

EXTENSION DE LAS INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA *

Dr. JOSE A. AGUERRE

Uno de los aparentes progresos de la moderna obstetricia, parece consistir, para algunos, especialmente los más jóvenes, en hacerla más y más operatoria, entendiendo por tal, la manifestación obstétrica quirúrgica por excelencia que es la *operación cesárea*. Anima a invocar tal concepto, el indudable progreso de la cirugía a la luz de las nuevas y cada vez más perfectas adquisiciones en el campo de la anestesia, de la hemoterapia trasfusional, de la terapéutica preventiva y curativa antishock y sobre todo, al extraordinario salto de la terapéutica antiinfecciosa con los nuevos horizontes que las drogas antibióticas, con su vuelco espectacular, han dado a toda la Medicina.

Pero ese entusiasmo, que vendría a justificar la célebre frase de Fernando de Magalhaes: "o parto normal o cesárea", tiene una contraparte. Ella es que esos mismos progresos, han hecho mucho más factible y menos peligrosa la vía baja, permitiendo la mayor espera, que es, ha sido y será, de gran ayuda a veces decisiva, para el obstetra prudente y nada novelero. Para acelerar un parto, garantizar la vida del feto y de la madre, y evitar los sufrimientos, un nuevo y abundante arsenal farmacológico así como un mejor concepto de la higiene del embarazo y la conducción del parto, están a disposición del obstetra que debe hacer un exacto balance de los medios que tiene a su alcance en beneficio de las dos vidas que están a su arbitrio.

* Simposio de Obstetricia (organizado por la Sociedad Ginecocológica del Uruguay).

Ese afán intervencionista, afortunadamente no excesivo entre nosotros (y al decir nosotros, incluimos el Río de la Plata), ha hecho carne en países de excelente organización. Ya no en los EE. UU. sino en el Brasil, el afán intervencionista movió a los maestros a estimular la investigación y poner las cosas en su punto. En el III Congreso Brasileño (Belo Horizonte, 1951) y en las VI Jornadas del mismo país (Río, 1952), uno de los temas de preferencia fue el de la cesárea en sus nuevos aspectos. En el primero de los certámenes fue considerado el tema: "Obstetricia operatoria frente a la moderna terapéutica antiinfecciosa" por los Dres. Otto Cirne (de São Paulo) y Arturo Albertz (de Santiago de Chile) y en el segundo, se tomó el mismo tema pero a la inversa, ya que se trató "Indicación de la vía vaginal en el parto operatorio", a fin de reivindicar dicha vía, frente al avance de la vía alta, por los Dres. J. Adeodato Filho (de Bahía) y Onofre de Araujo (de São Paulo). Igualmente en el Congreso Internacional y IV Norte Americano de Obstetricia y Ginecología (Nueva York, 1950), el Dr. Manuel Luis Pérez (de Buenos Aires) puso a punto el tema de la cesárea en la era antibiótica, tema que le ha sido caro y que muchas veces le hemos oído personalmente exponer con sus excelentes resultados.

Agréguese a esto, la experiencia de los últimos años y una cierta y segura estabilización de la conducta obstétrica, heredada de nuestros maestros, que nos transmitieron, a veces en acertados aforismos, una enseñanza de la que nunca nos cansaremos de hacer caudal. En lo que me es personal, las frases del Prof. Infantozzi: "no hay que apresurarse a saltar la barrera" y la "cesárea es el parto de los novatos", esta última referida a su verdadero significado de reacción contra los apresuramientos, me han sido más útiles que muchas lecturas y que muchas experiencias ajenas foráneas.

Dicho esto a manera de preámbulo, y definiendo la indicación formal de la cesárea como extendida a "*todas aquellas situaciones en que siendo muchos los riesgos de la extracción por las vías naturales, la prosecución de la preñez o del parto signifiquen una amenaza de muerte para la madre, para el feto, o para ambos*" (Fonticelli, Frigyesi, Mitchell), lo que amplía su antigua órbita exclusiva de la obstrucción de la vía natural a muchas otras cosas que veremos, hagamos de manera que lo que

va a seguir se desarrolle menos como conferencia que como *puntos a discutir*, ya que eso es la significación del Simposio que estamos desarrollando.

En el cuadro 1, podemos observar la evolución del parto cesáreo desde sus primeras épocas hasta la actualidad, desarrollando su trayectoria en seis períodos que han traído paulatinamente el mejoramiento del pronóstico materno “*quoad vitam*”.

En cuanto a la mortalidad infantil, teóricamente nula, está sin embargo sujeta a numerosas contingencias. En primer lugar, el momento en que se practica la intervención, hace variar en mucho las cifras. No es lo mismo un feto de valor disminuído por un sufrimiento más o menos prolongado, que en frase de Infantozzi “ya no vale el 100 %”, que el feto de una cesárea electiva, efectuada en las mejores condiciones. También un prematuro, cuya indicación de cesárea se debe a causas maternas que no han influído todavía en él (estrechez pélvica o dificultades vaginoperineales) es diferente al prematuro que se extrajo por incompatibilidad sanguínea, por diabetes o preeclampsia. A este respecto es también bueno recordar que, contra opiniones respetables (Naujsoks, citado por Garriga-Roca) aun en las mejores condiciones, la cesárea puede serle perjudicial. “El paso por el canal genital, resulta *excelente* para el feto, siempre y cuando no traspase ciertos límites”, dice el autor citado, “como si necesitase de los estímulos que ponen en marcha otros tantos mecanismos vitales, indispensables para las primeras etapas de la vida extrauterina”. El feto necesita pues de ese “traumatismo fisiológico del parto” (distinto por cierto del patológico” mientras el parto por cesárea es para él “pura sorpresa y artificio”, lo mismo que en los partos explosivos, de elevada incidencia en la morbinatalidad del recién nacido. Obes Polleri, ha citado últimamente estadísticas americanas que revelan, por orden de agresividad hacia el prematuro, el siguiente orden: 1º fórceps bajo; 2º parto espontáneo; 3º cesárea, siendo esta última la más perjudicial. Esto sin contar las secuelas alejadas, tema actualmente en estudio en diversos centros obstétricos.

En el cuadro 2, podemos observar las indicaciones que actualmente parecen justificar la cesárea. La antigua división entre indicaciones *absolutas* y *relativas* se hace de más en más, menos

nítida. Adeodato Filho llega a decir que debe hablarse hoy de indicaciones *relativamente absolutas* y de indicaciones *absolutamente relativas*. Descartando lo que tiene de juego de palabras, puede admitirse la distinción porque como se dijo antes, el mismo progreso que hace más accesible la vía alta, favorece al mismo tiempo la vía baja. La garantía de una mayor espera, permite solucionar muchos partos que parecían depender en su solución de una actividad operatoria, trasformada luego en una intervención obstétrica o aun en un parto espontáneo. Porque aquí también debemos recordar la *movilidad de la indicación* en una situación eminentemente dinámica cual es el parto. Una situación angustiosa, puede dejar de serlo al momento siguiente. Los evidentes progresos debidos a los estudios sobre dinámica uterina, desde Schikelé y Demelin Voron y Pigeaud y entre nosotros por Reynolds, Alvarez y Caldeyro, han permitido ajustar la conducción del parto, y la solución por vía baja y en forma espontánea de muchos casos aparentemente de solución operatoria. Han contribuído en los últimos años la aparición de nuevas drogas espasmolíticas de menor o ningún riesgo para el feto y para la madre (Demerol, Petidina, Largactyl) que con sorpresa “convierten” en normales, situaciones al parecer desesperadas; la conducción del prenatal en un sentido de mayor confianza y conocimiento de lo que va a suceder (psicoprofilaxis obstétrica o “maternidad sin miedo” de la escuela rusa de Bykov, Velvosky y Nikolaiev basada en Pavlov y sus reflejos condicionados y la de Grantly Dyck Read, en Inglaterra); un criterio horario prudente, que en manos de Torpin (de Atlanta, Ga. EE. UU.) permitió a éste, al cabo de veinticuatro horas de parto rigurosamente observado, reducir las cifras operatorias a sólo 3 %, siendo la cesárea sólo de 0,50 % y el fórceps 2,5 % (*J. A. M. A.*, Vol. 124, Nº 6, pág. 343, febrero 1944: Cuidados al feto durante el trabajo de parto). En este país donde el intervencionismo ha sido tan criticado, ha influído igualmente en la disminución del parto operatorio la costumbre de la *guardia obstétrica hospitalaria*, que excluye los apuros y los excesos por otras tareas concomitantes.

En este cuadro señalamos con el autor, un rubro no despreciable: el que surge del *dominio insuficiente de la vía vaginal*. De donde que, a menor experiencia o edad obstétrica, aumentan las indicaciones de la cesárea, la cual permite una solución menos riesgosa y hasta más elegante.

Agreguemos que la *prueba del parto*, que varía entre tres y ocho horas, según los autores, es decisiva muchas veces, sobre todo con el agregado de la farmacoepa citada más arriba.

Un reciente caso personal, en el que la prueba del parto, en una pelvis límite, con fuerte presión familiar hacia la solución alta, pero a la que el Largactyl dio nuevo relieve, no hace más que acrecentar la convicción de que la prudente espera, una de las virtudes clásicas del obstetra, sigue valiendo y dando sus frutos.

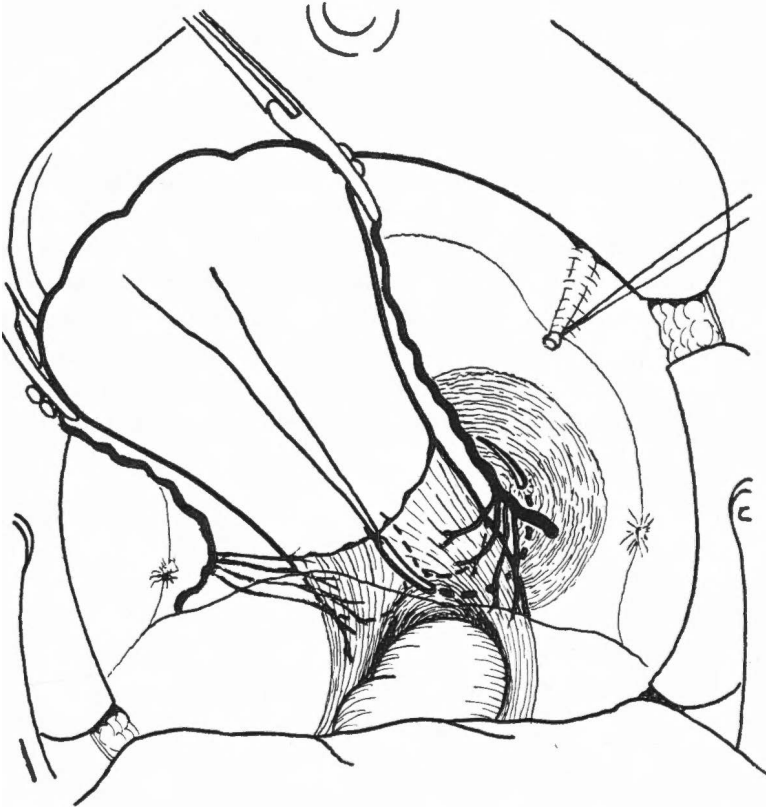
En el cuadro 3, tenemos una enumeración de las contraindicaciones más frecuentes, según De Lee y Greenhill. Se ve que a pesar de la fecha enunciada (1947) muchas de ellas pueden ser reevaluadas. Surge aquí lo de las indicaciones relativamente absolutas y absolutamente relativas. Vayssiére, en 1938, ya decía que la muerte fetal no debe ser una contraindicación, puesto que es preferible una cesárea a una intervención por vía baja de gran riesgo materno. Vale más aún la afirmación, en los casos de placenta previa, en que lo primordial es la evacuación uterina y el contralor de la hemorragia. Lo mismo debe decirse de la eclampsia, de la retracción uterina en la distocia abandonada, pesando cuidadosamente las circunstancias ya que el medio hospitalario ciudadano es evidentemente distinto del rural y lo que es fácil en un lado, no lo es en otro. Igualmente la formación quirúrgica del obstetra y sus ayudantes, permitirá inclinarse hacia la solución alta o a la sinfisiotomía, según el aforismo "se hace bien lo que se hace siempre", aunque esta última intervención tiene cada vez menos indicaciones, eso sí, bien precisas como lo quiso Zárate, su gran divulgador en el Río de la Plata, y quedó establecido en nuestro Primer Congreso del año 1949.

La segunda parte del cuadro se refiere a distribución de las indicaciones, en una estadística de Eastman. Evidentemente aquí habrá tantas cifras distintas como centros o como modalidades haya. En este caso, las causas obstructivas llegan a un 30 %. En nuestra estadística del Sanatorio "Luis P. Lenguas", esa causal es bastante inferior (20 %) aumentando la cifra en las causas dinámicas (50 %). En cambio sorprende el porcentaje de cesáreas iterativas como indicación (24 %) lo que probablemente sea debido a tratarse de cesáreas corporales clásicas, ya en desuso entre nosotros.

El cuadro 4, se refiere a cifras según escuelas y países. Vemos que en el Río de la Plata si bien hay tendencia al aumento, ésta se mueve en límites muy estrechos, por debajo del 3 %. La estadística del Sanatorio "Dr. Luis P. Lenguas" que presentamos y que aparece como de 3,26 % (72 en 2.210 partos) debe referirse en realidad, no a esos 2.210 partos hospitalizados, sino también a la totalidad de los partos de la institución mutualista Círculo Católico de Obreros, o sea 1.398 más 5.818 partos en el mismo período 1944-50, lo que rebaja el índice a 2 %. Varias estadísticas de conjunto dan las siguientes cifras en el mismo Sanatorio: 1941-50, 1,1 %; 1954, 2,24 %; 1955, 3 %.

La estadística finlandesa tiene el mérito de ver la inversión de la proporción cesárea-fórceps, manteniendo sustancialmente el mismo porcentaje operatorio. En cuanto a las brasileñas, acusan cifras altas que dieron motivo a la alarma, que originó el tema de las VI Jornadas y los relatos de los Profs. Adeodato Filho y Onofre de Araujo. En los EE. UU. fuera de los abusos que surgen de causas diversas (médicas y extramédicas), los centros de más prestigio sin embargo están sobre nuestras cifras.

Por último, el cuadro 5 muestra esquemáticamente lo que creemos deba ser más o menos, el campo de extensión de la operación cesárea. Dentro de las cifras operatorias, que en nuestro medio son del 8 % en medio hospitalario y de 10 % en medio mutual o privado, y excluidas las causas extramédicas que invalidan las estadísticas desde el punto de vista científico, la extensión de la cesárea y su proporción en el parto operatorio, se hace a expensas del fórceps alto, de las intervenciones mutilantes y de la sinfisiotomía, y aun de la versión. Nos parece que por lo menos jamás podrá sustituir al fórceps medio y bajo, bien indicado y a algunas versiones bien indicadas y sin riesgos mayores que el parto quirúrgico. No hay que olvidar que la cesárea es una intervención abdominal, que supone una anestesia, un riesgo por shock y hemorragia y los peligros de toda intervención. También la secuela de una cicatriz uterina, que por mínima que sea en la cesárea segmentaria, es una agresión al órgano. No poco debe atribuirse a las llamadas *secuelas psíquicas* de la cesárea, es decir al complejo de inferioridad maternal por el hecho de que la mujer se siente frustrada al no tener sus hijos por la vía



Punto único a nivel del istmo que toma de atrás a adelante el ligamento útero-sacro, y adelante la arteria uterina con sus ramas cérvicovaginales. (Técnica del Prof. Rodríguez López.)

natural. Por eso se justifica una vez más la frase del Prof. Infantozzi: “*La cesárea no hay que regalarla*” y hay que pesar cuidadosamente todos los elementos disponibles para su buena indicación.

Otros muchos aspectos de la cesárea en este enfoque de sus indicaciones, podríamos considerar con provecho. El hecho de tratarse de un simposio, cuyo planteamiento es forzosamente esquemático, nos impide hablar de las indicaciones de la *cesárea-histerectomía*, tan en boga en los EE. UU. y que tiene precisas indicaciones obstétricas (apoplejía placentaria, proceso infeccioso grave) o ginecológicas (neoplasma, miomatosis). Lo mismo digamos de la cesárea en las *moribundas* o *postmortem*, del detalle

de la *cesárea en el caso impuro*, ya citado más arriba, que Pérez ha puesto a punto, ni de la elección de *cesárea extraperitoneal* e *intraperitoneal*, que en nuestro medio tiene en Rey Vercesi un defensor inteligente; ni de la *esterilización* ni de las *cesáreas iterativas*.

Cada uno de estos puntos es un extenso capítulo, de enorme interés científico y de discusión doctrinaria y técnica que nos vemos privados de abordar. Pero a pesar de todo esto y de la tendencia a hacer más y más cesáreas, creemos que la *cesárea* debe progresar sólo en la medida en que la vía baja esté contraindicada y que muchísimas veces la misma indicación de la vía alta, puede balancearse con provecho frente a la indicación de la vía baja, que los progresos más recientes permiten ampliar.

Cuadro 1

MORTALIDAD MATERNA

Primer período:

Era precientífica:
 “Lex regia” (Numa Pompilio).
 “Lex caesárea”.
 Razones religiosas.

Segundo período:

Hasta el siglo XVIII: Rousset (1580?) 100 % 50 %

Tercer período:

Asepsia, antisepsia:
 Op. Porro (1876):
 Muñón perdido 30 %
 Muñón extraperitoneal 25 %
 Muñón retroperitoneal 12 %
 Progresos técnicos:
 Histerectomía.

Cuarto período:

Sutura: Saenger (1882) 23 %

Quinto período:

Cesárea baja: Frank (1907), Osiander (1805)	} De	10 %
Cesárea extraperitoneal: Sellheim, Küstner, Latzko, Doderlein, Waters, etc. Op. Portes		
Cesárea segmentaria: Kroenig, Opitz, Munro Kerr		
	a	2 %

Sexto período:

Era antibiótica:
 Menos de 1 %

Cuadro 2

INDICACIONES DE OPERACION CESAREA

Dexeus Font.

- 1º) Desproporción fetopelviana.
- 2º) Terminación rápida (causa materna):
 - Rotura uterina.
 - Eclampsia.
 - Desprendimiento placentario.
 - Cardiopatías.
- 3º) Terminación rápida (causa fetal):
 - Sufrimiento fetal.
- 4º) Factores de gravedad:
 - Gravídicos:
 - Placenta previa.
 - Posiciones anormales.
 - Extragravídicos:
 - Várices vulvares.
 - Infecciones del canal.
 - Edema.
 - Cáncer genital.
- 5º) Interrupción antes del término:
 - Causa materna.
 - Causa fetal.
- 6º) Otros:
 - Fístulas.
 - Ligamentopexia.
 - Atresia operada.
 - Cicatrices perineales.
 - Muerte fetal habitual en el parto.

Garriga Roca.

- A) Pelvianas:
 - Estrechez.
 - Anomalías de configuración:
 - Coxalgias.
 - Osteosarcomas.
 - Callos óseos.

B) Fetales:

Embarazo prolongado y feto grande.
Asfixia fetal.
Deseo de conservar hijo vivo.
Presentaciones anormales.
Casos especiales:
 Monstruos.
 Engatillamiento gemelar.
 Muerte habitual del feto.

C) Anexos fetales:

Placenta previa.
Apoplejía útero-placentaria.
Procidencia de cordón.

D) Gestaciones patológicas:

Rotura uterina.
Paralización del parto.
Parto abandonado.
Toxemias gravídicas.
Atonía uterina.
Fiebre intraparto.

E) Afecciones genitales:

Cáncer de cuello.
Fibroma uterino.
Quiste ovárico.
Estenosis cicatrizal.
Afecciones vulvovaginales.

F) Causas generales.

Paula Martins. (Causas pelvianas.)

- 1) Parto anterior difícil.
- 2) Conjugado externo menos de 17 cms.
- 3) Promontorio accesible a menos de 11,5 cms.
- 4) Espinas isquiáticas salientes.
- 5) Diámetro bituberoso menor de 8 cms.
- 6) Suma de los diámetros bituberoso y vaginal posterior de Klein, menos de 15 cms.
- 7) Deformidad de columna y miembros inferiores.
- 8) Falta de encajamiento cefálico.
- 9) Presentación distócica en primíparas.
- 10) Primiparidad añosa.

Cuadro 3

CONTRAINDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA

De Lee-Greenhill (1947).

- 1) Muerte fetal.
- 2) Membranas rotas más de veinticuatro horas.
- 3) Contaminación:
 - Manual.
 - Instrumental.
- 4) Fiebre.
- 5) Agotamiento o anemia aguda.
- 6) Eclampsia.
- 7) Infecciones:
 - Genitales.
 - De la piel abdominal.
- 8) Monstruosidad fetal.
- 9) Razones extracientíficas (religiosas, sociales, etc.).

Eastman (1941-49). Distribución de indicaciones ‰ sobre 21.739 partos, 1.000 cesáreas (4,6 ‰).

Estrechez pélvica y dictocia mecánica	414
Estrechez pélvica	273
Inercia uterina	66
Presentación defectuosa	44
Tumor obstructivo	23
Tamaño excesivo del feto	8
Cesárea anterior	240
Complicaciones hemorrágicas	140
Placenta previa	91
Desprendimiento placentario	49
Toxemias	96
Preeclampsia	70
Hip. es. crónica	26
Enfermedad intercurrente	26
Diabetes	14
Otras	12
Diversas	84
Primiparidad añosa	32
Otras	52

Cuadro 4

PORCENTAJES DE LA OPERACION CESAREA

ARGENTINA.

Palacios Costa (Maternidad S. Gache) 1946-48, menos de	1,00 %
Manuel L. Pérez (Maternidad U. Fernández) 1941-47, menos de	2,00 %
Zárate-Berruti (Maternidad E. Cantón) 1941-45, menos de	0,30 %
Peralta Damos (Inst. de Maternidad) 1945-58	2,70 %
D. Rojas (Maternidad A. Lagarde) 1935-45	0,73 %

BRASIL.

Octavio de Souza (Maternidad Laranjeiras) 1916 ...	2,60 %
(Maternidad E. Fluminense) 1952	4,10 %
Porcentaje sobre partos operatorios en diez maternidades brasileñas:	
1948	Cesáreas 28 % Otras 6,12 %
1949	" 32 % " 5,37 %
1950	" 35 % " 5,00 %
Fernando de Magalhaes	9,20 %

ESTADOS UNIDOS. (Cifras extremas.)

Irving	3,30 %
Johnston (hay cifras evidentemente abusivas hasta 14,67 % y más)	9,90 %

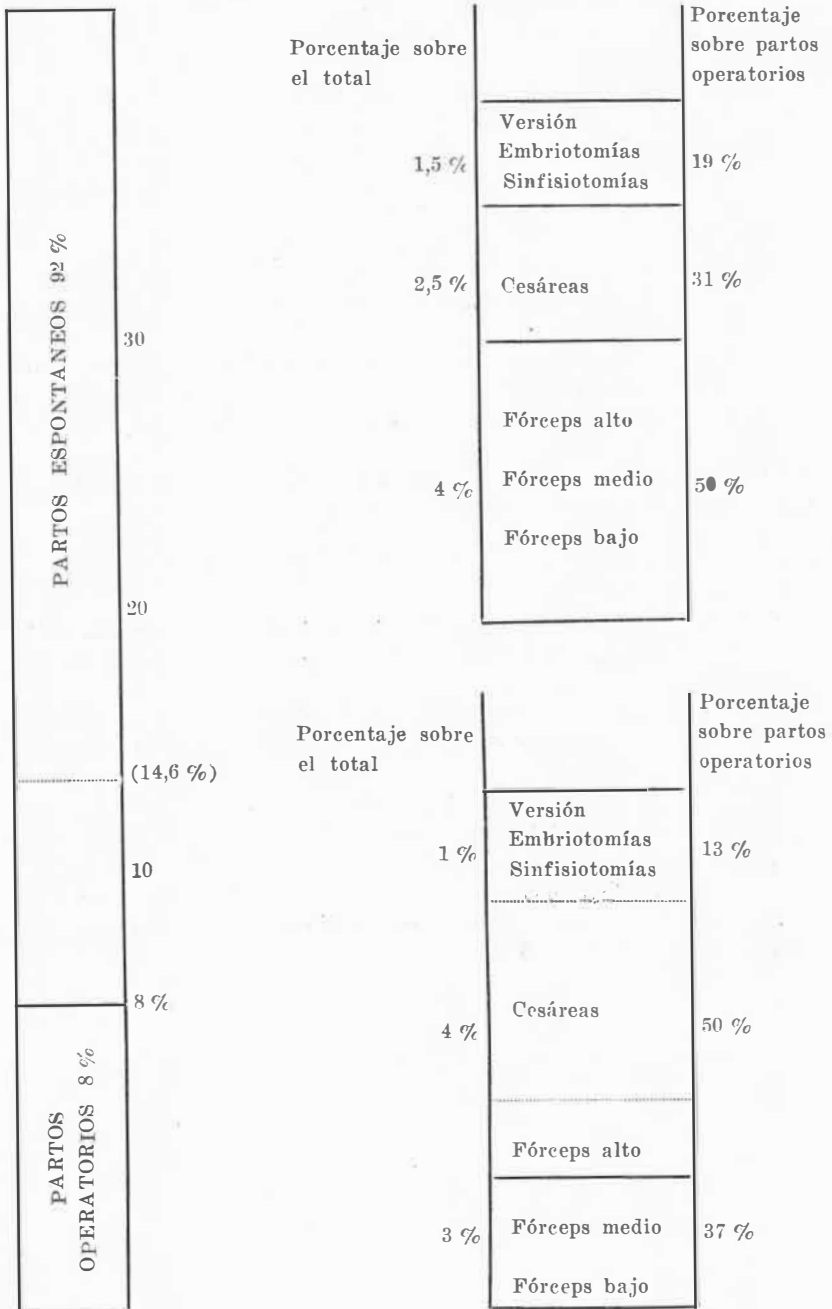
FINLANDIA.

Paavo Vara:			
1926	Cesáreas	1,50 %	Fórceps 6,43 %
1950	"	5,38 %	1,47 %

URUGUAY.

Partos operatorios hospitalarios (1950). Profs. Infantozzi y Rodríguez López en la Maternidad del H. P. Rossell .			
	Cesáreas	2,5 %	Fórceps 4 % Otros 1,50 %
Aguerre (Sanatorio Dr. Luis P. Lenguas):			
1941-50			1,10 %
1954			2,24 %
1955			3,00 %
Rey Vercesi y Giampietro (Sociedad Española) 1944,			
	menos de		3,00 %
Rey Vercesi (Cajas de Asignaciones Familiares) 1954			
			2,20 %

Cuadro 5
EXTENSION DE LA OPERACION CESAREA



BIBLIOGRAFIA

- DE LEE-GREENHILL.—“Principios y práctica de la obstetricia”, tomo II. Trad. O. Carrera y adaptación por R. Carrasco Formiguera de la VIIIª Ed. en inglés. México, 1947.
- NUBIOLA-ZARATE.—“Tratado de obstetricia”, tomo I. Ed. Labor. Barcelona, 1951. (Art. “Operación cesárea” por M. Garriga-Roca.)
- DEXEUS-FONT.—“Tratado de obstetricia”, tomo II. Salvat. Barcelona, 1949.
- EATSMAN.—“Obstetricia de Williams”, 2ª Ed. Trad. de la 10ª Ed. en inglés por O. Carrera. México (UTEHA), 1953.
- PEREZ, M. L.—“Tratado de obstetricia”, Vol. II, 6ª Ed. Buenos Aires, 1951.
- PEREZ, M. L. y ECHEVARRIA, R.—Nuestra experiencia actual de operaciones cesáreas con antibióticos profilácticos. “Obst. y Gin. Lat. Am.”, año VIII, Vol. VIII, agosto 1950.
- PEREZ, M. L.—“La importancia del uso de los antibióticos en cirugía obstétrica”. Ibid. Noviembre-diciembre 1950.
- PEREZ, M. L.—“Indicaciones de la vía alta en obstetricia”. Ibid. Año IX, Vol. IX, setiembre 1950.
- PERALTA RAMOS, A.—En defensa de ciertos objetivos de la obstetricia clásica. “El Día Médico”, año XXII, N° 66. Buenos Aires, 1950.
- BAZAN, J.; URANGA IMAZ, F. A. y SCHIAVO, C. D.—La cesárea en el caso impuro. “Bol. Soc. Obst. y Gin. de Buenos Aires”, N° 402, Vol. XXVII, diciembre 9 de 1948.
- ADEODATO, J. (filho).—“Indicações da via vaginal no parto operatorio”. Relato VIas. Jornadas Brasileñas de Ginecologia y Obstetricia. Rio Janeiro, 1952.
- ONOFRE DE ARAUJO, J.—Indicações da via vaginal no parto operatorio”. 2º relato VIas. Jornadas Brasileñas de Ginecologia y Obstetricia. Rio Janeiro, 1952.
- OTTO CIRNE. “A obstetricia operatoria em face da moderna terapeutica anti-infecciosa”. Relato oficial II Congreso Brasileño de Obstetricia y Ginecologia. Belo Horizonte, 1951.
- ALBERTZ, A.—“La obstetricia operatoria frente a la moderna terapeutica anti-infecciosa”. 2º relato III Congreso Brasileño de Ginecologia y Obstetricia. Belo Horizonte, 1951.

SECCIONAL DE GINECOTOCOLOGIA

Coordinador: *Dr. Hermógenes Alvarez*

Tema: CARCINOMA DEL ENDOMETRIO

Relator: *Dr. Ernesto J. Tarigo*

CONTRIBUCIONES:

Criterio de elección en la técnica a adoptar para la cirugía del carcinoma endometrial.

Dr. Arturo Achard.

El vaciamiento conoideo de Pouey no debe ser desplazado por ninguno de sus pretendidos sustitutos.

Dres. Carlos Stajano y Alfonso Santos Dubra.

Carcinosarcoma uterino.

Dr. José A. Aguerre.

Epitelioma primitivo del endometrio. A propósito de un estudio estadístico sobre 80 casos.

Dres. Guillermo A. Tobler y Gastón Boero.

Nuestra experiencia sobre el carcinoma del cuerpo uterino.

Dr. Manuel B. Rodríguez López.

Contribución al tema Cáncer del endometrio.

Dres. Oriente Ruiz y Ciriaco R. Uribe.

Tratamiento del cáncer del cuerpo uterino.

Dr. Félix E. Leborgne.

DISCUSION.