AÑO 1902 N.º 1268

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ROTURA UTERINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR EN MEDICINA

POR

CIRILO D. SAENZ

EXPRACTICANTE DE LOS HOSPITALES PIROVANO Y RAWSON

1898 - 1902

BUENOS AIRES
« ARGOS. » — IMPRENTA Y ENCUADERNACIÓN
657 — Calle Cuyo — 657
1902

AÑO 1902 N.º 1268

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ROTURA UTERINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

CIRILO D. SAENZ

EXPRACTICANTE DE LOS HOSPITALES PIROVANO Y RAWSON

1898 - 1902

BUENOS AIRES

« ARGOS. » — IMPRENTA Y ENCUADERNACIÓN

657 — Calle Cuyo — 657

1902

Art. 162 del Reglamento de la Facultad. La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en esta Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor EUFEMIO UBALLES

Vicedecano

Doctor Don JOSÉ T. BACA

Académicos titulares

Doctor Don LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ TEODORO 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

Doctor Don ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario titular

Doctor Don ZENÓN AGUILAR

Prosecretario

Doctor Don CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr.	PEDRO LACAVERA
Física Médica	»	JAIME R. COSTA
Química Médica	»	ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	»	LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	»	PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	»	RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	»	JUAN JOSÉ NAON
Patología General y ejercicios clínicos	»	ROBERTO WERNICKE
Anatomía Topográfica	»	JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	»	PEDRO J. CORONADO
Anatomía Patológica	»	TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	»	CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	»	M. GONZÁLEZ DEL SOLAR
Materia Médica y Terapéutica	»	JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	»	OBDULIO HERNÁNDEZ
Medicina Operatoria	»	ADALBERTO RAMAUGÉ
Clínica Ginecológica	»	ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	»	EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	»	BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	»	JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	»	JULIÁN AGUILAR
» Neurológica	»	JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
Clínica Médica	»	LUIS GÜEMES
» Médica	»	FRANCISCO A. SICARDI
Patología Interna	»	MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	»	PEDRO LAGLEYZE
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
» Genito-urinaria (hombres)	»	FEDERICO TEXO
» Psiquiátrica	»	DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	»	ALEJANDRO CASTRO
» Obstétrica	»	ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	»	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal	»	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia	»	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	»	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica	»	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas	»	J. MANUEL IRIZAR

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. JUAN R. FERNÁNDEZ

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Anatomía, Fisiológica, Patológica	Dr.	LEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	»	NICASIO ETCHEPAREBORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	J. GREENWAY (en ejerc.)
Física Médica	»	JUAN JOSÉ GALIANO
Química Médica	»	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	»	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	»	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica	»	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	»	JUAN D. PIÑERO JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Patología General y ejercicios clínicos	»	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	»	AVELINO GUTIÉRREZ FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	»	HORACIO G. PIÑERO MARIANO ALURRALDE JOSÉ BADÍA
Anatomía Patológica	»	MARCELO VIÑAS
Bacteriología		VACANTE
Higiene Pública y Privada	»	ENRIQUE REVILLA (en ejerc.)
Materia Médica y Terapéutica	»	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	»	NICOLÁS REPETTO
Clínica Ginecológica	»	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
» Oto-rino-laringológica	»	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. ABERASTURY
Patología externa	»	PASCUAL PALMA. DANIEL J. CRANWELL
Patología interna		VACANTE
Clínica Oftalmológica	»	FRACISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clínica Médica	»	PATRICIO FLEMING
» Epidemiológica		VACANTE
» Quirúrgica	»	JUAN B. JUSTO ENRIQUE CORBELLINI
» Neurológica	»	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
» Médica	»	RICARDO COLÓN
Medicina Legal	»	DOMINGO S. CAVIA
Clínica Quirúrgica	»	PEDRO BARRIERI DIÓGENES DECOUD ALEJANDRO POSADAS
Clínica Médica	»	JULIO MÉNDEZ IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	»	FANOR VELARDE
Toxicología Experimental	»	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	»	ANTONIO F. PIÑERO FACUNDO LARGUÍA
» Médica		VACANTE
» Génito-urinaria (hombres)	»	PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	»	BENJAMÍN T. SOLARI
» Quirúrgica		
» Obstétrica		VACANTE

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.		VACANTE
Química inorgánica aplicada		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).		VACANTE
Higiene		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr.	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejerc.
Parto distócico y Clínica Obstétrica		VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Dr. José T. Baca

A mis Padres

A mis Hermanos

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Presento á vuestra ilustrada y benévola consideración este trabajo, última prueba de mi vida de estudiante.

La frecuencia entre nosotros de las roturas uterinas con sus graves complicaciones en el momento del parto, me han inducido á elegir este punto como tema de mi tésis.

Inculpad á mi escasa preparación todas las faltas y errores que acompañan este trabajo, pero confío que vuestra indulgencia siempre pronta á inclinarse en nuestro favor las sabrá disimular y disculpar.

Permitidme que al abandonar las aulas, haga presente mi sincera gratitud hacia todos vosotros y muy especialmente al distinguido académico doctor José T. Baca que me concede el honor de acompañarme en este acto como padrino de tésis.

INTRODUCCIÓN

Dada la situación anatómica especial que se encuentra el útero al estado de vacuidad, escondido y protegido por diferentes órganos, es difícil que sea el sitio de desgarraduras producidas por agentes traumáticos.

No pasa lo mismo con el útero gravídico en que debido al aumento de volúmen, las relaciones anatómicas cambian encontrándose más expuesto á estos mismos accidentes.

La gran mayoría de las roturas se producen principalmente en el momento del trabajo, cuando el útero ha llegado al desarrollo máximo de sus aptitudes fisiológicas, cuando se establece la lucha entre la fuerza contractil de sus fibras musculares, y la resistencia opuesta por su contenido y la del canal por donde este debe pasar.

Podemos considerar entónces tres clases de roturas uterinas, las producidas al estado de vacuidad, en la preñez y durante el trabajo del parto.

Las primeras muy raras, son del dominio de la

cirujía general, las segundas también poco frecuentes no registrándose ningún caso en nuestras principales maternidades. Las últimas son mucho más numerosas, más importantes y que interesan preferentemente al partero.

Teniendo en cuenta la anatomía patológica de la lesión se dividen en completas é incompletas.

Me ocuparé únicamente en este trabajo de las roturas completas durante el parto.

ETIOLOGÍA

Bajo el punto de vista etiológico existen dos variedades de roturas. Expontáneas y traumáticas. Las primeras mucho maás numerosas y de las que me ocuparé con preferencia.

Jolly las describe: «Aquellas que sobrevienen fuera de todas las violencias exteriores de toda intervención obstétrica de cualquier naturaleza que sea, maniobra ó administración intempestiva de sustancias destinadas á provocar la expulsión del feto, y que son el resultado de la acción sola de la contracción uterina más ó menos ayudada por causas predisponentes varias».

Muchos factores intervienen en la producción de esta nefasta complicación del parto. Pueden estos depender de la madre ó del feto. Entre las causas primeras tenemos todas aquellas que se relacionan con la anatomía patológica del útero como ser las metritis, degeneración grasosa, reblandecimiento, cáncer, fibromas, cicatrices, etc. Rose cita el caso de una mujer que tuvo cuatro ro-

turas en cuatro partos seguidos debidas á una antigua cicatríz por operación cesárea.

La multiparidad es otra causa predisponente, casi todas las roturas habidas en nuestras maternidades han sido observadas en mujeres que habían tenido varios hijos. Actúan de igual manera todos los desplazamientos del útero grávido anteversión, prolapsus, oblicuidades muy marcadas; lo mismo que la preñez interticial ó mural, delgadez del útero, etc.

Generalmente se observa esta afección entre los treinta y cuarenta años como es la segunda observación que presento y como son también la mayoría de los casos producidos en la maternidad del Rawson y Escuela de Parteras. Se explica esto por que en esta época de la vida suele notarse la presencia de arterias esclerosas, venas varicosas y una cierta esclerosis del tejido uterino haciéndolo más frágil y por consiguiente más expuesto á este accidente.

Parece que el útero se relaja y adelgaza sobreviniendo una decadencia del sistema genital según la expresión de Doleris.

Pueden también en algunos casos tomar parte como ajentes etiológicos las estrecheces y tabicamientos de la vagina, falta de elasticidad del periné, etc.

Por último citaré la más importante y más común de estas causas que es la estrechez del canal

pelviano observada generalmente en las pelvis de retraimiento no muy pronunciado, cuando se duda en intervenir creyendo que el parto se terminará por sí solo. En los basinetes muy estrechados de diámetros muy pequeños es indudable que el partero lo notará, y evite entónces por una intervención bien dirigida esta terrible complicación.

Analicemos ahora, las causas que dependen del feto. Señalaremas en primer lugar las presentaciones viciosas más generalmente la de hombro, que necesita la intervención del médico para la terminación felíz del parto. La que le sigue en frecuencia es la presentación de cara.

El volúmen exagerado del feto haciendo imposible su progreso trae como consecuencia contracciones extemporáneas y excesivas del útero, creando circunstancias especiales que favorecen la rotura. En estos casos los fetos son casi siempre varones por corresponder á ellos un volumen mayor.

Una cabeza fetal de diámetros exagerados producido por hidrocefalia debe tenerse también en cuenta.

Algunos piensan que la putrefaccion del feto desarrollando gases trae un aumento de la presión, la cual puede llegar hasta producir el estallido del útero.

Todos estos factores citados tienen diferente valor etiológico, pudiendo actuar solos ó combinados pero siempre como causas predisponentes. Para

que una rotura se produzca es indispensable la intervención de la contracción uterina que es la causa determinante, la única capáz de provocar el accidente.

Algunos autores hacen una categoría intermedia entre las roturas expontáneas y traumáticas, son estas las llamadas provocadas, entre las que podemos incluir las causadas por la administración del cornezuelo de centeno.

Es un hecho de práctica común, ver entrar á las maternidades parturientas con su útero tetanizado en cuyos antecedentes es siempre fácil encontrar indicios del uso de este medicamento.

En los catorce casos de rotura uterina que he podido recoger en las cuatro maternidades, la gran mayoría son provocados por este agente terapéutico, llegando el caso de haberse observado en el servicio del Rawson en un corto espacio de tiempo cuatro mujeres en trabajo con su útero roto, tratadas y enviadas todas por una misma partera, que para desgracia de sus clientas la acción de la justicia no la alcanza. Añadamos á esto la relativa facilidad con que se obtiene el cornezuelo en las farmacias, y nos explicaremos la enorme frecuencia de estos hechos desgraciados que ponen de relieve los inconvenientes que resultan de lo defectuoso que es entre nosotros reglamentación del ejercicio de parteras, reclamando una más extricta y sobre todo más exacto cumplimiento de sus preceptos.

Pasaré ahora al estudio etiológico de las roturas traumáticas, menos frecuentes que las expontáneas y que contrariamente á éstas dependen todas de la poca práctica del partero. Son causadas por toda clase de maniobras hechas en el momento del parto, principalmente la aplicación del forceps y la versión, siendo ésta más común que la primera. La enferma de la observación segunda tenía una rotura completa por prolongada tentativa de versión.

Diré dos palabras sobre la frecuencia de esta complicación del parto entre nosotros. En la maternidad del Hospital San Roque, no se registra ningún caso en un conjunto de mil trescientos partos. En la maternidad del Rivadavia durante cinco años y en un total de tres mil partos sólo hay un caso que en oportunidad fué presentado al Círculo Médico. En la maternidad de la Escuela de Parteras, en mil setecientos partos se encuentran tres roturas ya publicadas. Por último, en el servicio del Rawson se halla la enorme cantidad de once roturas en dos mil doscientos partos. Los autores dan una estadística de una rotura sobre mil quinientos partos más ó menos; aquí en un total de cerca de diez mil tenemos catorce, cifra algo elevada, principalmente la que corresponde á la maternidad del Rawson, donde dá un porcentaje crecidísimo, 5 °/₀₀.

Esta proporción exagerada se explica por la si-

tuación de dicho Hospital, donde van parturientas de la Boca y Barracas, lugares fecundos en esta clase de accidentes.

Debo hacer constar que todos estos casos han sido producidos en el público y cuando las enfermas entran á las maternidades lo hacen en un estado tan desesperante, que bien se podría decir que van únicamente á morir, porque la gran mayoría son mujeres agotadas por un prolongado trabajo é inútiles y perjudiciales maniobras en las cuales es imposible instituir un tratamiento adecuado.

PATOGENIA

Mme. La Chapelle divide las roturas expontáneas, según su modo de producirse, en dos categorías: por perforación y por estallido. Las primeras se llevarían á cabo por un proceso semejante al que produce las fístulas recto-vaginales, es decir, que la compresión exagerada de la pared uterina sobre la excavación pelviana trae una mortificación del tegido que concluye por perforarse.

Para explicar las segundas, las llamadas propiamente roturas expontáneas, existe un número inmenso de teorías.

En el siglo último, Levret creía que el feto era el único factor de rotura uterina, que rompía su envoltura como un pollo rompe su cáscara al nacer, Según esto, un feto muerto no causaría nunca este accidente, pero bien sabemos que este concepto es completamente erróneo.

Otros opinan que cuando en el momento del parto el feto envuelto en sus membranas sin poder avanzar por un obstáculo cualquiera y siendo

irreductible la resistencia opuesta por el líquido amniótico, bastaría algunas contracciones moderadas para que la rotura se produzca. Para que esto suceda, es preciso que la bolsa de las aguas esté intacta, circunstancia que muy rara vez se observa.

Algunos cren necesario un punto de apoyo, Barner entre éstos, explica el mecanismo de las roturas comparando el útero á un músculo en contracción que raramente desgarra sus propias fibras y si lo hace es siempre por su punto de inserción, como sucede con el tendón de Aquiles que se rompe más generalmente en este punto que en sus fibras musculares. Si el músculo no es demasiado poderoso para concluir su contracción se fatiga y relaja, siendo esto en muchos casos lo que impide que el útero estalle. Este mismo autor llama la atención sobre el hecho siguiente: que en los casos de estrechez pelviana no muy pronunciada, el útero queda aplastado entre la pelvis y la cabeza fetal, produciéndose entonces una rotura circular.

Pero, es la teoría de Bandl la que nos explica más lógica y satisfactoriamente el mecanismo de este accidente. Para esto hay que tener en cuenta la fisiología del útero en contracción; sabemos que en este momento se le puede considerar dividido en dos porciones bien distintas, una superior ó cuerpo de paredes gruesas que es la parte activa, y otra inferior pasiva de paredes delgadas

separadas ambas por el anillo de Bandl. En el momento del parto, cuando existe una causa de distoxia cualquiera, la parte activa se contrae enérgicamente pero sin resultado, mientras que la parte inferior ó canal de Braune sufre un movimiento de ascenso quedando comprendida entre la pelvis y la cabeza del feto que no progresa. En estas condiciones la parte pasiva del útero se alarga y adelgaza, por otra parte el segmento superior sigue contrayéndose, llegando un momento en que es imposible toda resistencia y el útero estalla.

Otras veces cuando la bolsa de las aguas se ha roto y no se ha practicado la versión en su momento oportuno, que el feto por una causa cualquiera no avanza y no existiendo ya una presión igualmente repartida como es la hidrostática, es posible que una parte fetal generalmente hombro ó cabeza se adose á la pared uterina inferior y que persistiendo las contracciones, esta parte se adelgace de más en más, terminando por romperse.

Se comprende que la adaptación de estas diferentes teorías depende de la variedad de causa de distoxia, pero sabemos que el mayor número de los factores etiológicos corresponde al músculo mismo de donde resulta que la teoría de Bandl nos dá la explicación del mecanismo de las roturas uterinas en la inmensa mayoría de los casos.

El mecanismo de las roturas traumáticas es de más fácil explicación y depende siempre de in-

tervenciones conducentes á extraer el feto de la cavidad uterina por maniobras mas ó menos intempestivas y brutales, entre éstas se citan todas las puestas en práctica como ser: versión, forceps, basioptricia decolación, etc. Las dos primeras mucho más comunes y de las cuales prima la versión. En estas maniobras se produce generalmente la rotura en el momento de buscar los piés cuando no se sostiene el fondo del útero ó cuando se practica con poco ó ningún líquido y el feto está adesado á la pared uterina como es el caso de la segunda observación.

Se ha tambien observado desgarraduras en el momento del alumbramiento.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Muy poco extensa es la anatomía patológica de esta afección; debemos tener en cuenta para su estudio el sitio que ocupa la desgarradura, su forma, su extensión, etc.

Las roturas expontáneas completas tienen marcada preferencia por el segmento inferior del útero, por ser ésta la parte más delgada, más expuesta á las presiones y por razones que dí al explicar su mecanismo. A veces queda limitada á esta región, pero pueden extenderse en todo el órgano. El cuerpo solo del útero es muy pocas veces atacado salvo en las roturas traumáticas donde las ramas del forceps, basiotribo, etc., actúan indiferentemente en cualquier punto.

La dirección es generalmente longitudinal ú oblícua como sucede en la primera y segunda observación. Más á menudo están situadas en el lado izquierdo, siendo muy raro que se presenten transversalmente, y cuando esto sucede es porque la pared uterina ha sufrido una prolongada presión que trae consecutivamente mortificación del tegido.

En la pared posterior del útero es donde se encuentran con más frecuencia las roturas, pudiendo variar el número de éstas. Clarke menciona el caso de una mujer con sesenta desgarraduras en este mismo sitio.

Los bordes de la herida pueden ser regulares, pero generalmente son desiguales é irregulares, poco irrigados y por consiguiente expuestos á la gangrena como sucedió en la primera observación.

En cuanto á su tamaño quedan limitados á una parte del órgano ó se extiende desde el cuello hasta el fondo. Slawianski señala la posibilidad de una inversión en estas roturas muy extensas y cita el caso de una enferma á quien se le practicó la laparatomía para extraer el feto, encontrándose el útero completamente invertido con la desembocadura de las trompas hácia afuera.

Según también la extensión de la herida, el feto puede pasar á la cavidad abdominal totalmente ó en parte, siendo las extremidades las primeras en hacerlo, como se vé en la segunda observación. En estos casos la placenta queda insertada al útero y por el cordón al feto.

Tarnier en su obra relata un caso muy curioso, y como él dice, tal vez único en la historia, de una mujer que en los primeros meses de su embarazo, el feto entero envuelto en sus membranas pasó á la cavidad abdominal, quedando unido á la placenta situada en el útero. En estas condiciones

el feto siguió desarrollándose hasta el término de la preñez.

Establecida una comunicación entre el útero y el abdómen, es frecuente observar el derrame de sangre meconium en el peritoneo dando lugar á infecciones. De la misma manera ansas intestinales pueden pasar á la cavidad uterina (segunda observación) y que en algunos casos se han tomado por el cordón. Cuando la herida es poco extendida ó se contrae es fácil que los intestinos queden extrangulados.

En las roturas traumáticas producidas por maniobras prolongadas de forceps ó versión, es frecuente encontrar heridas de las partes vecinas generalmente de la vejiga, vagina, etc.

Hay otra clase de desgarraduras llamadas por Barnes anulares del cuello que se producen cuando el orificio está rígido, aún cuando el basinete no sea muy estrecho, no llegando en estos casos á ser completa, pero cuando el segmento inferior es comprendido en el anillo del estrecho superior, la rotura puede interesar todos los tegidos.

Por último, algunas veces la cabeza se encaja en el basinete apretando una parte de la vagina y por lo tanto la deja fija é inmóvil; en este momento el útero contrayéndose tira sobre este punto que no pudiendo resistir este esfuerzo cede y se desgarra produciéndose entonces una rotura circular ó separación total de la vagina y del útero.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Cuando el médico es llamado para atender una parturienta la cual por circunstancias varias ha sufrido una rotura uterina, se encuentra frente á este terrible accidente con todos sus síntomas clásicos y por lo tanto de un diagnóstico relativamente fácil.

No pasa lo mismo cuando se trata del estudio de los signos que en algunos casos anuncian la aparición de una rotura. Son estos de una interpretación difícil que exigen una concepción y determinación rápida dada la urgencia del caso y en que tal vez momentos de duda ó de vacilación son enormemente perjudiciales.

Una duración prolongada del trabajo con contracciones violentas y exageradas, con agitación extrema de la enferma, á veces con marcada frecuencia y pequeñez del pulso deben hacer pensar en una rotura probable y próxima. En algunos casos se nota la presencia en los órganos genitales externos de una cierta cantidad de sangre general-

mente negra que unido á las contracciones fuertes é intermitentes del útero es para algunos autores un buen signo precursor de esta lesión.

Pero el único síntoma importante verdaderamente revelador de una rotura es el de Bandl cuya explicación es como sigue: cuando el útero está en contracción y en virtud de la tensión y delgadez de sus paredes se divide en dos partes, una superior, otra inferior. En estas condiciones se nota el segmento superior como un tumor duro redondeado no teniendo más que el tronco del feto imposible de reconocer por la palpación.

Sin embargo, la parte inferior se halla enormemente dilatada en el sentido transversal y haciendo salida en las fosas iliacas y conteniendo la mayor parte del feto. Entre estos dos segmentos existe el anillo de Bandl llevado hacia arriba muy fácil de palpar y en algunos casos de ver á simple vista. Es en las presentaciones de hombro donde más se observa este fenómeno.

Es este un conjunto de signos que tienen un gran valor porque del conocimiento de ellos deriva la vida de la madre y del feto. Se desprende que es necesario hacer un examen minucioso de la enferma para poder constatar estos síntomas con especialidad el de Bandl que según los autores es característico evitando que el parto se prolongue mediante una intervención oportuna y bien dirigida, que casi seguramente dará felices resultados, por-

que es hecha en buenas condiciones sin tener que luchar con los enemigos formidables que aparecen en el caso de producirse una rotura completa.

Una vez establecida la rotura ésta se revela por un numeroso grupo de síntomas.

En el momento de producirse, la enferma siente una sensación de desgarramiento traduciéndola por gritos intensos de dolor que sobrepasan los que existen normalmente en el trabajo, y que llaman la atención del tocólogo. El aspecto general de la mujer nos da datos de importancia; su fisonomía se altera, palidece, el pulso se hace pequeño y frecuente, á veces imperceptible, sobrevienen vómitos, hipo, lipotimias, estado sincopal, un verdadero colapsus con sus funestas consecuencias.

Un trabajo prolongado con contracciones violentas y alternadas, con cesación de los movimientos fetales, son signos que ponen en la vía del diagnóstico. Añadamos á esto el shock y la hemorragia y tendremos los síntomas capitales de una rotura.

A la inspección se nota el útero muy abultado, por los órganos genitales externos, sale meconium, sangre, etc. Esta hemorragia puede ser externa ó interna, la primera fácil de conocer, no así la segunda que solo se anuncia por el colapsus que produce; otras veces un miembro del feto encajado en el orificio actúa como un tapón é impide á la sangre salir al exterior.

Una vez establecida la rotura generalmente las contracciones cesan, pero sucede que en otros casos persisten como se ve en la primera observación. Este raro fenómeno es de difícil explicación, cree Jolly que dependa del sitio de la lesión. Ingletz opina que está más en relación con el poder vital, es decir, que se observa más frecuentemente en mujeres vigorosas sin estar agotadas por sufrimiento alguno.

Fritseh cree que cuando se produce la rotura los nervios desgarrados puestos á descubierto son excitados y provocan entonces una fuerte contracción uterina.

A la palpación se nota el abdomen dolorido principalmente en la región del útero y en el sitio donde se ha hecho la desgarradura, cuando el feto ha pasado en parte ó en totalidad al abdomen, ha dejado ya de latir y se palpa fácilmente debajo de la pared formando un tumor aparte.

En algunos casos cuando ha pasado un tiempo más ó menos largo después de la muerte del feto sobreviene un enfisema debido según algunos á gases desarrollados por la putrefacción y que han penetrado entre las mallas del tejido celular.

Cuando la rotura ha interesado vasos de importancia la hemorragia es entonces muy abundante, notándose en el lugar donde se ha coleccionado una fluctuación muy marcada.

El tacto nos da muy buenos datos; las sensa-

ciones recibidas varían según que el feto esté ó no en la cavidad abdominal. En el primer caso no hay presentación ninguna y á veces lo que se toca son intestinos; en el segundo se encuentra el feto en el estrecho superior y huye á la mano que hace el tacto.

Cuando la enferma ha sufrido maniobras prolongadas y torpes, se observan traumatismos y heridas de los órganos vecinos, como ser la vejiga, reconocidas en el momento de practicar un sondaje, por la orina sanguinolenta y á veces sangre pura que se obtiene; sucede también que la sonda no toca fondo, es que ha pasado por la herida vesical. Es este el más seguro de los signos de esta afección.

A veces cuando se produce una desgarradura y no es muy extensa para permitir el pasaje del feto á la cavidad abdominal que se palpa el útero como un tumor único y existe hemorragia por los órganos genitales externos se puede estar inclinado á pensar en una inserción viciosa de la placenta, pero difiere de ésta porque la rotura es siempre acompañada de un intenso dolor con tensión exagerada de sus paredes y un aumento de su volumen. Lo que disipa completamente la duda es el tacto por medio del cual se toca y siente la rotura.

En algunos casos cuando la parturienta ha sido examinada y operada sin la escrupulosa antisepsia que el caso requiere, se añade á este cortejo habi-

tual de síntomas otro no menos importante y peligroso, es la infección, que pesa de una manera decidida en el pronóstico de la enfermedad. Generalmente se anuncia por fiebre, escalofríos, hipo, vómitos, etc., pero á veces es difícil reconocerla porque se encuentra disimulada por el shock.

No siempre se encuentran reunidos todo este conjunto numeroso de signos; á veces no existen sinó algunos en cuyo caso la duda puede invadir el espíritu del tocólogo haciendo muy escabroso el camino para llegar á un diagnóstico seguro, pero felizmente en el mayor número de ellos no pasa así, y un examen debidamente hecho de la enferma nos pone en condiciones de formular con entera seguridad el diagnóstico de rotura uterina completa. Como digo más arriba, se debe recurrir siempre al tacto que en los momentos de vacilaciones obtenemos indicaciones de suma importancia.

En la primera observación no se hizo el diagnóstico antes de la operación porque encontrándose con una estrechez pelviana menor de seis centímetros con feto vivo, sufriendo éste y la madre, no se quiso perder mas tiempo en un examen minucioso porque esta única causa justificaba bastante una intervención rápida.

El pronóstico de esta afección se desprende de su gravísima sintomatología. El feto casi irremediablemente muere como ha sucedido en los catorce

casos habidos entre nosotros. En la primera observación se oía los latidos del feto, pero después de abrir el vientre y de extraerlo por la desgarradura uterina y aunque no se percibía movimientos respiratorios, se tuvo la esperanza de volverlo á la vida siendo inútiles todos los medios que se pusieron en práctica con este fin. Creo que es este el único caso registrado entre nosotros de una rotura completa con persistencia de la vida fetal.

Respecto á la madre el pronóstico es mucho más favorable, depende de su estado general y principalmente de los diferentes tratamientos puestos en práctica para conseguir su curación. Entre nosotros solamente una vez se pudo conservar la vida de la madre en un caso operado por el doctor Fernández en la maternidad de la Escuela de Parteras.

TRATAMIENTO

Tratamiento profiláctico.—Entre las causas etiológicas que intervienen en la producción de una rotura figuran en primera línea la contracción exagerada del anillo de Bandl que depende del músculo mismo y la estrechez pelviana más numerosas que todas las demás y las que deben llamar con preferencia la atención del partero.

La versión practicada en condiciones peligrosas como sucede cuando existe poco líquido con feto grande es prudente ejecutarla con cautela y suavidad.

Por último debemos recordar las desastrosas consecuencias que resultan del empleo del cornezuelo de centeno debiendo sólo usarse en casos especiales. Al hablar de la frecuencia de este accidente hice mención de la facilidad con que se obtiene este agente terapéutico poniéndolo al alcance de manos criminales.

Son estas causas y estos abusos los que el mé-

dico debe conocer y recordar para poder evitar en tiempo oportuno sus funestos resultados é instituir un debido tratamiento profiláctico.

Tratamiento curativo.— En los tiempos en que la antisepsia era completamente desconocida, las roturas uterinas eran tratadas por tres métodos. La espectación, la extracción por las vías naturales y la laparatomia.

El primero era empleado con fatales resultados, se esperaba que el parto no se produjese con la ilusoria esperanza de un futuro enquistamiento del feto en la cavidad abdominal y una cicatrización expontánea de la herida. Este método como se comprende fué completamente abandonado no teniendo hoy más que un escaso valor histórico.

La introducción de la antisepcia en las prácticas diarias de la obstetricia cambió completamente la opinión de los tocólogos en cuanto á la elección de los diferentes métodos reconociendo que siempre se debe sacar el feto por cualquiera de los otros dos tratamientos.

Veamos ahora en qué caso debemos emplear uno ú otro método.

Cuando el feto ha permanecido en la cavidad uterina no habiendo estrechez del orificio, retraimiento del basinete, tumores pelvianos, etc., se debe recurrir siempre al forceps practicando sólo la versión que es más peligrosa, cuando la cabeza fetal está muy elevada y móvil, pues el mismo Tarnier

sintió bajo sus manos romperse el útero haciendo esta maniobra.

Si el feto está vivo y hay retraimiento del basinete como en la segunda observación, se debe hacer laparatomia ó sinfisiotomia preferentemente la primera. Si está muerto practicaremos la basiotripcia y como en este caso la presentación más común es de hombro, está indicada la embriotomia raquídea.

Aún en los casos en que el feto ha pasado á la cavidad abdominal, algunos autores piensan que es racional tentar de sacarlo por las vías naturales, llegando como P. Dubois hasta recomendar, agrandar la herida uterina cuando ésta se ha retraído ó es insuficiente para ejecutar la extracción.

Un caso feliz de Albarrán nos hace preguntar si es posible cuando se hace la paratomia dejar el feto en la cavidad uterina. Este ingenioso cirujano practicó esta operación á una mujer que tenía el útero atravesado por una bala en la parte superior habiendo perforado algunas ansas intestinales; por el orificio de entrada en la pared anterior uterina salía el cordón en una extensión de cuarenta centímetros. Resecó intestino, toda la parte del cordón que salía, suturando enseguida la herida uterina y abdominal. Al otro día la mujer abortaba un feto de cuatro meses, siguiendo sin complicaciones hasta restablecerse completamente.

Este es un caso suigeneris cuyos resultados no se

pueden generalizar debiendo el operador limitarse á proceder según las circunstancias propias á cada caso.

Una vez extraído el feto por las vías naturales es necesario salvar la madre poniendo en práctica diferentes métodos curativos entre los cuales enumeraremos los principales.

Braun en 1874 ideó el drenaje con este fin, más tarde fué perfeccionado en 1880 por Frommel á quien se debe su descripción técnica. Consiste este tratamiento en hacer lavajes de la cavidad uterina con una solución de ácido fénico al 2 %, se coloca enseguida un tubo que pase dos ó tres centímetros en la cavidad abdominal dejándolo de tres á cuatro días sin retirarlo para no evitar las adherencias. Se suspenden las irrigaciones cuando ya no hay fiebre, continuándolas en caso contrario. Se da ópio á la enferma aplicándose un vendaje al vientre.

Este método que tiene el valor de haber sido el primero en apoyarse en las reglas de la antisepsia para su aplicación ha sufrido muchas modificaciones y críticas. Se ha aconsejado el cambio repetido de drenes con lavajes consecutivos, consiguiendo Felsenreich veintidos curaciones en 47 observaciones. Se dice que es posible que aire ó líquidos sépticos puedan entrar á la cavidad obdominal. Por último se reprocha el empleo del ácido fénico y creo no sin razón porque es lógico pensar que el

peritoneo no lo tolere impunemente. Por todos estos inconvenientes este método es hoy completamente abandonado.

Tarnier en 1883 observó por vez primera el empleo de las irrigaciones antisépticas en la curación de las roturas uterinas.

Estas inyecciones deben ser vaginales é intrauterinas practicadas con cánulas de doble corriente, repetirlas muy á menudo tratando de limpiar las cavidades de todo residuo que pueda traer una infección. Generalmente se usa el sublimado al 1/4000 ó 1/5000 proporción muy débil para producir intoxicaciones y tal vez suficiente como microbicida. El ácido fénico se emplea muy pocas veces por los inconvenientes de que hice mención al hablar del drenaje á los cuales podemos añadir el peligro de su fácil absorción.

Este sistema aunque más ventajoso que el anterior tiene también sus defectos como el permitir que los líquidos pasan al peritoneo trayendo otra complicación mayor.

Tarnier describe el taponamiento método practicado por Durhssen con algún resultado. Se colocan valvas de Sims para poner á descubierto el cuello uterino; tomándolo con pinzas Museaux se le hace descender para ver con precisión el sitio y tamaño de la desgarradura. Si hay hemorragia se colocan pinzas hemostáticas para detenerla, se limpia cuidadosamente la herida con algodón ó gaza.

Se procede enseguida al taponamiento, introduciendo hasta el fondo del útero una mecha larga cuya extremidad inferior pase á la vagina, otra en la rotura que llegue hasta el peritoneo. Hecho todo esto, se retiran las pinzas y se coloca un vendaje abdominal compresivo. La curación se renueva cada 24 ó 28 horas. Su autor dice que de esta manera se llenan dos condiciones especiales que son el drenaje y la antesipsia. Actualmente este tratamiento es usado con poco éxito, fué el que se empleó en la segunda observación.

La sutura de la desgarradura por la vajina suele aseciarse al tratamiento anterior, pero su ejecución es muy difícil por la situación misma de esta, siendo imposible en algunos casos.

Llegamos á la laparotomía como método para extraer el feto y curativo de la herida, evitando á la madre los pelignos consiguientes.

Este método se lleva á la práctica cuando el feto ha pasado á la cavidad abdominal siendo imposible su evtracción por las vías naturales. Está además indicado cuando existe infección del útero ó peritneo, lo mismo que cuando hay una hemorrágia profusa.

Una vez extraido el feto por esta vía hay dos caminos á seguir para curar la rotura que son: dejar el útero, suturando simplemente la herida ó hacer la operación de Porro.

La ejecución de estas intervenciones es bien co-

nocida, lo mismo que los cuidados consecutivos, solo diré en qué casos están indicadas.

La oparación de Porro solo debe hacere cuando hay muchas desgarraduras situadas generalmente en la cara posterior, condiciones que hacen difícil y á veces imposible su sutura, obligando al cirujano á practicar lo amputación del órgano.

Ne existiendo estas circunstancias especiales se debe siempre hacer la laparotomía simple con sutura de la pared uterina.

En cuanto á la oportunidad y conveniencia de todos los tratamientos arriba enumerados, diré reasumiendo que cuando el feto está en la cavidad uterina no existiendo peligros de hemorragia ó infección, se le debe extraer por las vías naturales y hacer enseguida un taponamiento que de todos los métodos aconsejados en estos casos es el que da mejores resultados.

Cuando hay mucha hemorragia y peligro de infección, aún cuando el feto esté en el útero, es mejor extraerlo por vía abdominal, pero cuando este ha pasado en parte ó totalmente al peritoneo el único tratamiento razonable es la laparatomía simple, prefiriéndola á la operación de Porro porque así se evita el shock con sus terribles consecuencias.

Actualmente hay la tendencia de abrir el vientre en todos los casos de rotura, cualquiera que sea la posición del feto, basta hacer el diagnósti-

co de la afección para que esté indicada la operación.

Indudablemente hay muchas razones que justican este proceder, mayormente hoy con el auxilio de la antisepsia que permite al cirujano cortar é ir directamente al sitio de la lesión dándose cuenta exacta de ella y poder así con más prontitud y con más conciencia conjurar los peligros.

Procediendo de esta manera se tiene plena seguridad de lo que se hace, se evita la hemorragia ligando los vasos ante nuestra vista é impedimos una infección haciendo una esmerada toilette del peritoneo, sin que todo esto agrave la situación de la madre, al contrario, contribuye directamente á su curación, pues hasta el tiempo empleado es más corto que en los demás procedimientos.

La extracción por las vías naturales tiene sus inconvenientes entre los cuales podemos citar la dificultad que existe cuando hay una extrechez pelviana ó presentaciones viciosas prolongando la operación en perjuicio de la madre, luego el tocólogo no puede á veces suprimir la hemorragia ó evitar la infección, quedando siempre la duda de que si nó habrá quedado algo por hacer.

Para concluir diré que de todos los casos de rotura uterina habidos en el Hospital Rawson, que son diez ú once, aquel donde se consiguió mejor resultado pudiendo la enferma vivir diez días después de la intervención como se verá por la historia

de la 1ª observación, se hizo la laparatomía simple con sutura de la pared uterina. Por igual tratamiento se conservó la vida, curando definitivamente una enferma operada por el Dr. Fernández en la Maternidad de la Escuela de Parteras.

OBSERVACION I

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON. SERVICIO DEL DR. GACHE

Josefina Machi, 23 años, italiana, sin antecedentes hereditarios ni personales, estos últimos averiguados con empeño, pero sin tener importancia alguna.

Mujer más bien delgada, de baja estatura, primípara. Hacía tres días que estaba en trabajo en su casa asistida por una partera, la cual viendo que el parto se prolongaba agravándose el estado de la enferma, resuelve enviarla à este Hospital donde entró el 11 de Marzo de 1899.

Lo que primeramente llama la atención es su cara pálida y sudorosa, con un pulso frecuente y pequeño, alrededor de 130 pulsaciones por minuto, con dispnea, vómitos y una temperatura de 38°, quejándose de un intenso dolor localizado en el lado izquierdo del abdómen.

Examinada inmediatamente de su entrada al servicio se encuentra un embarazo á término, con poca emorragia por los órganos genitales externos;

el abdómen muy doloroso á la palpación, el útero grande percibiéndose algunas contracciones apenas perceptibles.

A la auscultación se oyen los latidos fetales muy frecuentes y apagados.

Haciendo el tacto notamos una dilatación completa del cuello, sin encaje, la bolsa de las aguas rota, el feto en presentación de vértice y una estrechez pelviana menor de 0.06 centímetros.

Después de un exámen hecho con la rapidez que el caso requería y encontrándose esta estrechez y con feto vivo, sufriendo éste y la madre no se quiso perder más tiempo en una investigación minuciosa procediéndose á practicar inmediatamente la operación cesárea.

Por estas causas no se pudo hacer el diagnóstico de rotura antes de la intervención, hecho que por otra parte carece de importancia porque de todas maneras ésta siempre hubiera estado indicada.

Prévia anestesia clorofórmica, siendo operador el Dr. Gache, se procedió á practicar la laparotemía.

Se abrió el vientre por la línea media, encontrándose con una rotura de la cara posterior del útero hácia el lado izquierdo del cuerpo, extendiéndose hasta el cuello.

Por esta desgarradura se extrajo el feto y aunque no se percibían los movimientos respiratorios,

se tuvo la esperanza de volverlo á la vida, pero fueron inútiles todos los muchos y prolongados medios que se pusieron en práctica con este fin. Se sacó enseguida y por la misma vía la placenta quepesaba 420 gramos.

Se hicieron inyecciones de ergotina en la masa misma del músculo, suturando enseguida la herida en dos planos con caugut, siendo esta muy difícil por su situación y por la irregularidad de sus bordes. Se limpió la cavidad abdominal de todos los coágulos y por último sutura del peritoneo también con caugut y con crin la pared abdominal.

La operación fué hecha rápidamente durando sólo 25 minutos; á su terminación el estado de la enferma era tan desesperante que no se le daban muchas horas de vida, pero debido á las inyecciones de cafeina, dermoclisis, éter, hechas desde el principio de la operación y continuadas después, se consiguió salvar la enferma momentáneamente.

Siguió más ó menos en este mismo estado durante tres días, empezando á sentir fuertes dolores en el abdómen, siendo tan intensos y rebeldes que hubo necesidad de recurrir á la morfina para calmarlos, dándosele hasta 0.05 centigramos diarios.

Al mismo tiempo que el vientre se timpanizaba tuvo vómitos porráceos, los que no le permitían tomar ningún alimento. Se le colocó hielo en el abdómen, se le administró Poción Riviere, bicarbonato de potasa, sin conseguir disminuirlos.

El pulso muy frecuente se mantuvo siempre alrededor de 130 pulsaciones por minuto; la fiebre que en el momento de la operación era de 38° osciló durante la enfermedad entre 38° y 39°.8, alcalzando su máximum al sexto día.

La enferma siguió así en este estado desesperante hasta el décimo día de la intervención, al final del cual falleció.

Hecha la autopsia se encontró gran cantidad de pus en el peritoneo. El tegido uterino estaba esfacelado en toda la extensión de la herida, debido á la falta de irrigación por la irregularidad de sus bordes y por lo tanto no se notaba el menor indicio de cicatrización.

Como se vé, gracias á los esmerados cuidados que se dedicaron á la enferma, se pudo conjurar la hemorragia y el colapsus consecuente, no sobrevino shock por la rapidez con que fué hecha la operación.

Lo que no se pudo evitar, fué la infección que de los tres grandes peligros que amenazan esta afección, es según los autores la más fácil de impedir. Pero en este caso no se podía evitar una cosa ya establecida, únicamente lo que se podía hacer era limitar esta infección y con este fin se ejecutó la operación con las más rigurosas antisepsias, pero desgraciadamente sin resultados.

OBSERVACIÓN II

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON, SERVICIO DEL DR. GACHE

Victoria A. de O., española, mucama, 33 años, mujer que ha sido siempre sana, bien constituida, pelvis bien desarrollada, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia.

Ha tenido cinco partos normales, cuyos hijos todos viven. Actualmente está en el sexto embarazo y á término.

Esta enferma había sido atendida en el público por un médico que practicó la versión durante más de dos horas consecutivas, al final de las cuales, viendo que la madre se agravaba sin poder extraer el feto, la enviaron á este Hospital el 12 de Junio de 1902, en un estado completamente desastroso, con pulso casi imperceptible, la cara pálida cubierta de sudor frío, respiración entrecortada, dispnea, vómitos, etc., no pronunciando sino algunas palabras para quejarse de un fuerte dolor localizado en el lado izquierdo del abdómen, y para manifestar su grave estado.

Todo el vientre timpanizado y doloroso, el útero grande y sensible á la palpación. Las contracnes habían cesado y ya no se percibían los latidos fetales. Las bolsas de las aguas rotas, con dilatación completa y presentación transversa en A I D P. El brazo derecho del feto estaba en la vagina, la mano en la vulva. Siguiendo haciendo el tacto se nota y siente una rotura en el lado izquierdo que se extendía de la parte superior del cuello hasta el fondo del órgano.

Uno de los piés del feto se hallaba en la cavidad abdominal, después de haber franqueado la desgarradura; de igual manera los intestinos estaban en el útero, perfectamente percibidos por la mano.

El traumatismo había sido tan grande que la vejiga estaba completamente destrozada, lo mismo que parte de la vagina y cuello.

Se resolvió hacer la versión, extrayendo el feto por las vías naturales, intervención que se llevó á cabo con toda facilidad. Se hicieron lavajes antisépticos repetidos, deteniéndose la poca hemorragia que salía por los órganos genitales y enseguida se practicó un taponamiento. Se le aplicó un vendaje compresivo al abdómen, hielo en la misma región; administrándosele ópio, etc.

Desde el momento de su entrada se le dieron varios dermoclisis, inyecciones de cafeina, éter, etcétera, pero sin lograr otro resultado que pro-

longar la vida de la enferma, muriendo á las 24 horas de su entrada al hospital.

En la autopsia se constató todas las lesiones dignosticadas, más una gran cantidad de coágulos sanguíneos en la cavidad peritoneal.

CIRILO D. SÁENZ

Buenos Aires, Agosto 2 de 1902.

Nómbrase á los señores: académico Dr. Jacob de Tezanos Pinto, profesor titular Dr. Enrique Bazterrica y profesor suplente Dr. Miguel Z. O'Farrel, para que constituidos en comisión, se sirvan determinar respecto á la admisibilidad de esta tésis.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

Agosto 16 de 1902.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo del presente trabajo: « En el local de la « Facultad, á 13 de Agosto de 1902, reunida la Co- « misión que suscribe, encargada de dictaminar « respecto á la admisibilidad de la tésis del ex- « alumno Cirilo D. Sáenz, que versa sobre «Rotura « uterina», resolvió admitirla. Con lo que terminó « el acto.—Firmados: *J. de T. Pintos.—E. Baste-* « *rrica.—O'Farrel.—C. Robertson*, prosecretario ».

Zenón Aguilar.

Agosto 16 de 1902.

Entréguese esta tésis al autor para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que haya de ser sostenida.

UBALLES.
Zenón Aguilar,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La estrechez pelviana es la causa más frecuente de las roturas expontáneas producidas durante el parto.

II

En los piés bot varus equino con deformaciones óseas, el tratamiento de elección es la tenotomía del tendón de Aquiles con la tarsectomía dorsal externa.

III

La laparotomía debe ser el tratamiento preferido en los casos de rotura uterina completa.