener consecuencias insospechadas.

Esa fué, puede decirse, la piedra angular para el resurgimiento de las cesáreas extraperitoneales por artificio, y casi de inmediato, la cesárea segmentaria transperitoneal.

Los resultados inmediatos de esta última probaron sobradamente, que en igualdad de condiciones, competía con ventaja a la antigua cesárea clásica corporal.

Pero su ventaja esencial consistía, en que, mientras esta última sólo era realizable sin riesgos en casos puros, es decir, sin sospecha de infección, aquélla parecía extender su acción aun a los casos sospechosos de infección, y para algunos, también en esta última empleando algunos recursos subsidiarios.

Este criterio extendido a todos los centros especializados, permite ya dar conclusiones definitivas sobre sus resultados y ése es nuestro propósito, al aportar la estadística de los 97 casos de cesáreas practicados en nuestro Servicio de Maternidad y Ginecología del Hospital Parmenio Piñero de Buenos Aires.

TÉCNICA •

En las cesáreas segmentarias, que son las que nos ocupan, hemos adoptado en general la técnica de Kroenig, con pequeñas variaciones : incindimos la pared longitudinalmente, abrimos el peritoneo parietal, seccionamos transversalmente el peritoneo vesico-uterino, rechazamos la vejiga hacia abajo y la mantenemos con un separador; en este instante colocamos generalmente, según lo aconseja Beuttner, dos hilos que harponan el segmento inferior de cada lado, aplicándolo contra la pared abdominal y colocamos una compresa en el ángulo superior de la herida, incindimos longitudinalmente el segmento inferior y extraemos el feto manualmente o con forceps, según las circunstancias; posteriormente suturamos el segmento inferior en dos planos, se sutura el peritoneo vesico-uterino y se rehace la pared por planos.

En los casos impuros, hemos sustituido el Mickulicz, por un drenaje de gasa envuelta en una lámina de goma.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

El criterio que tenemos para clasificar los casos, no se amolda al sustentado corrientemente por otras escuelas, que los dividen en cuatro grupos, subdividiendo algunos los casos muy manipulados por intervenciones vaginales, de los casos impuros, aun

cuando no acusen temperatura, o bien, como otros, que dividen en dos grupos los casos infectados, según sean infecciones reputadas benignas o graves.

Nosotros dividimos nuestros casos en tres grupos : puros, impuros e infectados. No es fácil en la clínica aplicar este criterio tan esquemático, en los casos fronterizos, pero como es nuestro propósito ocuparnos de la cesárea segmentaria en el caso impuro, veamos cuál es el criterio que aplicamos en la clasificación de nuestros casos.

Los reputamos impuros, cuando existe trabajo prolongado con abertura del huevo, cuando existe rotura de la bolsa en un tiempo mayor de seis horas, repetidos tactos sospechosos, o tentativas de maniobras vaginales, temperatura inferior a 38 °, o alteración del líquido amniótico.

Todos aquellos casos en que la duda nos ha hecho oscilar entre la sospecha o la infección, los hemos rotulado simplemente como caso impuro.

Estadística de cesáreas en general

Número total de asistidas	13.700
Cesáreas	104
Porcentaje.....	0,70 %

Esta estadística corresponde a las cesáreas practicadas según las diversas técnicas, desde la iniciación del servicio; durante un período de dieciséis años. Su número tal vez llame la atención por lo exiguo, pero debemos dejar constancia, que no practicamos éste, ni ningún acto quirúrgico, sino con indicaciones precisas, cuando el parto es irrealizable por las vías naturales y de mucho riesgo o cuando lo exige urgentemente la vida de la madre o la del feto.

No es nuestro propósito salir del objeto de este trabajo, para fundamentar las razones de orden anatómico, fisiológico, psíquico y social, que obligan al obstetra a agotar los recursos que facilitan la realización del parto por las vías naturales, antes de decidirse al acto operatario.

Como dicha conducta, podría incidir en los resultados generales de la clínica, por una supuesta deficiencia o error en la conducta, para la solución de los problemas obstétricos que se presentan a diario, especialmente teniendo en cuenta que estamos por debajo del temperamento de otras clínicas, damos en seguida la estadística de mortalidad general de nuestro servicio.

“

Mortalidad general de la clínica

Total de internadas	13.700
Mortalidad general.....	65
Porcentaje.....	0,40 %

Esta estadística es global, es decir, que en ella están incluidas la totalidad de las enfermas fallecidas en el servicio. Hemos adoptado este temperamento, a los efectos de no caer en las caprichosas interpretaciones que se da a la depuración de las estadísticas, mientras no se llegue a un acuerdo al respecto. Preferimos, pues, dar a continuación las causas que han determinado la defunción de dichas enfermas, librando a los colegas el comentario que les sugieran.

Causas de mortalidad

Anemia aguda por hemorragias	16
Infección puerperal.....	12
Eclampsia.....	10
Congestión pulmonar	5
Peritonitis.....	3
Tuberculosis pulmonar.....	3
Síncope	3
Bronconeumonía	2
Miocarditis.....	2
Embolia.....	2
Infarto pulmonar.....	1
Neumonía gripal	1
Síncope cardíaco anestésico.....	1
Glomerulo-nefrosis gravídica	1
Absceso del cerebro	1
Shoc	1
Flegmón del cuello (edema de glotis) ...	1
Total	<u>65</u>

· Algunos de los renglones de esta estadística, resultan un poco más acentuados, pero, es necesario tener presente que siendo dirigentes de una Maternidad de suburbio, nos llegan muchas veces las enfermas en condiciones lamentables, por indigencia, ignorancia o negligencia de tal modo que muchas de las roturas uterinas, las eclámpticas y las tuberculosas, han ingresado en estado desesperante.

Merece consignarse la escasa mortalidad por infección puerperal, teniendo en cuenta las mismas circunstancias anteriores y además que muchos alumnos han concurrido a las clases prácticas del servicio, y si bien a partir del año 1934 se nos ha limitado la inscripción a cien alumnos, hay que tener en cuenta, que antes de esa fecha y especialmente en los años 1931, 1932 y 1933, los alumnos inscriptos llegaron a 360, 499 y 501 respectivamente, y muchos de ellos han tenido participación, no sólo en el examen de las embarazadas, sino también en las prácticas de los partos, o bien en el examen durante este período.

Mortalidad fetal total del servicio

Niños nacidos muertos.....	344
Niños que murieron en los días siguientes.	<u>67</u>
Total.....	411
Porcentaje sobre el total de enfermas ingresadas.....	3 %

Como se ve, hemos incluido aún a los niños fallecidos después porque su muerte puede no ser indiferente a la conducta durante el parto. En cambio, no figuran aquellos cuya muerte se diagnosticó durante el embarazo o el parto, los prematuros, las malformaciones, los macerados o que ingresaron muertos con la madre puérpera.

Distintos métodos de operación cesárea

Operación cesárea corporal.....	9 casos
Cesárea segmentaria transperitoneal.....	95

La diferencia marcada de esta estadística, tiene su justificación en el hecho de que poco tiempo después de inaugurado el servicio, comenzó la difusión de las cesáreas segmentarias, que practicamos de inmediato, y cuyos resultados fueron tan promisorios, que lo impusimos por sistema, hasta llegar a la cifra de 95 casos que son los que presentamos.

..

INDICACIONES DE LAS CESÁREAS SEGMENTARIAS EN NUESTRAS OBSERVACIONES

Ya nos hemos ocupado, aunque ligeramente, de este aspecto, y hemos manifestado que la razón esencial de la difusión de esta técnica, radica fundamentalmente en la mayor seguridad para realizarla, en aquellos casos que anteriormente no lo hubieran permitido, por la sospecha de infección. Surgieron así las indicaciones tardías, en todas aquellas circunstancias que, como la estrechez pelviana relativa, imponían el parto de prueba previo, o la inserción baja de la placenta, precedida de algún tratamiento obstétrico, como la rotura prematura o precoz de las membranas, o aun la eclampsia, cuando su carácter de gravedad, lo impusiera, a pesar de las condiciones desfavorables de los casos.

Pero concretándonos a la estrechez pelviana, que es la distancia que contribuye con mayor aporte a las indicaciones de la cesárea segmentaria, hay que convenir que fué ella, el mayor obstáculo que se le opusiera en el camino a las pelvitomías, que ya con perfeccionamientos de técnica, como la sinfisiotomía parcial de Zárate, tendían a difundirse, especialmente en las distocias de los casos impuros que estamos considerando.

Es indiscutible que el avance de la cesárea segmentaria, lo hace en detrimento de la sinfisiotomía, y que este eclipse que ya comienza a notarse, con participación de alguno de sus más entusiastas propulsores, ha de limitar su campo de acción a indicaciones bien precisas, en cuya órbita de acción es de resultados notables. Este temperamento era, por otra parte, el que

aconsejaba, a propósito de la sinfisiotomía parcial, su propio autor, para que no cayera en descrédito por abuso de aplicación.

Las cesáreas segmentarias, en nuestros casos, han sido practicadas por :

Viciaciones pelvianas.....	62 casos.
Inserción baja de placenta.....	19
Retracción uterina.....	3
Rigidez del cuello.....	2
Paralización del trabajo y sufrimiento fetal.	2
Exceso de volumen del feto.....	1
Inminencia de rotura del útero.....	1
Presentación de tronco (retracción).....	1
Desprendimiento de placenta normal.....	1
Primiparidad añosa.....	1
Proscidencia del cordón.....	1
Mala acomodación.....	1
Total.....	<u>95</u>

Clasificación de los casos en las cesáreas segmentarias

Casos puros.....	47
Casos impuros.....	47
Casos infectados.....	1

No incluimos en esta estadística la enferma de la observación número 6915 de nuestro archivo, a quien, si bien se le practicó una operación cesárea segmentaria por placenta previa y reputada como caso impuro, porque, habiéndose constatado en el curso de la intervención, una placenta acreta, cuyo desprendimiento manual fué imposible, requirió una histerectomía y debe considerarse por lo tanto como cesárea mutiladora, que no estamos analizando.

Dentro de los casos impuros incluídos en esta estadística, todos fueron tactados varias veces por distintas personas y muchos de ellos por parteras del público, en condiciones precarias de asepsia. Algunas, como la observación número 29, había sido objeto de maniobras de dilatación por el método de Bonnaire.

Con respecto a la bolsa de las aguas, nuestros casos, como

podrá verse en el cuadro adjunto, se escalonan en un amplio margen desde 6 horas, hasta 20 días de bolsa rota.

El único caso infectado que hemos tratado es el de la historia clínica número 2996 de nuestro registro, que presentaba síntomas de una infección franca, con temperatura superior a 39° y 140 pulsaciones.

.. *Mortalidad de las cesáreas segmentarias*

	Nº de casos	Fallecidas	Por ciento
Casos puros	47	1	2,12
Casos impuros	47	1	2,12
Casos infectados	1	1	100,00

La mortalidad de esta estadística es global y la causa de la muerte de los 3 casos consignados fué la siguiente :

Casos puros: Una defunción por anemia aguda, operada por placenta previa y falleció al término de la intervención.

Casos impuros: Una defunción por anemia aguda, operada por placenta previa y falleció a pesar de una transfusión sanguínea.

Casos infectados: Una defunción por peritonitis.

MORBILIDAD GENERAL

No están incluídas en esta estadística, las observaciones números 21 y 28, que hicieron una congestión pulmonar, a los efectos de sacar conclusiones exclusivamente de las complicaciones infecciosas que tengan relación directa con la operación cesárea segmentaria y valorar la morbilidad solamente desde ese punto de vista.

Indiscutiblemente la morbilidad presenta cifras elevadas y este fenómeno, hay que reconocerlo, constituye una característica frecuente de este acto operatorio, cualquiera sea la circunstancia en que se practique, aun en los casos puros.

Veamos la relación de los resultados en ambas situaciones :

	Nº de casos	Puerp. febril
Cesáreas segmentarias en casos puros	47	15
Cesáreas segmentarias en casos impuros	47	24

RECURSOS DE TÉCNICA

Ha sido preferentemente para atenuar aquellas cifras, que se han aconsejado diversas técnicas, con tendencia a aislar el campo operatorio, circunscribiéndolo a la pared abdominal.

Técnica de Michon. — No la hemos practicado más que en tres circunstancias, razón por la que no creemos estar autorizados para deducir conclusiones; en algunos casos, las condiciones particulares, especialmente la obesidad, nos han hecho desistir y hemos optado por la técnica corriente.

Dentro de los recursos de técnica aconsejados recientemente entre nosotros, es la propuesta por el doctor Leon, de aislamiento del campo operatorio con compresas impermeables, apoyadas con pinzas; no hemos tenido la oportunidad de ensayarla.

Una sugestión interesante es la técnica recomendada por los Profesores Marruz y Villalta, de la Habana, que consiste en el aislamiento sero-seroso de la zona histerotómica por la sutura del peritoneo parietal al visceral y luego la protección seroaponeurótica, por la unión de los bordes del peritoneo uterino a la aponeurosis por medio de pinzas en T (modificación de Villalta). Nos proponemos ensayarla en lo sucesivo, por lo que significa una doble protección.

De todos modos, la escasa mortalidad obtenida por nosotros, con el procedimiento clásico y el drenaje, nos hace presumir que no ha de variar mucho con esos recursos, pero en cambio, probablemente se consiga disminuir la gran morbilidad que se observa en estas intervenciones, y una vez logrado, se habrá llegado a una solución satisfactoria en el parto quirúrgico abdominal de los casos impuros, que por múltiples causas llegan a la clínica.

CESÁREAS SEGMENTARIAS Y DRENAJES

Ha sido la conducta que hemos preferido y a la que atribuimos nuestra escasa mortalidad, a pesar de las malas condiciones en que hemos intervenido.

A este respecto la estadística es la siguiente :

	Nº de casos	Morbilidad	Por ciento
Cesáreas segmentarias sin drenaje..	27	11	40
Cesáreas segmentarias con drenaje .	20	13	65

Hemos colocado drenaje, preferentemente en los casos con muchas horas de bolsa rota, entre ellos, las observaciones número 20, con 20 días de bolsa rota prematuramente ; la observación número 38, con 50 horas de bolsa rota ; la observación número 43, con 72 horas de bolsa rota ; la observación número 45, con 25 horas de bolsa rota y la número 46, con 48 horas de bolsa rota.

En algunos casos, como las observaciones números 9, 10, 33 y 44, nos lo han inducido esencialmente, la pluralidad de tactos efectuados en público.

Esa mayor impureza de los casos, es la razón del evidente aumento de la morbilidad en los casos tratados con drenaje.

PORVENIR DE LAS CESAREADAS

No tenemos noticia de ninguna complicación ulterior en nuestras cesareadas, pero hemos tenido ocasión de practicar 3 cesáreas iterativas, que si bien son pocas, pueden ser una contribución al porvenir del embarazo y el parto en las cesareadas : son las observaciones 17, 20 y 23. Las intervenciones no presentaron dificultades, desprendiéndose el peritoneo como en los casos comunes.

Observaciones	Historia clínica	Diagnóstico	Trabajo parto	Bolsa rota	Tratamiento	Morbilidad	Mortalidad	Feto
1	2.883	Placenta previa	20 horas	19 horas	Cesárea segmentaria	Endometritis		
2	3.030	Viciación pelviana	10 »	6 »	Cesárea segmentaria	Abceso. Douglas		
3	3.468	Presentación de hombro	20 »	8 »	Cesárea segmentaria	Febril		
4	3.457	Retracción uterina	13 »	11 »	Cesárea segmentaria	Normal		
5	3.505	Viciación pelviana	13 »	15 »	Cesárea segmentaria	Sub-febril		
6	3.932	Viciación pelviana	20 »	30 »	drenaje gasa	Normal		
7	4.220	Placenta previa	25 »	Muy tactada	Cesárea segmentaria	Flebitis		
8	4.344	Viciación pelviana	13 »	12 horas	Cesárea segmentaria	Normal		
9	5.983	Viciación pelviana	14 »	14 »	Cesárea segmentaria	Sub-febril		
10	6.206	Desprendimiento de placenta normal	De la calle muy tactada		Cesárea segmentaria	Endometritis		Feto fallece
11	6.243	Viciación pelviana	15 horas	15 horas	drenaje gasa	Sub-febril		
12	6.489	Viciación pelviana	14 »	14 »	Cesárea segmentaria	Normal		
13	6.623	Placenta previa	6 »	6 »	Cesárea segmentaria	Normal		
14	6.609	Viciación pelviana	6 »	6 »	Cesárea segmentaria	Normal		
15	6.821	Viciación pelviana	14 »	14 »	Cesárea segmentaria	Normal		
16	7.080	Rigidez del cuello		16 horas	Cesárea segmentaria	Sub-febril		
17	7.096	Viciación pelviana	36 horas	14 »	drenaje gasa	Febril		
18	7.158	Viciación pelviana	17 »	17 »	Cesárea segmentaria	Sub-febril		
19	7.286	Placenta previa	16 »	16 »	iterativa drenaje	Sub-febril		
20	7.357	Retracción uterina		20 días	Cesárea segmentaria	Normal		
21	7.621	Viciación pelviana		18 horas	iterativa tubo	Endometritis		
22	7.903	Viciación pelviana	21 »	21 »	Cesárea segmentaria	Endometritis		
23	8.004	Viciación pelviana	14 »	14 »	Cesárea segmentaria	Normal		
24	8.310	Rigidez del cuello		60 »	iterativa	Normal		
25	8.360	Viciación pelviana	16 »	6 »	Cesárea segmentaria	Normal		
26	8.382	Prolongación del trabajo	15 »	15 »	drenaje tubo	Normal		
27	8.590	sufrimiento fetal	14 »	14 »	Cesárea segmentaria	Normal		
28	9.108	Viciación pelviana	16 »	16 »	Cesárea segmentaria	Normal		
29	9.673	Viciación pelviana		5 días	Cesárea segmentaria	Febril	Fallece	
30	9.812	Retracción uterina	36 »	6 horas	tubo	Febril		
31	9.863	Viciación pelviana	19 »	19 »	Cesárea segmentaria	Normal		
32	10.259	Viciación pelviana	14 »	14 »	drenaje tubo	Sub-febril		
33	10.414	Placenta previa		7 »	Cesárea segmentaria	Endometritis		
34	10.433	Viciación pelviana	7 »	7 »	drenaje gasa	Febril		
35	10.465	Mala acomodación	19 »	17 »	Cesárea segmentaria	Endometritis		
36	10.662	Viciación pelviana	38 »	20 »	Cesárea segmentaria	Endometritis		

Observaciones	Historia clínica	Diagnóstico	Trabajo parto	Bolsa rota	Tratamiento	Morbilidad	Mortalidad	Feto
37	10.854	Placenta previa	10 horas	9 horas	Cesárea segmentaria	Normal		
38	10.875	Retracción uterina	48 »	50 »	Cesárea segmentaria tubo	Endometritis		
39	10.918	Viciación pelviana	11 »	11 »	Cesárea segmentaria	Flebitis		
40	11.772	Viciación pelviana	26 »	20 »	Cesárea segmentaria tubo	Normal		
41	12.262	Viciación pelviana	28 »	27 »	Cesárea segmentaria tubo	Endometritis		
42	12.465	Viciación pelviana	8 »	9 »	Cesárea segmentaria	Febril		
43	12.568	Placenta previa	23 »	72 »	Cesárea segmentaria Michon-tubo	Normal		
44	12.668	Inclinación de parietal	17 »	7 »	Cesárea segmentaria tubo	Febril		
45	12.994	Viciación pelviana	9 »	25 »	Cesárea segmentaria gasa y goma	Normal		
46	13.219	Viciación pelviana	49 »	48 »	Cesárea segmentaria gasa y goma	Normal		
47	13.373	Viciación pelviana	12 »	12 »	Cesárea segmentaria	Normal		

CONCLUSIONES

1^a Que la estadística general de cesáreas en nuestra clínica ha sido de 0,70 %;

2^a Que la mortalidad global sobre 13.700 asistidas ha sido de 0,40 %;

3^a Que la estadística de mortalidad de las cesáreas segmentarias en los casos impuros, ha sido de 2,12 %;

4^a Que la estadística de mortalidad en los casos impuros, ha sido sensiblemente igual a la de nuestros casos puros, que arroja también el 2,12 %;

5^a Que atribuimos ese resultado, al drenaje que hemos colocado en los casos más sospechosos, con muchas horas de bolsa rota o muy tactados.

6^a Que la morbilidad en los casos puros es sensiblemente grande.

7^a Que la morbilidad de los casos impuros, es algo mayor.

ABSTRACT

The caesarean section in an impure case, by Dr. Victorio Monteverde, professor of the Obstetrical clinic of the La Plata's Medical School.

This work after making a brief review of the evolution of the caesarean operations points out the relatively low number of operations realized in the maternity hospital of Parmenio Piñero, during 15 years, 104 in a total of 13.700 cases equal to 0,70 %.

This signifies that all recourses are exhausted for the delivery to take place by natural route, ideal of the tocologist and he does not abandon this route although the case may require, pointing to a good statistics in this respect. It is demonstrated by the fact that the rest of the interventions do not result overloaded, which would necessarily gravitated the total mortalities, maternal and foetal, and it is not so : 0,40 % and 3 % respectively.

Next the author determines the causes which have prompted the intervention and the conditions under which they were effected, classifying the cases in to pure, impure and infected. He considers the case is impure « when there exists prolonged work with opening of the membranes of the

foetus or rupture of the amniotic sac for more than 6 hours repeated and suspected touches, or tentative vaginal manœuvres, temperature less than 38° and alteration of the amniotic fluid». Coincidentally, one gets the impression that the pure and impure cases show the same percentage of maternal mortality, 2,12 ‰. The only case diagnosed as infected died.

If the maternal mortality is low, the morbidity is high, 30 ‰ for the pure cases, 51 ‰ for the impure cases. The author attributes the good results to the technique of the caesarean section employed (that of Kraenig with slight variations) and the drainage of the impure cases. He confides that the morbidity will be better yet, with the modern technique of Michon, Leon, and especially that of Marruz and Villalta, which he describes.