Año 1910 N.º 2204

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RUPTURAS UTERINAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO J. LUXARDO

Ex-practicante de la Asistencia Pública (1903).
Ex-Ayudante del Laboratorio de Fisiología Experimental en la Facultad de Ciencias Médicas (1903-04).—Ex-practicante externo del Hospital Rivadavia (1904-05).– Ex-practicante mayor interno del Hospital «José María Bosch» (1909).—Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Nacional de Alienadas (1909-10).

BUENOS AIRES

Establecimiento Gráfico M. RODRIGUEZ GILES. — 530 Corrientes 532

1910

RUPTURAS UTERINAS

Año 1910 N°. 2204

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RUPTURAS UTERINAS

TÊSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO J. LUXARDO

Ex-practicante de la Asistencia Pública (1903).
Ex-Ayudante del Laboratorio de Fisiología Experimental en la Facultad de Ciencias Médicas (1903-04). — Ex-practicante externo del Hospital Rivadavia (1904-05). — Ex practicante mayor interno del Hospital «José María Bosch» (1909). — Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Nacional de Alienadas (1909-10).

BUENOS AIRES
Establecimiento Grafico M. RODRIGUEZ GILES. — 530 Corrientes 532
1910

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARÁOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRÚN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE (con lic.)
» » J. A. BOERI (Suplente)

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros Titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRÁN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» ATANASIO 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 (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE (con licencia)
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNÁNDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OVEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA (con lic.)
» 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 C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos Extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
» Médica	» PATRICIO FLEMING
» Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
» Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL (en ejercicio)
	» AVELINO GUTIÉRREZ
» Dermatológica y Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
» Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
» Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRÍQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Anatomía Topográfica	» ROBERTO SOLÉ
	» CARLOS R. CIRIO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN J. VITÓN
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRÍQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
» Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» JENARO SISTO
» Génito urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUIN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada...	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» 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	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas	DR. JUAN A. DOMÍNGUEZ

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	» UBALDO FERNÁNDEZ
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentaria. Medicina legal	» N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático Suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

PADRINO DE TESIS :

DOCTOR AGUSTIN J. DRAGO

Médico de los Tribunales de la Capital

Jefe de servicio «Lombroso» del Hospital Nacional de Alienadas

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI PADRE

A MI ESPOSA

A MI HIJA AMINTA

A MI HERMANA

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

Al Doctor PEDRO S. ALCACER

INTRODUCCION

El trabajo que hoy corona mis esfuerzos, versa sobre un punto que ha llamado especialmente mi atención, no porqué, afortunadamente, sea poco frecuente, sino por el conjunto de síntomas que le acompañan y en particular por la gravedad que ellos revisten para la madre y para el feto.

De observación rara en las clínicas y aún en el público, las Rupturas Uterinas merecen sin embargo un estudio detenido, pues en ellas intervienen factores muy diversos y que ponen á prueba el criterio sereno del profesional, sobre todo de aquel que actúa lejos de las comodidades de un servicio *ad-hoc*, vale decir, privado de la rapidez en las intervenciones y cuidados consecutivos que estos casos requieren.

Estas consideraciones, y el haber presenciado algunos casos durante mi internado en los Hospitales, me han decidido á llenar con ellos la última prueba que los Reglamentos exigen para optar á un título que recibiré con las íntimas satisfaccio-

nes del que se inicia en las luchas diarias de la existencia y la emoción que embarga á los que van á cumplir ante los hombres, con una misión augusta.

Al Doctor Agustín J. Drago, de quien he recibido tantas atenciones y que hoy me dispensa el alto honor de acompañarme en este acto, mi sincero reconocimiento.

RUPTURAS UTERINAS

Las primeras observaciones de rupturas uterinas que registra la literatura médica fueron publicadas á principios del siglo XVII por Jacques Guillemeau. Cerca de un siglo y medio después (1756) H. Wep y Crantz iniciaron su estudio metódico y á ellos se deben en realidad los fundamentos de este punto de la Patología Obstétrica, que los antiguos, al parecer, han debido ignorar por completo, pues no se ha hallado mención de casos de esta naturaleza.

ETIOLOGIA

Múltiples son las causas que producen las rupturas uterinas. Pueden ellas dividirse en dos categorías: traumáticas y espontáneas.

Es necesario ante todo, dejar constancia del rol predisponente de ciertas condiciones especiales que favorecen más tarde el proceso. Tales son por ejemplo las anomalías de desarrollo del útero; se citan varios casos de ruptura en úteros bífidos. En general, estados patológicos anteriores; inflamatorios; un útero degenerado, cicatrices, obran favoreciendo la lesión del órgano en el momento del parto.

Consideremos ahora, las rupturas en los dos

grandes períodos de la gestación : en el transcurso del embarazo y mientras dura el trabajo del parto.

Durante el embarazo ellas son generalmente de origen traumático, más frecuentes á medida que avanza del tercer mes en adelante, pues durante los tres primeros meses en realidad el útero se halla encerrado en la pelvis, protegido por los huesos que le rodean en todo sentido.

En primer término los agentes que obran más á menudo son las heridas por arma blanca ó arma de fuego. Su forma varía y, como es natural, depende del arma misma ; unas veces son transversales, otras orientadas en el sentido longitudinal y por lo regular situadas en la cara anterior. La herida de bala interesa con frecuencia las dos caras. La gravedad de estos casos está supeditada á las lesiones de los demás órganos pelvianos y abdominales, y á sus consecuencias inmediatas.

Las caídas de altura, los golpes violentos en la pared abdominal, obran ya por compresión, ya por la herida que pueden producir los huesos al fracturarse.

Los raspados llevados con poca prudencia en un útero de paredes adelgazadas, los instrumentos inadecuados usados indebidamente por personas no habituadas á su manejo ó por otras con fines prohibidos ó criminales, aborto provocado,

son otras tantas causas de rupturas uterinas, durante el embarazo.

Las rupturas espontáneas son mucho más raras. El sincisioma maligno, el cáncer, y otros tumores, los estados predisponentes de que he hecho mención anteriormente, las favorecerían en el curso de la gestación.

Sin embargo, ha habido casos que reconocen un origen muy diferente. Francis White relata el de una mujer con embarazo casi á término, que á consecuencia de un susto, dió á luz una semana después y murió en seguida. La autopsia reveló varias desgarraduras en la pared anterior del útero, interesando el revestimiento peritoneal. Se encontró también gran cantidad de sangre en el abdomen.

H. Cooper cita el caso de una multípara, de 30 años, que después de bailar excesivamente, cayó en colapso y falleció al día siguiente. El útero estaba desgarrado al nivel del fondo y por la desgarradura aparecía un feto de tres meses.

Scott nos habla de una mujer con embarazo de seis meses que sin motivo aparente sintió un fuerte dolor en la región umbilical y murió inmediatamente. La autopsia comprobó una ruptura del fondo del órgano por donde el feto rodeado de sus membranas había pasado á la cavidad abdominal.

El mismo autor cita otro caso de una mujer que tuvo una ruptura espontánea, mientras dormía. Harrisón, otro caso en una embarazada de cinco meses que después de haber caminado mucho sintió un fuerte dolor y falleció poco tiempo después. El útero presentaba una amplia desgarradura transversal de una trompa á la otra.

Durante el trabajo las rupturas pueden ser también traumáticas ó espontáneas.

Las primeras se producen la mayor parte de las veces por intervenciones mal dirigidas.

Los dilatadores metálicos constituyen la causa más frecuente. La dilatación demasiado temprana ó llevada muy aprisa, cuando el cuello, sabemos, no cede sino poco á poco. Cicatrices antiguas de esta porción del órgano favorecen la desgarradura.

En el número de las rupturas durante el parto podemos colocar aquellas producidas por acción medicamentosa. El uso extemporáneo del cornezuelo de centeno, ha dado lugar sobre todo en tiempos pasados á accidentes muy graves, muchos, por ignorar quienes lo usaban, la rigidez de las paredes uterinas que produce su principio activo. La proscripción severa de la ergotina en un útero ocupado ha hecho abandonar este recurso supremo, á que con tanta facilidad echaban mano las parteras de épocas pasadas.

La versión, el forceps, el alumbramiento artificial, pueden ser causa de desgarradura.

La introducción de la mano en aquellos casos, poco comunes por otra parte, de presentación de hombro, en que el líquido amniótico falta, puede por sí sola producir la desgarradura; en estos casos las rupturas vaginales son las más frecuentes.

Una aplicación de forceps mal dirigida, un movimiento brusco de la cuchara, una rotación mal hecha, pueden terminar en una ruptura grave del segmento inferior del útero. Otras veces, al apresurarse á practicar la extracción sin comprobar antes que la toma es buena, suele suceder que la pared del cuello uterino es tomada entre la cabeza fetal y el instrumento y entonces una desgarradura es inevitable. Este accidente es siempre subsanable mientras se constate la toma.

Al nivel de la inserción placentaria el útero se halla normalmente adelgazado. Cuando la expulsión de la placenta se retarda más de una hora á contar desde la salida del feto, está indicado el alumbramiento artificial. Se efectúa ésta introduciendo la mano en las condiciones antisépticas más rigurosas y desprendiendo suavemente con los dedos primero la placenta de su punto de inserción y luego las membranas. Puede en estos casos suceder, que los dedos del operador al tratar de des-

prender restos placentarios perforen la pared ya de por sí muy poco resistente. Siendo pues el alumbramiento artificial causa muy común de rupturas uterinas es necesario proceder con el mayor cuidado en la extracción y en último caso abandonar esos pequeños restos de placenta ó membranas que quedaren adheridas que saldrán más tarde con las loquias.

No quiero terminar con las rupturas traumáticas sin recordar que el baciotribo, los diferentes cefalotribos, el cranioclasta de Simpson, la tijera de Naegelé y en general todos los instrumentos que se usan para practicar embriotomías, han producido en muchos casos, perforaciones y rupturas de la pared posterior del útero por mala dirección ó escapada involuntaria.

Las rupturas espontáneas durante el trabajo son las más frecuentes.

La multiparidad interviene en primer término. En efecto, ella favorece especialmente la disminución de la resistencia de las paredes de la víscera, adelgazándolas y exponiéndolas por consiguientes á probables rupturas.

Las estadísticas á este respecto son concluyentes; Churchil ha encontrado sólo 9 primiparas sobre 75 casos ;Klob, 5 sobre 28; Trask, 39 sobre 320; Koblan da una proporción de 6, 2 por ciento. Baudt, la fija en una primipara para 8 multiparas

Las cicatrices de la pared uterina, obran como causas importantes.

No debemos olvidar que las operaciones anteriores que pueda haber sufrido un útero, actualmente en gestación, nos restituyen un órgano con puntos débiles, con cicatrices, al nivel de las cuales, cede la pared, durante las enérgicas contracciones del trabajo del parto. Por otra parte obra la retractilidad que acompaña á ésta neoformación de tejidos, disminuyendo la elasticidad de que tanto necesita, en especial el cuello.

Los ejemplos que suministra la práctica son numerosos. La operación cesárea es responsable en muchos casos. Las suturas más prolijas no han impedido una ruptura en un nuevo parto.

Las rupturas anteriores y curadas, obran en el mismo sentido.

La estrechez de la pelvis, sea ella oblicua ovalar, raquítica, osteomalásica ó de origen traumático, es una causa que se ve con relativa frecuencia. La presión que ejerce la presentación obra comprimiendo la pared, contra las asperezas é irregularidades que se observan en esos huesos congenitalmente mal conformados, y que dificultan ó impiden totalmente el encaje.

Blund y Freund citan un caso en que la autopsia reveló una ruptura longitudinal de la pared posterior producida por una proeminencia cartila-

ginosa situada en el promontorio. La estadística de Ivanoff da 46 casos de ruptura en pelvis estrechas, sobre un total de 124. Freund llega á hacerlas responsables en un 65 por ciento de los casos.

La placenta previa es una causa de ruptura y ello se explica si se tiene en cuenta que la pared está adelgazada al nivel de la inserción placentaria y que está situada en este caso distócico en la porción inferior del órgano, ya de por sí débil y delgada. Ivanoff en sus 124 casos de rupturas uterinas asigna 12 á los producidos por inserción viciosa de la placenta en el segmento inferior.

Los fibromas uterinos pueden producir desgarraduras en el trabajo, siendo los pelvianos los más peligrosos por ser más difícil su movilización oportuna. Idéntico papel juegan los quistes.

Todas las causas que exageran el volúmen del feto, la hidrocefalia, el hidramnios, el embarazo molar y en general los tumores fetales, dificultando el parto, favorecen las rupturas. Al lado de éstas debemos colocar aquellas producidas por tumores de la pared de la matriz y en primer lugar por su frecuencia y sus consecuencias, el cáncer del cuello.

Freund, Ouvrard y otros citan rupturas determinadas durante el trabajo por rigidez del cuello, por embarazo extrauterino, intersticial ó tubo uterino; casos aunque muy raros, por riñón móvil si-

tuado delante del promontorio; otros producidos por estenosis de la vagina ó por *abdomen pendulum*. Guillemeau y Barnes nos hablan de casos de desgarraduras por cálculo vesical.

En general todos los estados patológicos, alteran la resistencia de la pared uterina. Lo mismo sucede, lógicamente en la atrofia congénita.

La etiología de las rupturas uterinas es, como acabamos de ver, vastísima y á su estudio minucioso se debe recurrir siempre en aquellos casos en que ellas se presenten por causas ó de origen dudosos, descartando, seleccionando los antecedentes hereditarios y personales, que juegan un rol preponderante en la patología del embarazo y del parto y los síntomas actuales que encaminarán el diagnóstico y decidirán del pronóstico y tratamiento.

PATOGENIA

En virtud de qué mecanismos se producen las rupturas uterinas?

Es indudable que ellos han de ser complejos y múltiples dada la diversidad de causas.

Las paredes uterinas y en especial el segmento inferior, tienen durante la gestación, un espesor que varía considerablemente según el período que se considere.

Este espesor aumenta sensiblemente en la porción cervical del tercero al noveno mes.

En cambio las demás partes disminuyen, sobretodo el segmento inferior, que de 11 milímetros baja á 4 del tercero al noveno y aun puede llegar hasta 2 milímetros en ciertos casos.

Es pues este segmento inferior la parte débil del órgano, la que puede ceder más fácilmente cuando una causa anormal, lo obliga á efectuar un trabajo de resistencia mayor que el que puede dar.

El cuerpo es más espeso, pero esta diferencia no es brusca: el espesor aumenta progresivamente de abajo arriba.

Estas modificaciones que sufre el espesor de las paredes contribuyen pues como un factor de la más alta importancia en la patogenia de estos accidentes.

Por otra parte, cuando empieza el período de trabajo, el útero disminuye en longitud, se acorta y obliga al feto á buscar una salida. Durante las contracciones el fondo de la cavidad uterina gana en espesor mientras el segmento inferior adelgaza sus paredes. Si estas contracciones se exageran, ya sea por vía terapéutica, mecánica ó aun fisiológicamente, llega un momento, en que la diferencia de espesor hace la resistencia imposible y el órgano se desgarra entonces en su parte más débil.

Ciertas condiciones especiales favorecen éste proceso: modificaciones por deslizamiento anormal de los haces musculares, según Bayer ó el adelgazamiento de la pared donde se inserta la placenta como opina Olshausen. Lesiones producidas por un parto anterior, escaras superficiales, desgarraduras pequeñas. No podemos dejar de citar la influencia de los estados patológicos, crónicos ó agudos del órgano que obran á la larga ya sobre su textura, ya produciendo complicaciones que afectan los anexos y se extienden hasta las proximidades.

El útero atrofiado, el útero infantil que presentan algunas mujeres resiste desventajosamente el esfuerzo y la dilatación que no pesan sobre un útero normal. Dürhssen opina que en las mujeres de edad avanzada, el tejido elástico del cuello está mucho menos desarollado que en las jóvenes y

Davidoff, Littauer y Perlis llegan á la misma conclusión.

La presentación puede obrar en virtud de la compresión que ejerce sobre un determinado punto de la pared ó por distensión exagerada de la misma. La de vértice, comprimiendo contra el reborde afilado que forma la pelvis. La de hombro por la dilatación del lugar que ocupa la cabeza y la de cara por el de la frente.

En los partos distócicos, que hacen necesaria la versión por maniobras internas, la introducción de la mano cuando falta el líquido amniótico, lo hemos dicho, da lugar con frecuencia á rupturas de carácter grave, por su amplitud y su localización, cuya patogenia hay que buscar en la dilatación brusca del segmento inferior del útero. El mecanismo de este accidente es fácilmente comprensible en el segundo tiempo de la versión en que la proyección horizontal de los dos polos fetales, cabeza y nalga, aumenta repentinamente el diámetro de la cavidad y forzando las paredes del órgano. Hemos visto ya en lo que á etiología de rupturas se refiere, la importancia de los agentes traumáticos.

La aplicación de forceps, en condiciones de la mejor apariencia, puede sorprender, por una ruptura imprevista. Como explicarnos estos casos, si bien es cierto, excepcionales? El examen completo

de la enferma, puede evitarlo á menudo. En efecto la pelvimetría da datos preciosos sobre los diámetros de la pelvis, que por sí pueden prevenir una intervención mal llevada. La práctica ha demostrado que las pelvis estrechas, acusan un número considerable de estos accidentes en caso especial de forceps, por compresión de las paredes contra un promontorio demasiado saliente.

Otras veces, al efectuar la extracción un pliegue es tomado entre la cuchara y la cabeza fetal. Aun la simple introducción de una cuchara cuando la dilatación no es suficiente acarrea la desgarradura del cuello ó el segmento inferior. El forceps es pues necesario manejarlo con precauciones, previas y dentro de la operación, si se quiere salvar estos inconvenientes que pueden tener semejantes consecuencias.

En virtud de un mecanismo muy parecido obran los dilatadores metálicos. Aquí, como se comprende, obra en primer término una dilatación exagerada y como circunstancias predisponentes las afecciones del cuello, los tumores, cicatrices de intervenciones quirúrgicas anteriores ó de pequeñas desgarraduras producidas en otros partos.

Innecesario es detallar la patogenia de las rupturas consecutivas á la aplicación de perforadores, cefalotribos, basiotribos, ganchos, tijeras, etc. y

en general á operaciones obstétricas. Las lesiones que pueden producir estos y otros instrumentos en un órgano de paredes adelgazadas fisiológicamente por el proceso de la gestación, ó por falta de precauciones en su manejo, sólo nos hacen recordar que la prudencia es en estos casos tan necesaria como delicada es la región en que se ha de operar.

Por último, las inserciones bajas de la placenta contribuyen á la producción de desgarraduras, sea porque obligan á una dilatación artificial muy prematura en los casos tan frecuentes de esas hemorragias graves por su abundancia del segundo período del embarazo ya por el adelgazamiento *in situ* de las paredes uterinas, que acarrea de por sí un peligro constante y que es necesario tener muy en cuenta.

ANATOMIA PATOLOGICA

La extensión de la lesión y su asiento, obligan á considerar la anatomía patológica de las rupturas uterinas bajo dos aspectos diferentes.

Por su extensión, pueden clasificarse en completas ó incompletas. Las primeras afectan el espesor total de la pared del órgano, mientras que las segundas sólo interesan algunos de sus planos.

Es lógico suponer que las rupturas completas son siempre las más graves, pues van acompañadas de una serie de accidentes que implican tanto para la madre como para el feto, un mal pronóstico. Son también las más frecuentes y esto nos explica el porcentaje de mortalidad tan elevado de las rupturas completas.

Las incompletas, de mucho menos gravedad, tienen importancia más bien futura, pues sabemos que colocan al órgano en condiciones desventajosas para un embarazo y parto subsiguiente.

Por su asiento, se clasifican en rupturas del cuello ó bien del cuerpo del órgano propiamente dicho. Las lesiones del cuello, pueden ser simples, ó complicarse con desgarraduras de los fondos de saco vaginales. Como simples, se presentan bajo la forma de fisuras, más ó menos profundas, orientadas generalmente en el sentido longitudinal.

Cuando se extienden y profundizan demasiado, afectan las paredes de la vagina y establecen una amplia abertura que suele adquirir proporciones exageradas.

Las lesiones del cuerpo del órgano tienen un asiento predilecto en el segmento inferior, cosa que bien se explica si se tiene en cuenta que es la parte más débil y al mismo tiempo la más expuesta en virtud del mecanismo del parto.

Pueden también estar situadas en el fondo uterino, pero este caso es menos frecuente y menos grave que el anterior. En efecto, la dirección de los planos de los tejidos favorecen en el segmento inferior la extensión de la desgarradura y se han dado accidentes de esta naturaleza en que la separación entre el cuerpo y la vagina ha sido completa. Son las grandes rupturas transversales.

Indistintamente puede desgarrarse la cara anterior ó la posterior, con más frecuencia la anterior. El lado izquierdo es también el más atacado y á esto último podría darse una explicación en el mayor número de las presentaciones de vértice y en O. I. I. A.

Las desgarraduras traumáticas dependen del agente que las produce : su forma varía pues considerablemente así como su situación.

Las rupturas espontáneas del transcurso del embarazo, se sitúan por lo general en el fondo del

útero mientras que aquellas determinadas por el trabajo del parto se localizan en el segmento inferior ó en el cuello mismo.

La amplitud de la herida tiene gran importancia.

Las desgarraduras pequeñas no tienen mayor trascendencia que en lo que afecta al útero; pero las rupturas amplias, comprometen á la madre y al feto descontando sus mayores probabilidades de vida por su pasaje á la cavidad peritoneal materna y exponiendo á aquélla á consecuencias de muy mal augurio.

Las dificultades que aporta el caso á la extracción natural, cuando no hay que recurrir á una cesárea; el derrame sanguíneo en medio del cual flotan las ansas intestinales y la porción extrauterina del feto; una infección peritoneal probable ó aun la simple infiltración de la serosa dan una idea del cuadro anátomo-patológico de las grandes rupturas.

El derrame sanguíneo puede ser sub-seroso, es decir en aquellos casos en que sólo hay desprendimiento de la hoja del peritoneo y que es lo más común. Si la sangre penetra en plena cavidad peritoneal, no tarda en coagularse, en cuyo estado se la encuentra acumulada en los fondos de saco pre ó post uterinos, acompañada ó no de meconio y aun de orina.

Los bordes de la herida son generalmente irregulares, en zig-zag, enfisematosos ó equimóticos. Salvo en las rupturas traumáticas, los bordes cortantes rara vez se presentan netos.

Se citan casos, sin embargo, de rupturas espontáneas á bordes lisos y rectos como los que puede producir un arma blanca.

SINTOMATOLOGIA

El cuadro sintomático que presentan las rupturas uterinas es tan complejo como lo son éstas por su etiología, su extensión, su localización.

Y no es sólo la variabilidad de los síntomas, lo que muchas veces obscurece el diagnóstico de esta lesión : es su poca intensidad cuando se manifiesta, lenta, con caracteres insidiosos que hacen que con frecuencia pase todo desapercibido. No es una rareza anátomo-patológica el hallazgo en las autopsias de úteros con cicatrices provenientes de lesiones viejas é ignoradas, espontáneamente curadas.

Pero si esta sintomatología de los casos de poca importancia puede pasar por alto, no sucede lo mismo en las rupturas graves, en que el estado de la enferma es gravísimo desde un principio y adquiere luego proporciones desastrosas.

Estas consideraciones obligan un examen atento de las parturientes sospechadas de ruptura y en otro órden de ideas, se está obligado á suponer un caso de esta naturaleza siempre que la distocia no reconozca otro origen. El órden facilitará el estudio de los síntomas.

Cuando una causa cualquiera, prolonga el parto más allá de lo normal, el útero debe hacer un

esfuerzo superior al que fisiológicamente le está asignado. Si la distocia desaparece, todo puede normalizarse ; en caso contrario las contracciones aumentan en número y en intensidad ; el dolor se exacerba y el órgano no tarda en ceder ante la suma del trabajo exigido. Tal es, á grandes rasgos, el cuadro que precede á este accidente. Un dolor agudo, penetrante y aun la impresión de algo que se desgarra, si la ruptura es extensa, marca el momento en que ella se produce.

Los síntomas que acompañan á la ruptura pueden dividirse en locales y generales.

El que primero se acusa es la inercia completa del órgano. El trabajo se suspende, en realidad y en esto se diferencia de las intermitencias del parto fisiológico. El dolor es constante, extendido en todo el abdomen aunque puede también estar localizado en un punto cualquiera.

La hemorragia que se produce en el acto de la ruptura invade el peritoneo ó rodea solamente el útero, en parte. También la sangre aparece en la vagina por donde sale constantemente bajo la forma de coágulos, de color negruzco ó líquida siempre rojo oscura. Se encuentra el vientre irregular ; el útero se ha contraído y ha ascendido al mismo tiempo. Las formas fetales pueden aparecer á la inspección bajo el aspecto de puntos salientes.

La palpación, sumamente dolorosa, nos reve-

la que las paredes han perdido su tonicidad. El tacto vaginal, puede ó no, darnos idea del lugar que ocupa la presentación, según haya ó no pasado á la cavidad abdominal, cosa esta última casi general en las rupturas completas. En las incompletas se puede percibir á veces, palpando el útero, una crepitación característica producida por la entrada del aire en el tejido celular.

En las rupturas completas, como decimos, el feto pasa casi en totalidad á la cavidad peritoneal. En semejantes condiciones, por lo general sucumbe después de la ruptura. Nos encontramos pues en presencia de un nuevo signo : la ausencia de los latidos fetales en los más de los casos. Y si por casualidad ha sobrevivido al traumatismo, el cambio del foco de auscultación puede suministrarnos datos sobre la posición que ocupa en su reciente migración. La colección sanguínea forma entre la vejiga y la vagina un tumor distintamente apreciable ; es lo que se denomina hematocele anteuterino, extra peritoneal. El tumor puede presentarse en la región hipogástrica.

La cantidad de sangre es variable según que interese ó no grandes vasos.

Puede suceder, que la hemorragia se encuentre casi suprimida por compresión de la parte desgarrada del órgano entre el feto y la pelvis ; pero la extracción artificial acarrea, tarde ó temprano,

la salida de coágulos ó sangre al estado líquido.

La placenta puede, por excepción, ser expulsada antes que el feto.

Los síntomas generales, acusan ante todo, la existencia de una hemorragia abundante. El pulso es sumamente frecuente; su número llega á 130, 150 ó más por minuto. Es pequeño, depresible, filiforme ó como en los estados sincopales, apenas perceptible. El rostro cianótico y luego pálido, lo mismo que las extremidades, indican la pérdida de sangre rápida, así como el enfriamiento que lo acompaña. El cuerpo se cubre de un sudor frío; lo agitan pequeños movimientos convulsivos; los ojos se hunden en las órbitas y en general la cara presenta un aspecto de terror, de agonía, la fisionomía de los que sienten que la vida se les escapa. La descripción del estado general de las rupturas, recuerda el de los traumatismos graves, el de los heridos exangues.

Muchas veces, ya por haber llamado demasiado tarde al médico, ya porque la hemorragia sea muy abundante, la suerte de la enferma es irremediable y más ó menos rápida su muerte.

Las infecciones posteriores pueden complicar el cuadro sintomático y la prudencia aconseja que debe hacerse el tacto en las más rigurosas condiciones asépticas y al mismo tiempo con sumo cuidado para no agrandar más la desgarradura.

DIAGNOSTICO

Las rupturas uterinas, consideradas como accidentes graves, exigen por eso mismo, un diagnóstico á tiempo; de la urgencia depende el resultado satisfactorio de gran número de casos.

Y si me expreso en términos generales, de rupturas, es porqué, así como las hay, hemos visto, con un cuadro sintomático, bien marcado, las hay también que evolucionan en silencio, insidiosamente, con síntomas tan poco sensibles ó tan diversos, que pueden llegar á desviar nuestra atención hacia otras entidades mórbidas de la patología del embarazo y del parto.

Aquí, como en el mejor de los casos, los antecedentes hereditarios y personales, suministran datos preciosos.

El rol de la herencia, obstétricamente considerada, es importante bajo el punto de vista de las enfermedades de orígen congenital, que como sobre los demás órganos de la economía obran en los genitales, creando anomalías sexuales diversas.

Los datos personales, ilustran sobre los embarazos y partos distócicos anteriores que haya podido tener la enferma. Es necesario explorar con detención las causas, el tratamiento de esas distócias, lo que puede ponernos en conocimiento de rupturas anteriores; y ya sabemos la predisposición especial que ellas crean para el futuro.

Si es posible hacerlo, deben tomarse las medidas pelvimétricas necesarias; facilitan el diagnóstico muchas veces.

En la gran mayoría de los casos, la enferma se nos presenta en un estado grave, de shock, de angustia, estado al que ha pasado de repente en el curso del trabajo ó de una gestación normal.

El accidente ha sido marcado por un dolor agudo, después del cual sobrevienen los demás síntomas, inercia, alejamiento de la presentación hemorragia, etc.

El edema suprapubiano, que existe generalmente, debe hacernos pensar en una desgarradura.

Los síntomas generales, cuando los locales están poco marcados, tienen la importancia de hacer más preciso el diagnóstico.

Todas las regiones y órganos vecinos serán examinados con atención, dado que con frecuencia la proximidad, hace que alcance hasta ellos el traumatismo.

La vejiga se desgarra á menudo. Como naturalmente se explica, es muy difícil reconocer la orina que escurre de la vulva mezclada con sangre ó pasa á la cavidad peritoneal. La mejor manera de asegurarse entonces es practicar un tacto minucioso y también el cateterismo que debe dar un resultado negativo.

La extracción de orina y aun de sangre por esta vía indica más bien un estado patológico de las vías urinarias que una desgarradura de la vejiga. El tacto nos indicará asimismo, si la ruptura se ha extendido también al recto. En este caso la presencia de materias fecales en la vagina confirmarían el hecho.

El diagnóstico diferencial de las rupturas no es muy extenso. Los accidentes con que pueden confundirse, son en efecto, muy pocos pero en cambio relativamente frecuentes en el embarazo y en el parto, lo que nos obliga á conocerlos bien para poder establecer desde un principio una separación clara y neta entre una ruptura uterina y cualquiera de ellos, teniendo en cuenta que el tratamiento será distinto en cada caso.

La placenta previa es uno de ellos. La hemorragia considerable que acompaña su salida brusca, la aceleración del pulso, podrían hacer pensar en una ruptura. Pero la presencia prematura de la placenta basta para no inducirnos en un error. Sin embargo es conveniente también recurrir á la palpación y al tacto. La primera nos indica una matriz bien contraída y regular. El segundo, que sólo existe en el lugar que ocupaba la inserción placentaria, el adelgazamiento fisiológico de la pared. La enferma habrá tenido las pequeñas hemorragias durante el embarazo, que

pronostican una implantación viciosa. Por último no ha habido el dolor agudo que produce la ruptura. Ahora bien, esto no excluye que puedan coexistir los dos casos: una ruptura determinada por la expulsión brusca de la placenta, como hemos dicho anteriormente. En tales circunstancias, felizmente excepcionales, los síntomas corresponden á cada uno de estos accidentes y el diagnóstico se hará en la forma indicada. Agregaré sólo que si la hemorragia es retro placentaria, la falta del pulso fetal nos pondrá sobre la verdadera vía.

El dolor intenso de las apendicitis puede confundirnos con una ruptura. Igual puede decirse de la peritonitis y algunas otras afecciones inflamatorias de la región. La ausencia de hemorragia, del estado de shock consecutivo y demás síntomas de una desgarradura, decidirán nuestra opinión.

Bueno es recordar, á propósito del diagnóstico de las rupturas, la frecuencia con que ellas se producen, como dato comparativo.

Joly estima esta frecuencia en 1 caso sobre 3.403 partos; — Bandl, en 1 sobre 1.200; — Koblauch, 1 en 462; — Garrigues, 1 en 5.000; — Leopold, 1 en 6.100; — Ribemont-Dessaignes, 1 sobre 2.000 ó 3.000; — Taupper, 1 en 215; — Ingraham, 1 en 4.000.

Ivanoff, desde el año 1877 á 1901, en la Maternidad de Moscou, ha encontrado 124 rupturas uterinas sobre un total de 118.581 partos, lo que da un porcentaje de 1 sobre 961.

En una estadística de 11.920 partos practicados en el policlínico de Leyde se contaron 6 rupturas, lo que da casi 1 en 2.000.

Como se ve, esta frecuencia, es estimada muy diversamente á juzgar por estos datos. El hecho tendría una explicación, en las diferentes épocas en que han sido copilados. Por otra parte, la profilaxia y los adelantos de la clínica, han colocado á las embarazadas en condiciones tales que, si estos accidentes no son inevitables, por lo menos se tratan en distinta forma, por medios asépticos que suavizan el pronóstico.

En particular, la frecuencia de las rupturas durante el período de expulsión fetal, es explicada por Sänger, por el hecho que es en ese momento, cuando todas las circunstancias se combinan para disminuir la resistencia de las paredes de la matriz, por adelgazamiento y exceso de trabajo.

En términos generales, el diagnóstico debe fundarse computando todas las probabilidades, haciendo uso de todos los medios de investigación y con la mayor rapidez posible si se ha decidido adoptar un tratamiento más ó menos radical.

PRONOSTICO

He dicho ya en los comienzos de este trabajo, que las rupturas uterinas revisten excepcional gravedad, para la madre y para el feto. Para la madre, por que el accidente lleva en sí causas suficientes, tales como la hemorragia, una infección probable; para el feto, por las condiciones en que queda y las dificultades de extracción fuera de su acomodación fisiológica.

La fuerza del traumatismo es tal que puede ser equiparada á los peores resultantes de heridas ó caídas. El debilitamiento considerable que produce la pérdida enorme de sangre, al exterior o interior; el estado shock que no permite á veces operar con la rapidez deseada; el campo propicio para las infecciones peritoneales que determina la herida amplia de las paredes uterinas y que puede producirse á pesar de las mejores medidas profilácticas, hacen de las rupturas la complicación más temible del embarazo y el parto.

Claro está que las desgarraduras completas son las más graves, siendo la importancia de las incompletas muy mediocre. Sin embargo, sabemos que la infección puerperal puede sobrevenir por pequeñas que sean estas heridas, y su trans-

misión al peritoneo puede efectuarse por la vía linfática.

Si bien es cierto que las intervenciones inmediatas al accidente tienen las mayores probabilidades de curación más ó menos en poco tiempo, no lo es menos, que los resultados futuros dejan siempre que desear.

La experiencia prueba en efecto que la recidiva en otros partos es sumamente frecuente. La explicación de este hecho, que comprueban las estadísticas, está en que cualquiera que sea el método seguido en la unión de los bordes de la herida, la cicatriz resultante no puede tener nunca la misma resistencia, la misma elasticidad que tanto requieren las paredes de un órgano como éste, destinado por las funciones genésicas, á sufrir distensiones exageradas. Más bien, el tejido de cicatrización, tiende á contraer estas paredes, y no regularmente, sino siguiendo los zig-zag de la ruptura. De aquí su valor pronóstico. Es común que se produzcan en mujeres que han sufrido una operación cesárea, por ejemplo, por que las circunstancias son las mismas.

Por otra parte es necesario tener en cuenta las dificultades que se originan en los partos subsiguientes.

Aun en los casos de resultados generales felices, se ha podido constatar la persistencia de pe-

queñas hendiduras, á causa de un afrontamiento imperfecto. Más raro es que se originen trayectos fistulosos. Las cicatrizaciones perfectas son excepcionales.

En todos los casos curables, la convalescencia es penosa y larga. Los ha habido en que se ha visto sobrevenir un segundo embarazo sin que la herida estuviera aun cerrada.

El pronóstico para el feto es aun mucho más grave que para la madre. Si queda en el útero puede salvarse á condición que la placenta no se desprenda y pueda suministrarle la sangre necesaria. Si pasa á la cavidad peritoneal, no tarda en sucumbir privado de los elementos de vida por la abundancia de la hemorragia materna.

Hay razones pues para tener pocas esperanzas de salvar el feto. Los mayores cuidados deben reservarse para la madre obrando con todas las precauciones posibles.

La terminación fatal de las rupturas, que, como dijimos, era antes la regla, ha sido modificada en parte por los progresos siempre crecientes de la clínica

Cuando la muerte se produce, es debida á la hemorragia, al shock, á la inclusión en la herida de un ansa intestinal ó más generalmente á la infección peritoneal que no tarda en sobrevenir.

Jolly en su estadística indica 480 muertes sobre 580 casos de rupturas.

K. Meerz divide la suya de 230 casos en 181 rupturas completas; 46 incompletas; 3 mal determinadas. El resultado de las curaciones está avaluado en 34.8 por ciento para las completas y en 41.3 por ciento para las incompletas.

Ivanoff da, sobre un total de 124 casos, 101 defunciones. Algunos autores han querido establecer una mortalidad aproximada de 1 cada 3 casos; pero esta apreciación tiene el inconveniente de ser muy relativa.

La estadística es más severa en lo que al feto se refiere. Ramsbotham en 237 casos, relata que sólo sobrevivieron 20, lo que da un término medio de 11.8 por ciento.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las rupturas uterinas ha pasado, en el transcurso de dos siglos, por una serie de procedimientos, que marcan otras tantas etapas en la evolución de la ginecología y la obstetricia.

Estas escuelas se han disputado sucesivamente el cetro de los buenos resultados, con el apasionamiento que traen consigo, todas las cosas nuevas en este órden de ideas, y que la experiencia se encarga de modificar ó desechar.

Ha sucedido con las rupturas, lo que con muchos otros casos de la patología en general. La práctica ha demostrado que no se puede adoptar exclusivamente un tratamiento, porque todos pueden tener indicaciones más ó menos acertadas; por las condiciones especiales en que puede encontrarse la enferma; por imposibilidad de parte del médico de proceder con rapidez, cuando le faltan la ayuda instrumental, las comodidades que requiere una operación de esta naturaleza; por otras circunstancias que no es del caso enumerar y que inclinan al profesional, al ser llamado

junto al lecho de una parturienta, á proceder expeditivamente para salvar á la madre y al hijo.

Faltaría á la imparcialidad que quiero dar a este muy modesto trabajo y afirmaría una responsabilidad á que sólo da derecho la experiencia de muchos años, si decidiera especialmente mi opinión en favor de un solo procedimiento, máxime cuando todos pueden tener su indicación. Me limitaré pues á explicar los alcances de cada uno, los detalles del método, y luego la oportunidad de su aplicación.

Las rupturas no tuvieron, cuando fué determinada su naturaleza, ningún tratamiento positivo. Y digo positivo, porque los médicos de otros tiempos, se limitaron simplemente á la expectación, basados en la creencia de que cualquier otro sistema no tendría eficacia en casos como estos considerados de desenlace fatal. Hoy podemos sin dejar de reconocer que la expectación puede observarse aún, establecer que la cirugía estaba entonces en sus comienzos y que las intervenciones eran difícilmente emprendidas con algún éxito. Por otra parte la ignorancia, en la etiología y la anatomía patológica, sino completa, por lo menos relativa, obligaban á esperar pacientemente la evolución del traumatismo.

Recién á mediados del siglo pasado, la opinión de Trask, de Bluff, de Braun y algunos

otros, se rebeló contra esta escuela, arguyendo que no era posible limitarse á observar los hechos. El primer paso en este sentido fué el drenaje del útero y el peritoneo.

Si bien hay que conceder á este método ciertas ventajas, en cambio adoloce de defectos importantes. En efecto, el drenaje no puede alcanzar las colecciones sanguíneas que ocupan lugares tan poco accesibles como los fondos de saco de la cavidad peritoneal. Además permite una comunicación amplia con el exterior, expuesta á todos los gérmenes y á todas las infecciones.

Los resultados poco satisfactorios del drenaje, encaminaron el tratamiento hacia las inyecciones antisépticas y más tarde al taponamiento. Estos procedimientos no prosperaron : aquél por el peligro de intoxicación y éste por su ineficacia ante las hemorragias internas.

A Cholmogoroff corresponde el honor de haber sido el primero en intentar unir los bordes de la herida suturándolos. El primer caso fué una parturienta á quien puso diez puntos por la vía vaginal. Desgraciadamente la mujer sucumbió ; pero no obstante tuvo el mérito de iniciar con ese caso, una evolución hacia un procedimiento más racional : la histerectomía.

La ablación del útero, preconizada por Neugebauer, Walcher, Deskner, Varnier y otros, en sus

diferentes formas, constituye un párrafo importante en el tratamiento de las rupturas.

Tres métodos han sido puestos en práctica: la histerectomía abdominal total, la supra-vaginal y la operación de Porro.

La histerectomía abdominal total es hoy empleada con éxito, siendo sus ventajas de primer órden, especialmente en los casos de infección grave en que permite separar por completo una proximidad peligrosa para el peritoneo.

La histerectomía supra-vaginal se practica por el procedimiento que indica Hartmann; para este autor la conducta á seguir varía según que la desgarradura esté por detrás ó por delante del pedículo vascular. En el primer caso se procede á una histerectomía supra-vaginal regular seguida de drenaje por la vagina. En el segundo el método es más complicado; se ligan primero los pedículos vasculares, se secciona luego el útero por encima del cuello y se arregla y sutura el muñón siguiendo una línea transversal; en segundo término se suturan á punto corrido las desgarraduras peritoneales hasta las paredes mismas de la pelvis; por último se lleva el muñón, que no está recubierto por el peritoneo, hasta estar en contacto con la cara profunda de la pared abdominal; un cadgut grueso atraviesa su pared posterior y lo fija en el ángulo inferior de la herida abdominal.

En dos planos de sutura se reune lo que queda de la herida y se asegura el drenaje por medio de un taponamiento de gasa.

La operación de Porro, presenta la ventaja de su rapidez y tiene excelentes resultados siempre que sea hecha en buenas condiciones. Los temores de infección del muñón, ó la presencia de desgarraduras que abarcan el segmento inferior de la matriz ó el cuello han hecho abandonar muchas veces este sistema.

La histerectomía presenta pues, como vemos, las mayores seguridades, sea cual fuere el sistema empleado.

Es necesario tener presente también que la laparotomía abre al cirujano un campo vasto; permite observar *in situ* la magnitud de la ó de las heridas; asegura al feto una salida rápida y exenta de peligros y por último aconseja con precisión el tratamiento á seguirse, sea una histerectomía, sea la sutura de la desgarradura simplemente. No siempre, sin embargo, es posible llevarla á cabo, generalmente por el estado de debilidad extrema en que se encuentra á la paciente ó por falta de instrumental y comodidades.

La conducta que debe seguir el médico en presencia de estos casos puede variar con las circunstancias en que se presenten la madre y el feto.

Hecho el diagnóstico de ruptura, el trata-

miento comprende la extracción del feto, y para la madre las indicaciones que resulten de las rupturas mismas. Si la ruptura es pequeña y el feto ha quedado en su mayor parte en el útero, debe extraérselo, por medio de basiotribo si ha sucumbido al traumatismo ó por la versión y el forceps si aun está vivo. Puede darse el caso que la cabeza tenga un volúmen exagerado á causa de hidrocefalia ; una punción previa facilitará la operación.

En los casos en que el feto ha pasado en parte ó en totalidad á la cavidad abdominal, es difícil indicar cómo ha de conducirse el médico. En efecto, en estas circunstancias, es necesario saber primero que extensión tiene la herida y si hay ó no retracción en todo su contorno. Cuando ella es suficientemente amplia, el niño se extrae por las vías naturales, con todas las precauciones consiguientes, dado el peligro de una infección peritoneal. Si la desgarradura está contraída y aprisiona una parte del feto, la violencia puede agravar un estado ya de por sí muy grave. Esta es la indicación más precisa de una laparotomía, operación que permite atender los dos seres al mismo tiempo.

Una vez que se ha extraído el feto se procede con la placenta, la que se desprende artificialmente si es necesario, para evitar hemorragias consecutivas.

Ya hemos visto anteriormente que la vida del

niño es siempre problemática y se deben tener pocas esperanzas de obtenerlo con vida. Si el parto ha sido prematuro y el feto vive se le tendrán los cuidados que se aconseja en estos casos : incubadora, etc.

La conducta con la madre está especificada en la primera parte de este capítulo. El estado de la enferma aconsejará el procedimiento á seguir.

He de recordar al respecto que las estadísticas muestran su mayor número de defunciones en los casos en que no se ha intervenido directamente.

En cuanto á los pormenores de la operación, diré que la anestesia clorofórmica está las más de las veces contraindicada. Han de evitarse los movimientos bruscos que pueden acarrear una nueva hemorragia. Por último, la posición de Trendelenburg tiene en estas circunstancias el inconveniente de desalojar y desparramar los coágulos y la sangre que pueden alojarse en los fondos de saco peritoneales, por lo que se aconseja operar en posición horizontal.

Caben en estas líneas, algunas consideraciones que, á título de profilaxia de las rupturas uterinas, responden á la necesidad de prevenir en lo posible estos accidentes de pronóstico tan grave.

Los antecedentes de la enferma serán tenidos muy en cuenta ; la operación cesárea practicada anteriormente, los traumatismos uterinos que

puede haber sufrido la enferma durante su embarazo.

La pelvimetría nos indicará la existencia de un estrechamiento pelviano.

Se evitarán las maniobras cuando la presentación está demasiado encajada ó el útero ha adquirido ya una contracción exagerada.

Conocemos las contraindicaciones formales en la administración de la ergotina ; es pues un recurso al que debe acudirse con todas las precauciones.

La presencia de estenosis, adquiridas ó congénitas de las partes blandas ; los tumores ó degeneraciones de las paredes de la matriz, obligan á sentar un diagnóstico de ruptura inminente y á estar pronto para prevenir sus consecuencias.

Debemos llamar la atención de la multiparidad ya que la estadística nos enseña la frecuencia de las rupturas en estos casos.

En último término, no hay que olvidar las distocias de orígen fetal : la hidrocefalia, las posiciones y presentaciones viciosas.

Todo nos indica pues, que siempre deben tenerse en cuenta las prescripciones elementales de la clínica y que el examen atento de la enferma puede hasta cierto punto evitar tristes resultados.

OBSERVACION I

Ruptura completa. — Basiotripcia. — Drenaje. — Taponamiento. — Curación.

G. G. G., española, cocinera, de 34 años de edad, ingresa al Hospital Rawson el 2 de Agosto de 1908. Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia. De sus antecedentes personales se desprende que ha tenido escarlatina á los tres años y sarampión unos meses después.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos. — Regló por primera vez á los 16 años. Ha tenido un embarazo normal, con parto también normal. Ignora la fecha de su última regla, pero su embarazo es de nueve meses.

El examen de la pelvis revela que no hay signos de raquitismo ni deformaciones de otra naturaleza. Altura del útero, 37 centímetros; circunferencia del abdomen 96 centm.; de la pelvis 86 centm.; presentación de vértice en O. I. D. A. No hay varices ni edema. Orina normal. La pelvimetría nos da los siguientes diámetros: conjugado

externo 18.5 centm. ; B. E. 22 centm. ; B. I. 25.5 centm. ; B. T. 28 centm.

Se ha iniciado en esta enferma el trabajo de parto, el día 31 de Julio á las 4 de la tarde ; continúa regularmente hasta el 2 de Agosto á las 6 de la mañana. Llegado este momento, la partera que la ha atendido, rompe la bolsa de las aguas, hecho que es seguido de un aumento en el número y la intensidad de las contracciones y se acompaña de frecuentes pérdidas de sangre. Como, á las 3 de la tarde el estado de la enferma no fuera considerado satisfactorio, es llevada á la clínica del Hospital.

A la inspección se nota un surco horizontal alrededor del útero, situado unos 19 centímetros por encima del pubis; la palpación comprueba su existencia. Pulso regular, poco tenso, 83 pulsaciones. Tempratura 36°6. No tiene vómitos ni disnea.

La auscultación revela la muerte del feto. Hay dilatación completa del cuello y la cabeza está bien encajada.

En la imposibilidad de hacer una exploración previa, se practica una basiotripcia y luego se extrae un feto, del sexo masculino de 3.500 gramos de peso, sin la substancia cerebral. Se procede después al alumbramiento artificial. Peso de la placenta 750 gramos ; longitud del cordón 118 cen

tímetros. Libre la cavidad uterina, el tacto reconoce una desgarradura subperitoneal situada en la parte inferior del lado izquierdo del órgano, por entre cuyos bordes hace hernia el peritoneo que se halla sano. No se encuentra otra herida en las paredes.

Se instituye como tratamiento, primero, un lavaje intrauterino abundante de agua esterilizada; se colocan en seguida dos tubos de drenaje en el útero, uno y otro en la misma herida. Después se tapona bien con gasas hasta la vulva.

Al día siguiente, se retira el drenaje y las gasas, se practica un nuevo lavaje intrauterino y se coloca asimismo un drenaje. El estado general de la enferma es bueno; pulso regular; temperatura 37°.5. No hay síntomas peritoneales. En esta forma llega al sexto día en que se le da un purgante.

El séptimo día se retira el drenaje y sólo se le hacen diariamente los lavajes uterinos.

No habiendo mayores novedades es dada de alta, completamente curada el 19 de Agosto.

OBSERVACION II

Ruptura completa. — Basiotripcia. — Taponamiento. — Defunción.

M. G. de A., española, quehaceres domésticos, de 28 años de edad, multípara, ingresa al Hospital Rawson el 5 de Julio de 1909. Sus antecedentes personales y hereditarios no tienen importancia.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos. — Menstruó por primera vez á los 15 años. Sus reglas son normales, tres días de duración. No ha tenido en sus órganos genitales afecciones de ninguna naturaleza. Ha tenido dos partos anteriores normales á juzgar por los datos que se dan. Los dos hijos gozan de buena salud. Se ignora la fecha de su última regla ; su embarazo es á término.

La pelvis no presenta signos de raquitismo ni otras deformaciones. Altura del útero 37 centímetros ; circunferencia del abdomen 90 centímetros ; de la pelvis, 87 centímetros. Presentación de cara, M. I. I. P. La pelvimetría externa da los siguientes diámetros : conjugado externo : 18 centímetros ; B. E. 25 centms. ; B. I. 27 centms. ; B. T. 32 centms. ; distancia de la sinfisis pubiana al apéndice xifoide, 38 centímetros.

No hay edema. Orina normal. Constitución buena. Estado de nutrición regular. Se ha iniciado el trabajo de parto en esta enferma el día 4 á las 11 p. m. La dilatación llega á ser completa el día 5 á las 4.30 a. m. Los médicos que la atienden, practican varias aplicaciones de forceps v ensayan la versión sin resultado. El estado de la parturienta se agrava poco á poco. En la imposibilidad de extraer el feto es llevada á la clínica del Hospital Rawson el día 5.

Esta mujer ingresa en pésimo estado, traumatizada. Sufrió varias hemorragias. El pulso es pequeño, frecuente, irregular, en número de 130 por minuto.

El abdomen es regular. Se ausculta y no se encuentran latidos fetales. Cabeza encajada.

Después de tentar una nueva aplicación de forceps, se decide hacer una basiotripcia bajo cloroformo.

Se extrae un feto del sexo masculino, de 3.600 gramos de peso. Se practica luego el alumbramiento artificial, hecho que provoca una considerable hemorragia. La placenta, desgarrada en varias partes, tiene un peso de 550 gramos. Longitud del cordón, 54 centímetros.

Previo un abundante lavaje de agua esterilizada, se consigue averiguar entonces el lugar y extensión de las lesiones. Los fondos de saco va-

ginales y el cuerpo de la vagina tienen varias desgarraduras. El útero presenta una amplia herida, que interesa todos los planos de sus paredes, y á través de la cual puede tocarse el peritoneo. La cavidad es llenada con gasas para contener la salida de sangre. Se tapona también la vagina; por último se le coloca un vendaje abdominal comprensivo.

Durante la operación se le practican diferentes inyecciones, de suero artificial, cafeína, éter, aceite alcanforado. El pulso sigue en el mismo estado; la temperatura no pasa de 36°.2. Pulso filiforme, 142 por minuto.

El día 6 la temperatura bajó á 36°. Se le hacen nuevas inyecciones de suero y cafeína, sin resultado, pues fallece á las 3 horas después de haber sufrido la operación. Por no poder practicársele la autopsia, es imposible comprobar las lesiones.

OBSERVACION III

Ruptura completa del útero y ligamentos. — Ruptura de vejiga. — Laparotomía. — Histerectomía sub-total. — Defunción.

L. B. de H., austriaca, quehaceres domésticos, de 22 años de edad, multípara, ingresa al Hospital Rawson el 27 de Noviembre de 1909 á las 2 p. m.

Sus antecedentes hereditarios y personales no tienen importancia.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos. — Regló por primera vez á los 13 años. Ha tenido seis embarazos anteriores, de los cuales han nacido otros tantos hijos á término. Se ignora la fecha de su última regla.

La enferma ingresa á la clínica en estado sincopal, lo que obliga á intervenir inmediatamente, no pudiéndose obtener mayores datos. Se ignora á que hora sintió los primeros dolores. El pulso es filiforme, 125 por minuto. La temperatura 39°. Bolsa de las aguas, rota.

A la inspección se nota un vientre irregular. Palpando se reconoce el encaje de la cabeza fetal. Presentación y posición A. I. D. dorso anterior.

Se procede á la extracción manual del feto, ya muerto por anemia. Peso del feto 4.650 gramos: altura, 56 centímetros. El alumbramiento se efectuó artificialmente. Peso de la placenta 480 gramos; longitud del cordón 72 centímetros.

En estas circunstancias fué reconocida una enorme ruptura del cuerpo del útero, completa, que abarcaba también los ligamentos, diagnóstico que no pudo ser hecho antes por la presentación que llenaba el estrecho inferior y la excavación. Otra desgarradura pequeña interesaba el cuello.

Ante la inminencia de la muerte de la enferma y como único tratamiento se le practica una laparotomía. Se nota entonces gran cantidad de sangre acumulada en las partes de declive de la cavidad abdominal. La vejiga completamente vacía tiene una desgarradura en el sentido horizontal por la cual ha escapado la orina contenida.

Se decide practicar una histerectomía sub-total, en el curso de la cual fallece la enferma, tres horas después de su ingreso á la clínica.

Emilio J. Luxardo.

Mayo de 1910.

Buenos Aires, Junio 17 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. E. Bazterrica, al profesor titular Dr. S. Molina y al profesor suplente Dr. U. Fernández, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.° de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

R. S. Gómez.

Secretario

Buenos Aires, Julio 2 de 1910

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 2204 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gómez.

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I. — Conducta del Partero en presencia de un caso de ruptura uterina.

BAZTERRICA.

II. — Operación de Porro.

MOLINA.

III. — En el tratamiento conservador de las rupturas uterinas por celiotomía y sutura del útero ¿deberá hacerse la esterilización de la mujer?

UBALDO FERNANDEZ.