AÑO 1908 N.° 1885

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Ruptura Uterina

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO BIANCHI

Ex-Practicante interno del Hospital San Roque (1905 - 06 - 07 - 08)

BUENOS AIRES

—

IMP A. MOLINARI - CALLE TALCAHUANO 1256

1908

1593

RUPTURA UTERINA

AÑO 1908 N.° 1885

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Ruptura Uterina

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO BIANCHI

Ex-Practicante interno del Hospital San Roque (1905 - 06 - 07 - 08)

BUENOS AIRES

Imp A. Molinari - Calle Talcahuano 1256

1908

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

DR. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. D. JOSÉ PENNA

CONSEJEROS

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA
» » J. MANUEL IRIZAR

SECRETARIOS

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoologia Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Anatasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Cárlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica.	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Galdolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica.	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Dr. José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	« Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	« Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. Greenway
Física Médica	» *Vacante*
Química Médica	» *Vacante*
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	» *Vacante*
Histología	» Julio G. Fernandez
	» Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	» *Vacante*
» »	» *Vacante*
Semiología y ejercicios clínicos	» *Vacante*
Anatomía Topográfica	» *Vacante*
Fisiología General y Humana	» *Vacante*
Anatomía Patológica	» *Vacante*
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» *Vacante*
Medicina Operatoria	» *Vacante*
Clínica Ginecológica	» *Vacante*
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» *Vacante*
Patología externa	» Cárlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Patología interna	» *Vacante*
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	» *Vacante*
» Quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming
	» Ricardo Colon
	» Luis Agote
Clínica Obtétrica	» Enrique A Pardo
	» Enrique Zarate
	» Alberto Peralta Ramos
	» Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	» *Vacante*
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía. Fisiología comparada	Dr. Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	« J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Frangisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología general; Anatomía. Fisiología comparada	*Vacante*
Botánica y Mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada	*Vacante*
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Farmacognosia y posología razonadas	Sr. Juan A. Dominguez (en ejerc.)
Física famacéutica	*Vacante*
Química Analítica y toxicológica (primer curso)	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	*Vacante*
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica .	» *Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etcheparehorda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	*Vacante*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terépéutica dentarias, Medicina Legal	*Vacante*

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR JOSÉ BADÍA

Á LOS MIOS

INTRODUCCION

El haber tenido oportunidad de presenciar durante mi internado en el Hosp. San Roque, algunos casos de ruptura uterína con sus terribles consecuencias por una parte, y por otra, la frecuencia con que ellas son debidas á una falta de preparación de los que intervienen, es lo que mueve á elejir este tema para tésis de mi doctorado.

Si bien es poco frecuente observar este temible accidente del embarazo, lo sería mucho menos, si todos los llamados á asistir una mujer de parto tuvieran un concepto claro de ese hecho fisiológico.

No veríamos llegar entonces á las clínicas obstétricas á una cantidad de madres víctimas de ruptura uterina, debidas á una presentación vi-

ciosa no corregida á tiempo; á la administración intempestiva de comezuelo de centeno; á manio-bras obstétricas mal hechas ó intervenciones mal regladas; y aún otras en que habiendo podido evitarse por un tratamiento profiláctico el accidente, no se hizo, porque se desconocía el conjunto sintomático precursor.

Otras hay en que nadies ni nada las puede hacer prever, en que su conjunto de síntomas es obscuro, sus manifestaciones, su patogenia lo son igualmente y que en regla debieran ser los únicos accidentes de ruptura en producirse.

Antes de abordar su estudio, cabéme agradecer á todos los que han sido mis maestros, los conocimientos que en su misión han sabido brindarme.

Al Dr. José Badía que me dispensa el alto honor de acompañarme en este acto; mi agradecimiento sincero.

ETIOLOGÍA

Las rupturas uterínas mal conocidas por los antiguos, han recien en el siglo XVII y debido á las autopsias y trabajos publicados por Jacques Guillemeau, que han entrado á ocupar un capítulo en los tratados de obstétricia.

Los clásicos describen bajo el nombre de ruptura uterína, las soluciones de continuidad completas ó incompletas producidas al nivel del cuerpo ó del segmento inferior. Accidentales, y entonces raras, las rupturas durante el trabajo de las que nos ocuparemos especialmente, son debidas, sea á un traumatismo banal, sea á una intervención obstétrica; espontáneas, tienen por causa determinante un estado de contracción de músculo uteríno, comprimido, aplastado, contra el margen de la pelvis por el empuje de la presentación fetal.

Bandl, ha demostrado que esta presentación empujada por la contracción uterína, se transforma en un verdadero pistón que bate, contra el segmento inferior adelgazado.

Sobre la frecuencia de la ruptura uterína, los autores dan cifras muy disemejantes.

Jolly sobre 782,741 partos ha tenido 23 rupturas ó sea 1 por 3,403 partos.

Riccke-Bluff sobre 219,535 partos ha tenido 6 rupturas ó sea 1 por 36,589 partos.

Collins sobre 16,654 partos ha tenido 34 rupturas ó sea 1 por 489 partos.

Franqué sobre 367,708 partos ha tenido 114 rupturas ó sea 1 por 3,211 partos.

Hugenberger sobre 473,340 partos ha tenido 298 rupturas ó sea 1 por 1,588 partos.

Bandl sobre 56.003 partos ha tenido 32 rupturas ó sea 1 por 1,750 partos.

La ruptura espontánea es extremamente rara; sin embargo como se debe comprender en esta categoría, todas aquellas que son el resultado de la acción sola de la contracción uterina, más ó menos ayudada por la acción de las causas predisponentes; resulta, que las rupturas espontáneas así comprendidas, se vuelven más frecuentes que las traumáticas.

Jolly dá sobre una estadística de 573

rupturas, 376 espontáneas y solo 197 traumáticas.

El número de las rupturas uterinas ha disminuído en estos últimos tiempos, debido al mejor conocimiento del mecanismo de su producción y á que se interviene más rápida y eficazmente durante el trabajo, antes que estalle el segmento inferior, superdistendido y anormalmente adelgazado.

El útero se rompe, cuando existe una falta de equilibrio entre la fuerza expulsora del útero que se contrae y la fuerza de resistencia que á la progresión del feto, le opone el canal genital. Esta última estando en exceso.

Una acción uterina violenta, no puede dejar de provocar una contracción refleja ó voluntaria de los músculos abdominales, que viene á aumentar la fuerza expulsiva.

Esto que trae su beneficio en el trabajo del parto normal, tiene sus graves peligros en el distocico y puede ir, hasta producir la desgarradura del útero y periné.

Bajo el punto de vista etiológico, las rupturas uterinas han sido divididas en traumáticas y expontáneas.

Las primeras pueden producirse durante el embarazo ó durante el parto.

Poco frecuentes durante los primeros meses del embarazo, en que el útero queda todavía incluído en la cavidad pelviana y no expuesto á los traumatismos de la región abdominal, responde su ruptura generalmente á maniobras criminales efectuadas buscando el aborto.

A medida que el globo uterino aumenta de superficie y se eleva en la cavidad abdominal, sus probabilidades de ruptura aumentan, porque dejando de estar protegido por la armazón osea de la pelvis, se expone á todas las causas que alcanzando el abdómen, puedan producir una solución de continuidad tales como: traumatismos directos ó indirectos, heridas por bala, por cuchillo, cornadas, etc., etc.

Guelliot trae el caso de una mujer embarazada de 8 $^1/_2$ meses, que recibe una puñalada en una de las regiones gluteas.

A la mañana siguiente dá á luz expontáneamente un niño muerto, que lleva sobre el parietal derecho una herida de 3 centímetros con sección neta del cuero cabelludo.

Guelliot constata en la madre una herida profunda al nivel de la escotadura sciatica. La mujer curó sin complicaciones.

Braum, cita un caso en que el útero ha sido herido en la operación de la ovariotomia, habién-

dolo tomado por un quiste fué puncionado é incindido.

Las rupturas traumáticas durante el parto obedecen á maniobras operatorias practicadas con instrumentos mal manejados, con el fin de terminarlo.

El forceps y la versión, son las causas más comunes de este temible accidente, porque es de ellos que en la mayoría de los casos se echa mano.

En el empleo del forceps, el útero puede ser herido durante la introducción de las ramas, por perforación de tejido; ó bien al hacerse la extracción fetal, por compresión y dilaceración de los mismos tejidos, entre las ramas del forceps y las paredes pelvianas.

Puede igualmente el segmento inferior del útero cuando ha sido tomado entre las cucharas ser arrancado al hacer la extracción.

La versión produce frecuentemente la ruptura, cuando el momento propicio de efectuarla ha pasado y se pretende hacerla, cuando la bolsa de las aguas rota á tiempo las ha dejado salir en su totalidad; cuando el útero está muy retraído sobre el feto; y el segmento inferior estrechamente aplicado sobre él.

La mano introduciéndose en éstas condicio-

nes entre el niño y la pared uterina así retraída, le hace estallar casi fatalmente.

Cuando se interviene en el momento propicio, si no se sabe intervenir; se puede producir igualmente la desgarradura.

Esto sucede en el primer tiempo de la versión y cuando al introducir la mano y buscar el pié, no se tiene la precaución de fijar con la otra á través de la pared abdominal, el fondo del útero.

De otro modo este huye delante de la mano, la vagina se alarga desmensuradamente y un arrancamiento se produce al nivel de la inserción vaginal.

En estos casos, la lesión interesa más que todo la vagina, pero puede extenderse más ó menos alto en el útero.

Igualmente al querer penetrar á través de un cuello incompletamente dilatado, se puede por el mismo mecanismo producir una desgarradura.

En los otrcs dos tiempos de la versión; la evolución y la extracción puede llegar á producirse, pero es poco frecuente.

El empleo de otros instrumentos, ganchos, cefalotribos, embriotomos etc., mal manejados conducen igualmente á la ruptura.

En la extracción manual de placenta, al introducir la mano si no se toman las precauciones ante dichas ó al raspar sobre la pared uterina para desprenderla, se llega á veces á perforar el útero.

Las rupturas expontáneas tal como se las entiende están comprendidas en la definición de Jolly: «son todas aquellas que sobrevienen fuera de toda violencia exterior, de toda intervención obstétrica de cualquier naturaleza que sea, de maníobras ó administración intempestiva de substancias destinadas á provocar la expulsión del feto; y que son el resultado solo de la contracción uterina, más ó menos ayudada por las varias causas predisponentes».

Estas rupturas uterinas sumamente raras durante la preñez, son verdaderas excepciones en los primeros meses del embarazo.

La patología obstétrica registra sin embargo algunos casos, fuera de toda duda.

Entre otros tenemos los de Lewers, en que la ruptura se produjo al 4.° mes y la de Sway que tuvo lugar en el 5 °.

Cuando el embarazo entra en sus últimos meses, la ruptura se hace más frecuente.

Harrison, trae un caso en el 8.° mes, y en que la ruptura tiene lugar después de una marcha prolongada.

Scott, refiere el caso de una señora en que durante el sueño es víctima de tan temible accidente.

Estas rupturas expontáneas producidas durante el embarazo, tienen todavía su causa etiologica debatiéndose en la obscuridad.

Verdad es que hay casos, en que se pueden invocan causas probables, como el vómito, una emoción violenta, un esfuerzo brusco etc., pero la mayoría de estas rupturas quedan á la espera de una explicación pausible; á menos que se acepte como única y exclusiva la sola contracción uterina.

Las rupturas espontáneas durante el trabajo, son con mucho las más frecuentes.

A ello se debe, el que hayan sido mejor estudiadas y que su etiología sea mejor conocida.

Las rupturas durante el trabajo obedecen á un conjunto de causas, que han sido compren didas en dos grupos.

El primero formado por las predisponentes, que comprende causas múltiples, prepara por así decir el órgano para que bajo la influencia del segundo, formado por la causa determinante, la contracción uterina, se produzca la ruptura.

Muchas y algunas muy discutidas, han sido las causas predisponentes sacadas á luz.

Se les ha dividido en causas dependientes

de la madre y en causas dependientes del feto.

Entre las primeras se ha hecho intervenir la edad.

El mayor número de rupturas se produce entre los 30 y 40 años

Así lo comprueba la estadística de Jolly sobre 301 casos, en que encuentra 156 producidos en mujeres de 30 á 40 años y solo 145 para el conjunto de las otras edades.

La multiparidad es otra causa aceptada hoy por todos los autores.

La estadística arroja según Bandl por cada ruptura en primipara, ocho en multipara.

Las preñeces obrando como causa predisponente, lo hacen según la pintoresca espresión de Doleris, trayendo una *déchéance du systéme génital.*

En cada preñez, las modificaciones sufridas por el músculo uterino, trae trastornos circulatorios. (atheromatosis de los vasos arteriales y ectasis venosas) que repercuten sobre la nutrición de éste y se acompañan á la larga de alteraciones degenerativas, que al modificar el tejido, lo vuelve de una friabilidad que lo predispone á la ruptura.

Por otra parte cada parto, deja muchas veces tras sí, huellas indelebles de su paso. Talesson las

desgarraduras del cuello uterino, que posteriormente al cicatrizarse trayendo este tejido inextensible, se acompañan á veces de retracciones que pueden ir hasta la oclusión del orificio cervical. La dilatación del trabajo de parto de una nueva preñez, se volverá más ó menos difícil y la progresión fetal no se hará ó se hará mal. Es lo mismo que sucede cuando hay una atrepsia de la vulva y vagina.

La ruptura entonces puede tener lugar y ser debida á que el músculo uterino presenta una resistencia insuficiente, ó bien por que á pesar de su resistencia normal, no consigue producir del lado del conducto vaginal (canal de Braune), las modificaciones necesarias para la salida normal del feto.

Las resistencias á la dilatación que dependen del cuello, son debidas en la mayoría de los casos á causas patológicas, (bridas, cicatrices, tumores, etc.,) más que á causas anatómicas.

Algunos autores al aceptar como causa predisponente la multiparidad, lo hacen diciendo que estas preñeces á repetición, al traer consigo una hipertrofia considerable del útero, por hiperplasia é hipertrofia de sus fibras musculares, da lugar á contracciones que se hacen según el lema «á mayor masa, mayor energía,» y el segmento

inferior no pudiendo resistir el empuje de tal masa contractil estallaría.

Entre otras causas predisponentes tenemos: los estados patológicos del órgano debidos á cáncer, fibroma, atrofia uterina; los estados inflamatorios, principalmente los crónicos; y entre estos principalmente la metritis parenquimátosa, que trae alteraciones degenerativas de todo el conjunto orgánico y que se le encuentra frecuentemente acompañando la ruptura uterina.

La existencia de cicatrices uterinas accidentales ó quirúrgicamente producidas, constituyen puntos de menor resistencia, donde el útero en preñez ulterior cede, se rompe y deja pasar el feto en la cavidad abdominal.

Es de observación, ver á mujeres que han sufrido una operación cesarea, ser víctima en una nueva preñez, de una ruptura de útero.

Bien es verdad, que estos casos frecuentes antes de la era antiséptica, en que las cesareadas curaban por segunda después de largas supuraciones, han perdido felizmente hoy, gracias á la sutura y la antisepsia gran parte de tan funestos resultados.

Entre las varias observaciones de rupturas consecutivas á cicatrices, ninguna tan curiosa como la que debemos á Rose.

Se trata de una mujer que tuvo en un primer parto, una ruptura uterina, con pasaje del feto en la cavidad peritoneal.

El feto fué extraído por las vías naturales y la mujer curó rapidamente y sin complicaciones.

Posteriormente esta mujer tuvo tres embarazos y en ellos se vuelve á repetir exactamente lo del primero; ruptura de útero, pasaje del feto al abdómen, extracción por las vías naturales y la mujer curó rapidamente y sin complicaciones.

Las desviaciones uterinas, á las que los antiguos daban una importancia exagerada, á perdido mucho de ese favor; sin embargo, trayendo como lo hace una no coincidencia de ejes tiene un valor real.

Los adelgazamientos de las paredes del órgano gestador, sea general, ó parcial, observadas en las preñeces gemelares, en el exceso de líquido amniotico (hidramnios) en la mola hidatiforme, lo son igualmente.

La degeneración grasosa, la hialina, la tuberculosis encefaloide, la infiltración purulenta, al traer un reblandecimiento de la pared uterina, la coloca en condiciones desventajosas para la lucha en el parto.

Las alteraciones del tejido elástico, en el segmento inferior y cuello, que tan importante pa-

pel juega en la dilatación, durante el trabajo del parto, trae como resultado la pérdida de su elasticidad y sus consecuencias.

Dührssen ha demostrado que el tejido elástico, es menos desenvuelto, en las mujeres de edad.

El edema y la infiltración del tejido celular sut-peritoneal y de los ligamentos anchos, en el segmento inferior; resultado de la compresión ejercida por una parte fetal, ó una distensión exagerada de dicho segmento, pueden ser causa de un reblandecimiento inflamatorio del tejido uterino.

El edema del cuello trae igualmente sus dificultades en la dilatación de éste.

Pero más frecuentes que todas estas causas uterinas, las rupturas, tienen otro grupo al que rinden mayor tributo.

Estas son las viciaciones pelvianas.

Entre ellas, ocupan el lugar prominente las estrecheces.

Cabe considerar las estrecheces absolutas, en que el feto no se encaja y queda por encima del estrecho superior y las relativas, en que suficientemente anchas para que el encaje se produzca no lo son sin embargo tanto, como para permitir su progresión.

La observación demuestra que son más peligrosas las segundas que las primeras. Según Radfordt sobre 32 rupturas, ha encontrado 5, producidas en las absolutas y 27 en las relativas.

En las primeras el feto no pudiendo encajarse y el orificio y cuello uterino estando por encima de la margen pelviana, no hay compresión.

En las segundas, siendo la estrechez relativa el cuello y cuerpo del órgano descienden un poco durante el trabajo en la cavidad pelviana. La cabeza fetal lo hace igualmente, pero solo hasta un cierto punto de donde no puede pasar.

El útero, tratando de librarse de su contenido, vuelve sus contracciones de más en más enérgicas y la cabeza, ante esta fuerza impulsora, comprime el tejido uterino contra las paredes pelvianas.

Este es adelgazado, laminado por la comprensión y por poco que se prolongue la circulación es dificultada, la nutrición se hace mal, la parte comprimida se altera, se hace friable y la ruptura puede producirse.

Si el parto tiene lugar antes que la perforación se haya producido, encontramos más tarde como consecuencia de esta compresión, mortificaciones de tejidos, que traen fístulas y aún la gangrena.

Por otra parte, los tejidos comprendidos entre la parte fetal y las paredes pelvianas, quedan transformados en puntos fijos, en puntos de apoyo, sobre los cuales las fibras de la matriz tiran con energía durante las contracciones.

Hay por lo tanto gran probabilidad para que los tejidos adelgazados, friables en esos puntos, se desgarren.

Las regiones donde más frecuentemente se producen estas dilaceraciones, estos desgastes del tejido uterino, son el pubis y el promontorio.

Entre otras viciaciones pelvianas tenemos la existencia de una cresta pectinea muy afilada, que puede cortar la matriz por poco que la compresión se haga.

Un borde pelviano muy cortante, una proyección muy exagerada de las espinas ciáticas (acanthopelys de Kiliam) son menos peligrosas que un simple estrechamiento.

Sin embargo estas dos condiciones están frecuentemente reunidas.

En las pelvis deformadas, en las raquiticas, se presentan á menudo excrecencias que haciendo salida en la cavidad pelviana, se vuelven otros tantos puntos donde la compresión y desgarradura uterina pueden producirse.

Las más comunes son las que se presentan

al nivel de la cara interna de la sínfisis pubiana.

La presencia de tumores en la pared del útero ó en su vecinaje, pueden ser causa de estrechez pelviana,

Estos intervienen oponiéndose al descenso del feto, ya sea colocándose en el trayecto del canal, ó ya impidiendo la dilatación y borramiento del cuello uterino tan necesario para que el parto se efectúe.

CAUSAS DEBIDAS AL FETO

Levub consideraba los movimientos fetales como posibles productores de ruptura. Las observaciones posteriores, han dejado sin fundamento esta opión.

Algunos creen que la putrefacción fetal dando lugar á desarrollo de gases, pueden producir un aumento de presión y distensión uterina que iria hasta la ruptura.

El sexo del feto tiene su importancia.

En las mujeres embarazadas de varones, se observan más frecuentemente.

El hecho se explica teniendo en cuenta, que

estos tienen siempre una cabeza más grande y más osificada que las del sexo contrario. (obs. III.)

El volúmen exagerado del feto, la presencia de gemelos distendiendo considerablemente el útero, lo predisponen igualmente.

Las conformaciones viciosas, como: la hidrocefalia, la ascitis congénita, las monstruosidades que crean un obstáculo á la progresión normal del feto, forman otras tantas causas.

Pero entre todas, las que verdaderamente forman en la observación común, son las presentaciones viciosas.

Este accidente se produce en efecto en ciertas presentaciones de nalga, en las de cara cuando el menton está vuelto hácia atrás, y en cuya posición el parto es imposible.

Es sobre todo en las presentaciones de espalda que la ruptura se vuelve frecuente.

Cuando esta presentación no ha sido reconocida y se ha dejado pasar el momento oportuno de corregirla, se corren grandes riesgos al intentarla después.

Por otra parte el feto no pudiendo ser expulsado en estas condiciones y luchando el cuerpo uterino por librarse de él, trae una distensión de más en más marcada del segmento inferior, que puede llegar á la ruptura.

Todo este conjunto de causas que se agrupan bajo el término de predisponentes, no son suficientes para producir la ruptura.

Necesitan una nueva causa, una causa determinante, que no es otra que la contracción uterina, para que ella tenga lugar.

Si ésta, ayudada por las causas predisponentes es capaz de producir tal accidente, que decir cuando es activada por medicamentos como el cornezuelo de centeno, que desarrolla un potencial tan considerable de energía en el músculo uterino?

El Dr. Samuel Gache refiere 12 casos de mujeres ingresadas en el Hospital Rawson, y donde la ergotina les había sida administrada por la partera que las atendió en el público. Todas ellas provenían de Barracas, donde habían sido atendidas por la misma partera.

Existe todavía una otra variedad de ruptura uterina, que se produce varios días después del parto y que entra en la categoría de las rupturas espontáneas.

Ella sería debida á la caída de una escara, producida por compresión de la pared uterina, al nivel del promontorio.

Brossard trae una interesante observación: se trata de una mujer con ligera estrechez pel-

viana, que tiene un trabajo muy largo y en que fué necesario terminar el parto con aplicación de forceps. Sigue bien hasta el 4.º día, en que al hacer un movimiento para tomar el niño, siente de golpe un violento dolor y presenta á los pocos minutos, una sintomatología gravísima.

La mujer muere al día siguiente y en la autopsia se encuentra una ruptura de la cara posterior del útero, en el punto correspondiente al promontorio.

Esta ruptura se había hecho al nivel de una depresión de un centímetro de profundidad, que presentaba la pared en este punto y en donde posiblemente dice Brossard, la cabeza hizo compresión.

PATOGENIA

El mecanismo de la ruptura uterina que encuentra en la mayoría de los casos su buena explicación, deja todavía á muchos otros envueltos en las tinieblas de lo inexplicable, á la espera de nuevas observaciones y una teoría que los comprenda.

Si pasamos por aito aquellas que son debidas á traumatismos, heridas, tentativas de aborto criminal etc; que encuentran su explicación en su misma causa; para ocuparnos de las rupturas espontáneas durante el parto, encontramos que su mecanismo de producción viene siendo causa de estudio, desde los primeros obstétricos que la observaron.

Mme. Lachapelle, teniendo en cuenta la manera de producirse las dividió: en rupturas por desgaste y perforacion y en rupturas por estallido.

En las primeras, la ruptura encuentra su

explicación en el hecho de que el tejido de la pared uterina, pellizcado entre las partes fetales por un lado y las paredes ó bordes pelvianos por otra, trae tras una compresión prolongada, un adelgazamiento paulatino de la pared acompañada de trastornos vasculares, que la llevan á su reblandecimiento y ruptura por mortificación de tejido.

Se producen por lo tanto según el mismo mecanismo, que causa las fistulas entre la vagina y los órganos que la rodean.

En las segundas ó por estallido, su mecanismo de producción ha sido más difícil explicar.

Durante largo tiempo, ha sido comprendido por los autores de la manera siguiente: la contracción uterina, no pudiendo triunfar del obstáculo cualquiera que sea, que se opone á la progresión del feto, concluye por vencer la resistencia de la pared uterina que cede y se rompe bruscamente.

Esta explicación aceptable para ciertos hechos, como en casos de degeneración cancerosa ó infiltración de cualquier naturaleza que disminuye la resistencia uterina, no lo es para la mayoría de los casos.

Barnes y Barnes, piensan que es condición necesaria para que la ruptura se produzca, que

una parte del útero esté fija y que el resto del órgano tire sobre ese punto.

Un músculo en contracción dicen; desgarra rara vez sus fibras que se contraen, el se desgarra en cambio en su punto de inserción, ó sobre el punto que tiran; como el tendon de Aquiles se rompe más á menudo que los músculos que tiran de él.

Si un músculo, no es lo suficientemente potente para cumplir el fin que se propuso al contraerse, se fatiga y se relaja.

Es lo que sucede á menudo con el útero y que lo salva muchas veces de la ruptura.

En el parto normal, el útero se contrae en la dirección del gran eje y tiende á retraerse sobre sí mismo, tirando el cuello hácia el fondo uterino. El cuello así tirado, es dilatado por la parte que se presenta á su orificio cervical, bolsa ó partes fetales.

La influencia de la presión hidrostática, en la dilatación del orificio, es innegable. Si ella falta á causa de un derrame prematuro de las aguas, (cosa frecuente en los partos distocicos), y hay al mismo tiempo un obstáculo que impida la progresión del feto, la dilatación es lenta, y se hace solamente por el tironeamiento ó la tracción que las fibras longitudinales del útero, hacen sufrir al cuello.

Tanto en uno como en otro caso, si el cuello cede, los peligros de la ruptura se alejan, pero si el cuello no se dilata y el útero continua contrayéndose, la desgarradura se produce. Ella comienza generalmente en el borde del orificio, que es la parte fija y se extiende hácia arriba.

Si el feto se presenta de hombro, de manera que un miembro, codo ó rodilla, formen una salida angular, puede esa parte prolabada volverse el punto fijo sobre el cual tiren las contracciones uterinas y esta región entonces adelgazada y debilitada gradualmente, ser el punto de partida de desgarradura uterina.

En este caso la desgarradura puede ser longitudinal ó transversal, y estar situada en cualquier punto del útero.

Después de los trabajos de Braune, Muller, Bandl, el mecanismo de las rupturas uterinas, ha sido interpretado de una manera diferente.

Es á Bandl, á quien se debe el trabajo más completo sobre este punto. Su teoría se resume, en las líneas siguientes.

Toda vez que un obstáculo mecánico, sobre todo si este obstáculo no es muy pronunciado, (estrechez moderada de la pelvis, presentación transversa etc.) se oponga á la salida del feto,

las contracciones uterinas persistentes en el cuerpo, obraran directamente sobre el cuello.

El fondo y cuerpo uterino al contraerse, tiran sobre el orificio interno, que es poco á poco llevado por encima del estrecho superior, sufriendo un movimiento de ascenso y deslizamiento sobre las partes fetales.

El útero en este momento se encuentra dividido en dos partes, la una superior, constituída por el fondo y cuerpo del útero y la otra inferior, formada por el cuello, y en la cual las partes fetales estarán más ó menos encajadas.

Estas dos partes se encuentran separadas por un surco, formado al nivel del orificio interno; surco que se volverá de más en más apreciable á medida que las contracciones se sucedan.

Mientras que la primera, (fondo y cuerpo), tiende á volverse de más en más espesa, y más pequeña, la otra, (cuello), por el contrario se distiende de más en más y se adelgaza en proporción á esta distensión, hasta que una última contracción, arrojando una nueva parte del feto en este segmento distendido, concluye con su ya débil resistencia y la ruptura se produce.

La ruptura se inicia en el cuello, extendiéndose más ó menos alto en el cuerpo uterino.

Estos dos mecanismos de ruptura, por desgaste y perforación, y por estallido, pueden coexistir en determinadas circunstancias.

Esta es la explicación que Bonnaire, ha dado á propósito de las rupturas del útero, que se complican con desgarradura de la vejiga.

La lesión tendría lugar en dos tiempos.

En el primero, bajo la influencia de una contracción enérgica, se produciría al nivel de la cara posterior de la sinfisis pubiana, una compresión; que se ejerce sobre la vejiga y el útero, trayendo en este punto una mortificación de tejidos y una pequeña solución de continuidad, que hace comunicar los dos órganos.

En el segundo tiempo, el segmento inferior continuaría distendiéndose por encima del punto comprimido, y ya perforado, hasta que una nueva contracción produciría por estallido, una desgarradura más ó menos extendida el útero y de la vejiga, á partir de ese punto.

Este accidente de la ruptuta uterina, contrariamente á lo que pensaba Mme. Lachapelle, puede tener lugar con la bolsa de las aguas integra. Bien es cierto que en la mayoría de los casos la desgarradura tiene lugar en un útero retraído y más ó menos desprovisto de líquido.

ANATOMIA PATOLOGICA.

En las rupturas uterinas tenemos dos clases á considerar; las rupturas completas y las incompletas.

Las completas, son aquellas en que las tres túnicas del músculo están comprometidas, habiendo por lo tanto neta comunicación entre la cavidad del útero y la peritoneal.

Si la causa productora de la lesión es un accidente traumático, esta se presenta en la parte de la matriz correspondiente á su punto de aplicación.

Si es espontánea y se produce durante el trabajo, corresponde en la gran mayoría de los casos á la parte más adelgazada del útero, el segmento inferior y principalmente al borde izquierdo.

Puede producirse en otros puntos, pero es la excepción:

Si este accidente tiene lugar durante el embarazo, la ruptura se produce en cualquier punto, siendo sin embargo más frecuente encontrarla en el fondo del útero.

La forma de las desgarraduras es variable y depende de la causa productora de la lesión. Una simple perforación, una grieta, una ventana más ó menos extendida es la consecuencia.

En la mayoría de los casos la desgarradura es longitudinal, principalmente si se encuentra situada en los bordes; pudiendo en otro ser transversal ú oblicua, sobre todo si ocupa las caras anterior ó posterior del útero; ó tomar formas más ó menos irregulares en zig-zag, en estrella, en T, etc.

La pared anterior, es más á menudo interesada que la posterior.

La extensión de estas desgarraduras puede ser muy variable, desde una pequeña perforación, hasta desgarraduras extendidas á toda la altura del útero.

Cuando una desgarradura transversal es muy extendida, puede alcanzar un ligamento ancho y desgarrarlo en una altura más ó menos considerable, á punto tal que el útero quede ligado á la pared pelviana de este lado, solo por el pedículo vascular superior.

Hay otras, en que el arrancamiento es tal,

que la matriz queda solo adherida al cuello por un simple colgajo, siendo entonces desplazada por las asas intestinales.

Tal es el caso de Thèvard, en que el cuerpo uterino casi completamente separado del cuello, había remontado hasta la cara inferior del hígado.

La ruptura no es siempre única y no es raro que puedan encontrarse varias, ocupando las caras anterior y posterior del útero, siendo las unas completas é incompletas las otras.

Los bordes de estas desgarraduras son en algunos casos regulares, netos, como si fueran quirúrgicos; pero en la gran mayoría de los casos son irregulares; contusos, violaceos, infiltrados de sangre.

Estando el peritoneo desgarrado, su desgarradura puede coincidir con la del músculo uterino y entonces los bordes ser regulares; pero generalmente no sucede así; la desgarradura peritoneal no corresponde que á una parte de la del útero y á veces se encuentra situada á una cierta distancia y entonces sus bordes son á menudo irregulares.

Un derrame sanguíneo hecho entre la túnica peritoneal y el músculo uterino, puede desprenderla en una extensión más ó menos considerable. Estos trombus sub-peritoneales, alcanzan á veces

los ligamentos anchos y aún el tejido celular de la pelvis, extendiéndose hasta las fosas ilíacas. Esta observación se presenta más frecuentemente en la ruptura imcompleta.

Cuando una ruptura completa se produce, el contenido uterino sigue diferentes procesos.

En unos casos y cuando la desgarradura es suficientemente amplia y de bordes separados, el feto integro puede pasar en la cavidad abdominal. Nada entre las asas intestinales.

En este caso se vé y palpa en el abdomen la existencia de dos tumores; el uno formado por el feto hácia un lado, y el otro por el cuerpo uterino retraído y generalmente un poco más elevado, del otro.

En algunos casos no es el feto íntegro que pasa, sino una ó varias de sus partes. A veces es la cabeza, y el útero retraído viene entonces á aplicarse sobre el cuello del feto; en otros son los miembros ó el tronco.

Conjuntamente con el feto pasa á veces la placenta en la cavidad peritoneal; otras veces ésta permanece en la cavidad uterina y es solo el cordon uniéndola al feto que pasa. La inversa es menos frecuente.

Puede igualmente suceder y la observación de Stoltz lo prueba, que una vez producida la

ruptura el huevo íntegro pase á la cavidad abdominal.

Entre otras observaciones raras dignas de mencionarse por lo curiosas, tenemos la de Leopold. Se trata de una mujer embarazada de 4 meses, que á consecuencias de un golpe sufre una ruptura uterina con pasaje del feto en la cavidad peritoneal. A pesar de esto, el feto sigue viviendo hasta el 8º mes, en cuya época la mujer deja de sentir los movimientos fetales y principia á sentirse mal.

Es operada y se encuentra un feto muerto en el abdómen, y el cordón pasando á través de la desgarradura, va á la placenta perfectamente inserta en la cavidad uterina.

Cuando la desgarradura uterina es poco extendida y sus bordes quedan bien aproximados, cuando la parte fetal está encajada en la excavación, el feto puede permanecer en el útero. La forma del vientre en estos casos no cambia.

Se puede señalar todavía dentro de la cavidad abdominal, la presencia de sangre coagulada ó fluída, líquido amniotico y meconio.

La cantidad de sangre derramada en estas rupturas es variable y depende de los puntos en que se produzca.

Poco frecuente al nivel de la inserción placentaria, y en cuyo caso la hemorragia es enorme,

esta se hace, ó al nivel de los bordes de la desgarradura, ó al nivel de los vasos de los tejidos dilacerados vecinos del útero.

Según Hervieux, el flujo sanguíneo es nulo ó poco abundante:

1.° Si la ruptura es producida al nivel del cuello y su vecinaje, ahí donde hay pocos vasos.

2.° Si la parte fetal encajada, comprime los vasos.

3.° Si el huevo entero ha pasado á la cavidad, dejando al útero retraerse completamente.

Será por el contrario en extremo violenta:

1.° Si la ruptura se hace en el punto de la inserción placentaria.

2.° Si haciéndose en otro punto, hay desprendimiento parcial de placenta.

3.° Si la matriz está en estado de inercia.

La cantidad de líquido amniotico que se encuentra en el abdómen depende de la existencia ó no, de una ruptura de la bolsa de las aguas al nivel del cuello uterino, que le puedan ó no haber dado salida al exterior.

Este líquido, aséptico en su estado fisiológico, deja de serlo y se vuelve excelente caldo de cultura, cuando las bolsas se han roto y la mujer ha sufrido una serie de tactos, hechos en condiciones más ó menos septicas; tanto más, cuanto

que la mujer en estas condiciones de debilidad es particularmente apta para la infección.

Estas desgarraduras pueden dar origen á determinadas complicaciones.

Las asas intestinales, pueden hacer hernia á través de la herida y descender más ó menos bajo, en el útero. A veces en su descenso, llegan á aparecer en la vagina, la vulva y aún salir al exterior.

Cuando los bordes de la desgarradura se retraen pueden dar lugar aprisionando el intestino, á un estrangulamiento intestinal.

Este estrangulamiento no reconocido, termina si la enferma cura, por una fístula estercoral intestino-uterina.

Por otro lado, habiendo una amplia comunicación del exterior séptico con la serosa peritoneal, ésta se inflama y una peritonitis más ó menos generalizada se produce.

La ruptura puede complicarse con la desgarradura de los órganos vecinos. Con la que más frecuentemente se produce es con la vagina, y en esta variedad útero-vaginal, está tomada la vagina, el cuello y cuerpo uterino.

El recto es excepcionalmente interesado.

Pero la complicación que mayor gravedad representa para las enfermas, es la desgarradura

de la vejiga. Esta es á veces ampliamente desgarrada, extendiéndose hasta la uretra.

La sangre se derrama entonces en este reservorio, mezclándose á la orina. Esto no quiere decir que siempre una orina sanguinolenta, indique desgarradura de este órgano.

RUPTURAS INCOMPLETAS

Se comprenden bajo esta denominación, aquellas que interesando la integridad de la matriz, no establecen una comunicación entre su cavidad y la abdominal.

Dos variedades de rupturas incompletas han sido descriptas.

Una, producida de adentro hácia afuera é interesando, ya la mucosa uterina sola, ya esta y el músculo, hasta una profundidad más ó menos grandes; pero dejando intacto el peritoneo.

Es llamada ruptura incompleta interna ó subperitoneal.

La otra, se produce de afuera hácia adentro y está comprometido el peritoneo solo, ó bien éste y el músculo; pero deja intacta la mucosa uterina.

Es llamada incompleta externa, ó extra mucosa.

La primera, es de observación mucho más frecuente que la segunda.

Variable en profundidad y superficie, llega á menudo comprometiendo la mucosa y musculosa, á dejar en descubierto el peritoneo.

Cuando la sangre se acumula entre éste y la matriz, el peritoneo es desprendido en una extensión más ó menos grande, según la cantidad de sangre derramada. Llega á veces á formar un inmenso hematoma sub-peritoneal, ocupando las caras anterior y posterior de la matriz, y aún extenderse á través de los ligamentos anchos, sobre las paredes de la excavación y las fosas ilíacas.

Cuando la colección sanguínea se hace adelante, forma un tumor característico, que se designa bajo el nombre de hematoma sub-peritoneal-ante-uterino.

Puede suceder que este trombus sub-peritoneal, se abra posteriormente en la cavidad abdominal, y en este caso, la ruptura incompleta se transforma en completa.

A veces la desgarradura haciéndose sobre un lado, generalmente el izquierdo, establece ámplia comunicación con el ligamento ancho de ese lado, separando sus dos hojas.

En las rupturas incompletas internas, el feto permanece generalmente en la cavidad uterina; pero puede suceder, que una parte fetal se encaje en la desgarradura y venga á levantar entonces el peritoneo á ese nivel, sin desgarrarlo.

Cuando se ha establecido una comunicación con el ligamento ancho, una parte fetal, es á veces arrojada entre sus hojas.

En el primer caso, no hay alteración de forma en la matriz, en el segundo sí.

La segunda variedad de ruptura incompleta, la extra-mucosa, es sumamente rara, y no existen sinó un corto número de observaciones.

Hay una circunstancia particular, que parece predisponer á las mujeres á este accidente; tales son, las *vergetures* del peritoneo que recubre el útero. Son estos surcos ó cicatrices que se encuentran en la superficie del órgano y que son el resultado de su distensión progresivas durante el embarazo.

La falta de elasticidad de la túnica peritoneal, juega entonces un gran rol en la patogenia de esta variedad de ruptura; que puede por otra parte producirse, bajo todas las causas que hemos pasado en revista.

En cuanto á la lesión en sí, afecta una gran variedad.

La serosa puede ser simplemente fisurada en uno ó varios puntos, sin que las fibras musculares sean comprometidas; ó bien ser éstas lesionadas más ó menos profundamente, los sinus uterinos ser abiertos y una hemorragia interna grave su consecuencia.

En cuanto al lugar de estas desgarraduras, ellas se hacen sobre el cuerpo uterino y no en el segmento inferior, como lo hacen las completas de orígen expontáneo.

Este hecho resulta de la patogenia que acabamos de indicar; la lesión no puede producirse, sino en los puntos donde el peritoneo es muy adherente á los tejidos sub-yacentes.

La hemorragia, es en general muy considerable en estos casos. Se hace en la cavidad abdominal, donde forma voluminosos cuagulos.

Tarnier, cita un caso de muerte rápida de una mujer en cinta, á consecuencia de un golpe recibido en el vientre. En la autopsia, se encuentra una ruptura incompleta de las capas externas del útero, numerosas fisuras peritoneales, y una gran hemorragia.

SINTOMATOLOGIA

En la mayoría de los casos, la ruptura uterina es acompañada de un conjunto tal de signos, que el diagnóstico desde los primeros momentos en que se examina una parturienta, se impone.

Pero muy lejos de esto, el que todos los casos se presentan con la misma nitidez. Y al contrario de los primeros, hay otros que evolucionan de una manera tan apagada, tan oculta, que permanecen ignoradas y son verdaderas sorpresas de autopsia.

Es el conjunto sintomático de la ruptura uterina durante el trabajo, que el médico debe especialmente conocer; porque de la rapidez de diagnóstico y tratamiento, depende en gran parte la atenuación de las terribles consecuencias de este acidente.

Además su conocimiento, le permite en algunos casos preveerla y é interviniendo oportunamente, evitarla.

Son ya signos precursores á llamar la atención del médico; un trabajo prolongado debido á una causa cualquiera de distocia; la agitación extrema de la mujer; la violencia exajerada de las contracciones uterinas.

Dührssen, considera como fenómeno sospechoso de ruptura, un pulso pequeño que aumenta de frecuencia durante el trabajo, acompañándose de lijera elevación térmica.

Son datos á tener igualmente en cuenta: la existencia no solo de los dolores del parto, sino de otro continuo, en el bajo vientre y debido á la distensión exagerada de los ligamentos redondos y la vagina.

A la palpación que es dolorosa, se siente el fondo y cuerpo del útero duro y retraído, haciendo contraste con la flaccidez del segmento inferior. Viniendo con la palpación desde el fondo del útero hácia la eminencia ileo-pectina, se sienten distintamente dos cordones tensos como cuerda de violín, gruesos como un dedo meñique, y que son los ligamentos redondos tensos, por la tendencia del cuerpo uterino á remontarse.

Al tacto, se nota el segmento inferior adel-

gazado, relajable en el intérvalo de las contraciones, á veces continuamente tenso y la presentación que no varia, manteniéndose elevada y fija.

Pero el verdadero signo precursor de la ruptura uterina, cuya constatación está indicando que una distensión exagerada del segmento inferior se produce, es el conocido con el nombre de signo de Bandl.

Nos es revelado por la forma característica que toma el útero, cuando está á punto de romperse por estallido del segmento inferior.

Se nos presenta en este caso á la vista y á la palpación, como constituído por dos lóbulos, cuyo círculo de separación es más ó menos oblicuo.

La existencia de este círculo de separación, llamado anillo de contracción ó de Bandl y su ascenso durante el trabajo á más de cuatro dedos por encima de la sinfisis pubiana, es indicio de ruptura inminente.

Este signo es sobretodo muy marcado en las presentaciones de espaldas abandonadas así mismas. Se observa aunque menos neto, en las presentaciones de vientre, cuando la cabeza no puede encajarse en la escavación pelviana.

Su mecanismo de producción responde á la teoría de Blandl, de que hemos hablado en el capítulo anterior.

En presencia de estos signos, podemos estar seguros que una ruptura de útero amenaza.

Bajo una nueva contracción uterina, el segmento inferior cede y el feto pasa en parte ó en totalidad, en la cavidad peritoneal.

En este momento la escena clínica se modifica, y aparecen los síntomas de la ruptura uterina producida.

Es en medio de esta contracción uterina, ó de una maniobra obstétrica, que la parturienta lanza un grito desgarrante.

Ella manifiesta haber sentido de golpe un dolor agudo, angustiante, que defiere completamente del que acompaña la contracción y que la ha obligado á gritar y llevarse las manos al bajo vientre.

Este dolor, se acompaña de una sensación de desgarradura y á veces de un ruído sordo, que percibido por la parturienta, puede llegar á serlo por los que la asisten; y si la desgarradura es suficientemente amplia para dejar pasar el feto en el abdomen, la mujer acusa la sensación de este desplazamiento. ó bien un líquido caliente, se esparse por su vientre inundándolo.

Por otra parte, se constata desde este momento, la cesación de los movimientos del feto y de las contracciones del útero, sea brusca, sea

paulatinamente; y á los dolores intermitentes sucederle un dolor fijo en bajo-vientre.

La cesación de las contracciones uterinas, es un signo frecuente pero no constante y á veces hay persistencia de estas contracciones, siendo entonces muy débiles y sin fuerzas para expulsar el feto.

Sin embargo, se registran algunos casos en que han conservado la suficiente energía, para llevar á cabo la terminación del parto.

La observación de estos casos es excepcional, y se presentan solo en las rupturas incompletas.

Al mismo tiempo que esto se produce, el rostro de la mujer se altera, palidece, un sudor frío cubre su cuerpo, sus extremidades se enfrían, el pulso se hace frecuente, pequeño, sumamente depresible, Las lipotimias, los síncopes aparecen, acompañándose á veces náuceas y vómitos. Después disnea, sumbidos de oído, desvanecimientos y convulsiones. La muerte, es generalmente el complemento de este cuadro, debido al shoc y á la hemorragia externa é interna.

Cuando el médico es llamado al lado de una de estas enfermas, son los conmemorativos que toman entonces mucha importancia, los que contribuirán en gran parte á darle la clave del diagnóstico.

Es así que interrogando á la enferma, ó á los que la rodean, que se sabe que el trabajo á durado mucho tiempo, que las contracciones uterinas han sido muy enérgicas y penosas.

Si se le han administrado ó no determinados medicamentos, si se han hecho ó no maniobras obstétricas, ó si se ha manifestado alguno de los síntomas anteriormente enumerados.

Los datos recogidos por el exámen de la enferma, varían según que el feto haya quedado en la cavidad uterina, ó que haya pasado en parte ó totalmente en el abdómen.

Cuando el feto ha permanecido en la cavidad uterina tenemos:

A la inspección, nada de anormal, el vientre conserva su forma globulosa.

A la palpación, se reconoce la existencia de un tumor único con los caracteres del útero gravido. A la palpación dolorosa de por sí, se agregan dolores intensos, si se hace presión al nivel de la desgarradura. Se nota gran tensión de vientre y si se percute, se reconoce un meteorismo considerable.

Se puede constatar cuando hay abundante cantidad de sangre en la cavidad peritoneal, una sensación neta de fluctuación.

A veces, se siente una crepitación enfísema-

tosa y que es debida al aire que penetrando á través de la ruptura, viene á infiltrar el tejido celular hipogástrico.

No se constatan más los movimientos fetales.

A la auscultación, los ruidos del corazón fetal han desaparecido y si se perciben, no se tarda en verlos desaparecer, porque la ruptura del útero trae en breve plazo, la muerte del feto.

Al tacto, puede no encontrarse nada de anormal; se nota la presentación que está en relación con el estrecho superior y la lesión uterina escapar completamente al dedo.

Pero esto no es lo común. De ordinario la bolsa de las aguas está flácida, quedando constantemente así. Cuando las membranas se han roto y se alcanza una parte fetal, se ve, que ésta se levanta con facilidad y huye bajo el dedo explorador.

Otras veces, la parte fetal que se presenta ó que se encaja, es levantada fácilmente por encima del estrecho superior; esta retrocesión de la presentación, es de un gran valor para el diagnóstico y cuando la lesión está muy baja, el dedo puede reconocerla.

En el segundo caso; cuando el feto pasa á la cavidad peritoneal, éste puede hacerlo parcialmente ó en totalidad.

A la inspección, se nota cuando el feto ha pasado completamente á la cavidad abdominal, la existencia de dos tumores, uno más pequeño hácia un lado, y uno mayor, más voluminoso más elevado hácia el otro.

Cuando es solo una parte del feto la que se ha deslizado fuera del útero, la existencia de éstos dos tumores es menos neta.

A la palpación en el primer caso, se puede apreciar en la existencia de estos dos tumores, que uno, el más pequeño, es duro, redondeado, liso, responde al músculo uterino retraído; el otro más voluminoso, irregular, responde al feto. Se le nota completamente superficial, separado solo por la pared abdominal de la mano explorada, que puede constatar el feto en todos sus detalles (miembros, cabeza y tronco.)

Cuando solo una parte fetal está en el abdomen, se nota un tumor bilobado, irregular, donde es posible limitar dos porciones distintas, la una lisa, regular, redondeada, corresponde al útero que conserva todavía parte del feto; la otra formada por una región cualquiera de éste, más ó menos irregular (cabeza, miembros, etc.) que hacen salida en la cavidad abdominal.

La muerte del feto siendo la regla, no se percibe ningún movimiento activo.

A la auscultación, se constata silencio fetal. La cesación de las contracciones cardiacas del feto, es generalmente brusca y coincide con el momento en que se produce la ruptura.

Al tacto, se nota el útero vacío, cuando toda presentación ha desaparecido por el pasaje del feto al abdomen.

El tacto manual permite entonces franquear el cuello, alcanzar la desgarradura y apreciar su lugar, forma y extensión.

Cuando la desgarradura es muy amplia, puede la mano penetrar en la cavidad peritoneal. Tarnier ha llegado á tocar el borde inferior del hígado.

Otras veces se siente en la cara interna de la pared abdominal, que es levantada por la presión digital, causando á la mujer dolores en esa región.

La exploración vesical puede dar salida á una orina sanguinolenta ó á sangre pura, cuando hay desgarradura de vejiga que la complica. Pero por este solo hecho, no hay que creer á ciegas en una desgarradura, porque una simple contusión de la vejiga puede dar lugar á hematurias.

Es solo la penetración de la sonda á una profundidad inusitada, que permite afirmar la

existencia de una desgarradura vesical; que una supresión absoluta de emisión de orina, viene más tarde á confirmar.

RUPTURAS IMCOMPLETAS

En estas rupturas, los síntomas locales son menos acentuados.

Las cotracciones persisten á menudo ó son simplemente debilitadas. Por otra parte, al no abandonar el feto la cavidad uterina, le conserva su forma regular.

Bajo el punto de vista clínico, existen diferencias marcadas, según que la ruptura interese las capas internas ó las externas.

En las primeras, hay habitualmente hemorragia externa, más ó menos abundante.

Cuando la forma uterina no es alterada, la palpación nos da datos negativos, no así, cuando una parte fetal está encajada en la desgarradura y en que el útero se vuelve irregular, abovedado en una punta y á veces es posible percibir en este espacio, cual es la parte fetal que hace hernia bajo el peritoneo, sin desgarrarlo.

Es en esta variedad, que se observan los

desprendimientos de serosas y los hematomas sut-peritoneales.

El tacto vaginal, permite á veces constatar la desgarradura.

Quede en ciertas condiciones dar en apariencia datos falsos, haciendo creer en una desgarradura completa.

Esto sucede cuando la ruptura hace comunicar la cavidad uterina, con uno de los ligamentos anchos. En este caso, el dedo atraviesa la desgarradura y cae en una ancha cavidad, donde no se siente fondo, y que es producida por la separación de las dos hojas del ligamento ancho.

En otros casos, el dedo es detenido por una membrana muy fina, que no es otra cosa que el peritoneo.

Cuando existe un hematoma ante-uterino, al tacto se constata la existencia de un tumor, situado hácia adelante de la pared anterior de la vagina, á la que rechaza hácia abajo y trás, simulando un cístocele.

En la ruptura imcompleta externa ó extra mucosa, hay ausencia de hemorragia externa porque la caduca está intacta, en cambio tiene todos los caracteres de la hemorragia interna, á la que la mujer sucumbe si no se interviene rápidamente.

MARCHA Y TERMINACIÓN

La ruptura uterina sobrevenida durante el trabajo, impide la terminación del parto de por sí y es el médico el llamado á ponerle fin.

Casos hay sin embargo, en que el parto se ha llevado á cabo. Esto no se explica, sino por la existencia de una ruptura parcial, incompleta ó porque la misma contracción que ha producido la salida del feto, ha traído la ruptura del útero.

Este accidente trae comunmente la muerte de la mujer ó bien rápidamente por el shoc y la hemorragia, ó bien posteriormente después de algunas horas ó días, en que los escalofríos y la fiebre precursora de la septicemia con su peritonitis aparece.

Las enfermas sin embargo pueden curar y esto que era una rareza ha no muchos años cuando la era antiséptica no había iniciado su dominio, ha dejado de serlo hoy día, gracias á ella y á un tratamiento apropiado.

DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico de la ruptura uterina hay que considerar; 1.° las lesiones que pueden confundirse con ella; 2.° la existencia de complicaciones; 3.° la causa de la ruptura.

Entre las afecciones que pueden confundirse durante los primeros meses del embarazo con la ruptura uterina, esta el embarazo tubario.

El diagnóstico es muy difícil de establecer, cuando el feto ha quedado en el útero y la ruptura se ha producido espontáneamente.

Los conmemorativos pueden ayudar, pero á menudo es imposible pronunciarse, á menos que la gravedad de la enferma explique una intervención, que permita reconocer la naturaleza de la afección.

La laparotomia, es la indicada.

En una época más avanzada de la preñez, se puede confundir con una inserción viciosa de placenta (placenta previa, inserción baja), á consecuencia de la hemorragia que se observa en los dos casos

Sin embargo el dolor vivo que se observa en el vientre y sobre todo la deformación del útero, son signos propios de la ruptura y que no se observan jamás en la placenta previa, en que el útero sigue contrayéndose regularmente y no es doloroso. Al tacto se constata el reborde de la placenta, cuando hay una inserción baja y la masa placentaria misma, cuando se trata de una placenta previa.

La ruptura de una viscera en una mujer embarazada, tiene algunos síntomas semejantes con la ruptura, debidos á la brusquedad de los fenómenos observados y los signos de colapsus y hemorragia que se presentan en ambos casos. Pero la palpación, la auscultación y el tacto, al darnos un conjunto de datos determinados, nos pone en vías del diagnóstico de ruptura de útero.

Cuando esta se efectúa durante el trabajo con pasaje del feto en la cavidad abdominal, el conjunto sintomático es tal que el diagnóstico se impone con exclusión de todo otro. Pero cuando el

feto permanece en el útero, no habiendo por lo tanto deformación abdominal, el diagnóstico se hace más difícil, porque se puede confundir con otros accidentes que como ella, se acompañan de fenómenos de depresión y síncope.

Tales son; una hemorragia debida á un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y en que el útero aumentado de volúmen, está en contracción permanente. Abonarán en favor de esta última, la ausencia de un dolor brusco, subito, desgarrante; el aumento progresivo del volúmen uterino y la tensión de sus paredes.

La hemorragia externa además, nunca es tan abundante en la ruptura como en el desprendimiento prematuro.

Es importante investigar si la ruptura no se acompaña de complicaciones.

La desgarradura de la vejiga, se reconoce por sus síntomas, hematuria dolor etc, siendo la penetración de la sonda uretral á una profundidad inopinada, lo que confirma el diagnóstico.

Las desgarraduras de la vajina y el recto, son fáciles de constatar.

La existencia de un estrangulamiento intestinal al nivel de la ruptura, nos lo revela el tacto manual y los fenómenos de oclusión.

A veces este intestino prolabado en el útero,

ha podido ser confundido con el cordón umbilical y dado lugar por su tironeamiento, á desprendimientos intestinales más ó menos extendidos.

Un examen atento, permite evitar estos errores.

Interesante para el tratamiento y pronóstico de la enferma, es el emitir una opinión fundada sobre la posible existencia de una infección.

Si bien no es fácil fundarla en el momento mismo del accidente, porque el conjunto sintomático de shoc domina la escena tapando los síntomas de una infección anterior; se puede por la investigación de las condiciones en que la ruptura se ha producido, por la investigación de los órganos genitales y los líquidos que por ella se derraman, fundar una opinión.

En una época más alejada del accidente, si la infección ha existido se vuelve evidente.

En general el diagnóstico de la ruptura uterina es fácil,

Por un lado los datos recogidos y por otro los síntomas, forman un conjunto tan característico, que el error es facilmente evitable,

Pero al lado de esta mayoría, hay otros que se producen de una manera latente é insidiosa. Si en estos falta la hemorragia, si el feto no abandona la cavidad uterina, si el útero conserva su forma normal y además hay persistencia de las

contracciones uterinas, el diagnóstico se hace difícil y queda en suspenso hasta el momento del parto. Y es solo después de él, é introduciendo la mano con suavidad, á fin de no correr el riesgo de agrandar la desgarradura si existe, ó de transformarla en completa si es incompleta, que se llega á reconocer su existencia.

Es la única manera de reconocer una ruptura quedada problemática.

En cuanto á la ruptura incompleta extra mucosa que trae todos los síntomas de la hemorragia interna, su diagnóstico queda siempre incierto, á menos que la laparotomía por el estado grave de la enferma, venga en ayuda, dándonos el diagnóstico.

En general esta ruptura es revelación de autopsia.

En cuanto al diagnóstico de la causa de la ruptura, es fácil de establecer por los conmemorativos y antecedentes en la mayoría de los casos; pero en otras se presenta rodeado de tales dificultades, que no es posible determinar si ella es espontánea ó traumática.

Casos son estos, en que el médico debe ser muy prudente en sus conclusiones, por las responsabilidades que puede traerle.

PRONÓSTICO

En el pronóstico tenemos en cuenta tanto la vida del feto como la de la madre.

Para el primero, teniendo en cuenta que muere casi al mismo tiempo que se produce la ruptura ó que la sigue de muy cerca, no puede menos de ser que gravísimo. El feto muere casi fatalmente; y no es sino excepcional y casi exclusivamente en los casos de ruptura incompleta sub-peritoneal, que se les ve nacer vivos.

El pronóstico para la madre, casi tan grave como para el feto antes de la era antiseptica, ha mejorado muchísimo hoy en día, debido á ella y al mejor tratamiento á efectuarse.

Algunas mujeres pueden curar sin intervención operatoria; pero son sobre todo los diagnós-

ticos precoces, seguidos de una intervención oportuna, los que dan en la hora actual un cierto número de mujeres curadas, que algunos años atras habrian sucumbido. Así lo podemos ver en la estadística de Pinard.

En un primer grupo de 11 casos, observados de 1880 á 1897. y tratados por extracción del feto por las vias naturales y haciendo solo taponamiento, 10 mujeres murieron.

En un segundo grupo de 12 casos, observados desde 1897 á 1901; 6 mujeres murieron antes que se tuviese tiempo de intervenir; de las otras 6, que fueron intervenidas, 3 curaron,

La estadística de Ivanoff sobre 124 casos tratados sistemáticamente por el tratamiento conservador, desde 1877 á 1901, ha tenido 98 muertes ó sea un 79 °/₀.

Las estadísticas actuales, han mejorado considerablemente este porcentaje.

El pronóstico está subordinado: á la violencia del shoc, á la abundancia de la hemorragia y á la presencia ó no de una infección.

Estos son los tres peligros que amenazan la vida de la mujer.

Varían según que la ruptura sea completa ó incompleta.

En las rupturas completas con pasaje del

feto en el abdómen, estos tres peligros se encuentran al máximo y su pronóstico es el más grave.

Se atenúa, pero siempre dentro su misma gravedad, cuando el feto permanece en la cavidad uterina.

Cuando se acompañan de complicaciones, la gravedad del pronóstico aumenta.

Tal sucede con la penetración del intestino en el útero, que añade á la gravedad de la ruptura, la que acompaña la estrangulación intestinal.

La desgarradura de la vejiga, es de las complicaciones la más temible y va casi siempre acompañada de un desenlace fatal.

Cuando la desgarradura es incompleta, no habiendo una comunicación directa entre la cavidad peritoneal y la uterina, la infección de la primera está á salvo y el pronóstico mejora dentro de su gravedad.

Según la estadística de Merz, sobre 230 casos, formados por 184 de rupturas completas y 46 incompletas, encuentra que la cura para las completas ha sido de 34,8 %; mientras que para las incompletas sube á 41,3 %.

Cuando la ruptura es extra mucosa, el pronóstico es extremamente grave, á causa de la dificultad de diagnóstico y de que la hemorragia es generalmente muy abundante, de modo que la intervención llega casi siempre tarde.

TRATAMIENTO

Desde la abstención completa como único tratamiento seguido por los antiguos, hasta los intervencionistas á *autrance* de nuestros días, él ha sufrido una serie de modificaciones tendientes á llenar las necesidades, que el mejor conocimiento de las rupturas, volvian necesarias.

Muchos y muy numerosos son los tratamientos aconsejados por los autores, para luchar contra este temible accidente del parto; pero en realidad, más se diferencian por sus detalles de técnica que por su fondo.

El conocimiento que tenemos de las causas de la ruptura uterina, nos permite establecer un tratamiento que tienda á evitarla, un tratamiento profiláctico.

Es así, que proscribiremos en absoluto el empleo del cornezuelo de centeno ó la ergotina, en no importa que época del embarazo y sobre todo en el momento del parto, cuando el trabajo se prolonga cualquiera que sea su causa.

En las mujeres, que por flacidez de sus paredes abdominales llevan un útero péndulo, les haremos usar como medio profiláctico, una faja apropiada tendente á corregir en lo posible su oblicuidad, causa de distocia.

La presencia de cicatrices ó bridas en el cuello y vagina. que en el momento del parto trae sus dificultades, debe ser objeto previo de una intervención.

Las presentaciones viciosas, causa tan frecuente de este accidente, deben ser oportunamente corregidas por medio de la versión por maniobras externas. Y cuando abandonadas las sorprende en esa posición el trabajo del parto y hay bolsa de las aguas rota, la versión por maniobras internas esta indicada.

Es necesario evitar toda maniobra intempestiva y proceder según el estado de la presentación. Así, en los casos en que por derrame de las aguas hay poco líquido amniótico y que el útero está retraído sobre el feto, esta maniobra es particularmente peligrosa y debe efectuarse,

con las más grandes precauciones de cautela y cuidado.

Aquellas mujeres que han tenido una ruptura anterior ó han sufrido la operación cesarea, deben ser particularmente cuidadas, conteniendo sus paredes con un vendaje y una vez el parto iniciado, terminarlo cuanto antes, á fin de evitar las contracciones demasiado exageradas, que le pueden ser de funestos resultados.

En todos los casos de distocia y particularmente si el signo de Bandl se nos presenta, es la indicación de urgencia hacer desaparecer lo más pronto posible, las condiciones anormales del útero, que de otro modo, lo llevarían inevitablemente á su ruptura.

En los casos de distocia por estrechez relativa de la pelvis, (7 $^1/_2$ cent. promonto sub-pubiano), la sinfisiotomia y mucho mejor la pubiotomia, al hacer desaparecer el obstáculo á la progresión, evitan al útero su ruptura.

Igualmente en las pelvis normales con distocia por cabeza relativamente grande, la pubiotomia puede ser útil.

En aquellos casos, en que el signo de Bandl presente nos está indicando la necesidad de una intervención rápida. la cloroformización profunda debe hacerse, porque disminuye la energía de las

contracciones uterinas y aumenta el tiempo disponible para que una intervención salvadora se efectúe.

TRATAMIENTO EN EL MOMENTO DE LA RUPTURA

La espectativa, método de tratamiento de los antiguos parteros, que según la estadística de Polly da: 142 muertes sobre 144 casos, ha pasado al archivo de las curiosidades antiguas.

Método á rechazarse en absoluto, él no puede ser seguido ni aún en las rupturas incompletas con persistencia de las contracciones uterinas, porque siempre hay lugar para creer que los esfuerzos uterinos, pueden agrandar la desgarradura y si solo existe en las capas internas, llevarla hasta transformarla en completa, con todos sus peligros.

En presencia de una ruptura uterina diagnosticada, la primera indicación es la extracción del feto; la segunda, el tratamiento propiamente dicho de la lesión.

A la par de la primera indicación marcha otra; la de mejorar en lo posible los desastres del shoc y la hemorragia, poniendo á la enferma

en las mejores condiciones posibles, para soportar las maniobras ulteriores.

Es á una medicación reconstituyente enérgica, á la que hay que echar mano.

Tal es el colocarla en lecho caliente, administrándosele inyecciones de cafeina, ether, dándosele bebidas alcohólicas, haciéndosele una compresión metódica de los miembros por un vendaje apropiado, y sobre todo se tratará de reparar la masa de sangre perdida, por medio de las inyecciones de suero fisiológico.

Es á las inyeciones sub-cutáneas que se recurrirá en la mayoría de los casos, dejando las intra-venosas, para aquellos casos desesperados en que la muerte parece inminente por hemorragia grave y en donde hay que obrar con prontitud.

Todos estos tratamientos son paliativos, tienen por resultado mejorar momentáneamente la depresión de las fuerzas y la anemia; pero no pueden contener la hemorragia si continúa ó se renueva.

Al llenar la primera indicación, cabe preguntar: ¿por qué vía es necesario extraer el feto? Entre las opiniones que preconizan la extracción por las vías naturales y la opinión de Velpeau, de practicar d'amblé la laparotomia, hay lugar

para un eclectismo basado en las condiciones particulares de la expulsión.

La extracción por las vías naturales no se impone, sino en los casos donde hay encaje de una parte fetal en una pelvis no estrechada y aún en los casos, en que es necesario confirmar un diagnóstico que ha quedado en suspenso.

En una presentación cefálica encajada con niño vivo, se debe hacer uso del forceps, para terminar rápidamente el parto.

Si el niño está muerto, es todavía ventajoso y más simple hacer uso aún del forceps.

La necesidad de hacer una reducción por medio del baciotribo, es en estos casos excepcional.

Cuando el feto permaneciendo en el útero es chico y no encajado, sin que ninguna dificultad se oponga á su pasaje, como ser un tumor intra-pelviano, una dilatación incompleta del cuello etc., parece en un principio que puede substituir con ventajas la versión al forceps. Esta es de ejecución fácil, á causa de la laxitud de las paredes uterinas por la ruptura y de que no opone ninguna dificultad á la entrada de la mano, y evolución del feto. Esta facilidad para practicar la versión, es un gran indicio de ruptura y confirma el diagnóstico, cuando ha quedado en suspenso ó dudoso.

Pero practicando la versión en estas circunstancias, hay el peligro de agrandar la desgarradura ó transformarla en completa si es incompleta, en el momento que el feto evoluciona.

El forceps debe entonces serle preferido, á menos que la cabeza esté demasiado alta y en que no hay más que recurrir á la versión.

Tarnier, cita un caso en que intervino haciendo versión y sintió la ruptura agrandarse bajo su mano, compara la sensación experimentada, á la que produce un trapo viejo cuando se rasga.

Si se trata de una presentación de hombro, no se hará la embriotomia sino en presencia de feto muerto, en caso contrario, con feto vivo, se está obligado como dice Valery, á pesar del anatema de Baun Von Fernwald, y sin por esto cometer «una falta profesional», á hacer muy lenta y prudentemente la versión.

En fin, la tracción sobre los pies, si hay lugar, aplicación de forceps sobre cabeza última, hecha muy prudentemente, tendrá su razón de ser en las presentaciones de nalga.

Cuando la pelvis tiene una estrechez muy considerable, será necesario recurrir á la laparotomia aún en el caso de feto muerto. Tiene la ventaja de permitir todo lo que hay que hacer.

En la presentación de nalga, si las dificultades se presentan al desprender la cabeza, se hace baciotripsia en cabeza última, siempre que el niño esté muerto.

En las presentaciones de espalda con niño muerto, se recurrirá á la embriotomia raquidea por cualquiera de los embriotomos; el de Tarnier por ejemplo ó las tijeras de Dubois, es decir, con un instrumento que no imprima al feto sacudidas peligrosas para el útero.

¿CUANDO EL FETO HA PASADO AL ABDÓMEN Á QUÉ INTERVENCIÓN DEBE RECURRIRSE?

Se puede si la penetración es parcial, tentar extraerlo por las vías naturales, puede ofrecer dificultades cuando los bordes de la herida se han retraído sobre la parte fetal. Dubois aconseja en estos casos, debridar este orificio por una incisión. Esta práctica difícil y peligrosa, está completamente abandonada.

Pero la opinión es unánime entre los parteros, de que se debe recurrir á la laparotomia.

Esta es en algunos casos la única posible, como sucede cuando la ruptura tiene lugar antes

del trabajo del parto en el curso de la preñez, ó cuando el cuello esté atacado de rigidez ó no haya alcanzado una dilatación suficiente.

La laparotomia ofrece la ventaja de ser aplicable á todos los casos de ruptura.

Es principalmente indicada en las rupturas completas, en que permite suturar los labios de la herida, efectuar la limpieza del peritoneo; poner fin á la hemorragia, haciendo una hemostasia directa, y prevenir la infección en la medida de lo posible.

Una vez efectuada la extracción del feto sea por la vagina ó por la laparotomia, se hace inmediatamente el alumbramiento por la misma vía.

Cuando el feto ha sido extraído por las vías naturales y la placenta ha pasado á la cavidad abdominal, será necesario recurrir á la laparotomia, para extraerla.

Hoy, el único procedimiento indicado como racional y radical en el tratamiento de la ruptura uterina, es la laparotomia.

Varnier en 1901, en una comunicación al Congreso de Nantes, sobre «tratamiento de las rupturas uterinas», llegaba como conclusión á indicar el tratamiento quirúrgico, como único eficaz y racional. Basaba sus conclusiones so-

bre 23 casos observados, en los que había instituído dos clases de tratamientos.

En el primer grupo de 11 casos, tratados por las vias naturales (tratamiento obstétrico), seguido de taponamiento, lavajes, etc., obtuvo una cura y 10 muertes.

En el segundo grupo de 12 casos, 6 mueren antes de toda intervención y en los otros 6 que fueron intervenidos, obtuvo 3 curas y 3 muertes.

Ivanoff en el último Congreso Obstétrico de Madrid, comunica el resultado del tratamiento obstétrico, aplicado inteligentemente, en 100 casos de la maternidad de Moscow.

En ellos, el drenaje de la cavidad abdominal era efectuada de una manera tan perfecta como era posible y precedida de una irrigación cuidadosa.

A pesar de todas las precauciones, la mortalidad fué de un 80 %.

La laparotomia queda entonces como tratamiento de elección, en todo caso de ruptura diagnosticada.

Pero una vez abierto el vientre, que conducta hay que adoptar? ¿Debe hacerse simplemente drenaje? ¿Debe hacerse sutura y drenaje? Debe extirparse el útero?

Bien que defendida por Green, Rakín, Le-

derer, la sutura no pone, salvo excepciones á la enferma, al abrigo de una recidiva generalmente fatal.

Si bien puede efectuarse cuando la desgarradura no se acompaña de deteriores considerables y el útero no está infectado, se corre siempre el peligro de una infección secundaria, que sería difícil combatir y sí llega á curar, la siguiente preñez sería un peligro para la mujer por la recidiva.

En efecto, la resistencia de los tejidos es mucho menor al nivel de la cicatrización y una nueva ruptura puede producirse.

Tanto más fáciles de producirse son estas desgarraduras, como Varnier lo ha demostrado, cuanto más irregulares son las cicatrices. De aquí que sean menos favorables á la ruptura, las cicatrices de operaciones cesareas, que forman una línea longitudinal de bordes netos, no contusos.

Krukemberg, cita una mujer de la maternidad de Bucharest, que tuvo en dos partos sucesivos dos rupturas uterinas, curando de ellas espontáneamente; pero en un tercer parto la ruptura se reprodujo nuevamente, sucumbiendo la mujer.

Varnier, ha podido reunir 15 observaciones

de mujeres en que durante sus partos y preñeces, el útero se habia roto y curado. De estas 15 mujeres 5, sea un 33 °/₀, han tenido otra ruptura; 3 han muerto, ó sea el 20 °/₀, de aca que se oponga á la práctica conservadora de Leopold.

El tejido uterino aunque regenerado, tiene pues tendencia á desgarrarse en una nueva preñez.

Por esto es que Varnier dice: que «cuando una mujer tratando de reproducir su especie, sufre la ruptura del útero, es demaciado feliz si salva de ese accidente, y no debemos exponerla á una nueva recidiva.

Se muestra partidario de la histerectomia y la efectúa sin remordimiento, tanto más, cuando se trata en la mayoría de los casos de grandes multiparas, que tienen bien merecido el reposo.

Por su parte Livon, estudiando los partos ulteriores de 31 mujeres que han tenido por primera vez ruptura uterina, encuentra 18 veces, la reproducción de la ruptura, con 10 muertes.

Parece entonces como lo sostienen Pinard y Varnier, que el útero una vez roto, se vuelve un órgano inútil y peligroso.

En una palaba como dice Valery: «cuando una mujer en ensayo de reproducir la especie

humana á roto su útero, es bueno si ella se salva, ponerla en situación de retiro por heridas graves contraídas en el servicio; no es con los inválidos que se hace la compaña».

Zweifel, para evitar estas preñeces secundarias en mujeres á quienes se les conserva el útero, las esteriliza por la oclusión de los oviductos, por medio de la cauterización con el termo-cauterio y por el tapizamiento de las trompas con el peritoneo, suturado en forma de cubierta, por encima del orificio tubario; ó sinó por la salpingectomia, incluyendo el oviducto seccionado en el pliegue seroso formado.

En resúmen, las indicaciones relativas de la histerectomía, se basan en el temor de una nueva ruptura durante una preñez ó un parto ulterior.

Se basan ellas igualmente en un pronóstico mejor?

Creemos que si, y es lo que veremos al comparar los resultados obtenidos por la ablación del útero. Recurriremos á la histerectomia abdominal.

En la histerectomia abdominal tenemos; la histerectomia total, y la histerectomia subtotal.

Esta última puede ser: supra vaginal, con

pedículo extra peritoneal (operación de Porro); supra vaginal, con abandono del pedículo en la cavidad abdominal, ó bien supra vaginal, con tratamiento del pedículo según el procedimiento mixto empleado por M. Hartmann.

Después del trabajo de Varnier en 1901 se han publicado numerosas observaciones que han llevado á los autores á preconizar unos, á modificar otros, el tratamiento de la ruptura por la histerectomia.

A la par de autores como Draghiesco y C. Cristeanu, que se declaran partidarios decididos de la histerectomia abdominal total; otros como Vardier, preconizan la histerectomia parcial sub-total.

No somos partidarios del exclusivismo, porque así como no todas las rupturas son idénticas. no es posible hacer para todas un método determinado.

Según el caso, es decir según el estado de la enferma, de la ruptura, de la existencia de infección anterior etc,. etc., creemos debe ser el tratamiento á efectuarse.

Dentro de este concepto, pasaremos en revista los diferentes tratamientos, popularizados por sus autores.

Varnier, aconseja la histerectomia parcial,

por ser la total una operación más grave, de ejecución más larga y por el peligro de la infección ascendente, por vía vaginal.

Numerosos son los casos felices debidos á este tratamiento.

Gaulard, Mary, Brindeau, han obtenido por la operación de Porro, buenos resultados.

Maggrier, sobre 39 casos de amputación de útero, ha obtenido 17 curas, sea un 45 °/₀.

Merz sobre 15 casos tratados por la operación de Porro, obtiene 8 curas ó sea un 53.3 °/₀ de curaciones.

Las histerectomias parciales, con curación intra peritoneal del pedículo y un buen drenaje Mikulicz, tienden á suplantar la operación de Porro.

Es la practicada por el Dr. Arturo Zabala en el Hosp. Rivadavia, habiendo obtenido sobre 3 casos, 3 curas.

Forné y Varnier sobre 53 observaciones, consiguen 24 curaciones sea un 45 °/₀.

Aunque algo resistido este método por Courteau, que considera que el muñón se infecta fatalmente, las observaciones han probado que no es así y que si ellas sobrevienen, son generalmente poco graves, debido á las adherencias que

se forman alrededor del pedículo y que limitan la extensión del proceso, cuyo buen drenaje, está asegurado por el Mikulicz y una gaza colocada en el muñón y que drena por la vagina.

Entre las ventajas que trae aparejada la histerectomia sub-total tenemos el de ser de más rápida ejecución; la hemostasia es más simple y más rápida, pues solo son interesados el tronco de las uterinas, que remontan á lo largo del cuerpo del útero y que son faciles de tomar. Mientras que en la total, la sección del corte vaginal, interesa las arteriolas vaginales más numerosas y que necesitan ser ligadas.

Por otra parte se evita el abrir la vagina, poco de infección difícil á pesar de los mejores lavajes, de dejar esteríl. Además el fondo de la vagina queda constituído por el cuello uterino, que le será menos molesto posteriormente á la mujer, que una cicatriz que es siempre más ó menos dolorosa.

La técnica de la histerectomía sub-total, varía según los diferentes autores. Ellas se encuentran descritas en los tratados de ginecología.

Cuando la ruptura uterina es anterior, se encuentran por delante del pedículo vascular y como la reflexión del peritoneo sobre el músculo uterino es más elevado, el tejido celular peri-uterino,

es asiento de lesiones más extendidas. Es necesario entonces recurrir á un procedimiento algo irregular de histerectomía para subsanarlas.

La técnica seguida en estos casos es la de Hartmann, quien hace una histerectomía supra vaginal, con marsupialización del foco de ruptura, fijación retro peritoneal del pedículo y drenaje de las partes contusas.

Procede de la manera siguiente: primero liga los pedículos vasculares (útero-ovaricas y uterinas) y completa la separación uterina iniciada por la desgarradura, seccionando el cuello atrás y arriba.

Como el muñón esta constituído por tejidos contusionados, en lugar de efectuar la sutura regular del peritoneo por encima del cuello conservado, se hace hasta su nivel solo, dejando este descubierto.

Se sutura por surget las desgarraduras peritoneales que se extienden hácia las paredes de la pelvis y el abdómen, de manera á ahislar completamente de la cavidad peritoneal, las partes desgarradas y contusas.

El muñón, sin ser cubierto del peritoneo, es traído entonces en contacto con la cara profunda de la pared abdominal; un catgut grueso, que tome la pared posterior del muñón y los labios del peritoneo parietal, lo fija en el ángulo inferior de

la herida, de modo que la superficie cruenta del muñón, así como la desgarradura anterior, quedan ahislados de la gran cavídad peritoneal y puestos en comunicación con el exterior.

Un taponamiento con gasa, asegura el drenaje de las partes mortificadas.

El resto de la herida por arriba, es reunida por dos planos de sutura.

El primero con catgut, comprendiendo el peritoneo y capas musculares, y el segundo con crín, de la piel. El drenaje puede sacarse del 4° al 5° día.

La histerectomía abdominal total, es sobre todo preconizada por Draghiesco y Cristoneau, quienes se expresan en estos términos, «cualquiera, que ha visto de cerca el estado de dilaceración, de infiltración sanguínea de la pequeña pelvis, de la cavidad abdominal misma, de su septicidad muy probable y de los desgarramientos peritoneales muy extendidos, comprenderá que bajo el punto de vista de los resultados operatorios, el mejor procedimiento no puede ser otro que la *histerectomía total con drenaje abdominal*».

Pestalozza, Delagennière, Fournier, Spencer, han obtenido igualmente por este tratamiento resultados más ó menos satisfactorios y con una estadística aproximativa, de 47 % de curaciones.

Kalomeski, es partidario absoluto de la histerectomía total y dice: «el objeto de toda terapéutica racional en las rupturas uterinas, es de a)—Combatir la hemorragia primitiva ó secundaria; b)—La septicemia ya caracterizada ó latente». Con este corolario», las heridas en una ruptura uterina son casi siempre infestadas».

La terapia racional no solamente detiene la hemorragia secundaria; ella se ocupa no solamente de una infección caracterizada, pero también de suprimir todo terreno y todo medio de cultura favorable á una infección adquirida.

Basandose en las reglas de cirugía general, es necesario para el primer objeto, ligar todos los vasos que dan sangre y para lo segundo suprimir el órgano infestado y drenar lo que queda.

Solo la laparotomía da en los casos de rupturas, la posibilidad de realizar el primer objeto.

Por otra parte solo la estirpación total del útero, realiza una lucha eficaz contra la infección séptica, y de esta manera crea al mismo tiempo, las condiciones más favorables para un amplio drenaje. Así pensamos dice Kalomeski, «que la histerectomía abdominal total, con drenaje vaginal, representa el procedimiento operatorio, más racional para combatir la hemorragia y la septicemia, después de producida una ruptura uterina.»

«Ni el drenaje por la vagina, ni el drenaje por el abdómen, ni aún ambos combinados equivalen, á un amplio dreneje realizado por la estirpación de la matriz.»

Por nuestra parte, no somos partidarios á autrance de la histerectomía abdominal total.

Pensamos como Weiss, «que es más rara vez indicada la histerectomía total que la parcial.»

Creemos sí, que hay casos en que ella se impone, como cuando la desgarradura se extiende á órganos vecinos; cuando el cuello está dilacerado; en las rupturas en que el feto ha pasado en totalidad en el abdómen y que la infección está presente; pero siempre que el estado general de la enferma le permita soportar esta operación.

En efecto el shoc, la hemorragia, dejan la enferma en determinados casos en un estado tan deprimido, tan grave, que el cirujano está obligado á elegir un procedimiento de ejecución rápida, que no aumente dentro de lo posible, el estado de shoc.

Y en este caso, la histerectomía sub-total por su mayor facilicidad y rapidez de ejecución, supplanta á la total que requiere un estado general relativamente bueno.

En todas las laparatomías por ruptura, se aconseja la posición horizontal y no la de Trede-

lemburg, para evitar que la sangre y líquidos derramados en la pelvis y posiblemente sépticos, se extiendan por todo el abdómen.

Hecha la laparotamia, extraído el feto, hecha la amputación total ó parcial del útero, debe procederse á una toilette, retirando líquidos y coágulos tan municiosamente como posible de la cavidad, á fin de que el terreno sea lo menos favorable á la infección.

El tratamiento conservador despues de la paratomizar comprende: la sutura de la desgarradura con ó sin drenaje; el drenaje simple y el taponamiento.

Para poder efectuar la sutura, es necesario recordar que sus bordes no estén muy contusionados y que deben adaptarse perfectamente.

Si hay partes desgarradas ó mortificadas, deben resecarse y proceder luego á hacer una sutura, como en la operación cesarea conservadora. Se hará una primer sutura que tome la cerosa y el músculo, sin interesar la mucosa y una segunda, que tome solo el peritoneo.

Se cierra luego el abdómen dejando en su parte inferior una abertura, para dar lugar á un drenaje que se retirará si no hay novedad, al cabo del 2.° día.

Si la sutura es imposible á causa del mal

estado de los lábios, se practica el drenaje sin sutura ó el taponamiento.

Este se hace intra y extra uterino.

Una banda de gasa iodoformada llena el útero y una de sus extremidades sale por la vagina; otra banda cubre el útero por su cara externa y sale por la herida abdominal.

Sobre los resultados de estos tratamientos, nos dá una idea la estadística de Merz.

«Sobre 39 casos de laparotomia con tratamiento de la herida por sutura, el drenaje simple, ó el taponamiento, ha obtenido 18 curas ó sea un 46.1$^0/_0$.»

«Sobre estos 39 casos, la sutura ha sido practicada 24 veces, consiguiéndose 10 curas ó sea un 51.7$^0/_0$.»

«En los otros 15, enque el útero no ha sido suturado, se obtuvieron 8 curas ó sea un 53.3$^0/_0$. Parece entonces, que la laparotomia sin sutura del útero sea preferible. Pero si se analizan los 24 casos en que se hizo sutura, se encuentran 12 en que la operación ha sido hecha despues que el niño fué extraído por las vías naturales, y 12, en que la laparotomia ha tenido por fin la extracción del feto pasado al abdómen.» «En los doce primeros, 7 mujeres han curado, ó sea un 58.3$^0/_0$.» «En las otras 12, solo 3 han curado ó sea un 25.$^0/_0$.

«Esta diferencia es menos sorprendente, si se considera que el pronóstico es menos grave cuando el feto queda en la cavidad abdominal, que cuando pasa al abdómen.»

No es menos cierto que hay una consideración importante bajo el punto de vista de la indicación operatoria y que según las cifras de Merz, puede ser formulada así: cuando el feto es extraído por las vías naturales y que se es llevado por una causa cualquiera á hacer la laparotomía, si se decide á conservar el útero, se deberá recurrir á la sutura, que dá mejores resultados que el taponamiento y drenaje.

Si por el contrario el feto ha debido ser extraído por la laparotomia y si se conserva el útero, se deberá preferir el taponamiento y el drenaje, que dan mejor resultado que la sutura.

A estas conclusiones, les falta la sanción de hechos más numerosos para que tengan nn valor real.

Forné, sobre 25 casos tratados por laparotomia, en que el útero no es suturado y si simplemente drenado, obtiene 14 curas, sea un 56°/₀.

«Este método de tratamiento dice, beneficia por las ventajas que aporta la laparotomia, al permitir efectuar una hemostasia perfecta y de oponerse en el límite de lo posible, á la infección

peritoneal, por una buena toilette de la serosa.»

Merz, como hemos visto, obtiene por la sutura un 41.7°/₀ de curaciones y Forné sobre 32 casos así tratados, consigue 16 curas.

Creemos que la sutura, es un método más lógico que el taponamiento. Por su sutura evita la hemorragia, cierra la puerta á la infección secundaria y permite obtener una cicatrización por primera.

Cuando el feto ha sido extraído por vía vaginal y no se ha recurrido ulteriormente á la laparotomia, los tratamientos á efectuarse son:

a) El drenaje.

b) Las inyecciones antisepticas.

c) El taponamiento.

d) La histerectomía vaginal.

DRENAJE

Por primera vez aplicado por Braun, en 1874, fué el primer paso dado hácia la antisepcia, en el tratamiento de la ruptura uterina.

La técnica empleada por Frammel, ha sufrido desde entonces sus modificaciones y contrariamente á la práctica de éste, que deja el drenaje

hasta que no de salida á ningun derrame, se aconseja cambiarlo frecuentemente y hacer lavajes repetidos.

Bien pronto el drenaje mismo, es objeto de acerbas críticas.

Se le considera como inútil y aún peligroso porque puede permitir el pasaje del aire ó líquidos sépticos, en el peritoneo.

Como resultado obtenido por este tratamientó, tenemos la estadística de Kliend, quien dá una mortalidad de 17 %, recomendando drenar con tubo de cauchut y no con gasa iodoformada.

Forné sobre 28 casos, obtiene 18 curas ó sea un 63,5 %.

Actualmente el drenaje se efectúa, pero combinado al taponamiento.

INYECCIONES ANTISÉPTICAS

Los primeros buenos resultados se debieron á Tarnier en 1883 y á Pajot en 1884.

Las inyecciones deben ser intra-uterinas y vaginales y repetidas frecuentementes, de modo á no dejar en los órganos genitales ningún detritus ni líquido putrecible. Exige ser hecha con

grandes precauciones y prévia una buena antisepcia vulvar y vaginal.

Se deberá evitar introducir líquido en el peritonio y para esto se introducirá profundamente la sonda en la cavidad uterina. Para más seguridad, se aconseja dejar en el útero dos gruesos tubos de cautchuc llevados hasta el fondo del órgano y por el cual se haría pasar el líquido de inyección, generalmente una solución de bicloruro de mercurio al 1 °/$_{4,000}$.

Las inyecciones vaginales deben ser hechas antes que las uterinas y en sus intérvalos.

Se les ha rechazado por el peligro á que exponen, de una peritonitis secundaria por penetración del líquido en el abdómen. Además solo pueden prevenir hasta un cierto punto la infección; pero no tienen ninguna acción sobre la hemorragia.

Los buenos resultados obtenidos por Corner y Brosset (46 y 47 °/$_0$ de curaciones), parecen solo poder explicarse, por haber sido empleadas en rupturas poco graves, infra peritoneales.

TAPONAMIENTO

Introducido por Dührssen, Tarnier lo ha di-

vulgado y lo describe de la manera siguiente: «después de una toilette vulvar y una inyección vaginal antiséptica, se pone á descubierto el cuello uterino con las valvas de Sims, se toman los dos labios por pinzas de Museux y se baja, combinando las tracciones sobre estas pinzas, con una presión hecha sobre el fondo del útero, por la pared abdominal. El cuello y el segmento inferior del útero descienden y pueden entonces ser examinados. Se explora la solución de continuidad del útero y si hay necesidad, se aplica una pinza hemostática sobre una arteria que sangra; pero es raro que sea necesario.

Se toma entonces con una pinza de Terrier los bordes de la desgarradura y se hace una toilette minuciosa con pequeños tapones de algodón, humedecidos en una solución débil de sublimado.

Si se vé correr sangre por la herida uterina cuando se entreabre es porque hay un derrame sanguíneo intra ó sub-peritoneal; en este caso será útil hacer por la herida, una inyección con agua esterilizada adicionada de cloruro de sodio; ó mejor de ácido bórico, con el fin de sacar la sangre acumulada en coágulos. Se procede enseguida al taponamiento del útero.

Con este fin se introduce hasta el fondo del órgano una primer banda de gasa iodoformada,

cuya extremidad inferior queda en la vagina; después, á través de la herida uterina se desliza una segunda banda, que va á perderse á una cierta profundidad sea en el peritoneo, sea en el ligamento ancho, según sea la ruptura intra ó extra peritoneal.

Esto hecho, se sacan las pinzas de fijación y se continúa llenando con gasa iodoformada el cuello y la vagina. Se aplica un vendaje abdominal compresivo con el fin de fijar el útero y mantenerlo descendido. Desde este momento los labíos de la herida no dan hemorragia y si no ha pasado ningún principio séptico en el peritoneo, la cura puede obtenerse.

Al cabo de 24 ó 48 horas, según la abundancia de la evacuación, se renueva el tapón iodoformado de la vagina; pero se mantiene más largo tiempo el del útero. La gasa iodoformada contenida en este órgano, realiza el drenaje y la antiségpcia, y asegura igualmente la inmovilización».

Dührssen, insiste en la necesidad de taponar á través de la desgarradura tan alto como sea posible y no limitarse á drenar la cavidad con una simple mecha iodoformada.

Braun, ha hecho con resultado un verdadero taponamiento Mikuliez, penetrando en el abdómen por la ruptura. De este modo se puede dice

Dührssen, comprimir á través del vientre el tapón contra el útero y detener una hemorragia abundante.

Por nuestra parte en el caso 7.° hemos procedido del siguiente modo: hecha una buena antisepcia vulvar y vaginal, se fué en busca del labio superior de la desgarradura, el que se tomó con dos pinzas de Terrier y haciendo tracciones sobre éstas, al mismo tiempo que se rechaza el cuerpo uterino á través de la pared abdominal, se consigue descenderlo en la excavación.

Este descenso es tal, que el segmento superior viene á apoyar por una superficie de 5 centímetros de ancho, sobre el segmento inferior. En esta condición, se hace un taponamiento de los ligamentos anchos á través de la desgarradura y se drena la cavidad abdominal por los lados de las pinzas.

Se hizo luego un taponamiento vaginal con gasa iodoformada, para mantener las pinzas que sostienen el útero.

Despues de la intervención se pudo apreciar á través de la pared abdominal, que el útero bien retraído formaba con la gasa del taponamiento un grueso globo, que apoyaba exactamente sobre la excavación.

Maygrier dice: «que es un método fácil y simple que ha dado algunas veces resultado, asegura la antisépcia y para la hemorragia».

Tarnier, es un defensor decidido del taponamiento.

Spencer trae 4 casos de ruptura uterina tratados por taponamientos vaginal, con buen resultado.

Valery, cita un caso de ruptura en que el periné había tambien estallado.

«Se hizo por la vagina una sutura del útero tan completa como era posible y se dreno por compresas moderadamente apretadas.

La mujer curó á los 15 días. Al dar á conocer el caso lo acompaña con estas palabras: «si esta observación ha de dar un partidario más al método del taponamiento, grande será nuestra aflicción al haber estado obligados á relatarla, porque los malos resultados del taponamiento son incontables».

En cuanto á la histerectomia vaginal propuesta por Fehling en 1885 y defendida por Spencer y Hermann que la prefieren á la histerectomia abdominal, hoy en día no se la practica sinó excepcionalmente.

Se le ha objetado, que la ablación del útero por la vía vaginal impide darse cuenta de la extensión de las lesiones uterinas y peri-uterinas y de dejar sucia la cavidad abdominal.

De este rápido exámen de los diferentes pro

cedimientos á ponerse en práctica en caso de ruptura uterina, se deduce que el más científico, el más útil y aún el más eficáz en los casos graves, es la laparotomia.

El tratamiento quirúrgico á instituirse es variado, no pudiendo aplicarse una técnica siempre la misma. Es el médico en presencia del caso, el llamado á pronunciarse por aquel, que mejor responda á las indicaciones á llenar.

OBSERVACIÓN I.

C. de P. italiana, de 42 anos, casada. Ingresa á la Clínica del Hosp. San Roque el 24 de Abril de 1906.

Antecedentes hereditarios— Sin importancia.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido 8 embarazos á término, terminados en *partos laboriosos*, espontáneos. Fetos vivos presentación cefálica.

Embarazo actual—Sus últimas reglas han

sido del 16 al 18 de Junio, en el momento del parto el embarazo está á término.

Exámen—Esqueleto bien conformado sin estigmas de raquitismo, piel blanca, línea media pigmentada, ligeras varices en los miembros inferiores, vientre muy globuloso, se palpa retraído.

Presentación—cefálica en I. T.

Ingresa del público en trabajo de parto, iniciado 16 horas antes, con dolores poco intensos alejados. Como la partera que la atendía en público notora inercia le prescribió un sello de 1 gr. de quinina; las contracciones se hicieron más fuertes sin ser sin embargo demasiado dolorosas. Dice la enferma que siendo las 10 a. m. y después de una contracción siente un dolor muy agudo, desgarrante en la región hipogástrica que le hizo perder el conocimiento. Desde entonces se siente muy incómoda con fatiga, gran disnea, los dolores del parto cesaron y pudo notar que su vientre aumentaba de volúmen. Transcurren en este estado 16 horas hasta que ingresa en esta Clínica.

Exámen practicado á su ingreso—Cuadro clínico de hemorragia interna gran disnea, palidez anémica, sudores frios, sed intensa, extremidades frias, pulso muy depresible, temperatura 35.6; respiraciones 60; por la palpación se reconoce presentación cefálica no encajada posición izquierda. Se aprecia el dorso muy superficial inmediatamente por debajo de la pared abdominal, lo mismo que los miembros que se encuentran en la línea media. En la fosa ilíaca derecha se nota un tumor redondeado que dá una sensación pastosa. La palpación no es dolorosa. Por el tacto se nota dilatación completa, presentación cefálica no encajada, posición izquierda, bolsa sero-sanguinea en región occipital. La cabeza se rechaza con facilidad y baja entonces gran cantidad de sangre. Introduciendo la mano se puede constatar una desgarradura lateral, completa del lado izquierdo del útero, extendiéndose á todo el segmento inferior, como igualmente que el dorso y extremidades del feto estan completamente libres en la cavidad abdominal llena de coágulos.

Tratamiento—Histerectomia abdominal subtotal con amplio drenaje Mikulicz.

Abierto el peritoneo se encuentra gran cantidad de sangre líquida y coágulos, (una verda-

dera inundación peritoneal). Se reconoce el feto, que salvo la extremidad cefálica, está completamente libre en la cavidad abdominal, lo mismo que la placenta que solo está retenida por membranas al útero. Este se encuentra retraído y rechazado hácia la fosa ilíaca derecha. Se comprueba la desgarradura descripta.

Poco después de iniciada la operación el pulso se hace filiforme, el estado general empeora: se termina rapidamente la intervención.

La mujer muere media hora después.

OBSERVACIÓN II.

A. B. italiana de 43 años. Ingresa á esta Clínica el 15 de Mayo de 1906.

Antecedentes hereditarios — Padres muertos (ignora la causa). No ha habido embarazo gemelar. Son 9 hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales—Caminó á los 10 meses, siempre bien; regló á los 15 años, sus reglas son abundantes, duran 7 días, regulares, algo dolorosas.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido 8 embarazos á término, partos espontáneos, presentación cefálica; 6 nacieron vivos, y 2 muertos. Uno á causa de una hemorragia, el otro después de 3 días de muerto en la cavidad uterina. Tres son del sexo masculino y 5 del femenino. Todos son hijos de un mismo padre, como el embarazo actual.

Embarazo actual—La fecha de sus últimas reglas fueron del 9 al 15 de Agosto. Sintió los movimientos activos del feto á los 4 meses.

La altura del útero es de 24 cent. desde la sinfisis pubiana. En el momento del parto el embarazo está á término:

Exámen—Esqueleto bien conformado sin estigmas de raquitismo, edemas en la vulva y extremidades inferiores, en estas existen igualmente varices superficiales, vientre en forma de alforja.

Presentación cefálica no encajada en D. T.

Pelvimetría externa—B. T.—31; B. I.—28; B. E.—24; S. P.—19 $^{1}/_{2}$.

La enferma ingresa á la sala de partos con viva agitación según dice debido á varias tentativas hechas con el forceps para extraer el feto, en el público.

Exámen practicado á su ingreso—Presentación cefálica sin encaje en D. T. (cabeza grande); bolsa rota varias horas atrás.

Al tacto se comprueba dilatación completa, se encuentra con dificultad la fontanela posterior hácia el lado derecho; se nota que los parietales están cabalgando y que la región occipito parietal está triturada.

Manifiesta la enferma que en una de las aplicaciones de forceps, sintió un dolor más agudo que los otros, perdiendo después de esto gran cantidad de sangre. Teniendo presente la existencia de un feto muerto con cabeza grande se decide una basiotripsia.

Se hace una toma irregular que permite extraer un feto de sexo masculino con cabeza bidrocefálica. Hecho esto se efectúa un nuevo tacto y se constata una desgarradura del cuello en el lado izquierdo que parece propagarse al segmento inferior del útero, lo que se pone de manifiesto al pretender efectuar un lavaje intrauterino.

El pico de la sonda parece sentirse á traves de la pared abdomínal, lo cual obliga á suspender la irrigación. Por la palpación se nota un vientre algo doloroso y en el cual el fondo del útero se encuentra hácia el hipocondrio derecho. Se percibe también á traves de la pared abdominal un rodete blando de borde inferior y de 15 á 20 centímetros de espesor, inmediatamente por encima del pubis y en una extensión de 8 centímetros. No hay signos de hemorragia, su pulso igual, regular, poco tenso.

Se efectúa una irragación de suero artificial in-tra uterina, se coloca hielo al vientre y se le condena á la inmovilidad.

Dia 15—El vientre se mantiene abultado y de forma globulosa, hay meteorismo. Hay vomitos alimenticios, no hay hipo ni signos de hemorragia.

Día 16—Continúan los vómitos, el estado general se mantiene como en la vispera haciéndose el pulso más tenso. El vientre ha aumentado de volúmen. No se hacen lavajes de ninguna naturaleza por temor de empeorar la situación.

Día 17—El vientre se mantiene muy elevado, hay loquios saniosos de color borra de café, fetidos; han parado los vómitos. Se coloca una sonda rectal para dar salida á los gases. Se hacen lavajes vulvares.

Día 18 –El vientre ha disminuído de volúmen y es menos doloroso. Lavajes vulvares.

Día 19—Se hace en exámen y se comprueba una desgarradura lateral izquierda que se prolonga varios centímetros por encima de la inserción vaginal dejando una amplia vía á la cavidad sub-peritoneal de los ligamentos. A la palpación bimanual se percibe por encima del pubis un adelgazamiento de la pared formada por los planos abdominal y uterino y que corresponde al borde inmediato del rodete á que se hace referencia anteriormente. Se hacen lavajes vaginales y vulvares.

Día 20—Estado general mejorado. Se continúa con lavages vaginales. En los días subsiguientes sigue el estado general mejorando paulatinamente. Los loquios son menos abundantes y menos fétidos. Se continúan las irrigaciones vaginales.

Veinte días después es dada de alta. Examinada se comprueba en la base del ligamento ancho, del lado izquierdo la existencia de un bloc duro, no doloroso que tiene fijo al útero.

OBSERVACION III

M. S. de S. italiana de 29 años, casada. In-

gresa á la Clínica del Hospital San Roque el 6 de Septiembre de 1906.

Antecedentes Herdeitarios—Padres vivos, tiene cinco hermanos vivos y sanos, no ha habido embarazo gemelar.

Antecedentes Personales—Ha caminado á los 15 meses, siempre bien. Regló á los 16 años. Reglas algo dolorosas, siempre regulares durando tres ó cuatro días.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido cuatro embarazos á término, *partos laboriosos*, pero expontáneos. El primer feto nació muerto (muere durante el trabajo de parto.) Los otros viven y son sanos, tres son del sexo masculino y uno del femenino. Son todos hijos del mismo padre, como el embarazo actual.

Embarazo Actual—La fecha de sus últimas reglas fué del 18 al 22 de Noviembre, habiendo sentido los movimientos activos del feto á los cinco meses. En el momento del parto el embarazo está á término.

Exámen—Esqueleto bien conformado sin es-

tigmas de raquitismo, pequeñas varices en los miembros inferiores, no hay edemas, vientre globuloso, útero completamente desviado hácia la izquierda.

Presentación cefálica no encajada en O. I. I. T.

Pelvimetria externa.-B.T.-32; B.I-.27; B.E.-23; S.P.-18$^{1}/_{2}$.

Ingresa del público á las 7 a. m. del 6 de Septiembre en trabajo de parto.

Refiere haber perdido líquido dos horas antes de su ingreso al servicio.

Exámen—Por la palpación se comprueba una presentación de hombro en posición derecha dorso anterior. Latidos normales.

Se practica una versión externa y se convierte en cefálica y se coloca la faja contensiva de Pinard. Por el tacto efectuado inmediatamente después se comprueba, cuello íntegro que permite la entrada de dos dedos á través del orificio externo y uno solamente en su orificio interno, se comprueba la cabeza por encima del estrecho superior movible y deflexionada. En estas

condiciones transcurren 15 horas con contracciones lentas y muy alejadas (una cada hora), hay pérdida de líquido en cada contracción. La mujer se queja entonces de que la faja la molesta durante las contracciones, al examinarla de nuevo la partera comprueba pérdida abundante de meconium puro. Le quita la faja y se auscultan los latidos que han caído á 60 por minuto, irregulares y débiles. Se decide intervenir. Se hace dilatación artificial con el aparato de Bossí modificado (30 minutos) sobre cuello íntegro porque este se mantiene como en el principio y se efectúa la versión.

El 1.° y 2.° tiempo se efectúan sin dificultades, pero al hacer la extracción queda la cabeza retenida en el estrecho superior y á pesar de tracciones enérgicas y vigorosas no se consigue encajarla. Se comprueba muerte del feto. Teniendo en cuenta la desproporción entre la cabeza y el diámetro promonto-pubiano, se practica una función raquidea negativa. Se hace entonces una decolación y se pretende sacar la cabeza por basiotripsia. Al practicar la punción llama la atención la dureza que presentan los huesos del cráneo. Terminada ésta se aplican las ramas obteniéndose una toma irregular (deslizan las ramas).

Varias tentativas no consiguen extraer la

cabeza. Las condiciones de la mujer se hacen graves, el pulso se vuelve filiforme, hay enfriamiento general. Se resuelve abandonar la intervención y esperar que las condiciones mejoren. Se le administra suero 1500 gr. cafeina, aceite alcanforado, poción Tood, cuatro horas después las condiciones han mejorado.

Se reconoce por la palpación que la cabeza está por encima del estrecho superior y aparentemente aislada del cuerpo del útero que se presenta retraído y á la derecha. Se sospecha una ruptura uterina, pues existe un surco de separación muy neto entre los dos y llama la atención la superficialidad con que se toca la cabeza.

Por el tacto se confirma la sospecha. Existe una desgarradura lateral del segmento inferior del útero hácia el lado izquierdo, que se prolonga hasta la cavidad del ligamento ancho donde se encuentra alojada la cabeza completamente por fuera de la cavidad uterina. No es posible asegurarse si la desgarradura es completa. Se extrae la cabeza por basiotripsia. Dadas las condiciones extremamente graves de la enferma se decide hacer un taponamiento de la desgarradura y un drenaje de la herida. Se inyectan 1000 gramos de suero.

Día 7—Por la tarde vómitos frecuentes, pul-

so 120, muy depresible, temperatura 37'2; se le inyectan 1000 gr. de suero y un c. c. de cafeina.

Día 8—Estado general grave; 144 pulsaciones, resp. 40, temp. 37, tinte anémico generalizado, facies peritoneales, vientre globuloso, meteorizado muy doloroso á la presión. Se le administra suero, cafeina, hielo al vientre, y se le coloca una sonda rectal para dar salida á los gases.

Día 9—Pulso 140, muy depresible, rep. 36; temp. 37.°8; persisten las facies peritoneales pero menos acentuadas, hipo, vómitos viliosos. Se cambia el taponamiento por uno nuevo, suero 2000 gramos cafeina.

Día 10—Estado general mejorado, pulso 120, más tenso, resp. 26; vientre menos meteorizado y sobre todo menos doloroso, se deja deprimir con facilidad permitiendo reconocer el útero perfectamente retraído y cuyo fondo se palpa á un dedo por encima del ombligo: la palpación es sobre todo dolorosa del lado izquierdo.

No hay loquios, en la vagina se notan algunas equimosis con ligero exudado blanquecino. El cuello uterino de regular consistencia y retraído en su segmento lateral derecho. Se renueva el drenaje previo lavaje vaginal con bicloruro al $1°/_{00}$ Se administra suero 1000 gr. y cafeina.

Día 11—Sigue mejorando el estado general, pulso más tenso y menos frecuente, vientre no doloroso, útero bien retraído á un dedo por debajo del ombligo. Las heridas vaginales no mejoran de aspecto.

Día 12, 13 y 14—Siguen mejorando el estado general y local.

Día 15—Se desprenden algunos fragmentos de tejido conjuntivo mortificado de color negruzco y olor fétido. Los loquios están en regular cantidad. El fondo uterino está á 13 centímetros por encima del pubis, se retira todo drenaje y se practican irrigaciones vaginales.

En los días subsiguientes sigue mejorando hasta ser dada de alta, curada 31 días después de su ingreso.

OBSERVACION IV

C. B. argentina de 28 años, sin profesión. Ingresa á la Clínica del Ospital San Roque el 18 de Septiembre de 1906.

Antecedentes Hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes Personales—Ignora la edad á que ha caminado; pero lo ha hecho siempre bién. Ha reglado á los 14 años, duran 8 ó 9 días, abundantes no dolorosas, siempre regulares.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido 3 embarazos á término. El 1.° y 2.° partos espontáneos, presentación cefálica, fetos vivos y sanos del sexo femenino. El 3.° fué distocico, hubo necesidad de aplicar forceps para extraer un feto vivo del sexo masculino. Todos son hijos de un mismo padre como el embarazo actual.

Embarazo actual—Ignora la fecha de sus últimas reglas. La altura del útero en el momento del parto es de 35 centímetros por encima del pubis, lo que hace presumir que es á término.

Exámen—Esqueleto bien conformado no hay estigmas de raquitismo, ligeros edemas en los miembros inferiores, la vulva en cambio muy edematosa; vientre globuloso, útero en la línea media.

Presentación cefálica no encajada en M. I. I. T.

Pelvimetria externa B. T.-32; B. I.-26; B. E.-22 S. P..-18.

Pecvimetria interna P. P, M.-8. 5.

Ingresa del público en trabajo de parto ini-

ciado 8 horas antes y con bolsa de las aguas rota desde hace cuatro horas.

Exámen á su ingreso—Contracciones regulares y vigorosas (cada 5 minutos) vulva muy edematosa sobre todo el labio izquierdo (gran labio): vagina normal (cístocele), dilatación completa, presentación de cara M. I. I. T. con tumor sero sanguíneo desarrollado. No habiendo indicación de intervenir se resuelve esperar la terminación del parto espontáneo vigilando los latidos etales.

El trabajo continua regularmente. Cuatro horas y media después durante una enérgica contracción la enferma lanza un fuerte grito, manifestando sentir un dolor agudo como producido por un cuchillo en la región ombilical.

Al ir á palpar, se nota con sorpresa la superficialidad de los movimientos fetales (que se observan á simple vista) exagerados y bajo forma de una gran ondulación de izquierda á derecha y de arriba abajo que levanta la pared del abdómen.

Se nota igualmente que los latidos que antes se oian del lado izquierdo, se perciben ahora marcadamente del lado derecho.

Las contracciones han desaparecido y la en-

ferma se encuentra sumamente agitada, se queja de opresión al pecho, y dificultad respiratoria.

Examinada 30 mts. después se presenta el signiente cuadro, disnea objetiva y ansiedad respiratoria, vómitos biliosos, pulso sumamente depresible 140 por minuto, temp. 35,5. Por la palpación no es posible limitar netamente el fondo del útero.

Del lado izquierdo se palpa una superficié lisa, dura é inmediatamente por arriba miembros fetales muy superficiales; la palpación es muy dolorosa.

No hay contracción uterina ni pérdida de sangre por los órganos genitales. Se diagnóstica ruptura uterina y se interviene.

Se anestesia con ether y se hace una laparotomía media ombilical (15 cent.) Abierto el peritoneo se confirma el diagnóstico, existe gran cantidad de sangre líquida derramada en la cavidad abdominal; la placenta completamente desprendida se encuentra igualmente aquí alojada como el tronco y los miembros fetales.

Se extrae un feto masculino de 3900 gramos y se puede dar cuenta entonces de la extensión de la ruptura uterina. Se trata de una desgarradura lateral completa ligeramente anterior del segmento inferior y del lado izquierdo. El liga-

mento ancho de este lado esta desgarrado y ocupado por un gran hematoma. Durante la operación el pulso se hace filiforme, se inyectan 1000 gr. de suero y 1 c. c. de cafeina y se termina rapidamente la operación con una histerectomía sub-total y se deja drenaje abdomino-vaginal.

Durante las 48 horas que siguen las condiciones de la enferma son regularmente satisfactoria pero á partir de entonces empeora rapidamente y á pesar de todo tratamiento reconstituyente fallece 56 horas después.

OBSERVACIÓN V.

A. F. de D. italiana de 20 años, casada. Ingresa á la Clínica del Hosp. San Roque á las 10,30 del 18 de Mayo.

Antecendentes Hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes Personales. Ha caminado á los 18 meses, siempre bien. Regló á los 15 años, reglas abundantes, dolorosas, durando de 4 á 5 días.

Embarazos y partos anteriores. Ha tenido un

embarazo á término, parto espontáneo, feto macerado del sexo femenino.

Embarazo Actual. Ignora la fecha de sus últimas reglas, la altura del útero por encima del pubis es de 30 cent. lo que hace suponer que esta á término.

Examen. Esqueleto pequeño sin estigmas de raquitismo, no hay varíces ni edemas, vientre globuloso.

Presentación sefálica no encajada.

Pervimetria interna. P. P. M. 8,8.

La mujer refiere que su embarazo ha sido normal. El 16 al medio día empezaron los dolores de parto presentándose de vez en cuando durante toda la tarde. A las 6 p.m. perdió las aguas. Después de esto los dolores no se presentaron hasta el 17 á las 2 a.m. y entonces con gran intensidad y bajo forma contínua y no intermitente.

El dolor era generalizado á todo el útero que se palpaba continuamente contraído. Siguió con los mismos dolores hasta las 5 de la mañana, en que

sintió uno agudísimo hácia el bajo vientre y notó que había aparecido en ese punto una proeminencia que la partera dijo ser la cabeza. Al mismo tiempo aparecieron chuchos y vómitos. Después de esto los dolores cesaron algo en su intensidad conservándose sin embargo pero sin tener los caracteres de las contracciones dolorosas anteriores. Ingresa entonces á esta Clínica.

Examen á su ingreso.—Temperatura 38.1; pulso 130, regular muy poco tenso, mucosas y conjuntivas palidas, palidez generalizada, gran agitación acompañada de frecuentes escalofríos y algunos vómitos alimenticios color borra de café, vientre tenso muy doloroso principalmente hácia la fosa ilíaca izquierda, no hay contracciones.

Inmediatamente por encima del pulvis se nota una proeminencia esférica, dura, regular que sobre pasa la sinfísis pubiana y se continúa á la derecha y arriba con un surco profundo que hace pensar en una presentación de cara.

Llama la atención que la mitad izquierda del útero es muy blanda, no obstante esto no se consigue determinar la posición que el feto ocupa en la cavidad uterina, debido á la defensa muscular producida por el dolor.

Igualmente es de notar que el segmento in-

ferior se presenta caído en la vagina, muy blando, no edematoso y que el cuello esta festoneado, lo que parece indicar que ha habido dilatación completa, pues es completamente dilatable con solo abrir los dedos dento de él.

La pelvimetria interna dijital dá 9 cent; se constacta presentación cefálica por encima del estrecho superior en F. I. D. T.; rechazando ligeramente la cabeza baja sangre venenosa líquida.

Teniendo en cuenta la muerte del feto y accesoriamente la estrechez pelviana relativa, se decide una basiotripsia cuya primera parte se efectúa sin dificultad, pero al colocar la mano guía de la rama derecha, el ayudante que fija la cabeza nota que la mano del operador se toca muy superficialmente, cosa que despierta la sospecha de ruptura uterina.

Después de serias dificultades por la altura á que se encuentra la cabeza, se consigue hacer una toma y triturarla, no obstante es necesario hacer tracciones vigorosas para encajarla y cuidar que el borde de un parietal denudado y filoso no corte los tejidos maternos.

Con mucha dificultad se consigue encajarla y se desprende entonces con relativa facilidad.

Se termina la extracción del feto llamando la atención que la placenta venga conjuntamente

con él. Se introduce entonces la mano en la cavidad uterina y se constata una gran ruptura completa que se extiende sobre la pared anterior y lateral del mismo y que comunica ampliamente con la cavidad abdominal.

Tratamiento—Previa inyección de suero artificial 1000 gr. cafeina, se introduce un amplio drenaje de gasa iodoformada, que penetra profundamente en la cavidad peritoneal y termina parte en la cavidad uterina y vaginal. En la tarde se le practica una nueva dermoclisis.

Día 19.—Temp. 37.1, pulso 130, estado general relativamente satisfactorio no hay facies abdominales ni vómitos, ligero hipo, hay meteorismo y vientre doloroso en toda su extensión. Orina abundante que se pierde insensiblemente y mancha las ropas de la cama y hace se piense en una parálisis vesical. Se le administra 1000 gr. de suero.

Día 20.—Temp. 37, pulso 104 regular y de buena tensión no hay facies abdominales, vientre meteorizado y doloroso, más que la víspera, se reconoce que la pérdida de orina es debida á una pequena fístula vesico-vaginal. Se le extrae parcialmente el drenaje vaginal y uterino dejando el que comunica con la cavidad peritoneal. Por la

tarde tiene un vómito bilioso y de olor fecaloide. Se le inyectan 500 gramos de suero, se efectua lavaje vaginal.

Día 21.—Estado general satisfactorio, no hay facies abdominales, pulso regular, buena tensión 108, respiraciones 28, no hay vómitos, vientre menos meteorizado, se deprime fácilmente.

Por la vagina drena líquido sanioso y fétido, loquios y orina. Se percibe en la gaza el olor característico de los abscesos vecinos del tubo instestinal. El drenaje abdominal se escurre ligeramente y de manera espontánea. Se efectúan lavages vaginal y suero 500 gr.

Día 22.—El estado general sigue satisfactorio, tem. 37, pulso 100, resp. 28; el pulso regular, igual y de buena tensión, no hay vómitos, ni meteorismo, vientre que se deprime facilmente; útero desviado á la derecha grande pero retraído, sobre el lado de la desgarradura se nota un empastamiento que seguramente es debido al drenaje peritoneal.

Los loquios y orina son abundantes, persiste la fetidez y el denaje abdominal se ha escurrido en nna extención de 7 centímetros. Se continúa con lavajes vaginales.

Día 23.—El mismo estado general, ha habido 4 deposiciones diarréicas.

Loquios y orinas como los días anteriores, se escurren espontáneamente 24 centímetros de drenaje abdominal. Se constacta por el tacto una desgarradura de 3 cent. en el sentido transversal y á 2 cent. por encima del cuello vesical. Se siguen con lavajes.

Día 24.—Buen estado general, temp. 36.8, pulso 106, regular, igual, buena tensión, facies normales, vientre no doloroso, los loquios son menos sanguíneos. Se escurren 27 centímetros del drenaje abdominal, empapados en una secreción purulenta. Previo lavaje vaginal y guiándose con el índice se sustituye la gasa del drenaje abdominal por un tubo de vidrio de 1 $^1/_2$ cent. de diámetro y 10 de largo que vá hasta la bóveda del ligamento ancho.

Día 25.—Sigue mejorando.

Día 26.—Se retira el tubo de drenaje, dejando una simple gasa. Se continúa con lavajes.

Día 27, 28 y 29.—Continúa la mejoría. El útero se mantiene alto y fijo, desviado y sensible á la presión. Se retira todo drenaje y se continúa con lavajes vaginales.

Sale de alta al mes del parto, aconsejándole vuelva en oportunidad á hacerse operar de su fístula.

OBSERVACIÓN VI

E. B. de S. italiana, casada, 44 años, cocinera. Ingresa el 18 de Junio á las 4.30 a.m.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ignora la edad en que ha caminado, pero lo ha hecho siempre bien. Regló á los 16 años, duran sus reglas de 3 á 8 días, regulares, poco dolorosas, abundantes.

Embarazos y partos anteriores.—Ha tenido 5 embarazos, terminados en partos normales, presentación cefálica, fetos vivos y sanos menos el último que falleció pocos momentos despues de nacer, fueron alimentados por la madre.

El 6.° y 7.° embarazo terminaron con aborto de 3 y 4 meses, sufriendo despues de ellos dos curetajes uterinos. Todos los embarazos son producidos por un mismo padre como el embarazo actual.

Embarazo actual.—La fecha de sus últimas reglas ha sido del 12 al 15 de Septiembre, habiendo sentido los movimientos fetales á los 4 y $^1/_2$ meses. La altura del útero es de 24 centímetros

por encima del pubis. El embarazo en el momen- del parto está á término.

Examen.—Esqueleto bien constituído sin estigmas de taquitismo. No hay edemas ni varices, vientre globuloso de eje transverso.

Presentación de tronco en A. I. I. (dorso posterior).

Refiere la enferma que ha llevado bien su embarazo hasta el día de ayer y que la única particularidad notada en su transcurso ha sido la poca altura del útero en cambio de su diámetro transversal exagerado.

El 18 en la noche se inició el trabajo del parto con dolores que se repetían cada 30 minutos; así continuó hasta las 2 a. m. de Junio 19 momento en el cual uno de aquellos dolores se hizo bruscamente tan intenso y desgarrante que la enferma se vió obligada á dejar el lecho.

Este dolor se hizo contínuo fijándose en la fosa ilíaca izquierda y región hipogástrica, siendo seguido de un movimiento brusco y prolongado por varios minutos, del feto, de mareos, malestar

general, frío y sudores. Es traída entonces á esta clínica.

Llega con temperatura de 35,4 pulso filiforme, incontable, enfriamiento generalizado, disnea, sudores fríos, mareos, síncopes frecuentes, mucosas y conjuntivas completamente pálidas. Vientre globuloso más abultado hácia abajo. La palpación es sumamente dolorosa hácia la fosa ilíaca izquierda y región hipogástrica.

Hay gran defensa muscular, que unida al dolor imposíbilita por completo la exploración que solo permite reconocer un cuerpo de consistencia blanda, oboide y que se extiende de una fosa ilíaca á la otra y del pubis hasta el nivel del ombligo, cuerpo que se supone el útero con un feto en presentación transversal.

No se encuentran latidos fetales. Al levantar la presentación salen grandes covágulos y sangre líquida. El segmento inferior está blando y sin ninguna tensión, cuello con 4 centímetros de dilatación y dilatable; á través de su abertura se toca una mano del feto, más arriba una rodilla. La placenta no se inserta sobre el segmento inferior.

Siendo la indicación urgente la extracción del feto, se efectúa una versión interna, extrayendo un feto muerto. En seguida se introduce la mano en la cavidad uterina y se desprende la

placenta que está inserta en el fondo. Vuelta la mano á la cavidad, se encuentra una solución de continuidad enorme en la pared anterior y por la cual se llega á la cavidad abdominal y se tocan los intestinos vacuos, que no tienden á hacer hernia y al mismo tiempo una gran cantidad de coágulos que se extraen en lo posible.

La desgarradura parte del segmento inferior al nivel del fondo de saco lateral izquierdo, (sin estar abierto) en pleno ligamento ancho, sigue por la cara anterior ocupando en ella el límite de unión del cuerpo con el segmento inferior y vá á terminar sobre el borde derecho del útero, á poca distancia del cuerno uterino de ese lado. Como la enferma está exangue y no en condiciones de resistir una histerectomia, se practica un taponamiento intra uterino y de la brecha, con gasa iodoformada, con lo que la hemorragia cesó. Se le practican 1500 gr. en inyección, de suero, 0.40 cent. de cafeina y 1 c. c. de ergotina, se le administra poción Todd y se le coloca en lecho caliente.

El estado general mejora algo el pulso asciende á 120, es regular, la temperatura es de 36.8 y la enferma habla más facilmente.

Durante el día 19 la enferma acusa toda la sintomatología de una anemia grave por hemo-

rragia, (disnea intensa con opresión, mareos, palidez general, extremidades frias), no obstante esto y bajo la influencia del tratamiento el pulso aparece en la radial en número de 140 por minuto. Hay un dolor contínuo en la región hipogástrica y vómitos contínuos por la gran cantidad de agua que ingiere. Se le efectúan 1000 gr. de suero, cafeina, ergotina y hielo al vientre.

El día 20 la enferma se queja de sed insaciable, los fenómenos y síntomas hemorragicos persisten, pulso 140 con escasa tensión, por el drenaje vaginal sale abundante sangre sobre todo durante los esfuerzos del vómito. El abdómen se ha meteorizado y es doloroso.

Durante la noche todos estos síntomas se agravan y la enferma muere en colapsus.

OBSERVACIÓN VII (1)

E. M. G. de 34 años, española. Ingresa á la Clínica del Hosp. San Roque el 30 de Junio de 1907 y á la 1 a. m. á la sala de operaciones.

---

(1) Esta observación ha sido ya publicada por el Dr. Faustino Trongé en la «Revue de La Clinique Obstétrical».

Antecedentes hereditarios—La madre ha muerto ha tenido nueve preñeces que han llegado á término, partos normales, fetos vivos y sanos, no ha habido preñeces gemelares.

Antecedentes personales fisiológicos. — Ignora la edad á que ha caminado; pero lo ha hecho siempre bien.

Sus reglas han aparecido á los 14 años, duran 3 ó 4 días, son irregulares, un poco dolorosas.

Ha tenido fiebre tifoidea.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido 3 embarazos que llegan á término, teniendo partos normales, presentación cefálica, fetos vivos y sanos, los dos primeros masculinos, el tercero femenino. Esta niña y su embarazo actual pertenecen á su segundo esposo. Crianza materna. Solo la niña vive.

Embarazo actual — La época de sus últimas reglas ha sido del 11 al 14 de Septiembre de 1906. Ha sentido los movimientos activos del feto al 5° mes de su embarazo.

El fondo del útero está á 32 cent. por encima de la sínfisis pubiana y á 9 cent. del ombligo.

La preñez al entrar á la Clínica está á término.

Durante la preñez ha tenido vómitos alimenticios y biliosos, flujo y constipación.

Examen—Esqueleto bien desarrollado sin estigmas de raquitismo.

No hay edemas ni várices.—El útero se encuentra en el eje transversal.—Presentación de espalda, encajada en dorso anterior.—Posición y variedad: A. I. D., variedad de brazo. — Pelvimetría externa B. T—.33; B. I.—29; B. E.—25; S. P.—21.—Pelvimetría interna:—P. P. M. normal. No se sienten latidos fetales.

El parto se inicia á las 8 $^1/_2$ de la mañana del 29 de Junio ingresa á la Clínica á la 1 a. m. del 30.

Al tacto se constata dilatación completa.

Se ignora el tiempo empleado para la dilatación.

La bolsa de las aguas se ha roto precoz y espontáneamente.

La duración total del parto ha sido de 18 horas.

La enferma ha soportado bien su embarazo hasta el momento donde los primeros momentos del parto aparecen, bajo la forma de dolores ligeros, poco intensos, teniendo lugar poco después la ruptura de la bolsa de las aguas, que deja correr el líquido amniotico lentamente durante todo el día, excepto durante las contracciones uterinas, en que las aguas salen más abundantemente; las contracciones se hacen después más dolorosas, más aproximadas hasta volverse casi contínuas.

A las 6 de la tarde; consecutivamente á un esfuerzo, se presenta en la vagina una mano del feto.

En este estado pasa varias horas durante las cuales siente necesidad de pujar á cada instante.

Después de esto, la mujer no siente más movimientos activos del feto y hácia las 10 de la noche, tíene un desvanecimiento, vértigos y escalofríos, lo que alarma á la familia, que decide transportarla á esta Clínica.

Llega con pulso filiforme, temperatura 37°, enfriamiento de las extremidades y un poco agitada; ella se queja de un dolor persistente en la región hipogástrica, dolor que no es aumentado por la presión.

El útero presenta su gran eje en el sentido transversal y sin contracciones; la palpación de la pared abdominal hace percibir muy claramente las partes fetales, cosa que no tiene lugar por encima del pubis, donde se encuentra una masa pastosa que nos dá una sensación especial y nos impide reconocer lo que hay por detrás.

En el abdómen, se toca el feto bajo la piel de una manera tan evidente que se pueden limitar los relieves anatómicos de las partes fetales (nariz, frente, orbitas, etc.)

No se sienten los latidos fetales.

El miembro superior izquierdo pende fuera de la vulva; está aumentado de volúmen y cianótico, se vé el acromio y la región vecina del homóplato, haciendo la impresión de una presentación de dorso en el momento de hacerse el 3er. tiempo, de la evolución expontánea.

Introduciéndo los dedos entre la presentación y la vulva (muy ancha), se llega á la vagina y se reconoce que toda la excavación está ocupada por las regiones anexas á la presentación.

El cuello del feto, está á la derecha (A. I. D. dorso anterior), tan fuertemente flexionado, que la columna cervical forma un ángulo saliente hácia abajo y por encima del cual es muy difícil hacer penetrar los dedos, tal es la presión de

su encaje. La cabeza está por encima del estrecho superior.

Se introduce un gancho de Braun, se va en busca del cuello y se practica con las tijeras de Dubois modificadas por Pinard, una decolación, sin ninguna dificultad; pudiendo extraer el cuerpo del feto y después la cabeza sin ningún inconveniente.

El peso del feto era de 3900 gr.

La extracción del feto terminada, se va en busca de la placenta que se encuentra totalmente desprendida y entremezclada con gruesos coágulos.

Es entonces que se reconoce una ruptura del segmento inferior del útero (más ó menos en su mitad), que se extiende transversalmente de un ligamento ancho al otro poniendo en comunicación la vagina y la cavidad abdominal á través de esta ancha abertura uterina.

Los dedos, á través de esta ruptura tocan las visceras muy facilmente; no se tiene la sensación de sangre líquida ni coágulos.

Imposible es reconocer los vasos abiertos; entonces con dos pinzas de Terrier se toma el colgajo superior flotante, de la cara anterior del útero desgarrado, se baja en la excavación, tirando de las pinzas al mismo tiempo que un

ayudante empuja el fondo uterino á través de la pared abdominal.

Se desciende, hasta quedar en contacto con la cara posterior del segmento inferior en una superficie de 4 á 5 centímetros de ancho.

Se hace un taponamiento de los ligamentos anchos á través de la desgarradura y se drena la cavidad abdominal por los lados de las pinzas se colocan tapones con gasa iodoformada en la vagina, para mantener las pinzas que sostienen el útero.

Después de la intervención se puede apreciar que el útero bien retraído, forma con la gasa del taponamiento, un grueso globo que se aplica exactamente sobre la excavación.

Se hace una hipodermoclisis de 1500 gr. de suero y 1 c. c. de ergotina y otro de cafeina; se coloca una bolsa de hielo al vientre y se deja en reposo á la enferma, en un lecho bien caliente.

Día 30—Conserva su pulso hemorrágico (160); durante todo el día la temperatura se mantiene en 36.° 5. Se queja de dolores hipogástricos, no hay vómitos. Sed intensa. No hay orinas. *Trat.* se inyectan 1000 gr. de suero, 1 c. c. de cafeina hielo al vientre, reposo.

1.° de Julio—Los síntomas hemorrágicos se

han atenuado, El pulso está en 120, regular, poco tenso, la temperatura se mantiene en 36.° 5; la sed es menor.

Hay un poco de meteorismo; pero el abdomen no es doloroso sino en la región hipogástrica. No hay vómitos, solo algunas náuceas.

Por el sondaje, se extraen 200 gr. de orina color caoba obscura, que nos da al reactivo, una ligera banda de albumina. Durante la tarde orina espontánea y abundantemente. *Trat*, reposo, suero, cafeina, hielo al vientre.

Julio 2--La enferma ha pasado una noche tranquila. El pulso es de 96, regular, de mejor tensión que la víspera, la sed ha disminuido.

No hay síntomas del lado del peritoneo. Temperatura 36.° 6.

Sesenta y dos horas después de la intervención, se retira la gasa de la vagína, lo que dá lugar á la salida de unos 30 gr. de sangre; hay un poco de olor fétido; se retiran con un poco de dificultad las pinzas que retienen el útero.

Después de esto el pulso sube á 132, regular de tensión mediana, la temperatura es de 38.° 1. A las ocho de la tarde la frecuencia del pulso es de 160, pero la tensión es buena, y no hay síntomas hemorrágicos; puede ser que este pulso corresponda á la temperatura.

No se notan tampoco síntomas, del lado del peritoneo. La enferma se siente bien *Tratamiento*, reposo, hielo al vientre, suero artificial, cafeina.

Julio 3—La mejora continúa. La enferma se encuentra bien. El meteorismo ha disminuído. Se retiran 850 gr. de orina por la sonda. La temperatura ha oscilado alrededor de 37.° y el pulso de 120 con buena tensión.

Sobre las partes internas de los grandes labios y en las partes vaginales que los rodean hay varias escaras. Del taponamiento se retira 1 metro de gasa y se hace un toque con tintura de yodo sobre las escaras. Suero artificial. Líquidos á voluntad para la sed.

Julio 4 —El estado general es aparentemente bueno. La temperatura por la mañana ha sido de 36.° 6, el pulso está en 120, regular, de buena tensión.

El útero está bien retraído y á 3 traveses de dedo por debajo del ombligo. Hay dolores espontáneos sobre el hipogástrio, en el resto del abdómen no hay. No hay apetito. La sed persiste.

Después de medio día la temperatura sube á 38.° 5, y el pulso á 140, regular. Por la vagina sale sangre venosa, mezclada con los loquios y serosidad, muy fétidos.

Se sacan 400 gr. de orina hemorrágica, sobre todo al fin del sondaje y se notan igualmente pequeños coágulos y sangre líquida, lo que parece indicar que la vejiga está herida. *Trat,* asepsia, suero, cafeina.

Esta misma tarde, se retira todo el taponamiento.

Julio 5—El estado general se ha empeorado; la temperatura oscila entre 37 y 38, pero el pulso es malo, 160 filiforme, haciendo pensar en una terminación fatal. Al llegar la noche, la enferma tiene un momento de extrema ansiedad, no responde más á lo que se le pregunta, su mirada es vaga. *Tratamiento:* lavages vaginales, suero fisiológico, cafeina.

Julio 6 — La enferma está mejor. El mismo tratamiento.

Julio 7—La temperatura oscila entre 36°9, y 38; el pulso entre 120 y 140, regular y de mejor tensión.

El vientre está flácido, ligero meteorismo, útero bien retraído, hácia su borde derecho y en la fosa ilíaca derecha, existe una región dolorosa con empastamiento. Hay ictericia.

La pared vaginal anterior y lateral derecha, tienen una escara de color negro en parte desprendida; hay también escaras en el fondo de saco

vaginal anterior; á esta altura se vé el colgajo uterino que fué bajado con las pinzas, es muy delgado; introduciendo una sonda por debajo se llega á la cavidad uterina dando salida á loquios sanguinolentos y de olor repugnante. Un lavage intra-uterino limpia la cavidad. Se hace un drenaje de la cavidad uterina con gasa iodoformada. Suero fisiológico y cafeina.

El sondaje de la vejiga deja salir algunos pequeños coágulos, enseguida abundantes mucosidades y después una orina turbia, alcalina, de fuerte olor amoniacal, debida puede ser á la escara superior de la vagina y que debe llegar hasta la vejiga.

Julio 8.—La enferma como la víspera. Diarrea fetida, pulso pequeño, desigual, vientre voluminoso, meteorizado, sensible á la palpación.

Julio 9.—La región vulvo-perineal presenta una serie de erosiones inflamatorias con un exudado difteroide gangrenoso.

Loquios fetidos, gangrenosos, abundantes.

Sobre la vagina se ven colgajos membranosos mortificados.

Tratamiento.—Lavajes vaginales con una solución de lisol y drenaje con gasa iodoformada. Suero y cafeina. A la noche igual curación.

Julio 10.—El estado general es mejor lo mismo que el local. Los exudados tienden á desprenderse. Los tejidos gangrenosos se han desprendido en parte. El mismo tratamiento que el día anterior.

Julio 11 y 12.—La enfermedad sigue su curso.

Julio 13 y 14.—Los exudados vaginales se han generalizado á pesar de los lavajes y drenages. Hay un escalofrío.

Julio 15.—El estado general y local sin modificaciones. Aparece edema en las piernas. *Trat.* se desprende con cuidado la más gran parte de los exudados, lavajes vaginales dos veces al día y drenaje con gasa iodoformada.

Se continúa con el mismo tratamiento.

Día 28—Se efectúa una punción en esta región á tres traveses de dedo por encima de la cresta ilíaca y se extrae un líquido purulento de aspecto muy semejante al eliminado por la vagina.

La enferma es pasada á la Sala XI, servicio de cirugía, para que sea operada de su absceso perinefritico, consecutivo á una pielo-nefritis supurada.

Después de la operación, la enferma continua mejorando de día en día hasta abandonar el Hospital completamente sana el 5 de Septiembre de 1907.

PEDRO BIANCHI

Buenos Aires, Junio 10 de 1908.

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Juan A. Boeri, al Profesor titular Dr. Samuel Molina y al Profesor suplente Dr. Arturo Enrique para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.° de la «Ordenanza sobre exámenes.»

E. CANTON

R. S. Gómez

Buenos Aires, Julio 8 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta n.° 1885 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿El cornezuelo de centeno puede ocasionar la ruptura del útero?

J. A. Boeri.

II

Preñéz extra uterina.

S. Molina.

III

Laparatomía y conservación del órgano de la gestación en las rupturas uterinas.

A. R. Enrique.

BIBLIOGRAFIA

A. Charpentier.—Traité prat. des accouchements.

H. Fritsch.—Traité cliniq. des operations obstétricales.

W. S. Playfair.– Traité de L'art des accouchements.

Barnes B.–Traité theor. et clinique d'obst.

Ribemont-Dessaignes.—Précis d'Obstétrique.

Ivanoff.—Ann. de Gyn. et obst. 1903.

L. Herlitzka.—Le rutture dell'utero in soprapparto.

A. Diihrssen.—Vade-mecum de Obstetricia 1891.

S. Pozzi.—Gyn. Cliniq.

Aurard.—Traité d'obsf.

Tarnier.—Traité d'obst.

A. Chueco.—Prophylaxie des Ruptures de l'utérus.

Joulin.–Tratado de obstetricia.

A. Cuzzi.–Tratado de partos.

Ch. Valery.—Tesis.