UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ROTURA UTERINA

TESIS INAUGURAL

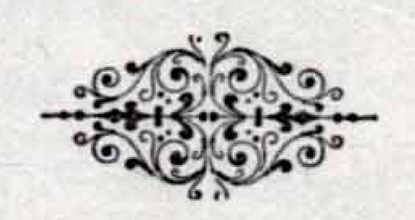
PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

UBALDO FERNÁNDEZ

Jefe de trabajos prácticos en la Maternidad de la Escuela de Parteras
Ex-interno, por concurso de clasificaciones, del Hospital Nacional de Clinicas
Ex-ayudante de la Asistencia Pública

11221



BUENOS AIRES

7815—Imprenta y Encuad. Mariano Moreno, Corrientes, 829

1901

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. JUAN R. FERNÁNDEZ.

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » JACOB DE TEZANOS PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÜEMES.
» » ELISEO CANTÓN.
» » GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
» » EDUARDO WILDE.
» » MARTÍN SPUCH.
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD.
» » EMILIO R. CONI.
» » OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretario Titular

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

Prosecretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa.
Química médica	» Atanasio Quiroga.
Botánica médica	» Martín Spuch
Química Médica	» Pedro N. Arata.
Histología	» Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	» Juan José Naón.
Patología general	» Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Fisiología	» Pedro J. Coronado
Anatomía patológica	» Telémaco Susini.
Bacteriología	» Carlos Malbrán.
Higiene	» Melitón González del Solar
Materia Médica	» Justiniano Ledesma.
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	» Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	» Eduardo Ovejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
Patología externa	» Obdulio Hernández.
Patología interna	» Marcial V. Quiroga.
Clínica Oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
» Médica	» Luis Güemes.
« Epidemiológica	« José Penna.
» Quirúrgica	» Julián Aguilar.
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía.
» Médica	» Francisco Sicardi.
Medicina legal	» Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo.
» Médica	» Gregorio N. Chaves.
» Obstétrica	» Samuel Molina.
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
» Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinaria (hombre)	» Federico Texo
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred.
» Quirúrgica	» Alejandro Castro.
Clínica obstétrica	» Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Zoología Médica		Vacante
Física médica	»	Juan J. Galiano. (En ejercicio)
Química médica	»	Francisco Bosque y Reyes
Botánica médica	»	Lucio Durañona R. S. Kolbe
Química médica	»	Francisco P. Lavalle
Histología	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero Joaquín López Figueroa
Patología general	»	Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutierrez
Fisiología	»	Horacio Piñero
Anatomía patológica	»	José Badía
Bacteriología	»	Vacante
Higiene	»	Enrique Revilla
Materia médica	»	Enrique E, del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto Alfonso Masi
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-Laringológica	«	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura. (En ejercicio)
Clínica dermatológica y sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	»	Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	»	Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo
Clínica neurológica	»	José A. Esteves José A. Semprum
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Clínica médica	»	Vacante
Clínica génito urinaria (hombre)	»	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari
Clínica quirúrgica	»	Vacante
Clínica obstétrica	»	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.....	Dr. Adolfo Mujica.	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia.....	» Miguel Puiggari.	»
Farmacognosia vejetal y animal.....	» Juan A. Boeri.	Juan A. Dominguez
Quimica orgánica aplicada á la Farmacia.....	» Pedro N. Arata.	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	» J. Manuel Irizar.	»
Higiene.....	» Ricardo Schatz.	»
Química analítica toxicológica.	» Atanasio Quiroga.	»
Ensayo y determinación de drogas.....	» J. Manuel Irizar.	»

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica..... Parto distócico y clínica obstétrica.....	Dr. Juan R. Fernández.	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Anatomía, fisiología, patologia.	Dr. León Pereira.	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria, medicina legal.....	» Nicasio Etchepareborda.	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO

Doctor Juan R. Fernández

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

A mis padres

A mi hermano político

José Luis Alonso

A mis hermanos y tíos

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Tengo el honor de presentar á vuestra altísima consideración, la prueba final de mi vida de estudiante.

Tres casos de rotura uterina, uno de los cuales terminó por la curación, han servido de tema á este modesto trabajo que, acogido á la benevolencia de vuestro juicio, va á permitirse llamar la atención sobre algunos puntos interesantes de este formidable accidente del parto.

Guian mi labor, las sabias lecciones de mi distinguido y apreciado maestro de Obstetricia Doctor Juan R. Fernández, á quien pertenecen las tres observaciones clínicas publicadas.

Permitidme aprovechar complacido esta oportunidad para expresarle aquí, á él, mi más sincero agradecimiento, por su ciencia, su bondad y el honor que me hace acompañándome como padrino de esta tesis.

Mi gratitud, que es extensiva, á todos vosotros debe singularizarse también hacia los distinguidos Doctores: Gregorio N. Chaves, Antonio C. Gandolfo, Pedro Lagleyze, Alejandro Posadas, Ignacio Allende, Daniel Cranwell y Teófilo A. Moret, de quienes he tenido el alto honor de ser practicante á mi paso por los hospitales y de quienes he recibido, con inmerecidas pruebas de aprecio, los mejores conocimientos de mi bagaje científico.

INTRODUCCIÓN

La rotura del útero es un accidente de no muy rara observación; ella puede producirse durante el embarazo ó durante el trabajo del parto.

El mayor número de casos pertenece á este segundo grupo, señalándose, por diversos autores, la proporción de un caso en dos mil partos. La estadística de la Maternidad de la Escuela de Parteras da en un total de mil quinientos partos, tres casos, es decir, uno por quinientos, proporción bastante más elevada.

Las roturas uterinas han sido clasificadas etiológicamente en: traumáticas, provocadas y exponta-neas; y anátomo-patológicamente en completas é incompletas.

Solo voy á ocuparme de las roturas exponta-neas completas, durante el trabajo. Charpentier las define así; aquellas que sobrevienen fuera de toda violencia exterior, de toda intervención obs-tétrica de cualquier naturaleza que sea, maniobras ó administración intempestiva de substancias des-

tinadas á provocar la expulsión del feto y que son el resultado de la sola acción de la contracción uterina más ó menos ayudada por causas predisponentes.

Debe señalarse que son las más frecuentes y contra las que el partero debe dirigir todos sus esfuerzos, pues las demás son fácilmente evitables.

Etiología y Patogenia

La etiología de este gravísimo accidente de parto es relativamente extensa y no es raro encontrar varios factores reunidos, en el mismo caso.

Un primer grupo de causas lo constituyen todas las lesiones anátomo-patológicas de la pared del útero grávido que alteran la resistencia y elasticidad normal de sus fibras y que pueden, por sí solas, ser causantes de una rotura del útero en el momento del trabajo. Murphy ha insistido sobre esta causa etiológica creyéndola siempre necesaria, para que el accidente sobrevenga. Hipótesis bien errónea.

Entre estas causas han sido señaladas: la degeneración grasosa, Klobs; un reblandecimiento especial por una metritis gravídica, Murphy; la degeneración fibrosa; la degeneración cancerosa; fibromas parietales; cicatrices de antiguas operaciones cesáreas; la esclerosis del tejido uterino por preñeces repetidas, Doleris y Dupouy.

Indiscutiblemente estas causas pueden predisponer á la rotura del útero, pero han sido encontradas en un pequeño número de casos.

Las malformaciones del útero, los desplazamientos, la anteversión exagerada, el prolapsus, las oblicuidades pronunciadas pueden también ser factores predisponentes á una rotura.

Las roturas expontáneas son mucho más frecuentes en úteros perfectamente conformados, pero que en el momento del trabajo sufren la influencia de otras causas etiológicas más importantes.

Todas las causas de distocia que en el momento del parto impidan la expulsión del feto, prolongando el trabajo y trayendo consecutivamente una mayor energía de las contracciones uterinas expondrá seguramente á una rotura del útero si no se interviene á tiempo haciéndola desaparecer.

Por regla general esto sucede siempre que la relación entre el volumen del feto y la amplitud del canal que debe atravesar, son desproporcionados.

De manera que podemos pasar en revista causas que dependen de la madre ó que dependen del feto. Por parte de la madre debe señalarse en primer término la estrechez pelviana. Algunos autores creen que es sobre todo en las estrecheces medias donde se produce con frecuencia la rotura y la explicación de esta predilección sería la siguiente: en los casos de ligera estrechez, si bien el trabajo es largo, al fin el parto concluye por hacerse escapando el útero á la rotura; en las estrecheces pronunciadas, es raro que el partero, no esté advertido desde el principio del parto, ha-

ciendo entonces una operación cesárea para evitar que la naturaleza la haga más tarde; y es pues en las estrecheces medias, donde se contemporiza, indecisos de intervenir, esperando que al fin se produzca un parto, imposible por los solos esfuerzos de la naturaleza, que la rotura es la consecuencia forzosa.

Charpentier por otra parte señala este hecho importante; en las estrecheces pronunciadas como no hay el menor encaje de parte fetal, el segmento inferior no puede ser comprimido contra la cintura del estrecho superior; en cambio en las estrecheces ligeras, en las que es posible un ligero encajamiento, el segmento inferior, en el momento del trabajo será comprimido fuertemente entre la parte fetal y el estrecho superior, sobre todo al nivel del promontorio y del pubis, ya veremos la importancia de este hecho al tratar el mecanismo de la rotura.

Otras causas maternas han sido señaladas como predisponentes de la rotura entre ellas deben mencionarse: las resistencias al parto presentadas por las partes blandas del canal pelvigenital: estados patológicos del cuello, anatómicos ó funcionales; la presencia de tumores ocupando el área pelviana y otras.

La multiparidad actuaría también como causa predisponente, debido al adelgazamiento pronunciado del segmento inferior en esos casos. Las

roturas serían más frecuentes entre 30 y 40 años, Tarnier.

Decía que el feto puede contribuir á la producción de la rotura; raramente por un volumen exagerado del todo ó una de sus partes, pero mucho más frecuentemente por una presentación viciosa, tronco, por ejemplo, como en una de las observaciones de este trabajo.

Existiendo cualquiera de estas causas de distocia, es necesaria todavía la intervención del principal factor, la causa determinante, la contracción uterina misma, para que la rotura expontánea tenga lugar; con inercia uterina la rotura no puede producirse.

Por otra parte Simpson y Hofmeier relatan casos de rotura expontánea del útero en trabajo en los que no se encontró causa predisponente alguna y en cuyos casos la rotura solo es atribuible á la contracción uterina sola.

Mecanismo de la rotura.—La fisiología del útero en trabajo explica claramente el mecanismo de las roturas expontáneas.

Está bien demostrado que en el momento del trabajo puede considerarse al útero dividido en dos partes de rol muy distinto: una superior activa, cuerpo; y una inferior pasiva, segmento inferior y cuello. Entre estas dos partes forma un límite real el anillo de Bandl.

Sobreviene una contracción; el cuerpo desde el

fondo hasta el anillo de Bandl, se contrae enérgicamente y este último solicitado por las fibras longitudinales del cuerpo que tienden á acortarse más y más asciende tirando del segmento inferior pasivo que se deja distender defendido solo por su elasticidad.

Si una causa cualquiera de distocia se opone á la terminación del parto, presentando un obstáculo á la progresión del feto, las contracciones del cuerpo redoblan en intensidad, el anillo de Bandl asciende sin medida y las paredes del segmento inferior sufren la consecuencia reduciéndose al espesor de una lámina de papel; generalmente esta laminación se hace en un punto limitado debido á la irregularidad con que se efectúa la distención. Por fin, como dice Fritsch, el feto se encuentra encerrado en una cavidad cuyo techo lo forma la musculatura del cuerpo y cuyas paredes laterales están constituídas en totalidad por el segmento inferior; un esfuerzo más y la rotura se produce.

Esta es la teoría más racional del mecanismo de las roturas, enunciada primero por Bandl es hoy sostenida por la mayoría de los autores.

Pero algunos observadores, si bien aceptan este modo de ver, creen fundadamente que es necesario la concurrencia de otros factores especiales que determinarán la rotura en tal ó cual sitio del útero. Asi Barnes sostiene que la alteración del tejido

uterino durante el trabajo no puede ser puesto en duda. Cuando en una estrechez pelviana, de diámetro mediano hay un ligero encajamiento; en el momento del trabajo el tejido uterino (pared del segmento inferior) se encontrará fuertemente comprimido entre la parte fetal y la cintura ósea del estrecho superior; la circulación en ese punto se hace mal, las partes situadas arriba y por debajo del anillo óseo se congestionan; la parte así comprimida se adelgaza, se pone friable, condiciones en extremo ventajosas para que la rotura se produzca.

Ese sería también el mecanismo de producción de simples fístulas, en los casos que el parto llegue á efectuarse antes de la rotura.

Los puntos que más sufren esta compresión son los que se hallan en relación con el promontorio hacia atrás, con el pubis hacia adelante.

Esta compresión obra por otra parte prestando un punto de apoyo fijo á la pared uterina y facilitando más el adelgazamiento á su nivel, hecho al que Barnes da mucha importancia. Compara el útero con un músculo cualquiera y dice: un músculo en contracción raramente desgarra sus fibras en tensión, se desgarra en el punto de inserción ó en el punto sobre el cual tira. El estrecho superior vendría á ser el punto de inserción ó apoyo.

En muchos casos, como lo hace notar Bonnaire

la rotura es tributaria de todos estos mecanismos reunidos.

Señalemos aquí que una condición que favorece mucho la producción del accidente es la rotura de las membranas; el útero se retrae sobre el feto y entonces el codo, el hombro, la rodilla, etc., de este, vienen á servir de cuñas.

Iniciada la desgarradura aumenta de extensión unas veces gradual y progresivamente y otras con rapidez por el pasage brusco del feto á la cavidad peritoneal.

Anatomía patológica

La rotura expontánea completa, durante el trabajo puede producirse en cualquier sitio del útero; cuando depende de una lesión anátomo-patológica de la pared, la rotura se producirá en el sitio lesionado; pero cuando el órgano es sano las roturas tienen predilección por el segmento inferior, lo que queda justificado por lo que hemos dicho al hablar del mecanismo.

En estas roturas expontáneas del segmento inferior, pueden observarse roturas longitudinales como en las observaciones 1ª y 3ª; transversales, como en la 2ª observación; oblicuas y aún en combinación de estas. Las longitudinales, las más frecuentes, se producen obedeciendo á la constitución de la pared del segmento inferior, donde las fibras musculares están dispuestas longitudinalmente; se producen con mas frecuencia del lado izquierdo que del derecho. En las transversales debe intervenir la compresión en cintura del estrecho superior y en este caso la rotura se produce en las caras anterior ó posterior.

Por regla general la rotura es única como en la 2ª observación, pero puede ser múltiple como en el primer caso y es relativamente frecuente encontrar roturas únicas complicadas de desprendimiento más ó menos grande del peritoneo formando hematomas ó desgarrado á su vez como en el caso de la 3ª observación.

Los bordes de la desgarradura expontánea son muy irregulares y casi siempre en las longitudinales sus extremos se prolongan hacia arriba interesando el cuerpo, ó hacia abajo tomando cuello, vagina, vegiga etc.

El feto en caso de rotura completa puede quedar dentro de la cavidad del útero por entero ó en parte, ó pasar por completo á la cavidad peritoneal.

La placenta desprendida ó bien pasa á la cavidad abdomínal ó cae al segmento inferior ó á la vagina.

Asi como el contenido del útero puede pasar al peritoneo, el contenido de este pasa, haciendo hernia á través de la desgarradura, hacia la cavidad uterina y hasta vaginal. (En la observación primera el intestino se había herniado á la cavidad uterina).

Síntomas y Diagnóstico

Las roturas expontáneas del útero en trabajo son, por regla general, precedidas de algunos síntomas premonitores que pueden revelar la inminencia de la rotura y su constatación por parte del partero tiene una importancia considerable, dado que por una intervención oportuna puede aún evitarse que se produzca este formidable accidente del parto.

Dührssen señala que en el curso del trabajo un aumento de la frecuencia del pulso que es al mismo tiempo débil y pequeño y que se acompaña de ligero movimiento febril, es ya bastante sospechoso como fenómeno premonitor de la rotura.

La reaparición de contracciones intensas después de un periodo de relativa calma, seguidas muchas veces de pérdida sanguínea notablemente negra, debe tenerse también muy en cuenta.

Hay además un dolor expontáneo por encima del pubis, dolor que la presión exagera lo mismo que los menores desplazamientos que se le imprimen á la matriz; persiste en el intervalo de

las contracciones y depende del adelgazamiento de la pared del segmento inferior.

La observación prolija del estado del segmento inferior nos va á dar datos mucho más seguros é interesantes.

La comprobación de una ascensión del anillo de Bandl por encima de cuatro traveses de dedos por arriba del pubis, es señalado por la mayoría de los autores como uno de los síntomas de inminencia de rotura. Signo de Bandl.

En este caso el segmento inferior se encuentra distendido patológicamente y en las condiciones más favorables para que se produzca el accidente.

El anillo de Bandl se palpa con relativa facilidad á través de la pared abdominal y por encima del anillo se encuentra el cuerpo del útero en contracción intensa y envolviendo al feto en una extensión pequeña; da la sensación de un tumor duro y no se puede palpar á ese nivel parte fetal alguna; en cambio hacia abajo y las partes laterales, el segmento inferior distendido permite con toda facilidad reconocer las partes del feto.

En realidad, el diagnóstico de inminencia de rotura es difícil formularlo; pero siempre que el tocólogo compruebe la existencia de alguno de los síntomas enumerados, en el transcurso de un parto distócico cualquiera, sobre todo la ascensión

desmesurada del anillo de Bandl con contracciones enérgicas debe intervenir en el más breve plazo terminando el parto.

Si la rotura se produce, el cortejo sintomático que le acompaña pone fácilmente sobre la vía del diagnóstico.

Al iniciarse la rotura, la enferma siente un dolor intenso en el vientre, sensación de desgarradura, movimientos bruscos del feto. Enseguida sobrevienen síntomas de colapsus tributario de la hemorragia interna y á veces externa, y del shoc, y los dolores desaparecen más ó menos.

Estos dos últimos síntomas, colapsus y desaparición de dolores, con la movilidad que adquiere la parte fetal que se presenta forman la triada sintomática descripta por todos los autores como característica de rotura uterina.

En realidad estos síntomas son muy frecuentemente observados, pero es necesario hacer un examen prolijo de ellos, porque presentan muchas modalidades y por otra parte el primero y el segundo no siempre existen.

Fritsch en estos últimos tiempos ha señalado con justa razón, que muchas veces la rotura del útero se había producido y sin embargo las contracciones dolorosas persistian; eso es lo que ha sido observado en la observación 3ª.

Fritsch cree que mientras la desgarradura se produce, los nervios interesados son excitados vi-

vamente, despertando entonces la actividad uterina; si los dolores desaparecieran desde el principio de la rotura, esto sería favorable á evitar su extensión gradual y su aumento progresivo.

Lo que debe tenerse como hecho cierto es que en los casos de rotura, que el feto queda en todo ó en parte en la cavidad uterina, los dolores continuarán por cierto tiempo, mientras que cuando el feto pasa por completo á la cavidad peritoneal, los dolores desaparecen rápidamente. (1ª y 2ª observación)

Resulta entonces que no se debe esperar á la desaparición de los dolores para hacer el diagnóstico, de rotura uterina; ésta puede existir con contracciones dolorosas más ó menos intensas.

Sobre el síntoma colapsus, merece tambien que haga algunos comentarios, porque no es tan constante como hasta ahora se ha creído.

El colapsus se manifiesta por una palidez marcada de la piel y mucosas, respiración superficial y disneica, sudores fríos, pérdida de la palabra, de la inteligencía, mareos, taquicardia con pulso debil, pequeño, síncopes, lipotimias, náuseas, vómitos etc., en una palabra, los síntomas de una hemorragia y traumatismo grave.

El colapsus depende del shoc, fenómeno nervioso no bien caracterizado todavía y sobre todo de la hemorragia.

Pero la hemorragia no siempre es fatal en la

rotura uterina, depende del lugar de su producción, de la riqueza de vasos del útero á ese nivel y de otras circunstancias, que enumeraremos enseguida.

Las roturas longitudinales se acompañan con frecuencia de hemorragias importantes por la extensión que adquieren y la cantidad de vasos transversales que pueden lesionar; lo mismo sucede en las transversales extensas. En estos casos naturalmente, los síntomas de colapsus aparecerán en poco tiempo.

Pero hay roturas extensas de la pared uterina que se acompañan de poca hemorragia y á este respecto es interesante la primera observación de este trabajo, en cuyo caso no obstante haberse producido la rotura, aproximadamente nueve horas antes de ingresar á la Maternidad, á estar á los antecedentes, tenía en el momento del examen 84 pulsaciones y hasta el momento de su muerte no pasó de 98 pulsaciones. Y en esta enferma había una desgarradura en la cara anterior de la matriz que se extendía desde el borde del orificio externo hasta la parte inferior del cuerpo.

Otras veces el feto es expulsado bruscamente á la cavidad abdominal, el útero se retrae con rapidez y la hemorrágia es entonces pequeña.

La hemorragia puede ser interna y externa; por la cantidad de sangre perdida por los órganos genitales externos, no debe juzgarse de su

importancia pues muchas veces por circunstancias especiales, por ejemplo, una parte fetal sirviendo de tapón en el cuello, impide su derrame al exterior. Es seguramente lo que pasaba en la observación 3ª, la hemorragia externa no existía, por lo menos mientras se le observó en la Maternidad y en esta enferma el brazo izquierdo estaba proscidente en la vagina y es probable que sirviera de tapón.

La palpación del vientre de la enferma es muy dolorosa, sobre todo, hacia abajo y se despiertan dolores intensos al menor desplazamiento que se le imprima lateralmente á la matriz.

Puede sentirse al hacer la palpación un ruido hidroaérico como en la segunda observación; y á veces crepitación característica de enfisema, especialmente por encima del pubis.

Si el feto permanece en la cavidad del útero después de la rotura, la palpación no revela nada de especial. Pero en el caso más frecuente, cuando el feto pasa á la cavidad peritoneal en todo ó en parte, la palpación permite distinguir frecuentemente dos tumores: el útero en contracción más ó menos pronunciada y con sus caracteres comunes alojado inferiormente: y hacia arriba un tumor irregular, movible, que á veces deja reconocer con facilidad las partes fetales que se sienten entonces muy superficiales, debajo mismo de la mano que palpa.

Cada caso da síntomas palpatorios particulares en armonía con la posición y relaciones que guardan entre si el útero y el feto.

La auscultación es negativa, el feto muere casi siempre en breve plazo.

El tacto da interesantes datos: la parte fetal que se presenta antes fija sin permitir el menor movimiento, ha adquirido al producirse la rotura una movilidad muy exagerada, ascendiendo hacia la cavidad abdominal y dejando más amplitud á la mano que explora.

Si el feto ha pasado por completo á la cavidad peritoneal, la mano introducida en el útero puede constatar la desgarradura.

Una mano de fino tacto es necesaria entonces para darse exacta cuenta de lo que se toca; el mismo Tarnier, inconscientemente, á través de una ámplia desgarradura llegó, buscando ésta, á tocar el borde inferior del hígado.

De lo dicho se desprende que el diagnóstico raramente es difícil en los casos de rotura expontánea completa.

El partero deberá preocuparse al hacer su diagnóstico de si la desgarradura no estará complicada de rotura de la vejiga, hernia de intestinos, probalidades de la existencia de infección etc., pero dado el tratamiento que me permito aconsejar para todos los casos, éste diagnóstico de las com-

plicaciones, no tiene mayor importancia el hacerlo de antemano.

El pronóstico es generalmente grave para la madre y fatal para el feto.

El pronóstico para la madre mejoraría á mi modo de ver, si en todos los casos de rotura expontánea completa, se empleara el tratamiento que voy á aconsejar en seguida.

Antes de la era antiséptica, según Jolly el porcentaje de curas era de 17 % y después de ella ha sido según Merz de 34 %.

Tratamiento

Voy á pasar en revista, prímeramente, los tratamientos empleados hasta hoy por los tocólogos y la conducta más aconsejada actualmente para cada caso en particular.

Dejaré para el final, á propósito del tratamiento que voy á permitírme recomendar, lo que se refiere al tratamiento del estado general de la enferma debido á la hemorragia y al shoc.

Antiguamente, en la era preantiséptica, las roturas uterinas, poco conocidas, eran tratadas por tres medios: la espectación, la extracción por las vías naturales y la laparotomía!

La expectación daba pésimos resultados, y solo queda justificada, como que era la revelación de la impotencia del partero enfrente del temible accidente.

Más tarde se recurrió á la extracción del feto por las vías naturales, dejando curar después la rotura, expontáneamente y las estadísticas mejoraron en el porcentaje de éxitos. Pero ineficaz aún este tratamiento, se recurrió á la laparotomía;

la que dió algunas curaciones, empezando á ser el tratamiento de elección.

Llegó la era de la antisepsia y con ella cambiaron las ideas sostenidas hasta entonces.

Con la antisepsia aparecieron otros medios más sencillos que la laparotomía y que le disputaron su supremacia; cuando debía haber sucedido lo contrario, la antisepsia era la columna más fuerte en que podía haberse apoyado la laparotomía.

Las inyecciones, el drenaje, el taponamiento entraron rápidamente en el tratamiento de las roturas del útero y hasta hoy son preconizados por algunos autores.

Actualmente los tocólogos hacen derivar el tratamiento de las circunstancias encontradas en cada caso. Todos están contestes en que es necesario intervenir estrayendo el feto. Cómo?.

Dos vías pueden seguirse: por las vías naturales ó por la laparotomía.

Cuando el feto permanece por completo en la cavidad del útero debe recurrirse á su extracción por las vías naturales, empleando una intervención de acuerdo con los obstáculos á vencer: forceps, versión, basiotripsia, decolación, sinfisistomía, etc., de acuerdo con las indicaciones generales de la obstetricia.

Si el feto ha pasado en parte á la cavidad abdominal y que la abertura de la desgarradura no está muy retraída sobre el feto, también debe

intentarse su extracción por las vías naturales; si la desgarradura está muy retraída, lo que dificultaría la extracción, debe recurrirse á la laparotomía.

Si el feto ha pasado por completo á la cavidad peritoneal, el único tratamiento posible es la laparotomía.

Cuando el feto ha sido extraído por las vías naturales, los tramientos consecutivos aconsejados por los parteros son los siguientes: el drenaje, las inyecciones antisépticas, el taponamiento, sutura de la desgarradura por la vagina y la laparotomía, post-partum.

El drenage fué el primer paso dado con la antisepsia en el tratamiento de las roturas del útero. Empleado por primera vez por Braun en 1874 fué adoptado más tarde por los tocólogos y con él obtuvieron algunos éxitos; más tarde ha ido perdiendo terreno y actualmente está completamente abandonado.

Según la práctica de Frommel, el método consistía en hacer, después de extraído el feto, un lavaje del peritoneo á través de la rotura con una solución caliente de ácido fénico al 2 %; luego se introducía un tubo que pasara la rotura, penetrando en la cavidad peritoneal 2 ó 3 centímetros; este drenaje se dejaba hasta que no hubiera pérdida alguna por él. Al mismo tiempo se administraba opio á la enferma y sobre su vientre se hacían aplicaciones de hielo.

Más tarde el método sufrió pequeñas variantes, que no alteraban su fundamento, pero como decía terminó por ser abandonado.

Las inyecciones antisépticas aparecen entonces valorizadas por dos casos de curación obtenidos por Tarnier y Pajot en 1883 y 84 respectivamente.

Las inyecciones se hacían intrauterinas teniendo cuidado de no hacer pasar líquido á la cavidad peritoneal y empleando soluciones antisépticas de bicloruro de mercurio al 1 por 5000.

El método ha dado algunos resultados, sin embargo hoy ha perdido ya mucho terreno y solo es empleado en casos muy especiales.

A los medios enumerados sucede el taponamiento introducido en la práctica por Dürhssen. Consiste según descripción de Tarnier en lo siguiente. "Después de un toilette vulvar y una inyección antiséptica vaginal, se pone en descubierto el cuello uterino por medio de valvas de Sims, se toman los dos labios con pinzas de Museux y se desciende el útero, combinando las tracciones á la presión ejercida sobre el fondo del útero por la pared abdominal. El cuello y el segmento inferior del útero pueden ser entonces examinados en su mayor extensión. Se explora la solución de continuidad del útero y á necesidad se ponen pinzas hemostáticas sobre las arterias que sangren, pero es raro que esto sea necesario. Se toma entonces con una pinza los bordes

de la desgarradura y se hace una toilette minuciosa con pequeños tapones de algodón hidrófilo mojados en la solución de sublimado. Si se ve derramar sangre por la herida uterina, cuando se la entreabre es porque hay un derrame sanguíneo intra ó subperitoneal: en este caso será útil hacer por la herida una inyección con agua esterilizada salada, ó mejor de ácido bórico, con el fin de arrastrar la sangre derramada y los coágulos.

Se procede enseguida al taponamiento del útero. A este fin, se introduce hasta el fondo del órgano una primera mecha de gasa yodoformada de diez centímetros de ancho, cuyo extremo inferior quede en la vagina; después á través de la herida uterina, se desliza una segunda mecha de gasa que va á perderse hasta cierta distancia en la profundidad, sea en el peritoneo, en el ligamento ancho según que la rotura es intra ó extraperitoneal. Hecho esto se sacan las pinzas de fijación y se llena el cuello de gasa lo mismo que la vagina. Se pone en fin un vendaje abdominal compresivo, con el fin de fijar el útero y de mantenerlo descendido. Desde entonces los dos labios de la rotura uterina no dan más sangre y si no ha pasado algún principio séptico al peritoneo, la cura podrá obtenerse.

Al cabo de 24 ó 48 horas según la abundancia de la pérdida se renovará el tapón yodoformado vaginal, pero se mantendrá por más tiempo el del

útero. La gasa contenida en este órgano realiza el drenaje y la antisepsia; asegura igualmente la inmovilización".

Dürhssen insiste que debe taponarse también la cavidad peritoneal á través de la desgarradura, lo más alto que se pueda.

Con pequeñas variantes este método fué empleado como tratamiento en la observación primera, obteniéndose el resultado que puede verse en su historia.

Sin embargo algunos tocólogos han obtenido con él algunos éxitos.

A este tratamiento se ha querido asociar la sutura, por la vagina, de la desgarradura; como se comprende, aunque bueno en principio es un tratamiento de difícil ejecución y que muchas veces no puede ponerse en práctica.

Queda por último la laparotomía inmediata como vía de extraer el feto y conjurar, en la medida de lo posible, todo los peligros y accidentes.

La mayoría de los autores indican este medio de tratamiento para un reducido número de casos, aquellos en que el feto ha pasado por completo á la cavidad peritoneal y que su extracción por las vías naturales es imposible.

Una vez extraído el feto, placenta, coágulos, etc., dos caminos pueden seguirse para tratar la rotura misma y sus complicaciones, ellos son: la sutura de la pared uterina desgarrada, en los

casos de rotura única ó poco numerosas: y la operación de Porro, en los casos que el útero presenta innumerables roturas ó que se quiere evitar con su extirpación una infección grave.

La técnica de estas intervenciones no tiene nada de especial y son por otra parte conocidas de todos.

En la enferma de la observación 2ª el tratamiento empleado fué precisamente, laparotomía y operación de Porro; en su historia puede verse que terminó por la muerte á las 8 horas de operada.

Pues bien, á mi juicio y siguiendo en esto las ideas de mi ilustrado maestro el Dr. Juan R. Fernández, en todos los casos de rotura del útero expontánea y completa, se encuentre el feto en el útero ó en la cavidad peritoneal, el tratamiento de elección debe ser siempre la laparotomía como vía de extraer el feto y en cuanto á la rotura misma debe ser tratada por la sutura, abandonando por completo la operación de Porro.

Es con este tratamiento que se ha obtenido el satisfactorio éxito de la 3ª observación, cuya enferma terminó por la curación completa.

En apoyo de estas ideas señalemos los siguientes hechos por demás justificadores.

Por regla general en todos los casos de rotura del útero, es en extremo necesario actuar con la mayor rapidez para conjurar sus dos mayores

peligros, la hemorragia y la infección. Qué medio más rápido y seguro puede emplearse que la laparotomía?

Ella permite extraer el feto con la mayor rapidez, cualquiera que sean las circunstancias en que se ha producido la rotura (estrechez pelviana; presentación viciosa, volumen exagerado del feto, etc., etc.,) vale decir, economiza el tiempo á emplear para hacer un diagnóstico completo, suprimiendo todas las dificultades para extraer el feto.

Pone en manos del cirujano y á su vista las lesiones producidas en el útero causantes de la hemorragia y el tocólogo no puede encontrarse entonces en condiciones más favorables para conjurarla.

La menor lesión que complique la rotura puede ser reconocida con todo detalle y tratada en consecuencia.

La cavidad peritoneal ocupada generalmente por coágulos, sangre, líquido amniótico, unto sebáceo, meconio,.... es susceptible de una toilette perfecta, pudiéndese extraer hasta la menor partícula, capaz de producir, si allí se le abandona, una peritonitis mortal.

En una palabra, el cirujano puede actuar en breve tiempo sobre todas las lesiones producidas y está en sus manos el tratamiento consecutivo, sin olvidar ningún detalle. La luz se hace plena.

En cambio en la intervención por las vías natu-

rales aconsejada en muchos casos de rotura completa, los obstáculos son ó veces invencibles; la extracción del feto se halla dificultada por una estrechez pelviana, una presentación de tronco, etc., etc., que siempre requieren operaciones largas y complicadas y que no siempre dan resultado; se pierde un tiempo precioso.

Esto cuando el feto está todavía en el útero, qué sucederá cuando ha pasado una parte á la cavidad peritoneal, que la desgarradura se ha retraído sobre el feto y que la menor tracción la hará aumentar en extensión al doble?

Pero admitamos todavía, después de lo dicho, que el partero consigue, sin mayores contratiempos, extraer el feto y hacer el alumbramiento, fuente también de dificultades.

El tocólogo queda todavía casi á obscuras de lo que pasa en el útero y su medio; es impotente á veces contra la hemorragia, desconoce las complicaciones; la toilette del peritoneo es en extremo dificultosa é imperfecta.

Vale decir, se pierde mucho tiempo, el partero queda en la duda sino habrá quedado algo por hacer, quizá á veces sólo ligar un vaso que producirá poco después la muerte y todo por el desconocimiento de las circunstancias en que se obra.

Se ha dicho que la laparotomía era una operación grave que la parturienta debilitada en extremo, en la mayoría de los casos no podría sufrir sin sucumbír.

Pero, acaso son menos graves las intervenciones por las vías naturales? El sólo hecho de ser largas y que no siempre dan el resultado buscado las pone en condiciones muy desfavorables.

Que para hacer una laparotomía la antisepsia tiene que ser más rigurosa. No creo que en antisepsia haya grados, en todos los casos debe serse igualmente prolijo.

Creo que la enumeración de estos hechos, es más que suficiente para justificar lo que aconsejo.

Respecto del tratamiento de la rotura misma, que la laparotomía á puesto bajo nuestros ojos, decía que el tratamiento de elección debe ser la sutura de la ó las desgarraduras.

La operación de Porro, que en verdad tiene su indicación en los casos de desgarraduras múltiples, debe ser abandonada, porque la extracción del útero aumenta grandemente los fenómenos de shoc á que se halla ya sometida la enferma, y los beneficios son entonces muy problemáticos.

Para terminar y como resumen de lo dicho voy á hacer una descripción de la conducta á observar pues, en todos los casos de rotura del útero, expontánea y completa, durante el trabajo.

Hecho el diagnóstico de rotura, mientras el cirujano prepara rápidamente la intervención; un ayudante debe preocuparse del estado general de la enferma.

Recomiendo que haga inmediatamente una in-

yección de suero gelatinado y otra de ergotina (sin peligro, aún con útero ocupado, puesto que enseguida se va á intervenir por la laparotomía), inyecciones de estimulantes generales: cafeina, éter, cognac, etc,; hipodermoclisis de suero artificial, las que serán repetidas en dósis masivas siempre que sea necesario.

El cirujano hace la laparotomía mediana, conduciéndose como en general; extrae el feto y placenta y procede á hacer la toilette de la cavidad peritoneal extrayendo coágulos, líquido amniótico, etc., lo que facilitará ver claro las lesiones á tratar.

Hace entonces la sutura ó suturas necesarias según las desgarraduras; la sutura debe hacerse con catgut; luego trata las complicaciones—si es que alguna de ellas, por su importancia, no ha llamado primeramente la atención del cirujano.

Como complemento y como medio de combatir una probable peritonitis puede, ó mejor, debe hacerse un lavaje de la cavidad peritoneal con agua tibia estéril ó ligeramente salada.

Se procederá por fin á la sutura de la pared abdominal, la que en algunos casos puede ser incompleta para dar paso á un drenaje Mickulicks.

Creo que este esbozo de tratamiento agregado á las indicaciones secundarias de cada caso en particular, es lo más racional á emplear contra las roturas completas y expontáneas.

No tiene por otra parte contra-indicación especial.

OBSERVACIÓN I

MATERNIDAD DE LA ESCUELA DE PARTERAS

Director: Dr. Juan R. Fernández

Jefe de clínica: Dr. Diego B. Scotto

Mayo 3 de 1898.—María G., italiana, 24 años, casada, costurera.

Antecedentes hereditarios: los padres viven y son sanos; tiene cuatro hermanos vivos y sanos.

Antecedentes fisiológicos: empezó á caminar á los 12 meses, primera menstruación á los 13 años; la menstruación es regular, dura 3 á 5 días.

Antecedentes patológicos: ninguno.

Embarazo y partos anteriores: ha tenido dos embarazos ambos terminados por partos prematuros, el primero de siete meses con feto muerto y el segundo de ocho meses, el niño muere á los 5 días.

Datos que se han podido recojer del parto: principio del trabajo, Mayo 3 á las 8 a. m. (en el público); rotura de las membranas á las 11.30 a. m. del mismo día. A la 1 p. m. sintió un dolor intenso en el vientre y el feto se movió con violencia; desaparecieron los latidos fetales; poco después interviene un médico haciéndole tres aplicaciones de for-

ceps sin resultado; en una aplicación el forceps escapa trayendo entre sus ramas la placenta, ligan y seccionan el cordón y en ese estado es traída á la Maternidad.

Ingresa al servicio á las 10 p. m.—Mayo 3.—Previa desinfección se encuentra al tacto una rotura de la vagina, pared anterior hacia la derecha; en el fondo de la rotura se encuentran masas intestinales; hay una estrechez pelviana de 7 centímetros y medio; se hace cateterismo vesical y no da orinas; se siente el vértice móvil en el estrecho superior.

Por la palpación el feto parece estar en la cavidad peritoneal entre los intestinos.

Se decide hacer una basiotripsia, pero después de perforar el craneo del feto, se hace una aplicación de forceps sin resultado; se recurre después á la versión podálica interna; mientras se interviene se desprenden gases fétidos; el timpanismo es enorme; el feto es extraído siendo las 2 y 20 a. m. del día 4.

El feto está muerto y macerado.

Al querer hacer el alumbramiento artificialmente (pues no se sabía que había sido extraida en el público) se comprueba la existencia de la rotura uterina.

Se le hace un taponamiento que comprende el lugar de la rotura, útero y vagina.

Cuando la enferma ingresó al servicio tenía (11 p. m.) 36°6 de temperatura; 84 pulsaciones y 48 respiraciones.

Después de la intervención Mayo 4 — 6 a. m. Temperatura 34°2 — pulso 96 — respiraciones 48; á las 9 a. m. temp. 35°4 — pulso 98 — resp. 45 —; á las 12 m. temp. 36° — pulso 80 — resp- 48; á las 3 p. m. temp. 36°2.

A las 3 y 45 p. m. la enferma muere.

Diagnóstico. — Rotura uterina. — Tratamiento: extracción del feto por las vías naturales, taponamiento y drenaje. — Resultado: muerte.

Resultado de la Autopsia

Obducente: T. Piccardo

N° 49. — El 5 de Mayo de 1898 — Maternidad E. de P.

María G. — Fallecida el 4 de Mayo á las 3 y 45 p. m.

Diagnóstico clínico. — Rotura uterina; peritonitis fibrino-purulenta.

Diagnóstico anatómico. — Peritonitis aguda febrino-purulenta; rotura del útero y vegiga; estrechez pelviana.

Panículo adiposo conservado; rigidez cadavérica persistente. Ambos miembros inferiores presentan sus fémures con una incurvación acentuada antero-externa.

Abdomen. — Se presenta sumamente abovedado, Abriendo la cavidad peritoneal salen gases y lí-

quido purulento espeso, acumulado en las partes declives. Tanto la hoja parietal, como la visceral de la serosa están tapizadas por un exudado fibrino-purulento que aglutina las masas intestinales.

El útero está aumentado de volumen, alcanzando el tamaño de un huevo de avestruz; se encuentra inclinado hacia la derecha; á la presión se nota que está muy disminuida su consistencia, es fláxido.

En la cara anterior y hacia la izquierda existe una perforación que se extiende desde el borde anterior del cuello, hasta la parte inferior del cuerpo, perforación cuyos bordes son muy irregulares y que hace comunicar la cavidad vagi-nal con la peritoneal.

En la parte posterior de la vejiga, en la parte que corresponde á la rotura uterina, existe otra perforación ámplia que ocupa casi toda la cara posterior; sus bordes son también irregulares. La pelvis es estrecha, alcanzando el diámetro promonto-pubiano á 7 centímetros y 2 milímetros.

OBSERVACIÓN II

MATERNIDAD DE LA ESCUELA DE PARTERAS

Director: Dr. Juan R. Fernández

Jefe de Clínica: Dr. Arturo R. Enriquez

13 de Noviembre 1899. Rosa G, española 35 años, casada.

Ingresa al servicio á las 3 y30 p. m. Ha estado en trabajo de parto desde el 9 á la noche; después de examinarla una partera, la ven tres médicos, uno de los cuales le receta 3 gramos de cornezuelo de centeno, el 13 por la mañana. A la una del mismo día, la enferma siente un dolor agudo dentro del vientre ,y como si le desgarrase algo dentro; este dolor se acompaña de una gran hemorragia y después de este accidente cesan completamente los dolores.

Inmediatamente de ingresar al servicio se nota la falta de pulso en ambas radiales, el corazón late débilmente, la enferma no puede expresarse claramente; está casi afónica; tiene mucha disnea.

Haciéndole el tacto se encuentra dilatación casi completa, bolsa no se siente, vértice bastante arriba.

Por la palpación se siente el vértice y los miembros tan superficiales como si estuvieran inmediatamente debajo de la pared abdominal.

La cabeza desborda del pubis; al lado del feto se encuentra un tumor globuloso, separado de él y con los caracteres de la matriz retraida; además se siente un ruido hidroaérico.

Al mismo tiempo que se practica este examen se procura levantar el pulso con inyecciones de cafeina, éter, cognac, etc. y una hipodermoclisis de 400 c c. de suero artificial

Se decide intervenir practicando la laparotomía; enseguida de abrir la pared abdominal se encuentra el feto que junto con la placenta están en la cavidad peritoneal. El útero está hacia la derecha en estado de contracción; presenta una rotura transversa al nivel del tercio inferior, que ocupa todo el ancho de la cara anterior.

Extraido el feto y placenta se practica la operación de Porro. Se hace la toilette peritoneal. Se deja un drenage Mickulicks.

Se le hace una nueva hipodermoclisis de 500 cc. de suero artificial.

A las 12 p. m., la enferma muere. Nov. 13.

En la autopsia se encuentra una peritonitis fibrino-purulenta.

OBSERVACIÓN III

MATERNIDAD DE LA ESCUELA DE PARTERAS

Director Dr. Juan R. Fernandez.

Jefe de clínica: Dr. Arturo R. Enriquez.

Diagnóstico: Rotura uterina; tratamiento: laparotomia y sutura de la rotura; resultado: curación. Operador doctor Juan R. Fernández.

(Caso presentado á la Sociedad Médica Argentina por el doctor A. R. Enriquez.)

El 18 de Agosto de 1900 á las 6 y 30 a. m. ingresó á la Maternidad la enferma Celestina J., italiana, de 24 años de edad.

Ha tenido tres partos anteriores: el primero en Italia á los 21 años, con presentación de tronco, feto muerto; el segundo con presentación de vértice, feto vivo y el tercero el año pasado en Septiembre en esta Maternidad, también con presentación de tronco; se le hizo versión podálica interna, extrayéndose un feto vivo.

Antecedentes patológicos: ha sido siempre sana.

La enferma ingresa en trabajo de parto; este databa de las 12 de la noche y las membranas habían sido rotas precozmente á las 3 a. m.; los dolores habían sido bastante enérgicos y á intervalos regulares, pero la partera que la asistía viendo que el trabajo se prolongaba, le administró una taza de

café con unos polvos (cornezuelo? quinina?); los dolores se hicieron entonces muy intensos.

Examinada la enferma al ingresar á este servicio se encuentra: palidez general pronunciada, disnea intensa, pulso de poca tensión, frecuente al rededor de 130 pulsaciones por minuto; temperatura 36°.8.

A la inspección del vientre se nota como que hubiera en su interior dos tumores, separados al nivel del ombligo por un surco. No hay pérdida de sangre por los órganos genitales.

La enferma acusa dolores á intervalos. Por la palpación se nota en el vientre dos tumores; uno redondeado, liso y duro que llegaba á un través de dedo por encima del ombligo; el otro ocupaba el epigastrio, era irregular y daba la sensación clara de extremidades fetales; la pared abdominal delgada facilita la exploración. No hay latidos fetales.

Al tacto se encuentra la vagina ocupada por la placenta y por el miembro superior izquierdo del feto. En el cuello hay una desgarradura en la parte superior é izquierda que se continúa hacia el cuerpo de la matriz.

Con estos datos no se podía pensar sino en una rotura completa de la matriz. Se decide practicar la laparotomía.

Abierto el vientre se encuentra el feto casi en totalidad en la cavidad peritoneal; únicamente la cabeza y el brazo izquierdo permanecían dentro de la cavidad del útero. Se extrae el feto y la placenta caída á la vagina.

El útero presentaba una desgarradura en la cara anterior y hacia la izquierda, que se extendía desde la inserción vaginal hasta el fondo de la matriz. El peritoneo había sido desprendido del útero en la parte lateral izquierda tomando el ligamento ancho que también está desgarrado y terminándose en la cara posterior, lado izquierdo, por una gran desgarradura de 10 á 12 centímetros de extensión. Hay varios hematomas subperitoneales pequeños.

Se procede á hacer la sutura del útero, en la desgarradura; se practica la sutura haciendo tres planos; dos de músculo y uno tomando músculo uterino y peritoneo visceral.

Luego se sutura la desgarradura del ligamento ancho, ligándose la arteria ovárica que estaba desgarrada al nivel de su anastomosis con la uterina; por último se sutura la desgarradura del peritoneo en la cara posterior del útero.

Todas las suturas se hacen con catgut; lo mismo los dos primeros planos de la sutura de la pared abdominal; la piel se sutura con crín.

Durante la intervención un ayudante hace una hipodermoclisis de 500 c. c. de suero artificial. Terminada la operación, como el pulso era casi imperceptible se le hace otra hipodermoclisis de 750 c. c.

Al día siguiente de la intervención se le dan 15 gotas de digitalina á la mañana y otras 15 gotas á la tarde.

Día 20 se le administra un purgante de calomel.

A los 15 días de operada se sacan los puntos de la piel; cuatro después se levanta y tres más tarde sale de alta del servicio completamente sana.

Por temperatura, pulso y respiración véase cuadro adjunto:

Temperatura, pulso y respiración cada 6 horas

Dia	*T.*	*P.*	*R.*	*Dia*	*T.*	*P.*	*R.*
1º	36°	156	42	7º	38°	104	29
	38°	152	45		37°4	100	26
	37°9	156	40	8º	37°8	100	29
2º	38°1	148	37		38°2	102	28
	38°2	148	35		38°3	104	28
	38°2	128	35		37°8	104	26
	38°1	148	44	9º	37°4	96	23
3º	38°3	138	40		37°7	100	24
	38°5	132	34		37°9	100	24
	38°7	124	33		37°3	85	20
	38°	124	35	10º	37°3	96	24
4º	38°	108	31		37°5	96	24
	37°7	100	31		37°8	100	22
	37°4	98	28		37°1	90	21
	37°3	98	28	11º	37°5	92	24
5º	37°	100	32		37°8	92	26
	38°4	106	33		37°5	90	24
	37°6	108	30		37°1	84	22
	37°9	104	28	12º	37°2	90	22
6º	38°	110	28		37°2	92	24
	38°	108	28		37°	88	21
	38°6	109	29		37°	76	21
	37°5	112	30	13º	37°1	90	21
7º	37°8	108	28		36°9	70	25
	38°1	106	28		37°	66	28

Octubre de 1901.

UBALDO FERNÁNDEZ.

Buenos Aires, Octubre 21 de 1901.

Nómbrase á los señores Académico Dr. Jacob de Tezanos Pinto, Profesor Titular Dr. Samuel Molina y Profesor Suplente Dr. Fanor Velarde para que constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. R. Fernández.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Octubre 28 de 1901.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Sr. Ubaldo Fernández.

« En el local de la Facultad á 28 de Octubre de
« 1901, reunida la Comisión que suscribe encarga-
« da de dictaminar respecto de la admisibilidad de
« la tesis del ex-alumno Sr. Ubaldo Fernández que

« versa sobre « Rotura uterina », resolvieron ad-
« mitirla. Con lo que terminó el acto.—(Firmado):
« J. T. PINTO, S. MOLINA, F. VELARDE.—*Carlos*
« *Robertson*, prosecretario»

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Octubre 28 de 1901.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. R. FERNÁNDEZ.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Cuando una embarazada hace su parto con una vaginitis con leucorrea más ó menos abundante, el partero debe abstenerse, durante el puerperio, de hacer inyecciones vaginales, con lo que evitará producir una infección.

II

En el mecanismo del parto, la rotación del occipucio hacia adelante está en estrecha relación con el estado del periné.

III

La administración del cloroformo á la reina, es un excelente tratamiento á emplear en la distocia por contracciones irregulares de la matriz.

IV

La aplicación del forceps en las mento-ilíacas posteriores, solo está indicada en pelvis muy amplias ó sobre un vértice pequeño.

BIBLIOGRAFÍA

A. CHARPENTIER. *Tratado práctico de partos.* —1883.

R. BARNES. *Tratado de Obstetricia.* — 1886.

A. DÜHRSSEN. *Vade-Mecun de Obstetricia.* — 1891.

HEINRICH FRITSCH. *Tratado clínico de las operaciones obstétricas.* — 1892.

S. TARNIER. *De la asepsia y antisepsia en obstetricia.* — 1894.

RIBEMONT - DESSAIGNES Y LEPAGE. *Tratado de Obstetricia.* — 1898.

S. TARNIER y P. BUDIN. *Tratado del arte de los partos.* — 1898.

A. HERRGOTT, *Anales de Ginecología y Obstetricia.* – 1901.