

de un modo completo y agudo, lo que responde á que la porción del útero desgarrado es el segmento superior, pero en otros casos ellas desaparecen de una manera insidiosa, lenta; algunas veces su desaparición es tan solo temporaria para reaparecer espontáneamente en momentos más tarde; es excepcionalmente que su desaparición no se efectúa, quedando ellas tan intensas como en el estado natural del instante del mecanismo del parto en que la ruptura del útero se ha producido. Si bien lo común es que las contracciones uterinas cesen con la ruptura de la pared de este órgano, algunas veces las contracciones persisten, pero entonces ellas se encuentran debilitadas en una forma tal que su intensidad como fuerza mecánica es insuficiente para terminar la expulsión del feto, siendo por excepción que ellas puedan conservar una suficiente energía que permita la terminación espontánea del parto; esta circunstancia especial se observa en aquellas rupturas llamadas incompletas y por lo tanto cuando existe integridad de una zona de fibras musculares de la pared del útero; es una rareza la persistencia de las contracciones uterinas en aquellos casos en que es dado diagnosticar la ruptura completa del útero y en tales condiciones no hay razones que expliquen satisfactoriamente este fenómeno puesto que la regla general es de que el trabajo se detenga en cuanto el útero se ha roto.

Cuando se trata de un caso de ruptura uterina producida en el segmento inferior suele verse que las contracciones

uterinas cesan momentáneamente como manifestación de tan grave traumatismo, pero reaccionando más tarde el segmento superior, en un momento más ó menos alejado entra nuevamente en función y reaparecen por lo tanto las contracciones expulsatrices de esta porción del útero; diríamos que se inicia de nuevo el trabajo del parto, momentáneamente suspendido; este fenómeno aparece para dar lugar á dos modificaciones fisiológicas del parto, la una responde á la expulsión del feto contenido parcialmente en el segmento superior, ya raramente finalizando el parto por sus vías naturales, ya lo que es más común evacuándose el útero por el pasaje del feto á la cavidad abdominal, de una manera definitiva y primordial, otras veces como final de una expulsión incompleta, esto es, cuando parte del feto ha quedado tan solo retenido en el útero, mientras el resto de éste se encontraba desde luego contenido en el abdómen; el otro instante en que pueden reaparecer las contracciones uterinas es cuando se produce el alumbramiento espontáneo, que también puede efectuarse exteriorizándose la placenta y las membranas por el camino que le es propio ó produciéndose un alumbramiento que llamaríamos abdominal, puesto que la placenta desprendida espontáneamente viene á caer en la cavidad abdominal, siguiendo el camino que ha abierto la ruptura de la pared del útero; son en estas circunstancias que se ven aparecer de nuevo las contracciones uterinas, si bien ésto es poco común y lo habitual es que el feto no modifique la po-

sición que tomó en el instante de la ruptura uterina, unas veces pasando totalmente á la cavidad peritoneal, otras veces haciéndolo incompletamente; respecto del alumbramiento lo habitual es que éste no se efectúe, quedando por lo tanto adherida la placenta á la cavidad uterina y retenida ésta hasta el momento en que se produce el alumbramiento artificial; cuando la ruptura uterina se efectúa en el punto de inserción placentaria, es común que no se produzca el desprendimiento placentario-uterino, salvo el caso en que una hemorragia periférica al lugar de la desgarradura de la pared del útero, venga á tener caracteres de enquistamiento y por la acción mecánica del derrame pueda desprenderse la placenta; influye para ello razones fisiológicas que responden al mecanismo del desprendimiento de la placenta y cuyo carácter habitual es que ella se produzca a expensas de las contracciones del útero, que en estos casos faltan por las razones mismas de la desgarradura de la pared del útero.

Con alguna rareza suele notarse que reaparecen las contracciones del útero en razón de la excitación mecánica que se efectúa por la persistencia de una hemorragia intra-uterina, en aquellos casos en que partes fetales actúan como taponamiento espontáneo de la brecha que ha dejado la ruptura del útero, cuando otras porciones de feto encajadas en el canal obstétrico imposibilitan la salida de la sangre hacia el exterior, en estas condiciones el útero retraído en razón de la tonicidad muscular, se encuentra nuevamente dis-

tendido excentricamente por el volúmen del derrame hemático, lo cual contribuye á una excitación fisiológica que se traduce por la reaparición de las contracciones uterinas, las que se acompañan de dolores con caracteres expulsivos y todo lo cual cesa tan pronto como se abre paso hacia el exterior ó hacia la cavidad abdominal el volúmen de sangre contenida por el útero roto; cuando esto no sucede las contracciones uterinas se agudecen intensificando el dolor y sobre añadiendo síntomas de shock ó de anemia más ó menos grave según sea grande ó pequeña el derrame hemorrágico. Es por excepción que las contracciones uterinas persisten evacuado el útero y para ello no existe una explicación que satisfaga si se descarta la idea de que la ausencia de oxígeno en la sangre extravasada pueda ser un excitante de la contractibilidad de las fibras musculares uterinas. Se ha dicho que algunas veces responderían las contracciones uterinas en los casos de ruptura de la pared á las sobredistensión de la vejiga por acumulación de orina, entonces la vejiga agrandada de volúmen actuaría por compresión y como excitante mecánico capaz de mantener la contractibilidad uterina ó de hacerla reaparecer en un momento posterior, más ó menos alejado, del momento mismo en que el útero ha sufrido la ruptura de su pared.

La ruptura uterina al par que los traumatismos abdominales graves, tiene signos que son especiales á esta índole de lesiones y que se derivan del estado general en que queda la parturienta ó en-

barazada después de sufrir la ruptura del útero; de estos signos algunos son visibles y se investigan por la visión directa de la paciente, otros son reconocidos mediante la sensibilidad táctil; algunos solo son perceptibles para la mujer traumatizada; quedando en cambio algunos que son diagnosticables por el interrogatorio, auscultación, palpación abdominal, tacto vaginal y otros mediante el exámen directo de la cavidad uterina; hemos ya indicado cuatro signos de importancia capital y que son: dolor abdominal, sensación de desgarradura interior, modificaciones en las contracciones uterinas y hemorragias, esta última estudiada con detalles en un capítulo aparte, por las razones clínicas que se deducen de su importancia; ahora bien, pasaremos al estudio de otros signos funcionales no menos importantes que los ya señalados y que también merecen toda nuestra atención, puesto que no debemos olvidar que todos y cada uno de los signos de la ruptura uterina tienen un valor de diagnóstico capital; aun los más pequeños detalles no deben ser pasados por alto y para el mejor fundamento de un diagnóstico, todos ellos deben ser investigados é interpretados, de esta manera el diagnóstico será preciso y completo en lo que se refiere á sus formas clínicas y á la importancia de su pronóstico así como á la investigación de los fundamentos ó razones de un tratamiento determinado ó de una intervención obstétrica y quirúrgica; de la recopilación metódica de los síntomas de la ruptura uterina y de su casuística dependerá un tratamiento determinado,

prefiriéndolo á otro. Producida la ruptura del útero se nota que la fâcies se altera, palidece, la piel en general, se cubre de un sudor frío, viscoso; la nariz se adelgaza, los ojos parecen rodeados de un círculo obscuro, como ahuecados, perdiendo su expresión, habiendo una tendencia á la caída incompleta del párpado superior, la conjuntiva pierde algo de su brillo, se produce un aumento de secreción lagrimal; la palidez de la cara es tal que algunas veces el tinte de éste tiene una tendencia franca á hacerse violáceo; Los rasgos fisonómicos se hacen más sobresalientes y dan á la cara una expresión de angustia; otras veces expresan la idea de un terror profundo; se ven surcar en la frente y aún en el cuello una sudación, que se hace francamente perceptible al verse correr grandes gotas de sudor por la frente, mejillas y parte inferior de la cara; es característico de este sudor que él sea viscoso, adherente y generalmente frío, al extremo que da una sensación desagradable á la mujer paciente; algunas veces este sudor, si bien es frío, se acompaña de una impresión personal de calor, y no es raro en estas condiciones que el termómetro marque algunas décimas de temperatura; sin embargo suele encontrarse en aquellos casos en que la ruptura es grande, el feto ha pasado á la cavidad abdominal y hay un franco estado de shock que exista una hipotermia ó lo contrario, que la mujer sea una febril prematura; cualquiera de estas dos últimas condiciones: hipotermia ó hipertermia, siempre implicará un estado grave ó será el expo-

nente de una infección localizada ó generalizada, pero prematura y generalmente expresando un mal estado general. El traumatismo uterino en si ó sus consecuencias, especialmente la hemorragia, contribuye á determinar modificaciones en el pulso; investigado el pulso se ve que éste es pequeño, frecuente, depresible, algunas veces imperceptible, arritmico, sin tensión; las extremidades se enfrian, la piel toma una coloración anémica, algunas veces muy ligeramente azulada; todo lo cual no es sino la expresión clínica de un estado grave y con especialidad originada por la anemia que en tales casos se produce á consecuencia de la amplitud de la hemorragia y de las condiciones de shock; es en este momento que se producen lipotimias y estados sincopales que pueden llegar á colocar á la mujer en condiciones de morir ya por la anemia que acompaña la ruptura uterina ó como consecuencia de una parálisis cardíaca aguda; fenómeno este último que se produce cuando el corazón late en el vacío, esto es, sin torrente circulatorio; también se observa en estas condiciones, la aparición de hipo, estados nauseosos y aun vómitos que pueden llegar á tener una coloración oscura; es en estos momentos que la mujer observa un franco malestar, que se traduce por suspiros, gemidos, fenómenos disneicos, una gran agitación y una sensación de debilidad considerable, que puede llegar hasta el síncope; aparecen ruidos en los oídos, alucinaciones acústicas, obscurecimiento de la vista, síncope prolongados y aun toda una gama de fenómenos convulsivos y con-

tracturas musculares en las extremidades y más especialmente en la cara; se ven fenómenos de clonismo, que tienen su razón de ser en la enemía cerebral que acompaña á la hemorragia uterina, que resulta de la ruptura de la pared del útero; en estas condiciones se presentan una serie de fenómenos que corresponden al aparato de la visión; la mujer sufre de obscurecimiento á la vista, ve con dificultad, turbiamente, como si un velo cubriera los objetos y las cosas; en ciertos momentos hay franca amaurosis, la mujer se queja de que todo es obscuro, que no ve, que todo aquello que la rodea participa de una movilidad que no tiene; suelen haber alucinaciones visuales, modificaciones en el colorido propio de las cosas, que éstas se esfuman para aparecer nuevamente agrandadas, confundidas las unas con las otras. Las impresiones táctiles suelen ofrecer modificaciones que llegan á tener caracteres de alucinaciones; la mujer tiene ideas erróneas respecto de la forma de los objetos, de la temperatura de ellos, de su consistencia y aún de su densidad; sufre de hormigueos en las manos, en los pies, en las regiones lombo-sacras y en algunas otras partes de su cuerpo; tiene sensación de peso en sus extremidades.

La psiquis de la mujer que acaba de sufrir la desgarradura de la pared del útero ofrece caracteres, individuales en cada caso, que implican una modificación psicológica; unas veces tiene la idea de un bienestar que en manera alguna se correlaciona con su estado grave, de igual manera que en otras personaliza una sensa-

ción de gravedad que está por arriba de lo que en realidad sucede; suelen presentarse ideas delirantes, de confusión mental, unas veces metodizada en una ideación única, otras veces, con caracteres generalizados á un conjunto ideológico; así nos es dado ver que la paciente sospecha que su situación es resultante de un mal que le ha producido el médico que le atiende ó la partera que la asiste, en otras condiciones cree que la afección que padece tiene su origen en las más bizarras causas; en algunos casos se nota á la mujer afectada de ruptura uterina, con modificaciones de carácter en formas definidas y con ideas persecutorias á igual que otras veces se abandona al azar, sin esperanzas de ninguna clase y creyéndose incapáz de resistir al sufrimiento que experimenta; suelen tambien aparecer fenómenos neuróticos, con una caracterización de modificaciones al dolor, bajo forma hiperestésica ó anestésica, por lo tanto sufriendo de dolores cuya agudeza no tiene una razón de ser ó manifestando faltas de sufrimiento que implican la irrealdad de hechos consumados, la palpación y aún la presión exagerada no despiertan el más mínimo dolor.

Existen fenómenos nerviosos de origen reflejo que responden á la excitación del sistema del gran simpático, arritmia cardíaca, disnea pulmonar, salivación, hipo, vómitos, disuria; todo lo cual se presenta sin que existan lesiones orgánicas capaces de explicarlas, así nos es dado ver muy comunmente que la mujer se encuentra en un estado nauseoso ó aun con vómitos

que no tienen caracteres de esa forma clínica llamada de vómitos peritoneales; el exámen de los órganos no demuestra la existencia de estados patológicos capaces de determinar la sintomatología que ofrece la portadora de la ruptura uterina; ésta padece de cambios bruscos de temperatura, que son más subjetivos que reales; controlados estos últimos por el termómetro no se señalan variaciones de temperatura que concuerden con las impresiones que experimenta la paciente. En el primer instante de producida la ruptura uterina suele notarse altas temperaturas que no tienen una explicación que satisfaga, desde el momento que ellas no responden á procesos infecciosos que es imposible de concebir dada la rapidez con que ellos se presentan tan de inmediato al traumatismo uterino; se ha invocado para explicar estos fenómenos la absorción de productos hemáticos, coétaneos á la hemorragia que acompaña al instante mismo en que el útero se rompe; tambien se les ha imputado á la reasorción de substancias de origen placentario que hacen irrupción en el organismo cuando concurren con la ruptura de la pared del útero la desgarradura de la placenta.

Otro de los signos iniciales de la ruptura uterina es una sensación de construcción torácica ó abdominal, sensación llamada tambien de «barra»; la mujer se encuentra como si se hallara bajo el peso de una ligadura ó compresión del torax ó del abdomen y que generalmente exige un esfuerzo para llevar á cabo las ampliaciones torácicas que exige el fenómeno respiratorio.

En la investigación de los signos clínicos que acompañan la ruptura uterina, hay un fenómeno de gran valor para el establecimiento del diagnóstico él es el enfisema hipogástrico, señalado por Kiwisch, Mac-Clitock, Hiernaux, y por Hubert; enfisema que al decir de Montgomery, Paully, Ross, Crighton y Schatz, resultaría de la penetración de aire en la cavidad abdominal á través de la desgarradura, y con especialidad á su difusión en el tejido celular; este fenómeno no es constante y para algunos autores es bien hipotético, no así cuando se observa este fenómeno después de haber transcurrido largo tiempo de la ruptura uterina, siendo en tal caso su existencia el exponente de fenómenos de putrefacción, ya del tejido uterino que contornea el punto donde se ha efectuado la ruptura uterina, ya debido á la putrefacción del feto, cuando éste ha sucumbido mucho tiempo antes de producirse la desgarradura de la pared del útero; hemos dicho que este fenómeno es raro y en realidad lo es así puesto que en la estadística publicada por Jolly y que se refiere á un total de 580 rupturas uterinas, no se registra ningún caso del tal enfisema hipogástrico. Mac-Clintock dice que él ha constatado varias veces este fenómeno, por la auscultación de la región hipogástrica, en la que ha entrado una crepitación muy neta, que revelaba con claridad la existencia de infiltración enfisematosa de los tejidos. La crepitación característica del efisema se encuentra ordinariamente localizada en las fosas ilíacas y en la región suprapubiana.

En la categoría de los síntomas llamados funcionales están comprendidos los signos peritoneales; estos no se dan á conocer desde el primer instante de la ruptura del útero, pues estos síntomas son la expresión de la reacción del peritoneo ante el traumatismo, no solo de la ruptura de la pared del útero sino de la serosa peritoneal misma, traumatismo que para esta serosa lo constituye además la presencia del feto y sus anexos en la cavidad peritoneal, lo que implica necesariamente la irritabilidad, inflamación y aún la supuración de la cubierta de esta cavidad. Los signos peritoneales son siempre de dos índoles, la una responde al proceso radicado en la serosa peritoneal, ya á causa de la ruptura uterina, otras veces por la acción del feto, de la placenta y aún de la hemorragia; la otra serie de fenómenos responderían á manifestaciones reflejas que teniendo por punto de partida la lesión del peritoneo, se expresan clínicamente por fenómenos orgánicos á distancia como es el vómito, el hipo, el timpanismo, arritmia cardíaca y respiratoria; ahora bien, estos fenómenos á distancia tienen una explicación no bien definida; para unos autores su etiología se radica en el complejo funcionalismo del sistema nervioso del gran simpático, para otros autores dichos fenómenos resultarían de una intoxicación orgánica cuyo punto de partida sería la absorción de venenos placentarios y aun de etiología gravídica, que puestos por intermedio de la sangre estravasada, en contacto con la serosa peritoneal sería absorbidos y capaces de provocar una in-

toxicación por medio de un fenómeno de anafilaxia; cualquiera que sea el mecanismo productor de los síntomas llamados peritoneales; lo cierto es que éstos aparecen secundariamente á la ruptura, en un tiempo más ó menos aprximado del instante en que se inicia esta grave complicación del embarazo y del parto, siendo lo común que haya algún tiempo bien determinado entre la aparición de los demás signos funcionales y la iniciación de los síntomas llamados peritoníticos; de éstos los más comunes son vómitos que, en su comienzo se caracterizan por que lo expulsado son los restos de la alimentación ultimamente ingerida; cuando la ruptura se produce durante el parto y estos signos comienzan á hacerse manifiestos durante este mismo tiempo, vemos que lo vomitado es grandes cantidades de agua y demás líquidos que la parturienta ha absorbido durante el período del trabajo del parto, otras veces son electivamente determinadas sustancias alimenticias que se han ingerido, es así como vemos que se vomita residuos de carne y no así los demás restos de la comida; estos vómitos pueden ser francamente biliosos, resultantes de una gastro-sucorrea, con predominio de ácido clorhídrico combinado y aun en muy raros casos los vómitos son hiper-clorhídricos, con ácido clorihídrico libre; es sumamente raro que estos vómitos sean hipocídicos, en otros casos la acidocis se produce á consecuencia del predominio de ácidos orgánicos; cuando los vómitos son pertinaces y se repiten con pequeños intervalos, suele notarse en el líquido ex-

pulsado la presencia de estrias de sangre y cuando estos vómitos han adquirido un estado de suma gravedad su contenido es exclusivamente sangre oxi-carbonado y se encuentra combinada con el líquido gástrico, de ahí el color negrusco que ella tiene, vómitos á franco tipo porráceo y por lo tanto hematemético; estos vómitos son sumamente dolorosos, con dificultad cesan, siendo lo común que tan solo se interrumpan para reaparecer más tarde con francos caracteres de gravedad, se vomita hasta el agua; cuando el cuadro peritonítico ha tomado un fácil aspecto de peritonitis, suelen presentarse vómitos pertinaces, incoercibles que pueden llegar por parálisis del peristaltismo intestinal ó por anti-peristaltismo, á ser fecaloideos, claro está que estas son rarezas clínicas del vómito y que lo común es que la mujer en presencia de una ruptura del útero, se concrete tan solo á vomitar lo que ingiere.

Entre los síntomas peritoneales deben colocarse las modificaciones de la sensibilidad, á tipo doloroso; el dolor que es sordo, lacinante y generalmente localizado hácia las fosas iliacas ó hácia el hipogastrio, se generaliza, extendiéndose en toda la cavidad abdominal, sin hacer elección de un foco máximo, él está extendido por toda la cavidad peritoneal, en cualquier parte que se haga presión la paciente siente exacerbarse su dolor continuo, este aumenta ante el más ligero movimiento de la parturienta; trátase de intervenir obstetricamente, si se examina la mujer por la palpación ó el tacto, en fin imprímase cual-

quier fuerza á ese organismo y veremos siempre acentuarse la intensidad del dolor, así como notaremos que él invade toda la serosa del peritoneo parietal así como la serosa visceral; nada escapa al dolor y la mujer sufre, imprimiendo á su rostro un halo de dolor que no escapa al que es llamado á prestar servicios profesionales; todo lo que hemos dicho al referirnos á los caracteres del dolor en los casos de ruptura uterina tienen un lugar á llenar cuando se estudian las reacciones peritoneales contra la ruptura uterina; sería volver á decir lo ya dicho al tratar del dolor como signo funcional de las rupturas uterinas, si quisiéramos investigar á este como uno de los caracteres de la reacción del peritoneo ante la ruptura de la pared del útero.

Un carácter de la reacción del peritoneo es la parálisis intestinal, sabemos lo que esto implica y es por esta razón que encontramos una dilatación de la cavidad por distensión de los intestinos y aun del estómago; cuando se examina una mujer que ha sufrido la ruptura del útero, se nota que los intestinos están distendidos, que sus contornos se traslucen á la inspección ocular, modificando los perfiles y relieves de la pared del abdomen; las porciones ascendente, transversa y descendente del colón se dibujan por debajo de la piel, haciendo emergencia por sobre el resto de los intestinos, también dilatados; estas dilataciones pueden adquirir formas patológicas de suma gravedad y que constituyen razones para un pronóstico bien obscuro; como tipo de estos casos clínicos

debemos recordar el mégalo-colon y la dilatación aguda del estómago, ambas generalmente mortales.

La llamada «facies peritoneal» no es nada más que la expresión del conjunto de modificaciones que imprime al organismo la patología del peritoneo y que se individualiza porque da al rostro un aspecto de sufrimiento, de dolor, de malestar grave y todo lo cual en mucho resulta de las modificaciones que se llevan á cabo en el fisiologismo del gran simpático; la mujer tiene una expresión de dolor y de sufrimiento que á primera vista parece agrandar el sufrimiento producido por la desgarradura de la pared del útero; los ojos pierden su brillo, la pupila se dilata, la conjuntiva empalidece, los párpados y los contornos de los ojos oscurecen su matiz, diríase que el globo ocular se profundiza más en la cavidad que los contiene, la secreción lagrimal aumenta y de ahí que se deslicen lágrimas cuando no hay llanto; los rasgos fisonómicos se acentúan, los perfiles de la cara se destacan con mayor nitidez, las eminencias óseas se hacen proeminentes, los pómulos se tiñen de rojo y cuando la gravedad de la mujer es aún mayor, su colorido es pálido, diríase violáceo, la palidez de la tez es opaca, sus sombras se destacan contrastando el colorido; los labios se adelgazan, se arrugan, pierden el colorido vivaz para empalidecerse y borrar sus contornos; el mentón se evidencia en mucho, haciéndose proeminente; aún el cuello participa en este cuadro sintomatológico, se empalidece, diríase se que se adelgaza sobre su fondo se

destacan negruzcas ó azuladas las venas y los impulsos agitados de las carótidas hacen visibles sus latidos, pero es sobre todo una expresión de íntimo y profundo dolor lo que dá caracteres clínicos á esta facies peritoneal y que en muchos casos contrasta con la importancia real y la gravedad que tiene la lesión traumática de las rupturas uterinas.

Un conjunto de síntomas de la ruptura uterina lo constituye los signos físicos y los cuales son la expresión clínica que nos da cada uno de los métodos capaces de investigar modificaciones orgánicas que responden á la clase de lesiones que estudiamos; todos los métodos clínicos, auscultación, palpación abdominal, tacto vaginal, examen directo de la cavidad uterina; el interrogatorio, los datos amnésicos; todo ello aporta el conocimiento de signos físicos que interpretados vienen á confirmar la realidad de la ruptura uterina ó á expresar las modificaciones que este traumatismo aporta para el feto y para la madre; no solo los signos físicos determinan la exactitud de un diagnóstico materno, sino que ellos expresan las condiciones fetales y sus cualidades como ser viviente ó muerto; estos mismos signos físicos tienen una importante ingerencia en la precisión del diagnóstico y en la diferenciación de estados patológicos y con los cuales es posible una confusión; quizá son los signos físicos los que tienen mayor importancia en la acumulación de síntomas que coadyuvan en la especificación de una lesión uterina y en su localización topográfica; por otra parte estos

signos tienen el valor que se deduce de su propia materialidad. Los signos físicos no solo determinan condiciones y cualidades en la madre sino que también las especifican en el feto, llenando por lo tanto exigencias clínicas de inmenso valor para el establecimiento del diagnóstico y que por otra parte orientan hácia la conducta terapéutica que debe seguirse con respecto al método obstétrico ó quirúrgico que debe implantarse.

La auscultación da como primer dato de capital importancia la certidumbre de que el feto haya sucumbido ó no, siendo lo común que la muerte del feto se produzca en el instante mismo en que la ruptura uterina se ha efectuado, si es que no estaba ya muerto cuando ella se produjo; es bien raro que sea dado constatar signos auscultatorios del corazón del feto puesto que en un inmenso porcentaje el feto no sobrevive al momento de la ruptura uterina y cuando es dado observar latidos del corazón fetal, lo es por breves instantes puesto que el feto fallece pocos minutos después de producida la ruptura del útero; mientras está conservando su vida el feto, la auscultación permite, además, la percepción auditiva de los movimientos activos ó pasivos del feto; es por excepción que puede llegarse á oírse ruidos de roce ó de desgarradura del tejido muscular, cuando efectuada la ruptura uterina el feto pasa lenta y secundariamente á la cavidad peritoneal ó el alumbramiento se produce espontáneamente; en las historia obstétrica existen muy rarísimos casos en los cuales se ha auscul-

tado ruidos arteriales, en chorro de vapor, producidos por la salida de la sangre en arterias de regular calibre ó aun más grandes, pero estas rarezas clínicas no deben pedirse siempre á la auscultación, la que para la generalidad de los autores ha llenado su misión al constatar la cesación de los latidos cardíacos del feto.

La auscultación permite constatar modificaciones que constituyen síntomas; determinada la cesación de los ruidos del corazón fetal queda establecida la muerte de éste, muerte que puede ocurrir de una manera aguda y que de ordinario es brusca, produciéndose en el instante mismo en que tiene lugar la ruptura uterina; cuando los latidos cardíacos fetales no ha desaparecido rápidamente, se nota que ellos van desapareciendo progresivamente, apagando su tono y aminorando su energía, cuando así no acontece es por que no obstante la ruptura uterina, el feto queda contenido por completo en la cavidad del útero y es también en este caso que la auscultación nos informa que la existencia fetal está colosalmente comprometida y se acentúa momento tras momento sus condiciones de viabilidad y es entonces que la auscultación permite ver desaparecer los latidos del corazón del feto; en los casos en que el feto sobreviva, la auscultación nos permitirá constatar lo que es un hecho común: que el feto sucumba antes de la terminación del parto. La auscultación nos permitirá constatar la existencia del signo llamado de Kiwisch, esto es, el enfisema hipogástrico, puesto que al auscultar nos será dado percibir un ruido

especial y que no puede confundirse con otro alguno y el que es debido á la crepitación del enfisema. La auscultación permite constatar los movimientos activos y pasivos del feto, los que adquieren un grado de violencia en los casos de ruptura uterina y los que son índices de la proximidad de la muerte del feto; este mismo medio de diagnóstico puede orientar respecto al punto donde la ruptura uterina se ha efectuado, puesto que si persiste el soplo materno uterino podremos determinar que la parte desgarrada del tejido uterino se encuentra en las porciones medianas de los planos anterior ó posterior del útero, de igual manera que si hemos constatado este mismo soplo en ambas porciones yuxta-ligamentosas uterinas y después producida la ruptura tan solo nos es dado constatar que ella persiste de un solo lado, en estas circunstancias nos conducirá al diagnóstico de una ruptura lateralizada y que se radica en aquel punto donde ha cesado el señalado soplo.

Efectuado el diagnóstico de la ruptura uterina, puede la auscultación informarnos de que el feto ha quedado contenido en la cavidad uterina, lo que tiene lugar cuando la ruptura se ha producido en la la parte baja del segmento inferior; casos que aunque raros permiten la sobrevida del feto y aun algunas veces su expulsión espontánea por las vías que le son naturales; la auscultación igualmente orienta cuando se trata de un embarazo gemelar y la ruptura uterina se ha producido, dejando escapar uno de los fetos hacia la cavidad abdominal, determinada la existencia

del feto extra-uterino por los medios de diagnóstico que están á nuestro alcance nos es dado constatar la persistencia del otro feto en la cavidad uterina, desgarrada, por medio del examen estetoscópico.

La inspección de la pared abdominal, preliminar de la palpación, nos permite determinar condiciones especiales cuando se ha producido la ruptura uterina. Si bien en el primer instante el vientre no sufre modificaciones visibles que hagan variar su estado anterior al momento de la ruptura, más tarde este se hace voluminoso, globuloso; su forma es amenudo regular si bien no es de extrañar que experimente deformaciones y las que coinciden con el pasaje del feto hacia la cavidad abdominal; en estas últimas condiciones se ofrece á la vista una modificación en la superficie exterior del abdómen; se nota que el vientre es bilobado, uno de los globos es uterino mientras que el otro es fetal; estas modificaciones denotadas por la inspección, aparecen unas veces bruscamente, en otros casos de un modo progresivo, todo lo cual tiene su razón de ser en el pasaje del feto hacia la cavidad abdominal y por lo tanto produciéndose dos francas saliencias, de las cuales una corresponde al globo uterino y la otra al feto mismo.

La inspección de la pared del abdómen suele determinar la presencia de un signo que se ha dicho era precursor á la ruptura del útero; este es el edema supra-pubiano, que suele observarse en los últimos días del embarazo; pero este signo es de muy escaso valor, puesto que suele verse en los embarazos gemelares, en el hidram-

nio y en todo aquel otro caso que se presente una distensión uterina llevada más allá de lo natural.

La inspección de los órganos genitales externos nos permite determinar la existencia de una hemorragia ó pérdida sanguínea más ó menos grande á igual que nos permitirá ver la pérdida de meconio, así como la de el líquido amniótico; esta inspección nos orienta con relación á un derrame sanguíneo que puede ser enormemente grande ó muy ligeramente perceptible; variaciones éstas que nos conducirán á un diagnóstico. La sangre que vemos perder por los órganos genitales externos es azulada ó negra, es pegajosa como jarabe, signo este último que ha sido señalado por Tarnier.

Uno de los signos físicos que tiene más valor para orientar un diagnóstico es la palpación abdominal; método puesto en boga por Pinard, bravo sostenedor de la importancia que asigna á este medio de diagnóstico y el cual bien manejado nos colocará en el terreno de la verdad. Todo un conjunto de signos está controlado por la palpación abdominal; esos signos necesitan una sanción de valor científico y es con la palpación abdominal que se acuerda este carácter; desde el más inicial síntoma de la ruptura uterina, el dolor, hasta otro signo como es el de localización del feto en la cavidad abdominal, cuando éste ha abandonado el claustro materno; todo ello es un resultado directo de la palpación; este signo nos deja constatar sobre el estado de tensión del abdómen; nos determinará el punto de localización del

feto, saliendo de la cavidad uterina, nos permitirá determinar la existencia de dos tumores clínicos, de los cuales el uno corresponde al útero roto y el otro al feto. Las diferencias de situación del feto y la que depende de sus condiciones de viabilidad, están determinadas por la palpación, que permite indicar la existencia ó no de movimientos activos del feto al igual que señalan el punto donde éste ha caído, después de atravesar la herida uterina; efectuada la palpación se constata la existencia de dos tumores clínicos y de los cuales el más pequeño, estaría constituido por el útero retraído y el otro tumor más voluminoso, liso y redondeado, otras veces con proeminencias bien definidas, lo constituye el feto, cuyos planos se han hecho más superficiales y cuyas porciones corporales son más fáciles de distinguir bajo la pared abdominal por el hecho de que el feto se ha superficializado; es en estas condiciones que las extremidades córmicas hacen emergencia con mayor facilidad por debajo de la pared del abdomen. Si la penetración del feto en la cavidad abdominal se ha producido incompletamente, se constatará por medio de la palpación abdominal la existencia de un tumor bilobado, irregular y en el cual será posible limitar á porciones bien distintas, una de las cuales, lisa y redondeada, refleja un útero que contiene incompletamente porciones fetales; la otra está formada por una parte fetal que hace emergencia en la cavidad abdominal, cabeza, nalgas ó miembros fetales.

La palpación permite constatar la nega-

ción de movimiento activo de cualquier clase para el feto puesto que sabemos que lo común es la muerte fetal y cuando se ha dejado pasar algún tiempo sin examinar prolijamente puede aún añadirse fenómenos de crepitación, producido por enfisema. Si el derrame sanguíneo es muy abundante y éste ha corrido hacia el peritoneo puede encontrarse fluctuación y aun «clapotement» la que se obtiene moviendo por pequeñas sacudidas á la lesionada y lo que resulta de las entradas gaseosas en la cavidad; como lo indica muy bien Tarnier.

La palpación permitirá reconocer las condiciones anatómicas del punto donde se ha producido la ruptura uterina así como las modificaciones que el traumatismo ha podido imprimir tanto á la madre como al feto. No debe olvidarse que si la palpación nos permite orientarnos respecto de una ruptura uterina, podemos sospecharla y aun confundirla con vejigas distendidas al máximo por la orina; el sondaje nos permitirá aclarar la situación; el cateterismo rechazará toda idea que no sea verdad.

En los momentos de producirse la ruptura del útero se nota de parte del feto la existencia de movimientos violentos y que finalizan de una manera rápida y seguidos de la brusca cesación de los ruidos cardíacos fetales; esa movilidad fetal exagerada señala el momento en que el feto sucumbe por haberse roto la pared uterina.

La palpación abdominal es dolorosa sobre todo en un punto que corresponde generalmente á las fosas ilíacas y por lo

tanto al nivel de la desgarradura; ella permite determinar la desaparición del ovoide uterino así como nos permite reconocer al feto que goza de completa libertad en la cavidad abdominal; este último ha dejado de sufrir las consecuencias del trabajo del parto, ha perdido su apelonamiento, los miembros parecen alejados del tronco; se notan la elevación de la parte fetal ó aun la mutación de presentación. Al palpar metódicamente se nota en una de las fosas ilíacas un tumor duro regular, doloroso y contráctil: ese tumor es el útero, que por el lugar de su ruptura ha expulsado el feto hacia la cavidad abdominal; la palpación en estos casos es difícil, se acompaña de dolor, la pared abdominal se contrae dificultándose el examen. Cuando habiéndose producido la desgarradura del segmento inferior, el feto ha quedado retenido en la cavidad, la palpación no añade ningún signo clínico que determine la posibilidad de establecer la ruptura del útero, salvo que se hagan presiones sobre un punto determinado y que corresponde al lugar anatómico donde se ha producido la ruptura uterina.

Al señalar la crepitación característica del enfisema, que de ordinario se localiza en las partes laterales del útero ó en la porción supra-pubiana, es la palpación la que nos permite señalar este fenómeno; ella también nos indica la existencia de un trombus sub-peritoneal y el cual puede localizarse por detrás de la vejiga ó en las fosas ilíacas.

Por la palpación se constata que el vientre es muy doloroso en aquellos puntos que

contornean la desgarradura; ella permite determinar deformaciones en el vientre y las que se caracterizan por la persistencia de dos proeminencias separadas por una escotadura mediana, la que permite aislar dos tumores, el uno constituido por el útero y el otro por el feto; cuando el feto ha escapado de la cavidad uterina, la palpación permite determinar el punto donde se encuentra situado así como también su grado de movilidad en la cavidad peritoneal. Uno de los caracteres de la ruptura uterina es la disminución del volumen del útero y esta circunstancia está perfectamente diagnosticada por medio de la palpación abdominal la que permite señalar la contractibilidad uterina llevada á aminorar los diámetros de este órgano ó la inercia de este, que se traduce por una blandura, pastosidad ó relajación hipotónica del músculo del útero; todo ello se lo pediremos á la palpación abdominal.

Otros signos físicos nos son ofrecidos por el tacto vaginal y los cuales al decir de Cazeaux serían los más concluyentes; mediante él se ha podido determinar el grado de descenso de la porción previa fetal; se ha podido orientarse respecto á la colocación de la presentación y á sus variantes de posición; sabemos á que altura está la parte previa; conocemos el grado de dilatación del cuello, la separación que existe entre este mismo y la parte que se presenta del feto; todo lo que implique una variación brusca y sin una razón determinada en estos signos que acabamos de señalar, constituirá por lo menos una grave sospecha de ruptura uterina; sin

razón determinada vemos que remonta la parte previa, si por medio del tacto vaginal constatamos la desaparición de la presentación ó su transformación en otra, si podemos determinar que el cuello uterino ha disminuído su grado de dilatación y aun ha vuelto sobre sí; si llevada la mano para el examen, determinamos al existencia de una desgarradura del cuello, debemos sospechar poderosamente que el útero se ha roto y entonces el tacto vaginal controla el diagnóstico, señala sus variantes y contribuye á determinar la realidad de esta lesión pues mediante esta maniobra de diagnóstico puede llegarse á encontrar en las proximidades del orificio del cuello uterino, porciones de intestino así como otras veces esta maniobra permite constatar la ausencia de porciones fetales y lo cual responde á que ellas han pasado por la desgarradura uterina hacia la cavidad abdominal.

En tesis general los datos de diagnóstico aportados por el tacto vaginal corresponden á dos grupos de condiciones fetales, esto es; que el feto haya continuado como contenido uterino ó haya dejado de serlo; en la primera forma clínica no es dado encontrar nada de anormal; se siente á la presentación colocada normalmente, más ó menos encajada, llenando toda la porción terminal del canal obstétrico y por lo tanto quedando oculto el punto donde se ha producido la ruptura uterina, pero ésto es raro; si existe ruptura de la bolsa de aguas, es más fácil hacer el diagnóstico, pues con la pérdida de líquido amniótico, las paredes uterinas vienen á

adosarse más intimamente con el feto y por la tanto su estática es más diagnósticable; en los casos en que la parte fetal previa ó que se encaja, deja de serlo para remontarse por encima del estrecho superior, el tacto vaginal poco puede orientarnos respecto á la mutación sufrida pero sí nos da un signo de gran valor y que se deriva de la retrocesión de la presentación.

Cuando el útero está vacío y por lo tanto toda presentación ha desaparecido á causa del pasaje del feto al abdomen y por lo tanto estando libre el canal obstétrico, el tacto digital ó manual permiten orientar al partero hacia la naturaleza de la lesión que ha sufrido la pared del útero, puesto que estando franqueado el cuello se puede fácilmente llegar hasta la desgarradura del útero, pudiéndose entonces apreciar su sitio, forma y extensión; al par que es dado en estas condiciones determinar la existencia de una complicación habitual, como es la toma entre los bordes de la herida uterina de una porción de ansa intestinal. Cuando la desgarradura uterina es muy ancha puede determinarse fácilmente el pasaje hacia la cavidad abdominal, de la placenta así como el de los intestinos en la cavidad uterina; estas desgarraduras anchas extendidas tienen la particularidad de que sus bordes no contrastan la topografía de la lesión y es tan solo que la presencia de intestino permita darse cuenta al observador de que se trata de una ruptura completa del útero; estos casos se acompañan de una blandura exagerada de las paredes uterinas y por lo

tanto la falta de resistencia de los tejidos desorientan de la naturaleza de la lesión que presenta el útero; esto explica la posibilidad de errores; Tarnier haciendo el tacto vaginal llegó hasta el hígado, cuyo borde inferior pudo percibir. El tacto vaginal aporta un cierto número de datos importantes y que contribuyen al diagnóstico; al exámen visual se constatan signos hemorrágicos, con caracteres que también ha definido Tarnier; introducido el dedo ó la mano en la vagina se determina una de las dos siguientes circunstancias: El útero está vacío y por lo tanto el feto ha salido de esta cavidad para pasar al abdomen; en otros casos el útero está total ó parcialmente ocupado, por lo tanto persistiendo la presentación por haber encaje ó obstruyendo la parte previa á la excavación; en el primer caso el tacto nos determinará la morfología de la rupura uterina, en el segundo no podremos orientarnos respecto de ella, sin embargo cloroformizando la mujer, mediante un tacto vaginal profundo puede llegarse á introducir la mano hasta la misma altura de la desgarradura y entonces podremos no solo diagnosticar á ésta sino especificar sus condiciones. Cuando ha quedado libre el estrecho superior entonces el tacto vaginal es fácil y la mano puede determinar una solución de continuidad en los tejidos uterinos, determinando su forma clínica, su anatomía topográfica y demás circunstancias que hacen variar sus caracteres como entidad mórbida.

Si el feto ha emigrado de la cavidad uterina hácia el abdomen materno ó en

el caso de que el parto ha terminado por sus vías naturales, nada más fácil que la exploración uterina; es en estas condiciones, maniobra fácil introducir totalmente la mano en la vagina, remontarla hacia el estrecho inferior y aun hacia el superior, á los fines de darse cuenta de la extensión de la ruptura uterina y todas aquellas modalidades clínicas que pueden acentuar el valor de la lesión que estudiámos; penetrando los dedos por el punto donde se ha hecho la desgarradura y remontando la mano hacia la cavidad abdominal, se pueden obtener datos importantes respecto á las condiciones de la ruptura y sus complicaciones; determinaremos la existencia de desprendimiento normal de la placenta, su pasaje ó no á la cavidad peritoneal, constataremos la existencia de hernias intestino-uterinas; nos será dado dar cuenta exacta de la forma de la herida uterina, de su extensión, de su situación anatómica; en fin la mano en la cavidad uterina llegará hasta orientarnos respecto al tratamiento y la gravedad de la lesión experimentada por el útero.

Llevada la mano á la cavidad del útero nos será fácil constatar modalidades de la ruptura, así por ejemplo nos orientaremos respecto á la totalidad ó no de la desgarradura, veremos si el petitoneo está desgarrado, si los labios de la herida se confrontan y por lo tanto si se produce hemostacia, las cualidades de esta desgarradura respecto á su posible sutura; esta maniobra nos permitirá determinar la existencia de un hematoma sub-peritoneal. Es mediante estas maniobras que nos será

dado certificar la situación del feto en su correlación con el tejido uterino; veremos si el feto ha pasado íntegramente á la cavidad peritoneal ó si el pasaje se ha hecho parcialmente, son* bien conocidos los casos en que el feto está parcialmente contenido en la cavidad peritoneal; detalles estos ya señalados por Velpeau, 1835, quien relata el caso de Peu, en el que solo estaban retenidos los pies en la cavidad abdominal, parte del tronco y las extremidades inferiores en la cavidad uterina; otras veces el tacto intra-uterino vendrá á aclarar un diagnóstico dudoso, como lo fué el de Radford, en el que la cabeza hacía emergencia por la ruptura uterina, levantando el peritoneo, que sin desgarrarse la cubría á manera de casquete; este mismo medio de investigación nos determinará si el alumbramiento se ha producido, si la placenta está comprendida en la desgarradura del útero, si la placenta ha escapado conjuntamente con el feto á la cavidad abdominal; el tacto nos permitirá al hacer el diagnóstico de ruptura uterina, diagnosticar la inclusión en el ligamento ancho pues como dice Hubert «el niño puede sin embargo salir del útero, sin pasar á la cavidad peritoneal, en ciertos casos de ruptura incompleta interna: todo el plano muscular está desgarrado, pero el peritoneo intacto forma un saco que recibe el feto y sangre. Esto se explica sobre todo cuando la desgarradura corresponde al ligamento ancho, cuyas dos hojas pueden separarse».

El examen directo de la cavidad uterina, esto es, la introducción de la mano

en el útero, permite de ir á constatar á más del sitio y la extensión de la desgarradura, las modificaciones que el caso clínico aporta en cada ruptura uterina; no solamente determinaremos los caracteres de la desgarradura, forma, orientación, amplitud, estructura de los bordes de la herida, situación topográfica del feto y de la placenta, sino que también ella nos permite determinar la existencia de complicaciones de otra índole que el obstétrico, como por ejemplo lo es la hernia intestinal y epiploica, lo que no es una rareza; en nuestra practica en la Maternidad del Hospital Rawson y en época que era director de ella el malogrado Doctor Samuel Gache, pudimos actuar en el diagnóstico de una ruptura uterina, en el que se tomó por procidencia de cordón á ansas intestinales que habiéndose abierto paso por la ruptura uterina, llegaban hasta la vagina; en otro caso semejante y en el mismo servicio, constatamos la existencia de gran cantidad de intestino que llenaba la cavidad uterina, podríamos relatar historias clínicas de observaciones semejantes en otros servicios de maternidad, pero con lo dicho queremos demostrar que las hernias intestinales no son rarezas clínicas sino una complicación común de las desgarraduras uterinas.

Los hematomas peri-uterinos, intra-ligamentarios, retro-vesicales y demás derrames hemáticos contemporáneos á la ruptura uterina, deben ser diagnosticados por el examen manual intra-uterino.

La exploración vesical debe constituir un complemento del examen en los casos

de ruptura uterina; el cateterismo podrá orientarnos sobre la posible complicación de que la vejiga haya sido comprendida en la ruptura uterina y por lo tanto dándonos signos que se refieren á la localización de la ruptura de la pared del útero; si mediante el sondaje vesical llegamos á retirar orinas sanguinolentas ó un líquido que es sangre exclusivamente, podremos decir casi con seguridad que la vejiga ha sido incluída en la ruptura; pero debiendo siempre tenerse muy en cuenta que hay contusiones vesicales que pueden originar esta hematuria, pero si penetramos la sonda en un límite longitudinal mayor que la profundidad de la vejiga y si constatamos al mismo tiempo que por el catéter no sale orina, bien nos será dado diagnosticar una amplia ruptura vesical coetánea á la desgarradura uterina.

Hay otros signos de la ruptura uterina que deben ser tenidos en cuenta, aunque su importancia clínica y su habitualidad son escasas; entre éstos debemos recordar el meteorismo, señalado por Hubert; el que casi siempre no es tan grande que oculte la disminución volumétrica del útero ni la percepción del feto extra-uterino; meteorismo que generalmente se deriva de una parálisis intestinal, contemporánea á la ruptura y que otras veces es originada por la compresión del intestino herniado hacia el útero y cuyas paredes por el hecho de la retracción muscular, han llegado á obturar su calibre; algunas veces hay hemorragias intestinales, por haberse roto el recto y aún el ano, por propagación de la ruptura uterina,

como aconteció en el caso que en 1825, publicó Harrisson. Otra rarísima complicación de las rupturas uterinas lo constituye lesiones apendiculares, hematomas peri-nefriticos, desgarraduras intestinales; todas ellas debidas á la propagación de la ruptura y á la formación de hemorragias enquistadas.

La evolución de la ruptura uterina exige que la bolsa amniótica se rompa al mismo momento que se produce la desgarradura uterina si es que ya las membranas no se han roto antes de la pared del útero, lo que es más habitual y había llegado á constituir un signo primordial de la desgarradura uterina para Crantz; pero esto no acontece siempre y con especialidad en los casos que hay poco líquido amniótico; si algunas veces no se vé en el momento de la ruptura uterina producirse el derrame del líquido amniótico, no es porque las membranas permanezcan íntegras sino porque el líquido amniótico ha hecho irrupción á la cavidad peritoneal, lo que sucede cuando la parte previa fetal ocluye íntegramente la parte inferior del canal obstétrico.

Si la ruptura uterina tiene síntomas que son esenciales, la ausencia de ellos ó la falta de algunos no deben implicar siempre la ausencia de la lesión de la pared del útero puesto que ésta puede acompañarse la ausencia de algunos, ya unas veces porque concurren circunstancias especiales que así lo determinan, ya otras veces porque así resulta de la naturaleza misma de la ruptura; la hemorragia, las contracciones uterinas y aún los demás síntomas pueden

encontrarse en formas anómalas pero siempre explicables por las condiciones topográficas de la ruptura y por las contingencias que aporta la situación del feto; hemos dicho al tratar de la hemorragia que ésta puede no existir por obstaculizarla la hemostasia que produce el taponamiento fetal ó que se deriva de la contractibilidad de la pared uterina ó de la situación de localización del desgarró de la pared del útero; lo mismo diremos del dolor abdominal, que puede faltar, así como suelen persistir las contracciones del músculo uterino cuando lo habitual es que cesen al instante de romperse el útero y lo que con especialidad acontece cuando la lesión no se radica en el segmento superior y éste conserva su función expulsatriz del feto. Las modificaciones sintomáticas de las rupturas uterinas varían según se trate de ruptura extra-mucosa ó sub-peritoneal, esto es; rupturas incompletas del útero, en ellas hay una menor acentuación en todos los síntomas locales, así la hemorragia interna es el único signo de las rupturas extra-mucosas y en las cuales el músculo uterino se conserva intacto en su casi totalidad.

Las rupturas incompletas del útero tienen síntomas locales que se caracterizan por su escasa nitidez; estando contenido el feto en la cavidad uterina, ésta no sufre modificaciones en su forma y sus condiciones de contractibilidad solo se modifican escasamente; los síntomas no varían con las otras formas de rupturas uterinas, pero ellos son menos claros, ellos ofrecen menos gravedad clínica y varían según sea

que la lesión haya interesado las capas internas ó externas del músculo del útero; el más habitual síntoma, esto es: la hemorragia, ofrece caracteres que implican casi siempre su escasez; la hemorragia es generalmente menos profusa, no obstante que como hace constar Brindeau, Leopold, Varnier y Bar algunas veces ella tiene caracteres que implican la amplitud del derrame; esta hemorragia es arterio-venosa; á la ruptura de las arterias uterinas ó sus ramas se añade desgarradura de los senos venosos del útero en una forma tal que pueden morir las mujeres por hemorragias imposibles de cohibir dada la naturaleza productora de las mismas bajo el punto de vista anatómico; las rupturas sub-peritoneales dan hemorragias poco abundantes puesto que solo la túnica muscular y la caduca están interesadas, otras veces la hemorragia no hace saliencia al exterior sino que desprendiendo el peritoneo se insinúa bajo él, formándose hematomas sub-peritoneales, los que pueden ser diagnosticados por la palpación, cuando ellos están situados por detras de la vejiga ó en la región hipogástrica, en la que se forma un tumor elástico y renitente llamado por Jolly: hematoma hipogástrico ó también trombus supra-pubiano; en estos casos la morfología uterina no se altera, salvo el caso que el feto haga hernia á travéz de la desgarradura, percibiéndosele por debajo del peritoneo.

La ruptura llamada extra-mucosa se acompaña algunas veces de un hemorragia interna, para la cual no hay concurrencia de otros síntomas que expliquen su ori-

gen y solo la autopsia viene á determinar la existencia de la ruptura uterina.

Sucede excepcionalmente que ciertas rupturas uterinas pasarían desapercibidas si el partero no se viera obligado á hacer el alumbramiento artificial y con ese motivo introducida la mano en la cavidad recién puede llegarse á constatar que el útero está roto. En la estadística de Jolly sobre 580 casos, este autor ha recogido 37 en los cuales había ausencia de síntomas que indicaran esta complicación del embarazo y del parto; El dolor, el shock, la cesación de las contracciones uterinas, la hemorragia y el ascenso de la parte fetal, que son los signos más habituales y más al alcance del observador, pueden faltar y no es raro que la ruptura exista sin que este fenómeno haya sido determinado ni aún sospechada su existencia; muchas veces se ve evolucionar las condiciones obstétricas de la mujer en una forma patológica grave que se termina por la muerte de la mujer conjuntamente con una sintomatología hemorrágica ó como resultado de una infección puerperal, para las cuales no hay cuadro clínico que las explique y es la autopsia la que viene á determinar la existencia de una ruptura uterina ignorada ó ni siquiera sospechada; contribuyendo para ello anomalías en los síntomas habituales de la desgarradura uterina; todo ello resulta de una falta de concordancia en los síntomas y en la correlación que entre ellos debe existir; los fenómenos sintomatológicos no tienen importancia alguna, su intensidad está tan aminorada que alejan la posibilidad de que

pueda existir tan grave estado patológico.

Las contracciones uterinas pueden no suprimirse y por lo tanto sospechase que el útero no esté roto; esto acontece cuando la desgarradura es yusta-cervicales ó ligeramente segmentarias; en estos casos el feto queda contenido en la cavidad uterina y persistiendo íntegra la estructura del segmento superior éste conserva sus condiciones de contractibilidad, y trata de expulsar el feto al extremo de que algunas veces lo hace por las propias vías naturales; este fenómeno es más frecuente cuando el embarazo es á término.

La persistencia de las contracciones, uterinas sufren modificaciones que Jolly divide en tres categorías: 1.º Las contracciones uterinas conservan su fuerza y su energía normal; sin embargo, ellas son impotentes para terminar el parto y éste debe ser intervenido; en la estadística de Jolly sobre 580 casos hay 14 para este grupo. 2.º Las contracciones, después de haber cesado en el momento del accidente reaparecen espontáneamente ó cuando el partero ha hecho desaparecer el obstáculo al parto; en la misma estadística se señalan cuatro casos en estas condiciones. 3.º El parto se termina espontáneamente sin que durante el curso del trabajo ningún síntoma haya podido hacer suponer el accidente; lo cual se ha presentado 19 veces. Hay una serie final de casos, en los que á pesar de la extensión de la ruptura, existen contracciones espasmódicas, las que probablemente han sido causa de la ruptura uterina, pero producida ésta se conserva ese estado tetánico uterino; se ha

invocado para explicar la persistencia de las contracciones del útero, razones que merecen ser detalladas: irritabilidad del útero y excitación de la contracción por el contacto fetal; irritabilidad uterina llevada á cabo sobre los tejidos por la misma ruptura uterina y finalmente ambas dos causas excitantes. Muy posiblemente investigadas con sano criterio estas teorías, escapan para ello razones científicas que la confirmen, desde el momento que en muchos casos el feto expulsado espontáneamente y por su camino natural, no puede actuar como agente excitante y en otros, que son los más comunes vemos que cesan por completo las contracciones uterinas á pesar de la localización de la herida y de continuar en la cavidad uterina el feto y sus anexos.

En el estudio detallado de los síntomas de la ruptura uterina no hemos estudiado deliberadamente á un síntoma capital, el cual es la hemorragia para no volver á insistir sobre tan importante signo funcional, que con toda amplitud hemos estudiado en un capítulo aparte de esta misma monografía, titulado «La hemorragia de las rupturas uterinas» en el que sobreabundan detalles y caracteres de este síntoma aplicables al diagnóstico de los síntomas que caracterizan á las rupturas del útero, estudiadas bajo el punto de vista obstétrico.

LA HEMORRAGIA DE LAS RUPTURAS UTERINAS

De los signos funcionales de la ruptura uterina, es uno de los más importantes tanto por su valor para el diagnóstico como para la determinación de la probabilidad del pronóstico, la hemorragia; la que si bien es en general un síntoma constante, sin embargo su estudio puede decirse que se inicia con Baudelocque, quien la cita en su obra *L'art des Accouchements*, Tomo II, página 531, publicada en París en 1796; el que dice que se encuentran derrames sanguíneos, más ó menos profusos en ciertas rupturas uterinas, pero sin entrar en detalles del mecanismo de la hemorragia, ni sobre su causa directa ni aún sobre el punto de partida de dichas hemorragias; es necesario que pasen 66 años para que aparezca un primer estudio detallado sobre las hemorragias de las rupturas uterinas, en el que se relatan circunstancias debidas al punto de su origen, y en el que se abren opiniones sobre el pronóstico grave de las mismas; es en una obra publicada en París en 1825 y cuya autora es la gran partera del Siglo XVIII, Mme. Lachapelle, quien en su obra «*Pratique des Accouchements*», Tomo

II, página 97, estudia con algún detalle este síntoma capital de las rupturas del útero; es Mme. Lachapelle quien ha publicado la primera reseña necrópsica sobre las rupturas de los grandes vasos sanguíneos; en esa autopsia se detalla haberse encontrado una gran vena longitudinal, que había sido desgarrada en dos puntos diferentes.

Velpeau, en el segundo tomo de su obra editada en 1835, página 182, estudiando á las hemorragias uterinas producidas por la ruptura, determina la gravedad del pronóstico, basándose en la existencia de derrames sanguíneos ó en su ausencia.

Jacquemier, Paul, Dubois, Cazeaux, Hervieux, reflejando las ideas de la escuela francesa, de 1846 á 1870, estudian con detalle el valor sintomatológico de la hemorragia así como su influencia para el pronóstico; estos autores entran en detalles, para aquella época, de capitalísima importancia y que en el momento actual sus orientaciones van dirigidas en otro sentido, pues ellas se fundamentan en ideas más precisas y que son mejor interpretadas; Cazeaux considera la hemorragia como el accidente más común y el de pronóstico más negro, él conceptúa que el valor de la hemorragia depende de la localización de la ruptura, en determinados casos, de la inserción placentaria así como de las condiciones de contractibilidad uterina.

Hervieux en 1870, tiente hacer la clasificación de las hemorragias en la ruptura uterina; distingue variedades en la hemorragia, ya sea ésta externa ó interna, abun-

dante ó no, arterial ó venosa y expresaba el concepto que se tenía de la hemorragia uterina en la siguiente forma: «El flujo sanguíneo será nulo ó poco abundante; cuando la desgarradura se produzca sobre partes poco ricas en vasos, como es el cuello y su vecindad; cuando la parte fetal ejerza una compresión saludable sobre los vasos rotos y cuando el útero pueda retraerse con energía suficiente que oblitere los orificios vasculares. La hemorragia tendrá su máximo de intensidad cuando la ruptura se produzca en el lugar de inserción de la placenta; cuando la placenta esté incompletamente desprendida y cuando exista inercia uterina que se oponga á la oclusión de los vasos desgarrados».

Jolly estudiando mejor á las hemorragias por ruptura uterina, dice que las hemorragias graves son raras con relación al número total de rupturas uterinas; con tal motivo estudia 580 casos de rupturas uterinas; encontrando que 148 veces la hemorragia está señalada como síntoma; debiendo hacerse notar sin embargo que muy amenudo pasa desapercibida la hemorragia interna cuando no es muy profunda.

Doleris en 1884, estudiando las hemorragias por desgarraduras de la pared uterina hace presente la rareza de la hemorragia abundante; este autor emite una hipótesis que debe ser recordada: es posible que la ruptura de los grandes vasos no sea tan frecuente como podría suponersele; la blandura de los vasos así como su disposición helicoides, les permite escapar á un trau-

matismo; Bar indica que la desgarradura es tanto más grave cuanto mayor esclerosis del parametrio existe; lo que hace sospechar que la idea de este autor ha sido de que los vasos intimamente unidos á los tejidos deban incluirse en la ruptura; en efecto en los casos de alteraciones vasales, que contribuyen á hacer perder las propiedades elásticas de estos, es perfectamente común que se produzcan hemorragias graves y que implica más de una dificultad para cohibirlas; los vasos que pierden sus propiedades de elasticidad no pueden sufrir modificaciones capaces de deformarlos pues siempre ellos se rompen; lo que resulta bien constatado de la práctica y de trabajos de Doleris, Brindeau, Tarnier, Reibemont-Dessaigues y Lepage; estos últimos autores dicen que la profusión de la hemorragia depende del sitio de la desgarradura que ella interese ó no las paredes de los grandes vasos, que la parte fetal sirva ó no de taponamiento y que el útero se encuentre ó no en condiciones de inercia completa.

Varnier, en su comunicación á la Sociedad de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de París en 1901, se expresa respecto de la hemorragia abundante, diciendo: la hemorragia grave, mortal, no se produce más que en dos casos: «a) excepcionalmente, en ciertas rupturas completas que interesan la zona de inserción placentaria y que se acompañan de inercia uterina; b) menos excepcionalmente en ciertas rupturas incompletas, que interesan ó no la zona de inserción placentaria y que son seguidas de inercia uterina; el útero no

puede desprenderse de su contenido; la hemorragia debida á la imposibilidad de que el útero pueda satisfacer su retractibilidad hemostática, ya expulsando la placenta ya cerrando, por la retracción del cuerpo la luz de los vasos y por lo tanto evitando continúe la hemorragia».

La estructura de los vasos uterinos tiene una capital importancia en el mecanismo de la hemorragia; así vemos con cuanta facilidad se produce la hemorragia en aquellas rupturas espontáneas de arterias uterinas ateromatosas. Brindeau y Roulland han publicado casos de esta índole.

Hoy los autores acuerdan en atribuir la gravedad de la hemorragia á tres factores: 1.º sitio de la desgarradura; 2.º importancia de los troncos vasculares interesados y 3.º las condiciones hemostáticas del caso; por lo tanto la hemorragia depende de dos condiciones: el estado histológico del tejido uterino y el histológico de los vasos uterinos; partiendo de esta base se presentarían tres casos de gravedad en el pronóstico de la hemorragia uterina y los que para la Doctora Bruninghaus-Braoude podrían reasumirse en los siguientes conceptos: a) el músculo uterino y los vasos son sanos: débil hemorragia. b) el tejido uterino está alterado y los vasos sanos, ellos son aun susceptibles de una hemostasia espontánea: hemorragia abundante, pero que puede ser cohibida. c) el tejido uterino y los vasos están alterados y por lo tanto la hemostasia espontánea es nula: la hemorragia máxima. Ahora bien existen circunstancias naturales que son el fundamento de estas ideas y

las que deben ser conocidas con precisión; estas circunstancias dependen de las condiciones anatómicas de los vasos uterinos así como también de las condiciones histológicas de los mismos y por lo tanto de las contingencias de hematosis espontánea ó terapéutica; para comprender las razones que fundamentan la producción de la hemorragia es necesario recordar aunque sea someramente la anatomía de la circulación uterina.

La red vascular del útero tiene cuatro puntos de emergencia; dos primordiales: la arteria uterina derecha y la uterina izquierda y dos arterias accesorias: las ováricas.

La arteria uterina se desprende comúnmente de la hipogástrica en la proximidad de la fosa ovárica; contornea todo el borde de la pared lateral de la pelvis para dirigirse transversalmente hacia las porciones laterales del cuello y á donde llega un poco por arriba del orificio externo, allí se dirige de abajo hacia arriba entrando por el borde correspondiente del útero, por el que continúa hasta el borde superior, dando nacimiento á sus ramas terminales, en las proximidades de la trompa; una rama que se dirige hacia afuera se anastoma con la ovárica y la otra rama corriendo por la trompa, constituye la arteria tubárica; la arteria uterina en su porción descendente, baja vertical ó ligeramente sinuosa; en su porción horizontal ella es flexuosa para su porción ascendente, siguiendo el borde del útero ella está más contorneada y se hace de más en mas flexuosa; diríamos que en la mujer enba-

razada la arteria uterina es más larga que el espacio por donde ella corre; que ella sufre una elongación con relación al trayecto que le está destinado; diríamos que ella se encurva en una forma tal que la distensión de la pared uterina y todos su alargamiento no distienden á la uterina en una condición tal que ella deba romperse por haberse llegado al límite de su longitud.

Las ramas de la arteria uterina son eminentemente flexuosas, ellas corren á lo largo de un eje ficticio y al cual contornean; estas ramas se dividen en cervicales y ramas del cuerpo del útero, ambas se diferencian. Las arterias del cuello son dadas por la uterina en las proximidades del órgano, ellas son largas y voluminosas, llevan á la vez sangre al cuello y á la vagina, de aquí que les llame cérvico-vaginales; estas ramas se subdividen para correr en el espesor del útero por sus paredes anterior y posterior; estas ramas son largas guardando entre sí, al decir de Farabeuf una cierta independencia pero caracterizada por una situación topográfica, verdaderamente helicoidea; estas condiciones permiten circunstancias especiales, en efecto los traumatismos llevados á cabo en el cuello y en la vagina separan las ramas anteriores de las posteriores, sin desgarrarlas pues la longitud de vasos se presta á grandes dilataciones y es por ésto que las desgarraduras longitudinales laterales y profundas del cuello pueden no encontrarse acompañada de hemorragia.

Las arterias del cuerpo uterino en cuanto abordan el útero toman una disposición

helicina, lo mismo las arteriolas en que se subdivide; estas arterias llamadas helicinas se separan en dos grupos, el uno anterior y el otro posterior, ellas corren paralelamente las unas á las otras, dirigiéndose hacia la línea mediana y remontando así hacia la parte superior del segmento superior del útero; ellas se aproximan más hacia la cara peritoneal de este órgano, alejándose de la porción mucosa del mismo, pero siempre subdividiéndose para constituir una crecida malla vascular en las proximidades de la línea media uterina, describiendo un arco que va de la superficie externa del útero á la mucosa; estas ramas van estrechando su calibre al aproximarse á la línea media del útero, en una forma tal que podríamos incindir á este en su porción mediana sin ver producirse una hemorragia intensa.

Las ramas de la arteria uterina del cuello y del útero corren lateralmente en su mayor calibre para irlo disminuyendo progresivamente á medida que se aproximan á la línea mediana, anterior ó posterior, del útero por lo tanto según sea la dirección de la ruptura uterina más ó menos, lateralizada, estarán incluídas en la ruptura vasos de mayor ó menos calibre por lo tanto quedarán mayor ó menor hemorragia al ser roto.

La arteria ovárica, rama de la aorta abdominal después de dar ramas al ovario, se une con una de las ramas terminal de la arteria uterina, formando el tronco llamado útero-ovárico, lo que permite que si bien primitivamente destinada al ovario, sea una vía de conducción hemática

para la red vascular del útero y esta arteria ovárica participa de esa hiperplasia vascular que concurre con el embarazo en la arteria uterina y en sus ramas.

Las venas del útero se caracterizan durante la gestación por su número y por su volúmen, ellas ofrecen como circunstancia especial, la carencia de válvulas y ellas tienen por punto de partida la red capilar que corre por las tres capas de tejido uterino; ellas convergen hacia la capa muscular media para constituir especialmente allí una red de canales especiales, muy voluminosos y que tienen como condición histológica el que se encuentran en estos puntos constituyendo tan solo una envoltura endotelial; diríamos que se han transformado las venas en canales que tunelizan el tejido muscular pero en una forma tal que careciendo de tejido muscular, esto es, capa media venosa, no tienen tendencia á reducir sus diámetros, achicar su calibre y por lo tanto carecen de la condición de hemostasia espontánea que tienen las venas en otras partes del organismo; son estos canales endoteriales los que reciben el nombre de senos uterinos; estos senos uterinos se dirijen hacia los bordes laterales del útero para constituir a derecha é izquierda los plexos venosos del útero; de ellos parten las venas uterinas, dos para cada arteria uterina; las que siguen el trayecto de la arteria uterina para dirigirse hacia abajo y desembocar en la vena hipogástrica; hacia la porción superior hay ramas venosas que se reúnen á las venas ováricas, que constituyendo el plexo útero ovárico remontan

hasta la región lumbar para terminar en la vena cava inferior, hacia la parte derecha y en la vena renal hacia la izquierda. Hacia arriba y adelante están las venas del ligamento redondo, las que desembocan en la vena epigástrica y en la vena femoral.

De la situación topográfica de las arterias y venas uterinas resulta que la hemorragia sea uno de los primeros signos que se presentan en los casos de ruptura uterina; constituyendo este síntoma el que con más claridad ha sido observado por los autores; de manera que en los tratados de obstetricia vemos detallado el signo de la hemorragia como el primordial de las rupturas uterinas; sean éstas completas ó incompletas siempre encontraremos arterias y venas cuyas paredes han sido desgarradas y que por estas desgarraduras se produce una hemorragia que ofrece caracteres determinados según la situación anatómica de los vasos lesionados.

La hemorragia puede ser externa como acontece en las desgarraduras laterales del cuello propagadas al segmento inferior; debiendo entenderse por tal los casos en que la hemorragia se abre camino por el canal obstétrico y llega al exterior; pero otras veces la hemorragia es interna, ella hace emergencia hacia la cavidad peritoneal; son sus signos de anemia los que de ordinario la revelan, pudiendo según la cantidad de sangre perdida en la cavidad abdominal, presentarse una matitez progresiva, fluctuación ó dando lugar á que se constituya un tumor sanguíneo, como acontece en las rupturas incompletas

y el cual va colocarse en el hipogástrico, hacia los flancos; tipo éste que en la mayoría de los casos indica una ruptura incompleta, como acontece en aquellos casos en que la ruptura es sub-peritoneal ó en los casos de ruptura total ó completa pero que la desgarradura comunica con el ligamento ancho cuyas dos serosas peritoneales se hallan distendidas para constituir una forma hemorrágica enquistada llamada hematoma extraperitoneal. Algunas veces ambas formas hemorrágicas, externa é interna se encuentran asociadas y se dice entonces que se trata de un hemorragia mixta. Las rupturas completas se caracterizan generalmente por una hemorragia interna y es la sangre derramada hacia la cavidad abdominal, donde se acumula. Pero no siempre hay un verdadero tipo hemorrágico ni la forma hemorrágica implica siempre una forma determinada de ruptura uterina.

La sangre derramada tiene condiciones especiales y que Tarnier caracteriza diciendo «Le sang est noir, sirupeux, poisseux»; estos caracteres responden con especialidad á rupturas á predominio venoso; cuando la hemorragia es arterial, está caracterizada por una pérdida abundante de sangre pura, rutilante, roja y muchas veces con una intermitencia periódica pero repetida con muy pequeños espacios de separación; es este un verdadero tipo arterial de hemorragia y ella se encuentra mejor diseñada en la ruptura de las arterias uterinas.

La cantidad de sangre perdida varia en su forma de origen y en su abundancia;

unas veces es insignificante, podríamos decir que no implica peligro para la mujer, pero otras veces ella es muy abundante y en tal forma que la mujer muere en muy poco tiempo; esta última forma hemorrágica y que se caracteriza por la gran pérdida hemática, es rara, pero en cambio la mayoría de los casos ofrecen hemorragias moderadas, que ponen directamente en peligro la vida de la mujer. Estas variedades en la intensidad de la hemorragia tienen su punto de partida en la localización del traumatismo uterino, en efecto si es la arteria uterina ó una de sus gruesas ramas ó una gruesa vena la lesionada, la hemorragia será abundante y por lo tanto la pérdida hemorrágica ofrecerá signos que implicarán una anemia aguda ó shock; sin embargo hay factores que pueden modificar la intensidad de la hemorragia, dándoles caracteres que la alejan de la sintomatología con que debiera acompañarse en virtud de la amplitud del vaso roto; de estos factores el más importante y común es la contracción de la pared del útero que por un mecanismo de hemostasia espontánea, oblitera los vasos rotos; lo contrario, esto es la inercia uterina ó la parálisis vascular ó la esclerosis de la túnica media de las arterias y venas, impidiendo la hemostasia espontánea por falta de contracción, favorece la hemorragia ó agravan su intensidad; estas variedades tienen causas que dependen en primer lugar del sitio de la hemorragia, del estado histológico de los tejidos uterinos y de la histología patológica de las arterias y venas uterinas, todo lo cual resulta de la to-

pografía anatómica de la ruptura uterina.

La ruptura del tronco de la arteria uterina ó una de sus ramas más importantes producirán hemorragias muy abundantes; pudiendo decirse lo mismo cuando es una gran vena, como la vena uterina, la que ha sido lesionada, pudiendo citarse como tipo especial de esta última clase la hemorragia mortal que relata en su obra de Obstetricia, Mme. Lachapelle.

Una fuente de hemorragia abundante proviene de la desgarradura uterina producidas al nivel de la inserción de la placenta; claro está que cada una de estas formas clínicas de la hemorragia está caracterizada por mayor ó menor abundancia de la pérdida sanguínea y que en muchos casos la asociación de las causas productoras de la hemorragia, acentúan la importancia de esta y aumentan la pérdida sanguínea; estas hemorragias pueden presentar síntomas no definidos y su diagnóstico hacerse tardíamente á expensas de la falta de signos claros que indiquen la intensidad de la hemorragia, como acontece en aquellos casos en que se ignora que hay ruptura uterina y ésta es encontrada mediante un riguroso exámen.

Al final del parto y comunmente una vez terminado el alumbramiento, se nota la existencia de una pequeña hemorragia, para la cual no hay causa precisa en el cuello uterino, un exámen prolijo permite hacer diagnóstico de ruptura uterina y al investigar ésta, recién puede llegarse á la conclusión de que hay una profusa hemorragia interna, que hubiera pasado desapercibida sin ese examen previo y que

si bien hubiera sido diagnosticada más tarde en virtud de otros signos de ruptura uterina, pudo ser desconocida en el primer instante.

La importancia de la hemorragia, volvemos á decir, se fundamenta en el sitio de la ruptura uterina, puesto que él tiene relaciones directas con los vasos arteriales y venosos que recorren este órgano; en efecto las desgarraduras de los bordes laterales del útero lesionarán á la arteria uterina que corre á lo largo de esta zona topográfica; estando acompañada la arteria uterina de las dos gruesas venas uterinas, lo común es que la hemorragia sea profusa y por lo tanto grave, dada la calidad de los vasos desgarrados y que están englobados en estas zonas laterales uterinas; pero si la desgarradura se produce en las proximidades de la línea media del útero, tanto en la parte anterior de este órgano como en la posterior, serán ramas vasales de menor calibre las lesionadas y por lo tanto la hemorragia poco intensa; de lo dicho se deduce que las rupturas de los bordes laterales del segmento inferior y aún del cuerpo uterino, se acompañarán de las más graves hemorragias, mientras que las desgarraduras verticales y medianas, situadas en la parte media de la pared anterior ó posterior del útero, darán hemorragias muchas veces insignificantes y siempre debido á la pequeñez de los vasos lesionados; estas deducciones no han escapado á la observación de Mme. Lachapelle, Jaquemier, Paul Dubois, Cazeux, Hervieux, Ribemont-Dessaignes y Lepage; algunos autores como

Hervieux, encuentran también que son hemorragias de suma importancia las que se producen al nivel de la inserción placentaria, cuando en esta zona es que se ha efectuado la ruptura uterina; contribuyendo para ello la dilatación manifiesta de las arterias y venas intra-parietales que corren en esta zona de tejido uterino. Brindeau hace notar esto mismo cuando dice: «Las desgarraduras más á temer bajo el punto de vista de la hemorragia, son aquellas que interesan las regiones laterales del segmento inferior mientras que la ruptura situada adelante ó atras del útero producen hemorragias poco importantes»; aportando en apoyo de esta manera de pensar, una observación en el cual la desgarradura estaba situada en la pared posterior del útero y la hemorragia fué insignificante. La casuística confirma ésto mismo, puesto que la publicación de casos de ruptura uterina señalan hemorragias muy graves cuando la lesión está radicada en los bordes laterales del útero; no obstante lo cual corren publicados casos de ruptura situadas en los bordes laterales que se han acompañado de insignificante hemorragia; pero estos casos son los menos y constituyen rarezas clínicas que generalmente tienen una explicación en circunstancias especiales que han permitido cohibir la hemorragia, quedando comprimidos y hemostaciados los grandes vasos desgarrados; en otros la razón reside en que tantos las venas como las arterias gruesas del útero son helicinas y entonces no obstante la ruptura del útero estos vasos se alargan exageradamente y

no participan de la ruptura; estos vasos helicinos, flexuosos, contorneados en tirabuzón pueden estirarse exageradamente y no enclobarse en el desgarramiento de la pared uterina, quedando como puentes que atraviesan la desgarradura, estendiéndose desde un borde hasta el otro pero sin romperse, son tan solos los pequeños vasos que emergen de ellos, los que se rompen y dan lugar á un escasa hemorragia que no responde á la situación topográfica de la ruptura de la pared del útero. No obstante el carácter helicino de los vasos, arteria ó vena uterina, suelen producirse rupturas que no debieran efectuarse y que al hacerlo, responde ello á lesiones patológicas, como es la circunstancia de haber íntima adherencia entre la pared vasal y la pared uterina ó haber sufrido procesos ateromatosos dichos vasos; estas lesiones patológicas no solo son vasales sino uterinas. Las lesiones anátomo-patológicas más comunes de los vasos son la esclerosis ó el ateroma, bien estudiadas por Doleris y Brindeau; ellas están radicadas en las paredes vasculares, las que han perdido su elasticidad, haciéndose rígidas, convirtiéndose en canales duros que ni se estiran ni despliegan sus flexuosidades, sus ángulos se rompen, las paredes de los vasos no pudiendo estirarse se parten, se producen rupturas espontáneas de la arteria uterina ó de las venas que acompañan á ésta ó lo que es más común de ambas á la vez; los vasos que tienen sus paredes esclerosadas por lo tanto duras, rígidas y sin elasticidad alguna, no pudiendo cambiar de forma ni alargarse, se rompen;

todo lo cual está bien explicado cuando se efectúa el examen histológico de la ruptura uterina. El tejido uterino puede también encontrarse atacado de una esclerosis cicatricial ó de una infiltración cálcica al nivel de una ruptura antigua; pudiendo en excepcionales casos tratarse de una infiltración neoplásica que también ha englobado arterias ó venas, como sucede en el cáncer y aun en otros procesos patológicos como es la sífilis y la tuberculosis del útero; en todos estos casos existen adherencias vaso-uterinas; inmovilizados los vasos no pueden aprovechar éstos de sus flexiones naturales ni de la blandura que debiera serle propia; no pudiendo entonces resistir al traumatismo de la ruptura uterina, también se rompen ellos, dando lugar á hemorragias más ó menos profusas; existen también lesiones infecciosas del paramétrio, que modificando las vainas vasculares y aún los mismos vasos, ellos se rompen y con más especialidad cuando el proceso está situado en aquellos puntos donde corren troncos arteriales ó venosos de importancia; estas modificaciones histológicas pueden responder con especialidad á antiguos abscesos ó á metritis parciales, producidas en puerperios anteriores.

Comunmente existe una disparidad de hechos entre la importancia de la ruptura uterina, su localización topográfica, las arterias ó vasos venosos interesados y la hemorragia que estos últimos dan lugar; pero es que para ello existen circunstancias que contribuyen á una hemostasia que podríamos llamar espontánea y la que se deriva de las condiciones propias

de los tejidos de los vasos venosos ó arteriales lesionados; las venas tienen tendencia natural á aplanarse, á achatarse y á disminuir su calibre así como la sangre de la mujer parturienta goza de una propiedad coagulante que se deriva de las modificaciones que imprime la función ovárica durante la gestación, es bien sabido que hay facilidad hestostática más manifiesta en las hemorragias del embarazo que en aquellas producidas fuera de esta condición fisiológica de la mujer; todo ello contribuye á que venas de gran calibre puedan obturarse con facilidad después de la ruptura uterina, cesando por lo tanto la hemorragia. En lo que se refiere á las arterias, sabemos que cuando ella no son muy voluminosas puede la hemorragia cohibirse espontáneamente, por el hecho de establecerse un coágulo obturador al nivel del vaso roto ó desgarrado; para ello contribuyen distintos factores, los unos se derivan de la disminución de la presión sanguínea y del aminoramiento de contracción cardíaca, los otros, que son los más comunes se originan de los cambios anatómicos de origen histológico, que tienen lugar en la arteria rota; así nos es dado ver que el calibre de la arteria disminuye por contracción cuando ésta es rota ó desgarrada, lo que tiene su razón de ser en la contractibilidad de la túnica media arterial, contractibilidad que es normal y fisiológica siempre que el vaso no es ateromatoso ni escleroso, casos en los cuales hay francas dificultades para la hemostasia espontánea; el shock, tan común en las rupturas uterinas suele contribuir

en algo, por el hecho de la disminución de la presión arterial, á la detención del derrame sanguíneo; pero la más importante de las razones capaces de producir la hemostasia espontánea, se fundamenta en la contracción del músculo uterino, productor de esa hemostasia también bien estudiada por Pinard y que es debida á lo que este autor llama «ligadura viviente»; evacuado el útero ó roto éste, la pared uterina tiene una tendencia manifiesta á contraerse, sus fibras y con especialidad aquellas que se entrecruzan, ahogando el calibre arterial, estrechándolo y por lo tanto llevando á cabo la acción hemostática que de ello se deriva, la hemorragia cesa ó por lo menos disminuye poderosamente; es en estas circunstancias que la contracción uterina oblitera los vasos intraparietales, cohibiéndose el derrame sanguíneo; estas mismas causas que conducen á la obliteración de las arterias y venas, faltan en los casos de inercia uterina, la que contribuye poderosamente á que la hemorragia persista, agravando la situación de la mujer parturienta; es por ésto que cuando se presenta como complicación de la ruptura del útero, la inercia uterina nos sea dado ver que la hemorragia persiste y que las dificultades de la hemostasia espontánea aumente; en tales condiciones es una hemorragia mixta, arterial y venosa, la que tiene lugar y la pérdida sanguínea puede ser intensa que no de lugar á intervención alguna para su cese, produciéndose la muerte de la mujer antes que sea dado posible instituir un tratamiento capaz de salvar la situación

que se deriva de la ruptura de la pared del útero.

Existe una tendencia manifiesta á que comunmente las graves hemorragias en los casos de ruptura uterina, no sean muy comunes; esta rareza deriva de la disposición flexuosa y helicoidal del tronco de la arteria uterina y de sus grandes ramas así como también de la función de contractibilidad de las fibras musculares de la pared uterina, con especialidad de la capa media del músculo, esto es de la zona de entrecruzamiento de las fibras llamadas en Z; si estas hemorragias son graves ello se deriva de alteraciones patológicas del músculo uterino, como acontece cuando las arterias y las venas se encuentran fijadas ó adheridas al músculo, no pudiendo elongarse estas por falta de deslizamiento entre las fibras uterinas, se rompen aquellas; otras veces tanto el tejido como los vasos uterinos ó simplemente estos últimos han sufrido procesos de esclerosis ó ateroma, rompiéndose también con facilidad por esta circunstancia no solo el músculo uterino sino los vasos sanguíneos; finalmente la inercia uterina agrava la hemorragia por llevarla al máximo de pérdida posible en virtud de la falta de contracción muscular que contribuye á la disminución total ó parcial del calibre vasal.

Hay condiciones independientes de la red circulatoria uterina pero que tienen una influencia directa sobre ésta, cohibiendo ó favoreciendo la pérdida sanguínea; estas condiciones responden á la situación del feto respecto de la herida uterina así

como también de las condiciones de la fisiología histológica del útero; Cuando la herida uterina ha interesado en su totalidad las tres capas de tejido, ésto es, la serosa, la muscular y la mucosa y por lo tanto se trata de rupturas completas del útero, se ve amenudo que tanto la placenta como el feto ó simplemente este último, han salido de la cavidad uterina para ir á caer en la abdominal, dejando por lo tanto al útero perfectamente vacío y en condiciones de poderse contraer; en tales casos la retracción uterina ha cohibido la hemorragia y la cantidad de sangre caída en la cavidad abdominal es bien pequeña ó moderada. Cuando el feto no ha podido escapar íntegramente por la brecha uterina, puede quedar retenido en la misma, constituyendo en este caso un verdadero taponamiento que evita la pérdida sanguínea; sin embargo cuando el útero no ha evacuado su contenido del todo ni parcialmente ó la ruptura se ha producido en el punto exacto donde estaba insertada la placenta, añadiéndose á estas circunstancias la existencia de una inercia uterina, veremos que se producen hemorragias más ó menos copiosas con caracteres de ser mixtas.

Cuando la arteria ó vena rota es de grande calibre puede verse que hay derrames hacia la cavidad abdominal que pueden ser considerables y de ésta índole se han publicado casos resultantes de rupturas uterinas completas colocadas sobre los bordes uterinos y que habían dado lugar á hemorragias enormes, verdaderas sangrías totales.

La sangre estrabada por ruptura uterina es muy amenudo negruzca, fluída, especialmente cuando se le ha añadido el líquido amniótico, pudiendo encontrarse mezclada á ella meconio y unto sebáceo, proveniente el primero de las contingencias fisiológicas que produce el sufrimiento fetal, antes de la muerte de éste y proveniente el segundo del roce de la superficie cutánea sobre los bordes de la herida uterina; frecuentemente existen coágulos, que resultan del tiempo transcurrido desde la ruptura uterina.

En las variedades de rupturas uterinas llamadas sub-peritoneales, por lo tanto estando intacta la serosa peritoneal, se producen hemorragias que desprendiendo las adherencias utero-peritoneales forman verdaderos hematomas sub-peritoneales, de un volúmen que varía y que depende de la mayor ó menor superficie de separación entre la serosa y el músculo uterino; siendo algo común que el derrame se extienda por debajo del peritoneo que cubre los ligamentos anchos y pudiendo en algunas condiciones llegar á constituirse en hematoma en las fosas íliaca así como también puede el hematoma abrirse camino hacia arriba, llegando hasta el riñón, como es el caso observado por Doleris, en Octubre de 1907; otras veces el hematoma se coloca por delante del útero ó por detrás de la vejiga, constituyendo un tumor renitente, elástico y bien delimitado; tumor señalado por Tarnier y que por Jolly ha sido definido como hematoma antero-uterino; estos hematomas se encuentran constituidos en el primer instante por sangre

líquida para ser más tarde un conjunto de coágulos más ó menos negruzcos, rodeados de suero hemático ó absorbido éste, dichos hematomas toman una consistencia de dureza que por la presión reúnen caracteres de solidez que hace pensar en tumores clínicos de otra naturaleza, tumores que á la presión suele dar una sensación de crepitación bien neta.

Tanto las arterias uterinas como sus ramas más importantes y las venas y las suyas pueden encontrarse seccionadas por completo ó simplemente desgarradas parcialmente, siendo lo común que estos vasos tengan solamente una sola lesión de cualquiera de las dos formas que señalamos, sin embargo existen casos publicados en donde las venas aparecen desgarradas en dos porciones diferentes. Cuando la arteria uterina ofrece caracteres anatómicos de esclerosis ó ateroma de sus paredes, éstas son duras, rígidas, quebradizas y pueden estar destruídas estas paredes en varios puntos proximales á la vez y la observación microscópica de estos puntos lesionados indica que la endarteria presenta saliencias con sobre-carga calcárea, que hacen emergencia hácia la luz del vaso; estas zonas de esclerosis se encuentran rodeadas de agrupaciones de células embrionarias al mismo tiempo que la túnica media ha sufrido un proceso fibroso y que la túnica serosa participa de una proliferación conjuntiva. Suelen encontrarse fragmentos de músculo uterino entre cuyas mallas existen zonas hemorrágicas, las que reúnen los caracteres de una hemorragia reciente pura y exclusiva, otras veces se

encuentran depósitos fibrinosos que responden posiblemente á hemotamomas intra-parietales, como ha sido dado observar á Brindeau en dos casos; la etiología de estos hematomas intersticiales está radicada en la desgarradura de capilares próximos á la ruptura y ellos toman la forma de verdaderas infiltraciones sanguíneas en la trama de los tejidos conjuntivos perifasciculares, que no comprenden al músculo uterino, si bien al examen microscópico hay caracteres que demuestran una disyunción de las fibras lisas del músculo uterino.

Un fino examen microscópico de preparaciones histológicas de la ruptura uterina y de los vasos desgarrados, muestra que á la par que hay lesiones netas y bien definidas de la pared uterina, estas lesiones varían según se trate de rupturas primitivas ó de desgarraduras del útero originadas á expensa de la necrosis de los tejidos, como acontece en aquellas desgarraduras que se han originado por la compresión del músculo uterino entre la parte previa fetal y la pared dura de la cintura pélvica; en estas últimas condiciones á más de la necrobiosis de los tejidos, se nota trombosis de los vasos arteriales ó venosos así como radicaciones de colonias microbianas al nivel del tejido uterino ó de los vasos lesionados; los tejidos que aun no han sido atacados de necrosis están infiltrados de grupos celulares de etiología inflamatoria y de infiltraciones leucositarias; zonas que se encuentran rodeadas á dos ó tres milímetros de distancia, de tejidos vivos y que no participan de

procesos inflamatorios; las fibras musculares se hallan rodeadas de ases conjuntivos espesados; hallándose algunas veces una verdadera cirrosis intra-fascicular, que disocia las fibras musculares entre sí; algunas zonas ofrecen caracteres de franca esclerosis que engloban arteriolas y venas de pequeño calibre, cuyos elementos histológicos presentan caracteres de atrofia celular, en estas zonas los vasos suelen acompañarse de modificaciones en la estructura endotelial así como un espesamiento de la capa más interna de su túnica media, ofreciendo al microscopio signos francos de atrofia en las capas externas de esta misma túnica media, en otros casos hay una franca disociación esclerosa de sus elementos; los vasos más pequeños reúnen condiciones de franca esclerosis de la túnica media.

Si la ruptura no ha sido total y ha transcurrido algún tiempo entre el momento en que la desgarradura se produjo y el instante en que estos tejidos son examinados al microscopio, suele verse modificaciones histológicas que responden á infección, la que puede llegar hasta ser un proceso gangrenoso localizado no solo á las arterias y venas sino constantemente acompañado de iguales modificaciones en el tejido uterino.

La observación al microscopio de los tejidos próximos al lugar de una desgarradura de la pared uterina, suelen ofrecer la atestación de haber existido lesiones semejantes en partos anteriores, que no reuniendo condiciones de haber interesado totalmente el músculo sino muy parcial-

mente, han contribuido á dejar modificaciones histológicas capaces de contribuir de una manera muy sencilla á una nueva ruptura, con caracteres de mayor importancia en lo que se refiere á su forma clínica y á sus condiciones de traumatismo; estas modificaciones se unifican en un tipo de esclerosis bien definida, dejando tejidos cicatricial que no siendo extensible ni dilatable constituye puntos de menor resistencia de la pared uterina y sobre los cuales actúa más fundamentalmente el conjunto de causas etiológicas de la ruptura uterina y si bien esta porción esclerógena no es grande, al producirse la ruptura de la pared, ella se propaga para dar mayor amplitud al traumatismo, aportando una franca sintomatología de desgarradura completa ó incompleta del útero; todo lo cual está controlado por la observación microscópica que permite diferenciar lesiones histológicas antiguas y recientes; las arterias y venas participan de iguales procesos y algunas de ellas se encuentran convertidas en cordones degenerados por infiltración calcárea y su luz obturada por neoformaciones embrionarias, formas definidas de ateroma y de endarteritis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS RUPTURAS UTERINAS

Para poder formular con exactitud el diagnóstico de una ruptura uterina y más especialmente la forma clínica de esta misma ruptura, es primordial recopilar síntomas que determinen de una manera conclusa el estado patológico que se deriva de la desgarradura de la pared del útero, al mismo tiempo que se cuenta con caracteres que permiten establecer una diferenciación con todo el conjunto de formas patógenas, que pudiendo confundirse con la ruptura uterina deben ser aisladas de ella, puesto que constituyen afecciones que requieren un diferente tratamiento y tienen un pronóstico distinto; si en algunos casos la sintomatología de la ruptura uterina reúne caracteres de simplicidad y nitidez que alejan el peligro de una confusión, dada su claridad clínica, en otros casos la sintomatología es obscura, sus signos son confundibles; es en estas circunstancias que es necesario un estudio profundo y diferencial de cada uno de los síntomas y signos que presenta el cuadro clínico para poder así llegar a instituir un diagnóstico exento de error y

que permita una orientación en la terapéutica a seguir; la que variará en cada forma anatómica de ruptura uterina y en cada modalidad obstétrica que ésta pueda tener; debiendo tenerse a mas en cuenta, que hay razones personales que determinan la preferencia para especiales métodos de curabilidad y los que también dependen de la forma clínica del caso á tratar.

En la práctica obstétrica y en su clínica es bien común que cada forma de ruptura uterina pueda rodearse de signos y síntomas que no son bien claros por sobre—añadirseles condiciones inherentes y que son propias de cada ruptura uterina; podríamos decir que cada caso de ruptura uterina reúne coindiciones propias que dependen del estado general de la paciente, del momento obstétrico en que ella se produce, de las modificaciones que la ruptura uterina aporta á la topografía fetal; cada una de ellas modifica el conjunto sintomatológico de la desgarradura de la pared uterina; es entonces que el diagnóstico se hace difícil; son esas formas insidiosas y que muy amenudo se les desconoce en su fondo, las que determinan la necesidad de un diagnóstico diferencial y la utilidad de poderse llegar a establecer con precisión la exacta diagnosis de la ruptura uterina.

Es al final de una intervención obstétrica ó cuando trata de efectuarse el alumbramiento artificial, que se llega a determinar la existencia de una ruptura uterina, porque ésta ha evolucionado insidiosamente y sin acompañarse ni de signos ni de

síntomas que permitieran un diagnóstico anterior; es el examen directo el que determina la realidad de una desgarradura de la pared uterina; claro está que ante la precisión de la ruptura no cabe error; pero ello no es lo constante; la ruptura puede ofrecer síntomas y signos, que pueden imputarse a otras formas clínicas de estados patológicos, obstétricos ó no pero que siempre deben ser diferenciados para unificar un diagnóstico, cuya precisión es de real importancia para establecer el correlativo tratamiento y alejar el peligro de complicaciones posteriores que pueden poner en peligro la vida de la paciente. No es solo necesario el que se establezca el diagnóstico de ruptura uterina, sino que también debe determinarse la forma anatómica de ésta, las condiciones obstétricas del caso, la mayor ó menor gravedad del traumatismo uterino, la existencia ó no de complicaciones originadas en la extensión de la desgarradura de la pared del útero hasta órganos vecinos y de primordial función orgánica; no sólo es necesario todo esto sino que para establecer con certeza el diagnóstico, debe podersele aislar de todo aquellos estados patógenos que semejándose a esta complicación del embarazo, requieren un tratamiento diferente é implica un pronóstico distinto.

La ruptura uterina puede producirse en cualquier momento del embarazo; como hemos visto más anteriormente, la ruptura que tiene lugar en los seis primeros meses de la gestación, si ella es de origen traumático su diagnóstico es bien sim-

ple, cuando tiene otra causa, generalmente pasa desapercibida y como dice Brindeau «el diagnóstico no se hará jamás», nosotros podemos añadir: que será la excepción el que concurren síntomas capaces de determinar el diagnóstico de la ruptura uterina; es en estas circunstancias que se sospecha siempre en un estado patológico de índole no obstétrica como es una apendicitis, una hematocele de origen varicoso, una perforación arterial ó venosa y hasta se puede llegar a sospechar en la existencia de una intoxicación como es en el caso publicado por Lewers en 1887; en otras circunstancias es posible una confusión con fenómenos patológicos de índole extra-uterina, nos referimos a las rupturas de embarazos ectópicos, esto último constituye el error más común y diremos el más fácil puesto que concurren síntomas que se semejan en un todo a los que son más manifiestos en la ruptura de la pared del útero: hemorragia y shock.

En las proximidades de los dos últimos meses del embarazo suelen presentarse complicaciones que permiten fácilmente una confusión; es en estos momentos que puede evolucionar la sintomatología de una hemorragia retro-placentaria, bajo forma sincopal, de igual manera que puede presentarse un conjunto sintomatológico de placenta previa, que por su rapidez de evolución y gravedad clínica, permita dudas en el diagnóstico diferencial con una ruptura uterina; hay sin embargo, deducciones de interpretación sintomatológica que permiten un diagnóstico diferencial;

en la hemorragia retro-placentaria se nota la persistencia ó el aumento del volúmen uterino, éste es totalmente duro, doloroso en cualquier punto de su superficie y su forma no sufre variación, por otra parte existe una distensión del globo uterino que no escapa á la embarazada, de la misma manera que el dolor toma caracteres de irradiación abdominal; además la hemorragia retro-placentaria se produce sin estar acompañada de contracciones uterinas y generalmente lejos del trabajo del parto; las modificaciones del cuello uterino que frecuentemente se producen en los casos de ruptura uterina, no existen en la hemorragia retro-placentaria. Los fenómenos clínicos, que constituyendo síntomas, expresan una inserción viciosa de la placenta, pueden permitir una confusión entre la placenta previa y la ruptura del útero, á causa de la abundante hemorragia que se observa en ambos casos; pero el derrame sanguíneo de la placenta previa es en su totalidad dirigido por el canal vaginal hacia el exterior mientras que en la ruptura del útero la hemorragia externa es mínima y de color negrozco, siruposo, mientras que es francamente roja en la placenta previa; los cambios de forma del útero y el elemento dolor, no acompañado de la cesación brusca de las contracciones uterinas, faltan en la placenta previa, de la misma manera que permite la diferenciación en el diagnóstico el tacto, que denota con claridad la anómala inserción placentaria, cuando ella es previa, mientras que señala otra clase de modificaciones en el cuello uterino cuando

se trata de una ruptura. En algunos casos de ruptura uterina la placenta se encuentra desprendida y ésta viene á caer al orificio del cuello, lo que conduce fácilmente á que se piense en una placenta previa, pero el examen del estado general permitirá establecer con precisión el diagnóstico; en estas condiciones se notará una falta de concordancia entre la cantidad de sangre perdida y la hemorragia que caracteriza á la placenta previa que siempre es abundante; en la placenta previa la cantidad de sangre perdida hacia el exterior es suficiente para explicar el estado anémico de la parturienta, mientras que la hemorragia externa de la ruptura uterina no puede en manera explicar el estado de anemia grave en que se encuentra la paciente; diríamos que la anemia está en relación directa con la pérdida sanguínea que origina la hemorragia externa, mientras que no lo está con la escasa cantidad de sangre expulsada hacia el exterior, en la ruptura uterina, en esta última existen fenómenos peritoneales á forma sincopal ó de shock que no se notan en el caso de una placenta previa.

En cualquier estado patológico ó de embarazo ectópico, en que se produzcan rupturas de vasos intra-ligamentarios, constituyéndose por lo tanto cualquier forma de hematocele, podrá haber confusión con la ruptura de la pared del útero; pero el establecimiento de un diagnóstico diferencial será fácil al notar por medio de la exploración manual que la pared uterina permanece intacta, que los límites del útero no se han modificado, que la forma

globulosa de éste no ha sufrido variante; el dolor es lateralizado más allá de la localización habitual de las rupturas laterales del útero; la palpación, la auscultación y el tacto orientan para determinar un diagnóstico diferencial.

Los distintos órganos que se encuentran situados en la cavidad abdominal, más especialmente el hígado, el baso y los intestinos pueden sufrir traumatismos ó lesiones capaces de dar lugar á la ruptura de los mismos, produciéndose por lo tanto hemorragias profusas y fenómenos que permiten sospechar la ruptura de la pared del útero; pero una investigación bien orientada en el interrogatorio, palpación y auscultación, permitirán establecer un diagnóstico; generalmente la ruptura de estas vísceras implican un traumatismo cuya especificación permite distinguir sus lesiones de las que constituyen la ruptura uterina.

Conjuntamente con el embarazo pueden presentarse complicaciones de orden ginecológico, que por ofrecer una sintología aguda hacen sospechar en una ruptura uterina; es el caso de la torsión de un fibroma, la ruptura de ciertos quistes del ovario que engloban arterias ó venas voluminosas en su parénquima y por lo tanto se acompañan de hemorragias internas profusas, que explican la constitución de un estado anémico agudo y grave así como de un shock peritoneal, pueden permitir confusiones con una ruptura uterina, pero ellas desaparecerán tan pronto como se constate la integridad uterina, la existencia de latidos fetales, la ausen-

cia de hemorragias uterinas y la continuidad integral de la bolsa amniótica.

La sintomatología de la perforación intestinal puede confundirse en muy aislados casos con la que ofrece la ruptura del útero, pero siempre será fácil establecer una diferenciación entre ambas lesiones por la falta de etiología anterior para la ruptura uterina, lo que no sucede para la lesión intestinal, que tiene siempre una razón patológica que la fundamenta; es el caso de una ulceración tifoidea, neoplásica ó tuberculosa que para producirse requiere la existencia de procesos anteriores que no pueden escapar al diagnóstico clínico; son lesiones éstas que exigen una sintomatología precursora que difícilmente se ignora.

La inercia uterina puede confundirse con la ruptura uterina, aunque lo habitual es que esta confusión se produzca á la inversa y se tome por inercia uterina lo que en realidad es una ruptura del útero; en ambos casos sólo es concebible el error por impericia en el examen; cuando la inercia uterina se acompaña de síntomas que permiten una confusión, es después de haberse producido el parto y entonces un examen prolijo, bi-manual, nos permitirá determinar el diagnóstico preciso de la modificación sufrida por el tejido uterino; la hemorragia uterina que en ambas circunstancias constituyen un síntoma primordial y que difícilmente es elemento suficiente para el diagnóstico, debe llevar al partero á hacer una prolija investigación a los fines de determinar cuál es el punto de partida de tal pér-

dida sanguínea; la que puede tener por punto de partida la falta de acción de las ligaduras vivientes de Pinard, la existencia de ruptura de los tejidos de la vagina, la desgarradura del cuello uterino, y la ruptura uterina, cualquier forma anatómica y clínica que ella tenga; para determinar la variedad de causas etiológicas de la hemorragia así como para fundamentar un tratamiento adecuado, será necesario un prolijo examen, que se llevará á cabo mediante la observación táctil de los tejidos del canal obstétrico y por lo tanto estará á nuestro alcance la determinación de la región donde se produce la hemorragia ó la constatación de cualquier lesión anatómica que implique una discontinuidad en los tejidos ó que por lo tanto sea el exponente tan solo de una inercia uterina; esta exploración metódicamente llevada á cabo determinará ó no la existencia de una desgarradura del útero, que habiendo reunido caracteres poco manifestos solo ha expresado la realidad del traumatismo una vez finalizado el parto y por lo tanto cuando la falta de obstáculo mecánico facilita la exteriorización de una hemorragia, que por su profusión llama la atención al clínico al par que origina un estado alarmante de colapso.

Si algunas veces hay dificultades de diagnóstico ello depende de la mala investigación de los síntomas así como de los antecedentes personales de la lesionada; el interrogatorio arrastra las más de las veces hacia un diagnóstico pero para ello es necesario que éste sea hecho de una manera metódica y científica, or-

denada y sin prejuicios; un punto capital para poderse establecer un diagnóstico es la recopilación de todos los antecedentes que pueda presentar la mujer que se sospecha portadora de la ruptura uterina; interrogatorio que será todo lo más minucioso posible y no solamente dirigido á la investigación de síntomas y signos de índole obstétrica, sino que él debe ir á escudriñar órganos lejanos, que pueden sufrir en el transcurso de su patología modificaciones que se traduzcan clínicamente por estados confundibles con las rupturas de la pared del útero; supongamos una mujer embarazada, al fin de la gestación y portadora de una úlcera del duódeno, la que siguiendo una marcha destructora, llega á invadir las paredes de una arteria de regular calibre y perforada ésta se inicia una hemorragia más ó menos aguda y siempre capaz de conducir á una nueva anemia grave; tendremos las deducciones clínicas resultantes de una hemorragia de importancia, colapso y shock peritoneal; ante ese cuadro y al que se ha sobre—añadido el elemento dolor más ó menos bien localizado pero que generalmente se irradia hacia los hipocondrios; con todo este cuadro clínico podrá sospecharse una ruptura uterina pero si se entra á investigar detalladamente el caso clínico, si se averigua que la paciente sufría de una lesión intestinal, que era expresada por síntomas definidos y anteriores al embarazo, con dolores semejantes á los que se presentan en el estado actual pero caracterizados por una intensidad muchísimo menor, si

notamos que no hay hemorragia externa, sí nos es dado determinar la ausencia de contracciones uterinas, vemos que este órgano no ha variado en su volumen, que las membranas amnio-coriales permanecen íntegras; constatadas todas estas condiciones clínicas no será posible cometer un error de diagnóstico, como no será dado hacerlo cuando el examen del caso clínico se haga concientemente.

Las dificultades del diagnóstico no solo estriban en el establecimiento de una diagnosis diferencial con otros estados patológicos susceptibles de ser confundidos con la ruptura de la pared del útero; esas dificultades existen al tratar de quererse establecer un diagnóstico diferencial en la misma ruptura uterina, respecto de su localización, extensión, condiciones anatómicas, etc.; es siempre la investigación metódica de los síntomas la que nos permitirá establecer un diagnóstico de precisión, pero digamos también francamente que muchas veces el diagnóstico no puede ser establecido, el diagnóstico diferencial es imposible y que suele también hacerse el diagnóstico de ruptura uterina recién cuando pedimos a la autopsia se nos revele el secreto de una muerte; no es una rareza en la práctica obstétrica que la mujer muera con signos peritoneales ó de hemorragia lenta y para lo cual no contamos con elementos suficientes á los fines de determinar la razón de esa evolución clínica, una sintomatología insidiosa nos desorienta; en una palabra ignoramos porque la mujer se muere, muchas

veces seis, siete ú ocho días después del parto, es recién la autopsia la que nos dá la clave de este enigma clínico, nos encontramos en la necropsia la existencia de una perforación de la pared uterina, la que teniendo por punto de partida ese mecanismo llamado «por comprensión de la pared uterina» ha seguido su evolución natural de necrobiosis de los tejidos uterinos, para caer en un tiempo posterior una escara necrosante y quedar constituida la ruptura uterina al mismo tiempo que se establece una fácil y amplia puerta, por donde hacen irrupción miríadas microbianas en la cavidad peritoneal; se establece entonces la sintomatología de una peritonitis, sintomatología que muchas veces confunde porque no es todo lo clara posible, se sospecha una intoxicación, un obstáculo en el funcionamiento intestinal, etc. etc.; iniciada en cualquier manera la afección peritoneal, estamos sin orientación para su etiología y para su tratamiento; la mujer sucumbe y la necropsia nos viene á decir que existía una ruptura uterina y nos queda la duda si diagnosticada ella desde el primer instante é intervenida convenientemente no hubiera sido posible salvar á la paciente.

Esas rupturas uterinas que tienen caracteres insidiosos y que tan amenudo pasan desapercibidas, lo que ha hecho que Bar las llame rupturas uterinas ignoradas, son formas clínicas que se presentan con una frecuencia no rara; ellas avolucionan generalmente en la época del parto, durante él se nota que de pronto las contracciones uterinas cesan, no existe una

razón para ello, la falta de progresión fetal conduce al partero a terminar el parto, hay indicaciones de una aplicación de forceps, el feto es extraído con vida, el alumbramiento se hace espontáneamente y todo queda en una relativa tranquilidad, estándose muy lejos de sospechar en la existencia de una ruptura de la pared del útero, más tarde ella evoluciona, generalmente en una forma mortal; otras veces hay una indicación precisa de practicar una versión ó de favorecer la dilatación del cuello, requiriéndose para ello un dilatador cualquiera ó aún un simple balón de Champetier de Ribes; la intervención obstétrica la suponemos bien terminada, todo queda en la mayor tranquilidad pero poco tiempo más tarde aparecen síntomas insidiosos, el estado general de la mujer no es bueno, hay una hemorragia escasa pero continuada, se nota la ausencia de una relajación del músculo uterino que explique la hemorragia, se sospechan causas determinantes de escaso valor clínico y es recién más tarde que se presentan síntomas que implican gravedad, se ve evolucionar una peritonitis puerperal, la mujer muere y es la autopsia la que viene á dar la clave de ese cuadro clínico obscuro, se encuentra una desgarradura uterina, completa é incompleta, situada en un segmento ó en el otro, pero en sí es una ruptura uterina que se ha ignorado y que muchas veces no es dado pedir su diagnóstico al partero ni su ignorancia de tal lesión podrá implicar una insuficiente preparación obstétrica, son caso desgracia-

damente difíciles cuya sintomatología es tan obscura que hace que la lesión uterina pase desapercibida, pero si podemos decir que si no obstante la ausencia de síntomas el partero hiciera metódicamente y de manera sistemática el examen directo del segmento inferior del útero, siempre que se efectúa una intervención obstétrica ligeramente dificultosa ó cuantas veces se nota la presencia de sangre en una forma que no es fisiológica ni natural, será dado al partero establecer precozmente un diagnóstico que implicará siempre la institución de un tratamiento que por ser prematuro estará acompañado de muchas probabilidades de éxito.

Las rupturas del cuello del útero tienen una sintomatología cuyos caracteres obligan al partero á un examen prolijo y á la constatación de la lesión, efectuada ésta puede creerse haberse cumplido una misión terapéutica, y por lo tanto poderse llenar una indicación curadora, se sospecha que un simple taponamiento será suficiente para cohibir la hemorragia y para que por segunda intención la lesión cure, otras veces se estima que con algún punto de sutura pueda restablecerse el traumatismo cervical y sin embargo este último no es más que el final de una lesión que se remonta al segmento inferior ó que va hasta los ligamentos anchos; por lo tanto el tratamiento no tiene actuación en el punto más peligroso de la lesión uterina y la falta de un diagnóstico de exactitud origina más tarde una mortal complicación del parto; también en este caso la exploración manual llevada á cabo

metódicamente hubiera podido aclarar un traumatismo que sospechado sin importancia alguna la tenía en mucho.

Se me dirá que la exploración manual al fin del parto es peligrosa, ó que ella es una fuente etiológica de infecciones puerperales; que en el terreno de las probabilidades son mucho mayores los peligros que los beneficios que tal examen puede producir, pero hoy tal objeción podemos conceptualarla simplemente ridícula puesto que está á nuestro alcance la esterilización de las manos y del canal obstétrico de igual manera que la metodología obstétrica de la intervención del parto ha llegado á estar bien estudiada y á precisar medidas profilácticas de la ruptura uterina; alejando con ello los peligros de que la lesión pueda originarse y de que una vez producida ésta, su diagnóstico sea dado efectuarlo.

Debe hacerse una diferenciación en el diagnóstico de la ruptura uterina completa ó incompleta; lo que no siempre es fácil; podrá hacerse con mayor seguridad el diagnóstico de una ruptura completa cuando el feto ha salido de la cavidad uterina para caer en la abdominal, pero cuando éste queda detenido totalmente ó en su mayor parte en el útero, el diagnóstico implica dudas; la palpación abdominal, puede orientar algunas veces al notarse cambios de forma y de situación en el globo uterino, puede llegarse á constatar la exteriorización de alguna parte fetal pero es siempre la palpación la que establece el diagnóstico con exactitud, introducida la mano en la extremi-

dad inferior del canal obstétrico se constatará la existencia ó nó de lesiones en el cuello y después se hará en el segmento inferior; una palpación metódica del segmento superior no dejará duda alguna de desgarradura del mismo; en lo que se refiere al segmento superior debemos recordar que éste difícilmente se rompe conservando contenido al feto, por lo tanto no haremos diagnóstico de ruptura uterina completa cuando no constatada ésta en el segmento superior encontremos al feto ocupando la cavidad uterina y más especialmente el segmento superior; la palpación intra-uterina nos indicará la existencia de desgarraduras sub-peritoneales ó intra-ligamentarias.

Las pequeñas desgarraduras uterinas, que no han llegado á perforar totalmente los tejidos de este órgano pueden ser diagnosticados mediante la visión directa del órgano; la uteroscopia mediante el instrumento de Clado, el que está basado en el mecanismo visual del uretroscopio de Casper ó cualquier otro instrumento uteroscópico; podrá ser diagnosticada con relativa facilidad la lesión uterina; si bien la generalidad de los autores no indican un tratamiento especial cuando el diagnóstico ha establecido que la perforación uterina es perfectamente incompleta.

El diagnóstico de la ruptura uterina no llena totalmente un hecho clínico sino cuando se ha diagnosticado también la existencia ó nó de desgarraduras propagadas á los órganos vecinos; estas últimas lesiones deben ser perfectamente conocidas, determinadas con precisión su loca-

lización, su amplitud, sus formas anatómicas, etc., etc. Cuando la ruptura uterina se acompaña con desgarraduras del recto ó de la vejiga, el diagnóstico es fácil, él estará determinado por la persistencia de síntomas que implican comunicación útero-rectal, útero-vesical, útero-ureteral y útero-intestinal, comprendiendo entre estas últimas las comunicaciones con porción cualquiera del intestino que no es el recto; la investigación metódica del funcionalismo del órgano que se presume lesionado permite constatar con seguridad la realidad de un traumatismo que se sospecha; si por la herida uterina y á través de la vagina vemos que se pierde orina, saltará á primera vista la idea de una perforación vesical pero si hacemos el cateterismo de los ureteres y la endoscopia vesical, nos será dado establecer el punto donde la lesión está radicada y por lo tanto nuestro diagnóstico se precisará, si se trata de una lesión vesical ó de una ruptura—cosa bien difícil— en el ureter; no debemos olvidar que es muy común que el vaciamiento urinario se haga en la cavidad peritoneal y por lo tanto nuestra investigación exige prontitud en el diagnóstico á los fines de un rápido tratamiento, tampoco debemos olvidar que puede hacer hematuria en los casos de ruptura uterina, sin haber desgarradura de la pared vesical; fenómeno que tiene una explicación en la comprensión llevada sobre la vejiga por el feto en un parto laborioso y prolongado.

Establecido el diagnóstico de la ruptura uterina debe investigarse en la existencia

de hernias intestinales á través del hojal uterino que ha dejado la ruptura de la pared; estas hernias pueden ser constatadas ante la presencia de ansas en la vagina ó mediante la palpación intra-uterina, la que debe ser sabiamente efectuada para poderse alejar el peligro de confundir los intestinos con repliegues de las membranas ovulares y aun con el cordón umbilical varicoso ó infiltrado ó afectado de una degeneración hidrópica de la gelatina de Warton; errores estos que al decir de Herrgott no son nada raros.

El diagnóstico diferencial de las rupturas uterinas con otras afecciones puede establecer dificultades inherentes á la rareza clínica del caso mismo; hemos tenido oportunidad de atender personalmente un caso sospechado de ruptura uterina, durante nuestra estadía en la Maternidad del Hospital Rawson y en el que la autopsia vino á explicar la etiología del cuadro sintomático; se trataba de una mujer que habiendo sufrido un ataque de apendicitis y el que fué tratado médicamente, se habían producido adherencias entre el útero y el apéndice, en una forma tal que el apéndice había remontado conjuntamente con el útero durante la gestación, durante el parto estas adherencias se rompieron dando lugar á una hemorragia insidiosa pero continuada, al mismo tiempo el apéndice que no estaba sano se rompió, poniéndose en contacto los líquidos sépticos que contenía con la cavidad peritoneal, desarrollándose una peritonitis aguda; la presencia de un estado anémico grave, dolor agudo y continuado á la altura late-

ral derecha del útero y el conjunto de fenómenos que implicaban una reacción peritoneal que sólo se sospechó como posible de tener por etiología una ruptura uterina dada la existencia de un shock manifiesto; todo ello producido á partir de un momento determinado en el fin del mecanismo del parto había llevado á sospechar una ruptura uterina, pero la autopsia demostró lo contrario.

Manifestaciones histéricas que se presentan durante el período del parto, con acentuación de síntomas que sospechamos uterinos, colapso nervioso, hipotensión arterial, dolor uterino y más especialmente ovárico, una depresión orgánica con caracteres de gravedad, pueden hacer sospechar la existencia de una ruptura uterina pero el examen metódico del útero, los antecedentes de histerismo y la falta de persistencia de los síntomas clínicos permitirán la exactitud de un diagnóstico y por lo tanto el que se deseche la idea de una ruptura del útero.

EL PRONÓSTICO DE LAS RUPTURAS UTERINAS

De todas las complicaciones obstétricas que pueden evolucionar al fin del embarazo ó durante el parto, es la ruptura uterina la que tiene mayor gravedad puesto que compromete de una manera muy acentuada la vida de la mujer y la del hijo; en tesis general se puede decir que la ruptura uterina es una complicación de pronóstico bien inseguro pero generalmente mortal, esto en lo que se refiere á la madre y con relación al feto diremos que ella no es mortal por excepción.

La hemorragia, el shock y la infección puerperal son las maneras habituales de exteriorizarse las rupturas uterinas; la acentuación de cualquiera de estas formas clínicas aportan la muerte de la madre y es luchando contra estos elementos que ella puede salvarse pero el feto contenido en un útero que se rompe y pasa á la cavidad abdominal, tiene que luchar contra elementos que se oponen á su supervivencia; el feto muere de una manera rápida, por anemia ó por asfixia, pues falto de circulación materno-fetal, se produce el movimiento inspiratorio que conduce á la muerte por la ausencia de elementos respirables.

El pronóstico de las rupturas uterinas implica el estudio de dos sujetos factibles de ver comprometida su vida por el hecho de la lesión uterina; la mujer y el feto; sobre la primera se nota el avance progresivo de la ciencia obstétrica, que en pos de un éxito, lucha tenazmente por acentuarlo en los casos sucesivos y al decir de las estadísticas podemos creer que algo hemos avanzado; son párrafos de historia antigua, los capítulos en que Dubois, Depaul, Pajot y Danyau describen á la ruptura uterina y confiesen que diagnósticada la ruptura de la pared uterina, jamás han visto que las tales hayan curado, por lo que suponían que las mujeres que padecían este estado patológico estaban irremisiblemente perdidas; Charpentier refiriéndose á lo mismo relata como algo raro que Tarnier hubiera visto dos curaciones auténticas de rupturas uterinas; la cirugía obstétrica y muy especialmente la era pre-listeriana y la asepsia, por otra parte la más perfecta noción de lo que es la ruptura uterina, todo ello contribuye á que mejore el pronóstico de la ruptura uterina, alejándonos poco á poco, de manera lenta de aquella etapa de la historia de la obstetricia en que ruptura uterina implicaba muerte; es en las rupturas de la pared del útero donde se ve el progreso de la ciencia obstétrica, si bien no con la nitidez que sería de desear puesto que si el porcentaje de mortalidad ha disminuído no es única y exclusivamente á expensas de una terapéutica de acción inmediata, desde el momento que vemos que la contemporización, la inacción médica,

también tiene una mejoría numérica en sus éxitos; no es el resultado de comparaciones entre métodos quirúrgicos, obstétricos, simplemente conservadores ó de expectación, que se deduce ventajas para la vida de la mujer; podríamos decir que es el conjunto el que ha mejorado de condiciones de viabilidad; posiblemente poco á poco llegaremos á un determinismo capaz de aminorar en mucho la ya reducida mortalidad de la ruptura uterina; la comparación de las conductas terapéuticas á seguir, el perfeccionamiento de la técnica á instituir, el medio ambiente, la rapidéz del tratamiento, en fin mil otros factores cuya importancia no se discute, nos llevarán á poder formular principios, que bien estudiados, mejor comprendidos, serán la clave de un método destinado á salvar la vida de la mujer portadora de una ruptura de la pared del útero; para ello es necesario esperar á que se solucionen intrincados problemas que hoy se estudian en las escuelas de obstetricia y cuyos puntos de partida los constituyen el resultado de la experiencia, la comparación de las ventajas que se atribuye cada método terapéutico, cada técnica obstétrica ó quirúrgica. A este resultado final aun no hemos llegado, es obra del porvenir poder establecer de una manera aproximada cual es la conducta que deba establecerse en el caso de que se diagnostique una ruptura uterina y teniendo para ello como objetivo la salvación de la vida de la madre, comprendiendo muy bien, que en lo que se refiere al hijo, es este un problema aun más intrincado, de so-

lución más difícil y de problemático y dudoso resultado.

Hay factores que determinan la gravedad del pronóstico en las rupturas uterinas; ellos sufren modificaciones que se relacionan con condiciones clínicas, anatómicas y aun terapéuticas; las rupturas completas son las más graves, las lateralizadas son de índole más nefasta, las segmentarias inferiores son más graves que las rupturas del cuerpo del útero, las rupturas primitivas son de pronóstico menos grave que las secundarias, entendiéndose como tales las rupturas á repetición; cuando el feto ha pasado á la cavidad peritoneal existe más gravedad que cuando éste ha quedado retenido en el útero; las rupturas acompañadas de complicaciones anatómicas, esto es, propagadas á los órganos vecinos, son más graves que aquellas en que la lesión queda reducida al propio tejido del útero; las hernias intestinales á travéz de la ruptura uterina constituyen la acentuación de una mayor gravedad; el tratamiento tiene su influencia, denotando un pronóstico más sombrío cuando las rupturas uterinas son abandonadas á sí mismas, esto es, no son tratadas; cuando el tratamiento es inmediato al momento en que la ruptura se produce, se disminuye la gravedad de ésta, lo mismo diremos cuando el traumatismo uterino se produce en un medio hospitalario, que permite la institución de un tratamiento rápido, adecuado, que se ajusta á la forma clínica de la lesión y para lo cual se cuenta con todos los medios científicos y útiles.

Antes de estudiar las cifras que arrojan

las estadísticas publicadas debemos tener en cuenta el valor que debemos darle á ellas; la época en que las estadísticas se han publicado, por lo tanto respondiendo á las condiciones científicas del tiempo y á las nociones que de ésta complicación se tenía; tendremos también que tener en cuenta la mayor ó menor exactitud y veracidad que las tales estadísticas hayan podido tener; por otra parte el valor de estas estadísticas dependen de la perfección de conocimientos que haya podido gozar el partero que ha actuado, lo mismo diremos del medio en que han ocurrido las rupturas del útero; en fin hay condiciones personales para la mujer afectada de ruptura uterina y aun para el mismo interventor, que modifican los términos numéricos de la estadística que recopila casos y resultados terapéuticos; Kroner en 47 observaciones recojidas en 1884 encuentra 25 casos de muerte, de las que siete corresponden al momento del parto, once se producen en las 24 horas subsiguientes y siete en los días que siguen; para Jolly, en 1870, la mortalidad era de 82 por ciento; Merz, en su recopilación asigna una mortalidad para la ruptura uterina de 64 %; Muller la estima en 65 % Koblanck ha encontrado que la mortalidad es de 73 %; en la tesis de Sauvage, esta misma mortalidad dá una cifra de 77 %; Scipiades asigna para las rupturas completas y espontáneas un 72,50 % de mortalidad; para las rupturas completas traumáticas, un 64, para las rupturas incompletas espontáneas 40 % de mortalidad y para las rupturas incompletas trau-

máticas un 50 % de muertes; la estadística de la Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital San Roque de Buenos Aires, desde Julio de 1903 hasta el 30 de Agosto de 1907, sobre 25 casos de ruptura uterina, determina una mortalidad de 15 casos esto es, una mortalidad de 60%; en esta estadística, eliminado un caso no bien determinado quedaría como cifra final una mortalidad de 62.50 % y por lo tanto una curabilidad de 47.50 %.

La mortalidad fetal ofrece cifras asombrosas; para Paul, Bouquet sería ella 99%; en la estadística de la Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital San Roque de Buenos Aires y sobre los 25 ya señalados casos, hay tan solo un feto salvado, lo que implicaría una mortalidad infantil de 96 %; en la estadística publicada por Jolly, sobre 237 casos, en los que se hace mención del estado del feto, se determina solamente 18 casos de sobrevivencia; cifra que no expresa la realidad tal cual hoy debemos tenerla en cuenta puesto que en la suma de casos relatada solo hay 18 en que el feto nació vivo pero hay otros en que debiendo nacer vivos, fueron ellos embriotomizados á los fines de su extracción, por lo tanto muertos no á expensas de la ruptura uterina sino por el partero encargado de curar la ruptura uterina de la madre, sin tener en cuenta para ello el derecho que tenían para vivir fetos vivos antes de la intervención terapéutica. En la estadística de Franqué, citado por Charpentier, sobre 26 casos de rupturas uterinas hay 26 niños muertos y en la de Ramsbootham sobre 237 casos están asignados

217 defunciones fetales; vemos pues, como lo dice Brindeau, que la mortalidad fetal es pasmosa y es por excepción que el feto puede ser extraído vivo; la estadística de Scipiades arroja una mortalidad de 70% para el feto, en las rupturas incompletas ó traumáticas y de 96 % en las rupturas completas ó espontáneas.

En los últimos años no se han publicado datos estadígrafos sobre mortalidad materna ó fetal en los casos de ruptura del útero, pero del estudio de las historias clínicas que se han dado á la publicidad en la última década puede hacerse deducciones que si bien no están traducidas en cifras por lo menos permiten una orientación hacia la realidad de que la mortalidad en las rupturas uterinas ha disminuído; si se comparan los resultados finales obtenidos en los casos publicados se nota una franca tendencia á aminorarse la mortalidad materna, de una manera franca y explicable, no pudiendo decirse lo mismo con relación á la mortalidad fetal, la que si bien tambien ha disminuído, no lo ha sido en una proporción que pueda equipararse con la de la madre; la lectura de las historias de casos de ruptura uterina publicadas en los últimos diez años aportan la halagadora realidad de que son más los casos de sobrevivencia que si se les compara numéricamente con otros publicados en años anteriores; el porcentaje de mortalidad de la época actual difiere en mucho del que asignaba Jolly en su célebre tesis; hay factores bien determinados que explican esta beneficiosa variante, el mejor diagnóstico de la ruptura uterina, la perfección

en el conocimiento de la antisepsia y de la asepsia y el más sano criterio en la terapéutica á instituir en los casos de ruptura uterina, la mejor orientación en la conducta obstétrica destinada á la extracción fetal, el más exacto conocimiento del tratamiento profiláctico de las rupturas del útero, el estudio más científico y más lógico de la ciencia obstétrica, la eliminación del cornezuelo de centeno del arsenal terapéutico en la obstetricia y otros mil factores, todo ello conduciendo como expresión de progreso de la ciencia á la evolución de la terapéutica obstétrica, han llegado á aminorar la mortalidad de la madre en los casos de ruptura uterina, aportando ventajas para la sobrevivencia del feto, pero siempre dejando traslucir las posibilidades de que el porcentaje de mortalidad materno y fetal pueda aun disminuir; bosquejándose los términos de una lucha por la sobrevivencia de la madre y del hijo, singular combate entre un estado patológico, en si gravísimo, y un conjunto de elementos, de métodos, de tratamientos y de circunstancias obstétricas, que en lucha abierta tratan de vencer á la muerte, impulsados por la verdad científica de la obstetricia moderna y para la cual cada caso aporta nuevos elementos, fundamenta nuevas razones y determinan orientaciones terapéuticas.

El pronóstico de las rupturas uterinas depende de tres factores intimamente relacionados con la determinación de la muerte de la mujer portadora de esta complicación obstétrica: shock, hemorragia é infección puerperal; el mejor conocimiento

de cada uno de estos elementos causales de mortalidad así como la perfección de los métodos terapéuticos destinados á su profilaxia y á su curabilidad, hacen que se acentúen cada día más las posibilidades de evitarlos ó de curarlos; contribuyendo más especialmente la antisepsia y la asepsia á dificultar que la infección pueda enseñorarse en un campo de agotación nerviosa y con un fondo anémico, suficiente medio para la pululación microbiana y para la evolución de un estado infeccioso para el cual la mujer cuenta con pocos elementos de resistencia; es la infección consecutiva al traumatismo uterino la que más comunmente mata, el shock y la hemorragia son más dominables y cuando constituyen elementos de mortalidad lo hacen en una manera prematura ó aguda, pero felizmente son los menos los casos imputables, de muerte, al shock y á la hemorragia; los más dependen de formas localizadas ó generalizadas, de infección puerperal y desgraciadamente para ella no siempre tenemos á mano elementos de combate.

Estas causas primordiales son las que determinan el pronóstico de las rupturas uterinas y las que imprimen fundamentos crecidos de mortalidad pero cada día que pasa contamos con más medios para combatirla y es por esta razón que se fundamentan esperanzas de que en un no lejano porvenir la mortalidad de las rupturas de la pared del útero pueda disminuir y la curabilidad reuna la mayor suma de casos.

PROFILAXIA DE LAS RUPTURAS UTERINAS

Dada la gravedad del pronóstico de las rupturas uterinas, todo lo que se refiera á la profilaxia de las mismas, esto es, todo lo que esté destinado á evitar las rupturas uterinas, tiene un altísimo interés y una importancia grande.

Conocidas de perfecta manera las causas, estudiado el mecanismo de las mismas, las contingencias de ella y la parte que toma la pelvis y la matriz en la desgarradura de la pared del útero, la profilaxia de las rupturas del útero no es más que una simple deducción lógica y natural de ellas y el partero en conocimiento perfecto de las causas y del mecanismo de su producción, cuenta con elementos suficientes para poder evitar que esta contingencia de la gestación y del embarazo, pueda producirse; Labusquiere ha dicho que hay cierto número de circunstancias que predisponen las mujeres á sufrir rupturas uterinas y las cuales pueden ser determinadas con anterioridad; por lo tanto una vez conocidas son susceptibles de ser evitadas, puesto que todas esas circunstancias se adaptan á modificaciones obstétricas susceptibles de ser aplicadas y capa-

ces de evitar que el traumatismo uterino se produzca.

Las rupturas anteriores del útero, las operaciones cesareas anteriores, las estrecheces de la pélvis, la hidrocefalia, las presentaciones viciosas, la placenta previa, la administración intempestiva del cornezuelo de centeno son fáciles causas productoras de rupturas uterinas y todas ellas fáciles de evitar ó de combatir y por lo tanto susceptibles de entrar en un grupo de medidas profilácticas capaces de impedir la ruptura del útero.

La teoría de Bandl, sobre la cual descansa la razón etiológica de la mayoría de las rupturas uterinas, evidencian la responsabilidad del médico y del partero, pues cualquiera de éstos no tiene excusa cuando se produce la ruptura uterina, después de haber visto presentarse y desarrollarse las condiciones que son inherentes para que la ruptura uterina pueda producirse.

En perfecto conocimiento del mecanismo de la ruptura uterina y de las causas etiológicas que influyen para ella, nada más fácil que hacer la profilaxia de la ruptura uterina, corrigiendo las condiciones patológicas ó mecánicas que determinan la ruptura de la pared del útero y si algunas veces esta corrección es imposible por lo menos trátase de aminorar las consecuencias de la ruptura .

Como primera condición inherente á la profilaxia de la ruptura uterina, debe determinarse una atenta vigilancia en la marcha del mecanismo del trabajo, siempre que exista una causa presunta ó real de

distocia; sospechada una desproporción entre los diámetros maternos y fetales ó constatada una presentación y posición fetal que implique dificultades para el parto; determinada la existencia de condiciones fetales que imposibilitarán el descenso del feto á travez del canal obstétrico, por exageración de los diámetros de la parte previa; determinada la existencia de obstáculos mecánicos capaces de no permitir la finalización del parto; en una palabra: el conjunto de razones de índole mecánica que imposibilita la progresión metódica de los sucesivos tiempos del mecanismo del parto, exigen la aplicación de medidas profilácticas y destinadas á evitar que el útero pueda romperse, ya que falta de armonía la función mecánica del parto, no podrá efectuarse de una manera espontánea y natural.

Del perfecto estudio del caso clínico y de las deducciones que puedan obtenerse de los síntomas precursores de la ruptura así como de las modificaciones diagnósticables que ofrece la distocia, pueden hacerse deducciones clínicas transformables en medidas profilácticas y las que, evolucionando en su oportunidad se transformarán en tratamientos precoces, esto es, anteriores á la ruptura y por lo tanto llenando totalmente un postulado de sana profilaxia.

Para establecer cuales son **estas** medidas de profilaxia debemos recorrer cada una de las formas clínicas de ruptura uterina, cada uno de sus mecanismos de producción y todas las condiciones capaces de engendrar una ruptura uterina; del estu-

dio de todas estas circunstancias se deducirá por sana lógica cual es el tratamiento á instituir, cual es el método á seguir, que medidas deben tomarse para alejar el peligro de la ruptura uterina; todo lo cual es bien fácil de hacer y de conseguir, lo que ha hecho que un célebre autor diga: que las rupturas uterinas son imputables á aquel que no sabe preverlas.

Las distocias que resultan de la desproporción de diámetros pelvianos y fetales, por el hecho de no permitir el pasaje del feto por todo el canal obstétrico y en virtud del mecanismo de Bandl, constituyen una clara razón etiológica de la ruptura del útero; el diagnóstico de esta desproporción de diámetros debe ser establecido desde el momento en que se examina por primera vez á la embarazada, determinadas en esta forma las variaciones métricas de diferenciación en las longitudes de los diámetros pelvianos y los fetales, queda un problema á resolver y cuya solución es fácil: la pelvis debe agrandarse ó el feto debe extraerse sin atravesar á ésta; por lo tanto dos conductas se imponen y no se discuten: el agrandamiento de la pelvis por la maniobra de Walcher ó la operación de Gigli ó la operación cesarea; ambas maneras de resolver este problema tienen un punto de partida y este es la desproporción numérica y en centímetros, de los diámetros pelvianos y fetales; algunos ejemplos nos permitirán explicar estas condiciones; supongamos una desproporción de un centímetro entre el bi-parietal del feto y el diámetro promonto-pubiano-mínimo, en tal caso la

maniobra de Walcher vendrá en nuestra ayuda y si á ella se le añade la maniobra de Champetier de Ribes, será más fácil que el parto pueda terminar espontáneamente en el caso de una presentación cefálica; si la desproporción de diámetros llega á ser de tres centímetros como máximo, existe una clara indicación de ser tratada la distocia por la pubiotomía, la que permitiendo el agrandamiento de la pelvis hace desaparecer la razón mecánica de que la ruptura uterina se produzca; supongamos que es aun mayor la estrechez pelviana y en la imposibilidad de terminarse fisiológicamente el parto, se recurrirá á la operación cesarea ordinaria ó extra-peritoneal; de todas estas maneras se corrige obstáculos mecánicos que hacen insalvable el canal genital por un feto con diámetros mayores que los de éste y que sin duda ninguna hubiera motivado un esfuerzo muscular al tejido uterino, que en progresión de contractibilidad habría terminado con la ruptura uterina.

Suelen presentarse casos en que las membranas estando rotas, el útero encontrándose retraído y en condiciones de irritabilidad por exceso de trabajo, con tendencia á tetanizarse, en estas condiciones pueden existir circunstancias que no permitan la progresión del feto en el canal obstétrico, ya sea por una mala orientación fetal, por mala estática uterina ó por modificaciones en la contractibilidad fisiológica del útero, porque las contracciones no siguen el eje obstétrico sino que se oblicuan; en tales condiciones es de presumir que aparezca esa hiperdistensión del

segmento inferior que tanto es de temer y contra la cual Bandl nos ha enseñado á ponernos en guardia; esta hiperdistensión engendrará la ruptura del útero y sus primeros síntomas, que son visibles y palpables nos indicarán la inminencia de la ruptura uterina; en tales condiciones debemos terminar el parto todo lo más rápidamente posible y para resolver este problema se presentan factores que indicarán el camino á seguir; debiendo extraerse el feto para que finalice el parto lo más pronto posible tendremos en cuenta, en primer lugar, si el feto, está vivo ó muerto, si es vivo recurriremos á la aplicación del forceps ó á la versión y si está muerto recurriremos única y exclusivamente á la basiotripsia, en los casos de presentación cefálica, en las presentaciones de nalga no existe más indicación que la extracción manual; si se trata de presentación transversa y el feto está vivo recurriremos á intentar la transformación de la presentación en una de vértice, si ésto no es posible y la presentación está irreductible, existe una franca indicación de operación cesarea, pero si el feto está muerto no existe más que un solo tratamiento, que es la embriotomía; exprofeso no hemos hablado de la versión, porque creemos que en la generalidad de los casos, con esta maniobra no hacemos profilaxia, lejos de ello, más vale contribuir á que la ruptura uterina se produzca; opinamos que la versión es un arma de dos filos, con mas probabilidades de fracaso que de éxito; sabemos muy bien que esta manera de pensar levantará oposición,

que no será aceptada, pero permítasenos la franqueza de opinar y de creer que la versión no es una maniobra salvadora ni una medida de profilaxia destinadas á evitar las rupturas uterinas cuando presumimos la posibilidad de su existencia; opinamos que todo aquello que constituya un cuerpo sólido y por lo tanto con volumen definido, y que se añada al volumen intra-uterino, contribuirá á aumentar la sobredistensión uterina y por lo tanto á favorecer la ruptura del útero; pues bien, si introducimos la mano y aun el brazo en la cavidad uterina para tratar de hacer rotar á un feto más ó menos aprisionado entre las paredes del útero; habremos aumentado las probabilidades de que el útero se rompa, lo que dista mucho de ser el objeto de esta intervención que sospechamos profiláctica; es esta manera de opinar la que también participa Brindeau, cuando dice: si se trata, por ejemplo, de una presentación de hombros y el útero está retraído se guardará muy bien de ensayar la versión; Tarnier también da al respecto un consejo que no conviene olvidar: «es necesario al intervenir, evitar cuidadosamente toda maniobra que aumentando la distensión del segmento inferior, tendría precisamente por efecto producir el accidente que se quiere evitar». Cuando en estas condiciones obstétricas, constatamos la muerte del feto se recurrirá única y exclusivamente á las maniobras que disminuyen el volumen fetal y por lo tanto facilita la extracción, tienen aquí su indicación la cefalotripsia, craneoclásia, basiotripsia, decolación, eventraciones

y demás maniobras mutiladoras, las que serán puestas en uso según sea la presentación del feto y la altura en que éste se encuentre.

Cuando la causa predisponente de la ruptura uterina es la hidrocefalia, podríamos decir que en tesis general hay una sola indicación á llenar y ésta es la reducción de los diámetros cefálicos, comprendemos que se nos objetará que la vida del feto requiere otra conducta á seguir, pero sobre el particular opinamos completamente de acuerdo con nuestro malogrado maestro el Profesor Budin, de la Maternidad Tarnier, de París, quien en un caso de esta índole resolvió el problema dando por muerto al feto hidrocefálico vivo, pues creyó que esta solución era la más humana para resolver el problema de la existencia de un hidrocefálico y cuyo porvenir sería un claro exponente de inhumanidad. La reducción de los diámetros de la cabeza hidrocefala se hará mediante trepanación ó punción ventricular ó raquídea, la que se completará por una basiotripsia cabeza primera ó cabeza última.

En algunas multíparas y á consecuencia de modificaciones impresas por repetidos partos anteriores, se nota que los ligamentos uterinos están relajados, que ellos no sostienen al útero, que éste presenta la porción segmentaria inferior reblandecida y extensible, en una palabra que la estática uterina no persiste en condiciones fisiológicas; resulta de ello que se pierden las relaciones de los ejes fetales con los pelvianos, el útero se inclina

exageradamente hacia adelante ó hacia los costados, constituyendo ante-flexiones ó antero-versiones gravídicas ó latero-flexiones ó latero-versiones; todo ello desorienta el mecanismo del parto, el eje obstétrico de la contractibilidad uterina se desvía del eje pelviano; la matriz caída en alforja pierde sus relaciones lineales con el eje de la pélvis; es en estos casos que la mala dirección de la contracción uterina produce ineficacia en el trabajo del parto, se constituyen obstáculos que dificultan el progreso de la parte previa y su descenso, aportando elementos para que evolucione el mecanismo de Bandl y la ruptura uterina se produzca; se hará profilaxia de la desgarradura de la pared del útero, si desde el instante en que empieza el trabajo, se coloca á la parturienta en un decúbito lateralizado opuesto á la dirección de la oblicuidad del útero grávido ó se le lleva á un decúbito horizontal ó á una posición semejante á la de Trendelenbourg, con lo que se conseguirá reducir la desviación uterina y por lo tanto facilitando la expulsión espontánea del feto y que se aleje el peligro de la ruptura de la pared uterina. Es en estos casos que tiene una indicación terapéutica bien definida la aplicación de vendajes obstétricos ó fajas eutócicas. No olvidemos que en ciertas condiciones la índole misma de estos casos clínicos nos llevará á facilitar el parto mediante la aplicación del fórceps y que en muy restringidos casos, en que exista falta de contractibilidad uterina, que el útero no esté tetanizado y que exista suficiente cantidad de líquido amniótico,

podrá tentarse una versión, sin peligro; claro está que si el feto está muerto no recurriremos al forceps ni á la versión, la basiotripsia ó las intervenciones mutiladoras tienen aquí una indicación precisa.

Recorriendo las páginas de las obras de obstetricia y que se han publicado hasta hace 20 años, se nota que los autores mencionan como primera medida de profilaxia el que se suspenda el empleo de las preparaciones de cornezuelo de centeno; el mismo Tarnier dice: «es este el lugar de recordar que se debe abstener, por encima de todo, del empleo de las preparaciones del cornezuelo de centeno, cuyos peligros en estas condiciones, son incontables», estos peligros, desgraciadamente no han desaparecido del todo; existen personas cuya incompetencia en la materia llega hasta administrar el cornezuelo de centeno, la ergotina ó los alcaloides del cornezuelo, cuando el útero está en función de parto y por lo tanto en condiciones de que evolucione de la manera más armónica, el mecanismo de Bandl para las rupturas del segmento inferior, como en efecto es dado constatar facilmente en nuestras maternidades que muchas de las rupturas uterinas que á ellas llegan tienen por etiología la administración del cornezuelo de centeno ó de la ergotina por inexpertas é ignorantes parteras, resabios de la obstetricia antigua, que falta de perfección en sus estudios puso en boga el uso de ese medicamento homicida. Cuando tengamos que luchar contra los peligros de una inminente ruptura uterina debida al cornezuelo de centeno, recurriré-

mos á los agentes terapéuticos capaces de anular la acción fisiológica del cornezuelo; pondremos en uso altas dosis de Bromuro de Potasio, de Hidrato de Cloral Morfina, Cloroformo, anestesia raquídea con Cocaína, Estovaína; algunos autores aconsejan el uso de la Escopolamina, ya sola ya asociada á la morfina; desgraciadamente no siempre el tratamiento da resultado y es de recordar que si el éxito no corona la medicación implantada, antes que ver producirse la ruptura uterina debe recurrirse á la operación cesarea abdominal, la que exige muchas veces como condición previa para su éxito, que ella se efectúe sobre el segmento superior, incindiéndose también el anillo de Bandl; es en esta forma última que puede encontrarse un tratamiento feliz como medida profiláctica de la ruptura uterina á que predispone el cornezuelo de centeno y la ergotina.

La hipertonicidad de la fibra muscular del útero y por lo tanto la exageración de las contracciones musculares pueden predisponer á que el útero se rompa; como medida profiláctica se empleará el Láudano de Sydenham ó la Morfina, con lo que se obtiene un aminoramiento en el número de las contracciones y una disminución en la intensidad expulsatriz de las mismas, todo lo cual representa una disminución en el potencial mecánico de la pared uterina y por lo tanto un alejamiento del peligro de que se rompa el músculo uterino.

Todo aquello que constituye un excitante en la función fisiológica de la fibra

muscular uterina debe evitarse y como primera medida debe tenerse en cuenta que no haya violencia en la intervención obstétrica á efectuar, de aquí la contraindicación de la versión, puesto que, es imposible practicarla sin que su mecanismo se produzca á expensas de un esfuerzo que necesariamente requiere energía; lo mismo diremos de las aplicaciones de forceps cuando el útero está retraído ó cuando se hace uso de este último instrumento sobre una ligera estrechez pelviana, que sospechamos franqueable con algún esfuerzo.

Cuando el parto se hace lento ó no termina espontáneamente, cuando la extremidad previa no progresa en el canal obstétrico, debemos sospechar siempre la existencia de razones de índole mecánica ó fisiológica que se oponen á la eutocia del parto; causas todas ellas que predisponen de manera directa á que el útero se rompa y por lo tanto se hará profilaxia al investigar las razones que no permiten al parto se termine espontáneamente; estas causas etiológicas de distocia constituyen señalados fundamentos para un tratamiento, que variará según la etiología que lo origine.

Entre las causas predisponentes de la ruptura uterina encontramos á la placenta previa, la que por su implantación en el segmento inferior contribuye á adelgazar el yá delgado espesor del tejido de esta parte del útero al mismo tiempo que imprime modificaciones histológicas en el sitio de su implantación; la distocia que resulta de la placenta previa encuentra

motivos bien claros para que los tejidos se desgarren bajo la acción del parto y con especialidad de las intervenciones que se hacen necesarias á causa de la distocia, se añade á ello el que comunmente existen modificaciones histológicas, las más de origen cicatricial, todo lo cual actúa en un lugar de menor resistencia y que se desgarra ante el mínimo esfuerzo de una intervención obstétrica; de ello parte la idea de que las placentas previas constituyan una indicación de operación cesarea, cuando se añaden síntomas que hacen sospechar las posibilidades de una ruptura uterina.

Si hemos de estudiar lo que se refiere á la profilaxia de las rupturas uterinas, con alguna amplitud será necesario recordar que una fuente común de desgarraduras del útero lo constituye la existencia de lesiones anteriores de esta naturaleza; Livon en su tesis, 1903, ha podido recoger la historia clínica de 31 mujer que habiendo sufrido una ruptura uterina, en un parto ulterior ha tenido nuevamente otra ruptura; estas cifras nos señala por lo pronto que las rupturas á repetición entran en un porcentaje de 58 %, en las mujeres portadoras de rupturas anteriores; sobre estos 18 casos de rupturas á repetición hay 10 defunciones; de estas mujeres en tres se practicó la operación cesarea con éxito para la madre y para el feto; la profilaxia de estas rupturas repetidas está constituída por la operación cesarea en el comienzo del trabajo; las mujeres que han padecido de una ruptura uterina y que nuevamente quedan embarazadas tie-

nen en inminencia de peligro su vida y la del hijo, en otrora ellas eran tratadas por la provocación del parto prematuro, esto, es, cuando la pared uterina no había llegado á un estado de adelgazamiento extremo y por lo tanto cuando aun se contaba con la resistencia de la pared, pero hoy la conducta ha seguir ha variado, ella es una y no se discute, es la operación cesarea efectuada en los primeros momentos en que comienza el trabajo del parto, reuniendo esta indicación terapéutica la única medida profiláctica de las rupturas uterinas á repetición.

Las cicatrices uterinas dejadas por una operación cesarea, cualquiera que sea el método empleado constituye razones poderosas para que en una nueva gestación, la pared del útero se desgarré; son muchísimos los casos de rupturas uterinas que se han venido á producir sobre el tejido cicatricial dejado por una operación cesarea, siendo para ello perfectamente indiferente el método, la técnica y el lugar donde se haya efectuada la cesarea.

Constituyendo la operación cesarea una causa inmediata para que el tejido uterino pueda romperse en gestaciones ulteriores, cabe establecer medidas de profilaxia, ellas deben radicar en la repetición de la operación obstétrica en los embarazos sucesivos y en una época proximal al término de la gestación ó en el preciso momento en que se inicie el trabajo del parto; en ciertas condiciones no solo deberá llenarse esta medida de profilaxia para la ruptura uterina sino que deberá esterilizarse la mujer con el fin de evi-

tarle nuevas gestaciones, las que implicarán otras tantas intervenciones quirúrgicas, debiendo tenerse en cuenta que no solo el peligro existe en el momento del parto sino que esas rupturas pueden tener lugar en cualquier momento de los últimos meses del embarazo.

La operación cesarea constituye una medida de profilaxia en muchos casos de inminencia de ruptura uterina; durante nuestro internado en la Maternidad del Hospital Lariboissier, de París, tuvimos oportunidad de ver cesarear una múltipara que en el momento del parto sufría de contracciones espasmódicas, diríamos tónicas, del anillo de Bandl; este caso constituía la franca necesidad de llenar con urgencia indicaciones profilácticas destinadas á evitar el estallido del útero; si se reflexiona un momento se verá que en tales condiciones clínicas, con feto vivo, con bolsa de aguas recién nota y en la imposibilidad de terminarse espontáneamente el parto, no cabía otra conducta á seguir que efectuar la operación cesarea, englobando en la incisión uterina al anillo de contracción. El criterio clínico estará encargado de resolver más de una vez, un grave problema obstétrico mediante la operación cesarea, como medida profiláctica de la ruptura del útero.

En las anomalías de la presentación fetal, que implicando dificultades para la progresión del trabajo y por lo tanto capaces de alargar el término del parto, cabe la aplicación de medidas profilácticas, cuando sospechamos la concurrencia de elementos capaces de originar la ruptura

del útero; estas medidas de profilaxia consisten en la transformación de las variedades de la presentación cuando ellas son poco propicias á la fácil evolución del parto; por ejemplo en las presentaciones de frente y por maniobras obstétricas bien conocidas, se tratará de corregir dulce y diestramente esta presentación, con ello se impedirá la distensión desigual del cuello durante la dilatación; se evitará la compresión desigual que lleva la frente por una parte y el menton por otra; en estas condiciones se transformará la variedad de la presentación ó la presentación misma, de una manera manual o instrumental y en una forma tal que se aminoren las dificultades de la continuación del parto; en este mismo orden de ideas será bien fácil de comprender la necesidad de instituir medidas de profilaxia para la ruptura uterina en las presentaciones mento-posteriores; en fin, se hará profilaxia de las desgarraduras del útero, transformando la presentación ó las variedades de ésta cuando se deduzcan posibilidades de que los tejidos uterinos puedan traumatizarse en virtud de una distocia fetal que prolonga el parto.

Cuando el embarazo se efectúa después de un otro anterior que se produjo con caracteres de mola hidatiforme y han concurrido síntomas y signos que hacen sospechar una degeneración parcial de la mucosa y músculo uterino, cabe también la necesidad de medidas profilácticas destinadas á evitar que el útero pueda romperse en aquellos lugares donde su histología ha sufrido modificaciones; lo mismo

diremos cuando se sospecha la existencia de tumores, neoplásicos ó no pero siempre capaces de imprimir modificaciones á la estructura histológica del útero y por lo tanto que pueden conducir facilmente á la ruptura de la pared de éste; la conducta á seguir en estas condiciones ofrece sus dudas y ella fluctuará en la idea clínica que podamos tener del caso obstétrico, unas veces será un parto provocado y prematuro el requerido, en otros casos la operación cesarea y en muchos la histerectomia.

El viejo precepto de que es mejor «prevenir que curar» tiene en el estudio de las rupturas uterinas una ámplia sanción; nada más fácil que evitar se rompa el útero y nada más difícil que curar una ruptura uterina; cabe una responsabilidad inmensa á aquellos que llamados á instituir un diagnóstico y á dar un consejo ó que espectadores de la evolución del trabajo del parto, no saben evitar la ruptura uterina máxime cuando existe una sintomatología clara y definida de la inminencia de la ruptura de la pared del útero. En nuestra práctica hospitalaria es bien común ver llegar á los servicios de maternidades, mujeres portadoras de rupturas del útero y al investigar que causas han podido influir en el mecanismo de esta grave complicación obstétrica, nos encontramos que en la casi totalidad de los casos ella es imputable á la nefasta acción del cornezuelo de centeno y á la impericia de quien estaba encargado de atender el parto; es así como suele verse que en presentaciones mento-posteriores se ha

dejado agotar el esfuerzo uterino, sin progresión en el trabajo, se ha llegado hasta el tetanismo uterino y la ruptura uterina se ha hecho porque existiendo un error en el diagnóstico no se ha sabido corregir la distocia ó lo que es peor, como el parto no finalizaba, se han puesto en juego las acciones ocitócicas de sustancias medicamentosas; es común ver que tratando de acelerar el parto mediante masajes sobre la pared del vientre de la parturienta, excitando la contracción muscular uterina, se produzca la ruptura de la pared. Es grande la concurrencia de la incapacidad del profesional en la etiología de las rupturas uterinas de igual manera que la ignorancia fundamenta, en muchos casos, no se tomen medidas de profilaxia cuando el útero está en inminencia de romperse.

TRATAMIENTO DE LAS RUPTURAS UTERINAS

A fines del Siglo XVIII Levret decía: «Cuando la matriz se encuentra desgarrada, la madre y el hijo están perdidos irremisiblemente y para tentar un recurso habría que recurrir á la sección del abdomen practicada inmediatamente, etc., etc.», Pero la evolución lenta y gradual en el perfeccionamiento del tratamiento de la ruptura uterina, merced al claro concepto que se tiene de la antisepsia y de la asepsia así como el franco progreso de la cirugía, la perfección de las técnicas operatorias de igual manera que la mejor noción que se tiene del valor del shock, así como de los hechos que resultan de los tratamientos llamados conservadores; todo ello implica las razones de un criterio más exacto para resolver el arduo problema de la curabilidad de las rupturas uterinas.

Hecho el diagnóstico de la ruptura de la pared del útero debe instituirse un tratamiento capaz de curarla, pero que al mismo tiempo reúna condiciones relativas á los tres factores que actúan en el proceso de la ruptura uterina: la madre, el feto y el útero; el tratamiento de la ruptura uterina debe estar destinado á obtener la res-

titución ad-integrum del órgano lesionado, concurriendo con circunstancias capaces de permitir la conservación total del funcionalismo de este órgano; el útero debe quedar en condiciones de capacidad gravídica para partos sucesivos, debe quedar en condiciones de estructura que alejen la posibilidad de una nueva ruptura y sus relaciones de vecindad con los órganos que le son próximos deben ser las normales; el tratamiento de la ruptura uterina será tanto más perfecto cuanto menos peligro de pérdida de la vida implique para la parturienta; con respecto al feto, el más perfecto tratamiento será aquél capaz de salvarlo; vemos pues que lo dicho implica una serie de condiciones para el tratamiento y que éste constituye un problema que no siempre es fácil de resolver y que lo común es que su resolución sea á medias puesto que él no abarca generalmente ni comprende esos tres factores ya enumerados más arriba.

En la evolución de la historia de la obstetricia y en lo que se refiere al capítulo del tratamiento de la ruptura uterina, se nota un avance progresivo hácia un ideal y éste se radica en la salvación de la madre y del feto, conservando aquella sus órganos destinados á la fecundación y en condiciones todo lo más proximales á las que se requieren para su funcionalismo obstétrico; para la solución de este problema han concurrido elementos de toda naturaleza y que progresivamente tienden á aproximarse al ideal anhelado; pero para ello ha habido lucha y discusiones sin fin, y las que seguirán existiendo, puesto que

aun en el momento actual no podemos de una manera categórica determinar dogmáticamente un tratamiento general, destinado á la curabilidad de la ruptura uterina y que responde á las exigencias de todo caso clínico é implicando la conservación del feto.

Las dificultades de la unificación de un tratamiento en la ruptura de la pared del útero, se deriva de la imposibilidad de asemejar todos los casos clínicos de este traumatismo, cuya disparidad resalta al examen y á la investigación; cada caso de ruptura uterina se rodea de condiciones que le son propias y que varían aún entre aquellas formas clínicas que son perfectamente semejantes, parece que á porfía cada ruptura uterina quisiera ofrecer caracteres propios, que derivándose de mil condiciones inherentes á la situación anatómica de la lesión, á su estructura histológica, al momento en que la ruptura se ha producido, á la situación del mecanismo del parto en el instante del traumatismo uterino, á la situación del feto y á sus relaciones con la ruptura uterina, á las condiciones orgánicas de la paciente, el estado de shock, la hemorragia producida, el medio en que se vive, los elementos con que se cuenta para el tratamiento, la oportunidad de éste, etc., etc., son todas estas variedades relativas á cada caso las que imposibilitan uniformizar ideas para un tratamiento único y mientras esto no suceda, lo que posiblemente no acontecerá jamás, tendremos tratamientos diversos, métodos diferentes, técnicas distintas y lo que es peor se sostendrá la

discusión sobre las bondades de cada forma y manera de tratar las rupturas uterinas.

Todos los tratamientos de las rupturas uterinas tienen indicaciones clínicas semejantes á llenar y por lo tanto todos ellos están destinados á cumplir con cada una de estas; de ahí que sea necesario tener en cuenta factores bien definidos y cuya importancia no puede escapar al criterio del profesional; cualquiera que sea la manera de actuar terapéuticamente en una ruptura del útero siempre habrá dos deberes primordiales á cumplir; el uno derivado del feto y el otro relativo á la herida uterina.

Producida la ruptura uterina existe una primera indicación, la que es perfectamente admitida y sobre la que no cabe discusión alguna; ella consiste en la extracción del feto; toda ruptura uterina implica la finalización del parto de una manera inmediata y cuanto más pronto posible, mejor. La primera medida con que se inicia el tratamiento de la ruptura uterina es la extracción del feto, recurriendo para ello á diversos métodos que dependen del conjunto del cuadro clínico y de las demás condiciones que puedan influir para la determinación del tratamiento á seguir.

Los autores antiguos sospechaban que la ruptura uterina pudiera permitir un régimen de expectación en lo que se refiere al parto ó á la extracción del feto, mediante cualquiera de los métodos en boga, pero la estadística de Jolly nos permite determinar los nefastos resultados de la tal expectación (en 144 observaciones, 142

muerter maternas); muy posiblemente contribuyó para que el partero empleara este método expecante, la horrible mortalidad que acompañaba á los casos en donde se intervenía, pero el progreso de la obstetricia ha ido aminorando los peligros de un tratamiento bien conducido y hoy es un craso error y una criminal conducta dejar á la portadora de la ruptura del útero entregada á sus propios esfuerzos y á las ventajas de su resistencia orgánica; debe instituirse siempre un tratamiento y recurrirse á maniobras capaces de facilitar ó de permitir la expulsión del feto.

La extracción del feto puede hacerse por dos vías: las naturales y por laparotomía; el camino á seguir para la extracción del feto generalmente depende de las condiciones topográficas en que éste se encuentra, de las mayores ó menores facilidades para ser extraídos por las vías naturales, de la forma clínica de la ruptura uterina y también depende de la conducta terapéutica que se piense seguir como medio de curación de la ruptura uterina.

Una primera regla capital y la cual es indiscutible, determina que para que el feto pueda ser extraído por las vías naturales se encuentre éste contenido íntegramente en la cavidad uterina y que su extracción no pueda contribuir en lo más mínimo para aumentar la herida de la ruptura de la pared del útero; de este dogma se deduce una serie de circunstancias que no deben pasar desapercibidas al formular una indicación terapéutica; se ha dicho que la extracción por vías naturales requiere como condición previa

que la parte fetal que se presenta primero esté profundamente encajada, de lo que se deduce que en el caso de tratarse de una presentación de vértice ó de cara, sea la aplicación del forceps, la manera de finalizar el parto, bien entendido que tal conducta se instituirá con un feto vivo puesto que si este estuviera muerto, que es lo común, su extracción se hará mediante maniobras que permitan facilitarla por el aminoramiento de los diámetros de la parte previa, se recurrirá á la basiotripsia ó á cualquier otra forma de embriotomía cefálica, si la presentación es de tronco y el feto está muerto se recurrirá á la decolación, á la extracción manual del tronco y á la basiotripsia sobre cabeza última: igualmente será la embriotomía la que resolverá el problema en las presentaciones de nalgas incompleta, puesto que jamás debe tentarse la extracción manual, por el hecho de que ella contribuye poderosamente á agrandar el traumatismo uterino y á facilitar la concurrencia y la acentuación de todos los peligros de esta lesión.

Pistacek y Veit han preconizado el que se extraiga siempre por las vías naturales al feto; pero esta regla debe ser rechazada puesto que en gran número de casos su aplicación implica grandes peligros, que pueden llegar hasta la muerte de la paciente y de los cuales el menor es el agrandamiento de la ruptura uterina; supongamos que la parte fetal previa sea movable, esté alta, lo común es que en tales casos, parte del feto se encuentre en la cavidad abdominal, la extracción en

estas condiciones contribuirá al agrandamiento de la ruptura y á todos los peligros inherentes á ésta así como á facilitar el establecimiento de hernias intestinales á través del hojal de la ruptura uterina; imaginémosnos una presentación que requiera una versión para poderse obtener la extracción del feto, tendremos que mediante esta maniobra se amplificarán grandemente los peligros de agrandar la ruptura uterina y por lo tanto de que se hagan más manifiestos todos los signos clínicos y graves de este traumatismo, poniéndose así á contribución de facilitar la muerte de la lesionada, á elementos cuya acción no está bien acentuada ni implican grandes peligros; al decir todo ésto, en ello encontramos un fundamento para rechazar la maniobra de Dubois, quien aumentaba la incisión de la pared del útero producida por la ruptura, para facilitar la extracción del feto cuando éste estaba parcialmente contenido en la cavidad uterina; no debemos olvidar que es una condición ineludible el que no se traumatice más de lo que está, el útero, que no se agrande la lesión que este tiene y en estricta justicia debemos decir que toda intervención bien conducida debe distanciarse en un todo de la ruptura del útero.

La extracción fetal por vías naturales implica en primer lugar el estudio de la pelvis materna y el tener nociones exactas de los diámetros fetales, puesto que la disparidad de éstos, ya constituyen una contraindicación para que pueda tentarse la extracción señalada, salvo el caso que ella sea posible á expensas de la amino-

ración de los diámetros cefálicos por una basiotripsia ó cefalotripsia. Otra condición de capital interés y de importancia para el pronóstico de la ruptura uterina, consiste en que la extracción fetal se produzca sin traumatismo para el útero y sin aumentar la ruptura del mismo; esto implica que se rechace totalmente la idea de la versión y que siempre sea necesario recurrir á embriotomías cuando la presentación no es cefálica. Una dificultad para las facilidades de la extracción fetal, siempre tentada por vías naturales, lo constituye la vida del feto, puesto que en las presentaciones de tronco y de nalgas se presentan para el tratamiento condiciones que constituyen formales contraindicaciones para la versión, la que no nos cansaremos de decir: debe ser rechazada en la ruptura uterina; estas dificultades suelen ser momentáneas porque lo común es que el feto muera en la ruptura uterina, pero si él conserva la vida y no puede ser extraído mediante una fácil y suave aplicación de forceps, debe desecharse por completa la idea de podersele extraer por vía vaginal.

Cuando el feto se encuentra totalmente ó en parte, fuera de la cavidad uterina, vivo ó muerto, no debe pensarse en que se le deba extraer por las vías naturales y será tan solo mediante una intervención abdominal que la extracción será factible; con mayor razón diremos esto mismo cuando el feto está totalmente en la cavidad abdominal.

A título histórico debe recordarse que los autores antiguos tentaban siempre la

extracción por las vías naturales del feto contenido en el útero desgarrado y aún cuando éste estaba totalmente ó en parte, contenido en la cavidad peritoneal y para ello daban reglas que hoy no pueden ser menos que rechazadas en un todo; Dubois, Cazeaux, Joulin, Depaul, Devillez y Hervieux eran francos partidarios de que el feto se extrajera cuando existía alguna dificultad para ello, mediante el agrandamiento de la ruptura uterina; maniobra que á partir de Chailly y Scanzoni ha sido rechazada sucesivamente por todos los autores para llegar hoy á ser solo un recuerdo histórico que implicaba el desconocimiento de una buena técnica, error que tiene su explicación en el atraso de la obstetricia de aquellos años.

El alumbramiento suele producirse espontáneamente y por vía natural, algunas veces si bien se efectúa naturalmente, pasa la placenta á la cavidad abdominal, aislada ó conjuntamente con el feto; los menos son los casos en que extraído el feto ó producido el parto espontáneo, no obstante la ruptura uterina, la placenta queda retenida y adherida en la cavidad uterina; en estas condiciones la conducta á seguir varia según el caso clínico y el criterio personal del que es llamado á actuar. Si la placenta está desprendida y contenida en la cavidad, su extracción es fácil y mediante tracciones sobre el cordón ella es sacada al exterior; si la placenta ha caído en la cavidad abdominal, en rigor no debe extraerse por vía vaginal y si ella se encuentra adherida, su extracción deberá hacerse desprendiéndola manualmente y por

la acción directa é inmediata la mano introducida en la cavidad uterina; jamás se tentará el método de Credé ni de Pinard ó cualquier otro que implique la más lijera violencia ni presión sobre el útero roto ni maniobra alguna que ocasione movilidad al útero.

Cuando la placenta está desprendida, colocada parcalmiente en la ruptura del útero ó haciendo taponamiento de ésta, pero pasando en algo hácia la cavidad abdominal, puede tentarse su extracción manual; el problema es mas árduo cuando está completamente caída por fuera del útero y por lo tanto contenida en el abdomen, concurriendo á esta circunstancia el hecho de que el feto ha sido espontáneamente expulsado ó extraído mediante maniobras obstétricas adecuadas; en estas condiciones el problema es difícil de resolver y las modalidades clínicas del caso conjuntamente con el criterio del partero darán elementos para resolverlo; comprendiéndose la responsabilidad que se contrae cuando quiera irse á buscar la placenta en medio de la masa intestinal para extraerla manualmente como medida previa para instituir un tratamiento conservador y no quirúrgico; en rigor debe rechazarse la idea de su extracción por vía natural y y debe decirse que está señalada una franca indicación de laparotomía, pues debe conceptuarse la saliencia de la placenta á la cavidad peritoneal como la caída en la misma del feto, pasado por la ruptura uterina .

En tésis general debe tentarse siempre la extracción manual ó instrumental del

feto y de la placenta, siempre que esta última esté contenida en todo ó parcialmente en la cavidad uterina y respecto al feto cuando este esté encajado en el estrecho superior, descendido, simplemente fijado ó contenido en la cavidad uterina totalmente ó parcialmente, lo que se hará lo más rápidamente posible y por medios que no impliquen un cambio de presentación ó circunstancia alguna que favorezca directa ó indirectamente el aumento de la ruptura uterina, el acrecentamiento de cualquiera de los síntomas de la ruptura uterina: hemorragia, shock é infección; todo lo cual puede tratar de conseguirse mediante la aplicación de forceps, basiotripsia, embriotomía cervical en las presentaciones de hombro, y extracciones manuales en las presentaciones de nalgas; teniéndose como punto de mira el que se reduzcan los diámetros de la parte previa á los fines de facilitar el parto distócico. Esta regla general no tiene más que una excepción y ella se deriva de que el parto no se haya producido espontáneamente á pesar de la ruptura uterina, si es que ésta es previa ó cuando durante el fin de una intervención distócica, recién se constata la ruptura del útero. La conducta que venimos de señalar es la que corresponde al más estricto sentido clínico de la obstetricia en las rupturas del útero y las variantes que ella pueda tener solo podrán tener por fundamento condiciones particulares del caso clínico ó razones de criterio personal que puedan derivarse de situaciones especiales, pudiendo establecerse como base de ellas que el diagnós-

tico de la ruptura uterina especifique tratarse de rupturas completas ó incompletas y cuyas modalidades clínicas señalarán una franca indicación terapéutica.

La extracción fetal y sus anexos constituyen una medida previa para tratar terapéuticamente las rupturas del útero.

Estudiada en conjunto la terapéutica de las rupturas uterinas debemos señalar que ella está destinada á abarcar una serie de circunstancias y las que se fundamentan en la situación obstétrica del caso clínico y en la intensidad de sus síntomas, elementos clínicos que concurren para determinar la conducta á seguir y la adaptación de un método ó de una técnica que se orienta á la curación de la ruptura del útero; si mas arriba hemos señalado como medida previa la extracción fetal, debemos conjuntamente con ello tratar de combatir dos circunstancias sintomatológicas que concurren en grado sumo para determinar el pronóstico de la lesión uterina y cuya acción es inmediata, nos referimos al shock y á la hemorragia.

Al mismo tiempo que se instituye medios para facilitar el parto ó para extraer al feto, cuando espontáneamente éste no es expulsado — que es lo común —; se deben combatir el síndrome llamado shock; el cual constituye un elemento capital en la evolución clínica del caso obstétrico y cuya importancia es tan grande que gran porcentaje de muertes en los casos de ruptura uterina son imputables á él y el cual por otra parte es un factor poderoso para negar la posibilidad de un tratamiento qui-

rúrgico, el cual es siempre el ideal en esta índole de lesiones obstétricas.

El shock en las rupturas uterinas no varía del que se produce en los grandes traumatismos y con especialidad en los abdominales; su tratamiento lo constituye el empleo de todas las sustancias medicamentosas capaces de levantar el estado general, mejorar la función del aparato cardíaco, estimular el sistema nervioso, eliminar el estado de depresión cerebral, procurar la mejor oxigenación de la sangre, la buena función de los diversos órganos de la economía y hasta la depresión moral que acompaña á esta clase de traumatismo; para ello recurriremos á inyecciones de suero fisiológico, en inyecciones masivas, subcutáneas ó endovenosas, inyecciones subcutáneas de éter, cafeína, aceite alcanforado, soluciones de sulfato de estrina, soluciones alcohólicas, inhalaciones de oxígeno ó inyecciones subcutáneas de este mismo gas; se dará á beber á la paciente bebidas alcohólicas, infusión de café, de menta ó de anís; se aportará calor á la paciente; en fin, se recurrirá a todos los medios capaces de estimular el organismo. Algunos autores aconsejan no instituir tratamiento quirúrgico mientras dura el período de shock y es esta circunstancia la que influye poderosamente para determinar su razón de ser á los métodos de expectación ó conservadores de la ruptura uterina, llevados á cabo por vía vaginal; tratamientos estos últimos que en muchos casos es un simple compás de espera para más tarde proceder á un tratamiento quirúrgico, radical ó no.

La hemorragia, como elemento primordial y síntoma grave de las rupturas del útero requiere tratamientos que varían según las condiciones del caso clínico y aún del shock é igualmente depende de la conducta terapéutica que se quiera seguir. La hemorragia puede combatirse mediante el taponamiento de la ruptura uterina, la sutura de la herida de la pared del útero, según las técnicas de Schmaus y Cholmogoroff; por medio de la maniobra llamada de Henckel y la cual consiste en tomar por medio de dos pinzas de Muzeux, el cuello del útero, trayéndolo hacia el orificio vulgar, después se toma por medio de estas mismas pinzas, el fondo-de-saco vaginal, en su parte más proximal al útero, y se introduce entre la pinza y el útero, otra pinza de ramas muy largas y la cual llevada todo lo más profundamente posible, al cerrar sus ramas comprime el ligamento ancho y por lo tanto establece la hemostasia por compresión de la arteria uterina; á esta maniobra se le ha hecho la objeción de que podría conjuntamente con la arteria uterina comprimir el ureter, pero observaciones de Labherdt, de Bale, han demostrado que este peligro no tiene razón de ser, puesto que el uréter escapa á la pinza como lo han demostrado una serie de autopsias y de observaciones llevadas á cabo por este mismo autor; la maniobra de Henckel debe ser bilateral cuando efectuada del lado donde la ruptura uterina se ha establecido, no es suficiente para cohibir la hemorragia. La ligadura de la arteria uterina tiene su indicación cuando

la hemorragia es continua é implica una agravación en el pronóstico; en los últimos tiempos se ha aconsejado la ligadura del abdómen por arriba del fondo del útero, mediante un tubo de goma elástica que como banda hemostática comprime la aorta, dificultándose así el paso de la sangre á las uterinas. Muchos casos de ruptura uterina terminan por la muerte á causas de hemorragias que escapan á todo tratamiento y que no dan lugar por el estado de gravedad de la paciente y el shock en que se encuentra, á que se tiene un tratamiento por vía abdominal, capáz de cohibir el derrame; esto se presenta con facilidad en las amplias rupturas, en aquellas cuya topografía corresponde al lugar de implantación de la placenta, cuando el traumatismo uterino se extiende á los ligamentos anchos y más especialmente cuando ambas arterias uterinas están desgarradas; en estos casos la mujer muere por anemia aguda, tan rápida que podríamos decir que el deceso es sincopal.

Establecida la conducta á seguir en estas condiciones normales de la ruptura uterina y que se refiere á la situación del feto cuando éste no ha pasado á la cavidad abdominal y á sus dos síntomas primordiales y casi constantes: hemorragia y shock; queda ha establecer el tratamiento de la ruptura uterina y la extracción del feto, hecho extra-uterino y retenido en la cavidad peritoneal. De lo cual se deduce que en lo que se refiere á la extracción fetal, solo cabe como posible una intervención llevada á cabo por me-

dios quirúrgicos y que implica una laparotomía previa; en cuanto á la sutura de la pared uterina ó á las indicaciones terapéuticas que la ruptura del útero pueda requerir, esto es, el tratamiento de la herida del útero puede ser llevado á cabo por muy diferentes métodos terapéuticos, que estudiaremos en todos sus detalles y que se engloban en dos grandes grupos: aquellos que se practican por vía vaginal y los que se producen por vía abdominal; estos métodos pueden implicar la continuidad del órgano lesionado y su persistencia compatible con el funcionalismo á que está destinado ó pueden ser mutiladores, total ó parcialmente del útero; de ahí una nueva agrupación de métodos llamados conservadores y de métodos llamados mutiladores, los que pueden á su vez ser instituídos por vía vaginal ó por vía abdominal.

El grupo de las intervenciones ó tratamientos que se efectúan por vía vaginal excluyen de la manera más absoluta la posibilidad de la extracción del feto, que ha pasado á la cavidad abdominal en un todo; si algunos autores y escuelas en otras épocas han supuesto posible que el feto totalmente extra-uterino, pueda ser traído hácia el exterior por vía vaginal, ha sido aceptando hechos que repugnan á la conducta obstétrica de hoy, medios que tienen su razón de ser en el peligro inmenso que tenía para los parteros la apertura de la cavidad abdominal cuando una tal intervención implicaba necesariamente la muerte de la operada; la extracción del feto por vía vaginal, cuando éste

ha caído en la cavidad peritoneal constituye el más craso error y confiere el exponente de la más absoluta incapacidad para el que la ejecuta; de modo pues que por esta vía jamás podrá ser extraído el feto; de ello se deduce que en este orden de ideas solo puede instituirse á través de la vagina un tratamiento destinado á curar la ruptura del útero después del parto ó cuando el feto ha sido extraído del útero; tratamiento que como hemos dicho más arriba es comunmente conservador y destinado á permitir la restauración de los tejidos lesionados por segunda intención, otras veces dirigido á que el traumatismo se restaure por primera intención mediante la sutura de la herida ó por cualquiera de los métodos que le están destinados; por excepción la intervención por vía vaginal es mutiladora como acontece con la histerectomía vaginal.

Los métodos llamados conservadores y conducidos por vía vaginal son quirúrgicos y no quirúrgicos.

Los tratamientos destinados para curar la ruptura del útero por la vagina pueden dividirse en dos grupos, los unos responden á la contemporización de la lesión, alejando de ella los peligros y complicaciones que le son inherentes y esperando de la sabia naturaleza, la *prima vis medicatrix*, de Hipócrates, que el traumatismo evolucione en una forma compatible con la sobrevivencia de la mujer; los otros se fundamentan en la concurrencia de métodos ó sistemas que permiten la aproximación, coaptación ó unión de los bordes

de la ruptura uterina, para favorecer así la restitución de los tejidos lesionados, in totum y de manera que el órgano persista en condiciones anatómicas y fisiológicas en un todo semejante á las que tenía antes de ser lesionado; de lo dicho resulta que quedan englobados en los primeros métodos, los tratamientos de las rupturas uterinas mediante inyecciones antisépticas, drenaje, taponamiento; en los segundos están comprendidos los sistemas que permiten la aproximación de los bordes de la ruptura, de los cuales merecen que se detallen con extensión dos que por el hecho de haber sido puestos en boga por dos distinguidos médicos argentinos y practicados en la Clínica Obstétrica y Ginecológica de Buenos Aires así como en el servicio del Profesor Enrique Zárate en el Hospital Fernández, merecen nuestra especial atención dados los buenos resultados con ellos conseguidos; me refiero á los métodos de los Doctores Boero y Chueco.

En 1874, Gustavo Braun, aplicó por primera vez en el servicio de la Clínica de Schroeder y en un caso de ruptura uterina, el método llamado de «drenaje»; la enferma sucumbió pero en nuevos casos nuevamente intentó la aplicación de este método obteniendo muchos éxitos, los cuales fueron publicados por Frommel, quien se declaró franco partidario de este sistema; el drenaje hizo campo en las escuelas alemanas y de Austria, teniendo por defensores á Hecker, Graefe, Morsbach y á Felsenreich; la publicación de historias clínicas de rupturas uterinas curadas por el

drenaje atrajo partidarios para este método en Francia y en 1890 Brossard, en su tesis reunió el detalle de 20 casos, que daban catorce curaciones; años más tarde Schauta, publicaba una serie de casos de rupturas uterinas curadas por este método y Pistacek se declaraba partidario de este sistema. La técnica del drenaje ha sido detallada por Frommel quien indica que se comience por un lavaje bien amplio de la cavidad peritoneal, mediante el pasaje bien abundante de una solución de ácido fénico al 2 %, ligeramente tibia, terminada esta primera parte se enjugaba los tejidos y con especialidad el cuello y la vagina; después aconsejaba introducir en la herida un amplio tubo de drenaje, el que consistía en un común tubo de goma semiduro, doblado en dos, con ramas de la misma longitud y al cual en la porción que formaba ángulo se le hacía una abertura y por la que se habrían pasado los líquidos formados en la cavidad peritoneal y á la altura de la ruptura uterina; las ramas descendentes del tubo estaban estrechamente unidas á fin de dificultar que pudiera establecerse entre ellas unión cicatricial entre los tejidos colocados por arriba y por abajo de dicho tubo; la extremidad superior del tubo de drenaje debía pasar de dos á tres centímetros, como máximo, de los bordes anfractuosos ó lineales de la herida uterina; la parte terminal de este sistema de drenaje pasaba poco más abajo del orificio externo del cuello uterino y antes de pasar se le retenía con un punto de sutura, con seda, y colocado á esta altura; la parte más externa

del drenaje era contorneado de algodón, antiséptico, rellenándose después la vagina y la vulva con el mismo material absorbente; estas últimas porciones de algodón se cambiaban repetidas veces durante el día. El drenaje permanecía 48 á 60 horas, tiempo al fin del cual se suponía que se habían constituido adherencias aisladoras en los contornos de la rupura uterina y las cuales se hacían más especialmente á expensa de la cubierta de la herida por el gran epiplon; pasado este término se retiraba el drenaje, habiéndolo hecho previamente con el algodón que rodeaba este sistema de desagüe; se procedía entonces á la irrigación minuciosa de la herida con la misma solución usada en el primer lavaje previo y el cual había tenido por objeto eliminar coágulos é higienizar el traumatismo uterino; los lavajes posteriores al retiro del drenaje tenían por fin evitar el peligro de la infección. Morsbach aconsejaba de que el sistema de drenaje se conservará puesto hasta que no diera paso él á derrame alguno. Por consejo de Frommel se debía administrar píldoras de ópio para inmovilizar el intestino y el útero, al mismo tiempo que se tenía á la lesionada en posición de decúbito dorsal, se le hacia colocar sobre el vientre una bolsa con hielo y se establecía un vendaje compresivo. Este método era de franca expectación y así lo concibieron Braun y Frommel; este último en apoyo de tal conducta y como exponente del éxito obtenido, publicó la historia clínica de una mujer que curó no obstante que el feto y la placenta, ha-

bían permanecido seis horas en la cavidad peritoneal.

El primitivo sistema de Braun ha sufrido modificaciones; el drenaje se ha llevado á cabo mediante tubos de cauchout, simples, dobles, tríples, en cruz, acodados; drenajes de vidrio, metálicos; también se ha substituído la forma ligeramente intra-peritoneal del drenaje por una forma llamada extra-peritoneal y la cual constituye el sistema de Felsenreich, el que permite llegue solamente hasta el borde peritoneal de la ruptura uterina; tubo de drenaje que se rodeaba de algodón como en la técnica de Frommel pero que era cambiado cada 24 horas, al mismo tiempo que el tubo de drenaje. Este método de expectación levantó serias críticas y uno de sus detractores fué Kroner, quien en 1884, indicaba la inutilidad del drenaje apoyado en una serie de 22 curaciones en 47 casos de rupturas uterinas tratadas sin drenaje. El método de Braun fué sospechado de incierto, poco útil y aún de peligroso; se le atribuía el que favorecía el ascenso de líquidos sépticos á la cavidad peritoneal, que en las inspiraciones facilitaba la entrada de aire en la misma cavidad, que dificultaba la cicatriz de la herida uterina en el espacio que ocupaba el drenaje y finalmente á este mismo método hubo que atribuirle intoxicaciones por el ácido fénico y peritonitis por irritación de la serosa ante el pasaje de la solución fenicada y la cual no refluía al exterior. Del método de Braun y Frommel solo ha persistido la idea fundamental, el drenaje tal cual lo concibieron estos autores

fué reemplazado por una mecha de gasa introducida por la herida hasta la cavidad peritoneal y hoy podemos decir que el drenaje de la desgarradura del útero se encuentra abandonado, que solo es empleado en las pequeñas desgarraduras situadas á la altura del cuello ó en los comienzos del segmento inferior, cuando la perforación no es total y cuando los vasos lesionados tienen poca importancia. Este método ha caído por completo en desuso pero no debemos dejar de comprender que como lo dice muy bien Tarnier: «el ha marcado la primera etapa en la aplicación de la antisépsia al tratamiento de las rupturas uterinas, él ha realizado un gran progreso, puesto que muchas rupturas completas del útero han podido curarse por este método».

Mientras la escuela alemana establecía para las rupturas del útero y como tratamiento de elección al drenaje, la escuela francesa, con Tarnier en primera fila ponía en práctica un nuevo método basado en la aplicación repetida ó continua de inyecciones antisépticas.

El procedimiento curativo de las rupturas uterinas mediante las inyecciones antisépticas ha recibido el nombre de método de Tarnier y fué puesto en práctica por este autor en su servicio de la Maternité, en París, en 1873, al mismo tiempo que por consejo de este autor, al año siguiente y en la Clinique d'accouchement, de París, Pajot instituíó este mismo tratamiento en las rupturas del útero; método que tuvo sus éxitos y que permitió á Brossard publicar una estadística de 63 casos con 30 curaciones.

Las inyecciones antisépticas eran intra-uterinas y vaginales, no debían en manera alguna ser peritoneales; se les repetía con mucha frecuencia ó se les hacía constantemente y sin interrupción por medio de instalaciones adecuadas; ellas tenían por objeto eliminar de los órganos genitales externos así como de la cavidad uterina y del contorno uterino de la ruptura, todos aquellos elementos que podían constituir causas de infección; con el lavado se trataban de eliminar los coágulos, restos de membranas y los líquidos orgánicos que podían ser fuente de infección. La técnica de la inyección intra-uterina comprendía como primer tiempo la más perfecta limpieza de la vulva y de la vagina, para lo cual se recurría á grandes lavajes de agua jabonosa y á la eliminación del jabón por medio de enjuagues con agua hervida y á toques con algodones embebidos en solución fenicada; terminada esta parte previa se pasaba á hacer cosa semejante en la vulva y en la vagina, las que eran completadas en su limpieza mediante lavajes vulvares y vaginales, á base de soluciones fenicadas; constatada la perfecta limpieza de la vagina y de la vulva y mediante el uso de separadores ó valvas, se ponía al descubierto el orificio externo del cuello, éste era tomado con pinzas por algunos autores y por otros no, se pasaba á la introducción de una sonda intra-uterina y cuya forma y sistema podemos decir que variaba con cada operador, sondas que comunmente eran á doble corriente y las más puestas en uso fueron la sonda

dilatadora de Tarnier, la sonda de Pista-
ceck, la de Frich, Sims, Kiwisch, etc; esta
sonda era dirigida hacia el punto donde
se suponía encontrarse el cuerpo uterino,
esto es, el segmento superior ó el inferior, el
que generalmente se encuentra desviado
hacia el lado que se opone á la ruptura del
útero; teniendo buen cuidado de que la
sonda entrara bien profundamente en la
cavidad del útero, con lo que se aleja-
ba el peligro de que el líquido antiséptico
usado pudiera caer en la cavidad abdomi-
nal; algunos autores aconsejaban, con el
fin de tener completa seguridad de que
la sonda se encontraba exclusivamente
contenida en el útero, de colocar uno ó
dos grandes tubos de drenaje, que tam-
bien llegaban hasta el fondo uterino, unas
veces para hacer deslizar la sonda parale-
lamente al tubo de drenaje, siguiéndolo,
acompañándolo hasta el fondo de la ca-
vidad uterina; otras veces el tubo de dre-
naje á que hacemos referencia tenía por
objeto servir como medio de conducir la
inyección antiséptica, al mismo tiempo que
permitía la salida de ella, de la cavidad del
útero; en este último caso el tubo de
drenaje por donde entraba el líquido an-
tiséptico era más largo, salía de la vulva
hacia el exterior, mientras que el otro
destinado al desague uterino y á dificultar
por lo tanto la retención de la solución
ya señalada, era más corto, sobrepasaba en
pocos centímetros al orificio externo del
cuello uterino.

El líquido destinado á hacer la inyec-
ción antiséptica intra-uterina estaba co-
munmente constituida por una solución de

ácido fénico al 2 %; Tarnier usaba de preferencia una solución alcohólica de bicloruro de hidralgirio; solución cuyo poder de intoxicación era muy crecido, ocasionó más de un fracaso y por lo tanto fué substituído por soluciones débiles de sublimado á $1/4000$ ó $1/5000$. Tarnier impresionado por el poder antiséptico de la tintura de iodo, quiso aplicar á ésta en el tratamiento de las rupturas uterinas, como ya lo había hecho cuando se hacían lavajes intra-uterino en los casos de infección puerperal; aplicó la solución de Lugol, iodo-iodurada al $1/1000$.

A la simplicidad del tratamiento de las rupturas uterinas se ha opuesto para su práctica diaria, los peligros de la intoxicación que pueden aportar las distintas sustancias antisépticas que se pueden emplear, es por esta causa que algunos casos han tenido fracasos en virtud de intoxicaciones graves ó mortales ocasionadas por el líquido empleado en la inyección: Tarnier era enemigo del uso de las soluciones fenicadas y con más especialidad cuando la mujer se encontraba en estado de shock, estado que reagrababa pues la absorción del ácido fénico en solución producía bajas de temperatura que llegaban hasta el colapso así como una destrucción de glóbulos rojos y blancos, que imprimían francas condiciones de una anemia toxica; en otros casos la solución fenicada venía á actuar directamente sobre el peritoneo y entonces la absorción era más clara, la intoxicación más franca y se presentaban complicaciones imputables al ácido fénico empleado.

A más de las inyecciones intra-uterinas, Tarnier aconsejaba inyecciones vaginales, repetidas cada dos horas; este autor no era partidario de la irrigación continua, tal cual la hacían los autores alemanes; él era partidario de inyecciones repetidas y por lo tanto intermitentes, lo que le permitía el empleo de soluciones más antisépticas, por el hecho de ser más concentradas; las inyecciones continuas tenían para Tarnier, la dificultad de exigir instalaciones especiales, como es la propuesta por Doleris, ella fatigaban á la enferma y requerían una escasa antisepsia por el débil poder anti-bacteriano de la solución empleada en una manera continuada, sin interrupción y que muchas veces se prolongaba cuatro, cinco y seis días.

El método de las inyecciones antisépticas y que es una franca expresión de la contemporización ó espectación en el tratamiento de las rupturas uterinas, al facilitar la formación de adherencias, al permitir que la ruptura uterina cure por segunda intención, contribuía también á alejar el peligro de una infección puerperal, pero en cambio tiene el peligro de concurrir con elementos fáciles para originar peritonitis tóxica ó medicamentosa, si pasa líquido á la cavidad del peritoneo; es por estas razones que el tratamiento de las inyecciones intra-uterinas en los casos de ruptura del útero ha sido abandonado pues ellas son más peligrosas que beneficiosas; se ha dicho que si las inyecciones antisépticas implicaban el peligro de intoxicación que se deriva de la substancia antiséptica empleada, podría reemplazarse-

le por amplios lavajes con agua simplemente esterilizada por la ebullición ó aséptica por la destilación y con más especialidad en aquellos casos en que la ruptura uterina no es completa; pero la experiencia demuestra que tal criterio no es exacto y que las ventajas supuestas para el método de irrigaciones asépticas é intra-uterinas no responde á las ventajas obtenidas por otros medios terapéuticos. Las condiciones que venimos de enumerar y el interés de evitar sus fracasos ha llevado á Dührssen á imaginar un nuevo tratamiento llamado de «taponamiento». El taponamiento de las rupturas uterinas como medio destinado á su curación fué puesto en práctica por primera vez por Duhrssen y encontró como sostenedores de tal técnica á Leopold, Pistaceck, Baur, Fernwald, á Tarnier, Braun, Gessner y muchos otros parteros contemporáneos á Tarnier. Este método ha tenido el mérito de llegar con partidarios hasta estos tiempos; Scipiades ha publicado en 1910 como conclusión de un estudio de la ruptura uterina basado en 91 casos personales esta indicación: «en las rupturas incompletas del útero la expectación con taponamiento debe ser la regla».

El método del taponamiento de la herida uterina ha sufrido modificaciones impresas por cada autor y que constituyen pequeñas variantes en la técnica ideada por Duhrssen. Tarnier, en su notable obra de obstetricia determina la manera de proceder al taponamiento y el que debe ser hecho con gasa iodoformada; he aquí su técnica: «Después de una toilette vulvar

y de una inyección vaginal antiséptica, se pone á descubierto el cuello uterino con la ayuda de valvas de Sims, se toman los dos labios con pinzas de Museux y se baja éste, combinando las tracciones hechas sobre las pinzas á la presión ejercida sobre el fondo del útero por encima de la pared abdominal. El cuello y el segmento inferior del útero pueden ser entonces inspeccionados en gran parte de su extensión. Se explorará la solución de continuidad del útero y si hay necesidad se aplicará una pinza hemostática sobre una arteria que de sangre, pero es raro que esto sea necesario. Se toma entonces con una pinza á dientes los bordes de la desgarradura, donde se hace una toilette minuciosa por medio de pequeños tapones de algodón hidrófilo embebidos en solución de sublimado. Si se ve derramar sangre por la herida uterina cuando se le entreabre, es que hay un derrame sanguíneo intra ó sub-peritoneal; en este caso será útil de hacer por la herida una inyección de agua esterilizada adicionada de cloruro de sodio ó mejor de ácido bórico con el fin de arrastrar la sangre derramada y los coágulos.

«Se procede en seguida al taponamiento del útero, á este efecto se introduce hasta el fondo del órgano una primera banda de gasa iodoformada de diez centímetros de ancho, cuyo cabo inferior queda en la vagina; después á travéz de la herida uterina se desliza una segunda banda de gasa que va á perderse hasta una cierta distancia en la profundidad, sea en el peritoneo, sea en el ligamento ancho, según

que la ruptura es intra ó extra-peritoneal y así se continua hasta llenar completamente la cavidad uterina; esto hecho se retira la pinza que fijaba y se continúa llenando de gasa iodoformada el cuello y la vagina. Se aplica en fin un vendaje abdominal compresivo, con el fin de fijar el útero y de mantenerlo bajo; desde ese momento la herida uterina no da lugar á derrames sangíneos y si no ha pasado ningún principio activo séptico en el peritoneo la curación puede ser obtenida».

«Al cabo de 24 á 48 horas, según la abundancia del derrame, se renovará el taponamiento iodoformado de la vagina, pero manteniendo más largo tiempo el del útero. La gasa iodoformada contenida en este órgano realiza el drenaje y la antisepsia; ella asegura igualmente la inmovilización».

La técnica del taponamiento varía para Dührssen, quien recomienda de que el taponamiento se haga á travéz de la ruptura uterina y remontando en la cavidad abdominal tan alto como sea posible; taponamiento que se hará con gasa esterilizada y por lo tanto rechazando la idea de emplear la gasa iodoformada aconsejada por Tarnier. En 1893 Braun aconsejaba en transformar este método, haciendo completo taponamiento á la manera aconsejada por Mikulicz, pasando á la cavidad abdominal por la ruptura uterina. Hoy se ha simplificado la técnica del taponamiento; ella se lleva á cabo tomando con dos pinzas de Museux ambos labios de la desgarradura uterina y llevando hasta

esta misma herida una banda de gasa esterilizada, la que viene apoyarse fuertemente contra ella para venir á constituir un verdadero tapón destinado á evitar que la herida uterina siga dando sangre, al par que tiene por primordial objeto el establecimiento de adherencias que dificulten la propagación de procesos infecciosos susceptibles de evolucionar en el útero y en la herida misma; este taponamiento contribuye á que la ruptura uterina pueda cicatrizar por segunda intención ó permita contemporizar momentaneamente con el caso clínico hasta colocar á la paciente en condiciones de poderse intervenir en ella en una forma más radical, cuando ya se ha alejado por completo el peligro del shock y de la hemorragia.

El taponamiento ha sido un método que ha tenido por defensores á grandes parteros de los años pasados; Duhrssen, Leopold, Bauer, Gessner, Braun, Pistaceck, Fernwald y otros han apoyado las ventajas de este método mediante estadísticas que aportan exponentes de su buen resultado; él asegura ó facilita la antisepsia, evita la hemorragia, pero no llena las esperanzas de un habitual éxito, su porcentaje de mortalidad es crecido, por otra parte este método no tiene resultado cuando el derrame hemorrágico parte al nivel de vasos desgarrados, cuyas paredes se encuentran retraídas en el espesor del tejido celular que contornea á la ruptura uterina; se ha objetado al taponamiento que constituye motivo para retención de los líquidos acumulados en la cavidad peritoneal, favoreciéndose así la infección;

esta objeción ha determinado la conveniencia de establecer el taponamiento conjuntamente con el drenaje, para lo cual este último se hace mediante tubos sólidos y sobre los cuales la compresión del taponamiento no tiene influencia. Este procedimiento no tendría para Brindeau más que una indicación en los casos de desgarraduras de la pared posterior del útero ó en las rupturas extra-peritoneales que no se acompañan de un desprendimiento muy extendido de la serosa. Así como ciertos autores han instituído como tratamiento de las rupturas uterinas el drenaje y el taponamiento, también se ha combinado el taponamiento y la sutura de la herida uterina llevada á cabo desde la cavidad vaginal.

Horrocks, Schmaus y Cholmogorof han ideado la posibilidad de que las rupturas uterinas puedan ser suturadas por vía vaginal, constituyendo técnicas de tratamiento cuyo manual operatorio implica en la casi mayoría de los casos dificultades insalvables puesto que no es posible arrastrar hasta la vulva ó mitad externa de la vagina los bordes de los tejidos del segmento inferior del útero ó aun del superior, que han sufrido el traumatismo de su dislaceración; por otra parte la estructura especial de los tejidos del segmento inferior, que se caracterizan especialmente por su delgadez y falta de resistencia hacen que los puntos de sutura corten habitualmente los tejidos y por lo tanto persista en más ó menos extensión la ruptura de la pared uterina. Una objeción capital para el tratamiento preconizado

por Cholmogorof resulta del carácter mismo de los bordes de la ruptura uterina, la que en el segmento inferior se caracteriza habitualmente por no ser lineal, por tener sus bordes desgarrados, dislacerados, en fleco y comprendiendo porciones de tejido que forzosamente deben necrosarse por falta de irrigación sanguínea y por pérdida de su habitual estructura histológica, son tejidos incapaces para continuar viviendo, que deben ser eliminados y que se desprenden por necrobiosis, muchas veces más allá del punto donde la sutura se ha hecho; es por estas razones que este método se encuentra actualmente completamente abandonado.

La técnica del procedimiento de la sutura de la desgarradura del tejido uterino por vía vaginal llamada operación de Schmaus-Cholmogorof es la siguiente: «Se baja previamente el cuello y los labios de la desgarradura, como se ha descrito á propósito del taponamiento; después se reúnen los bordes de la herida con agujas largas enhebradas con seda ó con catgut, teniendo cuidado de comprender el peritoneo en la sutura», se estrechan las puntadas dadas suavemente de manera que los puntos de sutura no presionen demasiado los tejidos y éstos se desgarren; estos puntos de sutura no son continuos y pasan á una distancia prudencial desde el borde de la ruptura uterina, lo que depende de las condiciones visibles en que se encuentran las paredes de la herida; anudados los puntos de sutura se dejan los cabos del material empleado para ella que vengán á salir hasta el borde

vulvar, para tener así en el momento que deben ser retirados un punto de apoyo que permita facilitar su extracción; las molestias y dificultades que requiere el retiro de los puntos de sutura, una vez transcurridos, seis á ocho días de efectuada la intervención, ha llevado á algunos operadores á emplear puntos alternos de seda y catgut y á otros á emplear tan solo el catgut iodado ó cromado y aún á usar hilos de sutura de tendón de reno, esto último con el fin de obtener que los hilos de sutura se desprendan espontáneamente en un término prudencial y evitándose así una nueva intervención engorrosa destinada á la extracción del material de sutura empleada. Cholmogorof dejaba el ángulo superior de la herida entreabierto y por él daba paso á una mecha de gasa iodoformada ó á un pequeño tubo de drenaje de goma; reducido el útero á su situación normal se taponaba la vagina; taponamiento que permanecía 24 horas al fin de las cuales era retirado para hacer un lavaje vaginal con un líquido antiséptico cualquiera, se restablecía nuevamente por 24 horas el taponamiento de la vagina, al fin de las cuales era nuevamente retirado y previo un lavaje vaginal se sacaba el tubo de drenaje ya señalado ó la mecha de gasa iodoformada que drenaba el extremo no suturado de la ruptura uterina. Cholmogorof ideó su técnica á raíz de un interesante caso en el cual le fuera dado tener que actuar y cuya historia clínica señala el azar de un éxito por demás difícil de repetirse; se trataba de una mujer portadora de una desgarradura transver-

sal del segmento inferior y de diez centímetros de longitud, el feto y la placenta habían caído totalmente en la cavidad peritoneal, una hemorragia profusa inquietaba por su persistencia; este autor no trepidó en hacer la extracción del feto y de la placenta por la vía vaginal, lavó la cavidad abdominal y procedió á reunir la amplia brecha dejada por la desgarradura, haciendo descender á ésta hasta la vagina, tomando sus dos bordes con pinzas, en este instante él procedió á la sutura del tejido desgarrado, constatando que por este medio la hemorragia cesaba por completo, colocados así diez puntos de sutura, dejando en el ángulo superior de la herida una abertura por la cual introdujo una mecha de gasa iodoformada; después taponó la vagina. Los hilos fueron levantados al décimo día y la mujer curó; tales son los datos que sobre esta observación publica Tarnier. Este éxito, que es de admirar por más de un concepto y que hoy no hubiera sido científica ni razonadamente intervenido en esta forma, alagó á su autor y lo llevó á preconizarlo como un medio de tratamiento capaz de aportar una crecida suma de resultados beneficiosos, pero en el terreno de la práctica las cosas no han evolucionado tan risueñamente y es un método completamente abandonado.

El método de Chalmogorof impresiona por su excelencia como principio terapéutico é investigado en sus detalles responde á un perfecto concepto de criterio de cirugía obstétrica y de antisepsia, pero desgraciadamente su ejecución está llena

de dificultades, ella implica una serie de condiciones que difícilmente se presentan conjuntas y las que tienen por punto de partida especialmente que la lesión uterina no remonte hacia el anillo de Bandl, que no se extienda más allá del cuello uterino y más especialmente que las condiciones vaginales permitan ejecutar la señalada sutura; por otra parte, ocluida en esta forma la herida uterina hay que contar con la ausencia de elementos pasados á la cavidad peritoneal y que puedan determinar un proceso infeccioso, que fácilmente daría lugar á una mortal peritonitis puerperal; además es necesario suponer que las condiciones higiénicas de la vagina y del cuello no aportarán procesos infecciosos que fácilmente pueden remontar hasta el peritoneo. El drenaje aconsejado por Chalmogorof y que éste colocaba en el ángulo superior de la ruptura uterina ha sido pasado por autores más modernos al punto de mayor declive en la ruptura uterina y el que en la mayoría de los casos está situado en el ángulo inferior de dicha ruptura.

Se ha pensado que como cosa natural y que se deduce del traumatismo uterino, podría el útero ser extirpado por vía vaginal; impresiona favorablemente esta idea, así lo han interpretado Neugebauer, Ivanoff, Solowig y Schrobak; en efecto si el útero está roto y su contenido ha sido evacuado á travéz de la vagina y hay una franca sintomatología de hemorragia, si la lesión uterina implica dificultades para la sutura del órgano y su restitución fisiológica, nada parecería á primera vis-

ta más indicado que una intervención radical por vía vaginal como es la histerec-tomía, sin embargo la técnica de este pro-cedimiento ofrece dificultades tales que esta intervención no ha podido contar con mayores suma de partidarios. Esta ope-ración es sumamente difícil de poder prac-ticar, hay obstáculos generalmente insal-vables que se oponen á ello y uno de estos es la exagerada blandura del seg-mento inferior y la habitual dureza y re-tracción del segmento superior; el seg-mento superior es muy difícil de hacerlo pasar á travéz de la vagina, cuando se encuentra retraído y en una forma glo-bulosa, que le es tan común después de producida la ruptura uterina; sería en el caso de una inercia total que tendría con-sistencia suficientemente blanda para po-derlo hacer descender con una relativa facilidad. Los operadores que han prac-ticado la histerec-tomía vaginal en los ca-sos de ruptura uterina, dicen que esta ope-ración es muy difícil de llevar a cabo sobre un útero blanduzco como es el gravído; pe-ro hay otras dificultades que aumentan las dudas sobre esta clase de intervención, la hemostasia no siempre es completa, pue-den quedar vasos lesionados que no que-den englobados en la sutura de la histe-rectomía y que una vez efectuada esta ope-ración, continuen dando lugar á una he-morragia interna, cuya gravedad está des-contada.

Bumm es partidario de un método es-pectante en ciertos y determinados casos de rupturas uterinas y así aconseja que si el feto «está todo entero ó en su mayor

parte alojado en el útero, se le extraiga por vías naturales, eventualmente despues de la reducción previa de su volúmen; si la hemorragia se detiene despues de la extracción, todo se reduce á colocar una bolsa de hielo sobre el abdómen, á administrar ópio y hacer observar un reposo absoluto. La desgarradura peritoneal se cierra muy rapidamente y ya uno ó dos días más tarde, el gran peligro ha pasado. Si la hemorragia continúa despues de la extracción ensáyese de cohibirla por el taponamiento del útero y el cuello, reforzado por una sólida compresión del abdómen, destinada á hundir el útero en la excavación pelviana», en una forma tal que la presión llevada á cabo sobre el útero viene á unir intimamente los bordes de los tejidos uterinos de la herida, y de modo que permaneciendo estos en contacto llega en pocos días á constituirse adherencias que inician un proceso de cicatrización y al final del cual quedan nuevamente los tejidos con las relaciones anatómicas que anteriormente tenían. A este método se le hace la objeción de que la cicatrización puede hacerse en una forma anómala, que confiere menor resistencia para los embarazos sucesivos y que por lo tanto facilitan rupturas en nuevas gestaciones.

Evacuado el útero cuyas paredes están rotas, espontáneamente y en virtud de los fenómenos fisiológicos que son propios al parto, ya artificialmente por intermedio de los métodos ó maniobras que hemos señalado en el comienzo de este capítulo, estando vacío por lo tanto el órgano lesionado, caben tratamientos que engloba-

dos en el concepto de conservadores, no requieren intervención quirúrgica alguna y cuya vía de ejecución es vaginal; de estos tratamientos hemos enumerado varios, cuya importancia es dudosa y cuya ejecución es algunas veces bien difícil; tratamientos que muchas veces son el resultado de modalidades especiales del caso á intervenir y que no tienen el carácter de ser generalizados; otros tratamientos se ajustan con generalidad á la índole de las rupturas uterinas completas del segmento inferior y ofrecen la condición de poder generalizarse á la mayor suma de casos clínicos; lo que acontece con el procedimiento de Bumm y con dos métodos que relataremos con detalle porque á más de su valor científico reúne las condiciones de ser métodos argentinos y estar acompañados de un porcentaje de éxitos que abona su bondad como sistema curativo de las rupturas uterinas.

En el Congreso Internacional Americano de Medicina é Higiene, en Buenos Aires y reunido en 1910, el doctor Enrique A. Boero presentó una comunicación sobre «El tratamiento Conservador en las Rupturas Completas del Segmento Inferior del Utero, nuevo procedimiento no Quirúrgico por vía Vaginal» y cuya técnica comprende tres tiempos; el primero se refiere á la extracción del feto y al respecto su autor dice: «Considerando que el feto ha muerto siempre, lo que constituye una ventaja, él debe ser extraído lo mas rápidamente posible y por medio de intervenciones que no signifiquen un cambio de presentación (versión) que favore-

cen la infección, así: la embriotomía cervical en las presentaciones de hombro, la basiotripsia ó el forceps (si no hay estrechez pelviana) y la extracción por las nalgas en las cefálicas y pelvianas respectivamente, nos permiten extraer primero la parte fetal que se presenta, que muy seguramente por su contacto con la vagina y los tactos que sobre ella se ha hecho, sería un peligro de infección para el peritoneo, si por medio de una versión en la cefálica y de hombro, se le hiciese durante la voltereta pasar por aquella serosa que aun está indemne de gérmenes.

«Es también conveniente que durante la aplicación de instrumentos la presentación no sufra desplazamientos que podrian ampliar la herida uterina (basiotripsia), ésto para los casos en que el feto no ha pasado á la cavidad abdominal y está muerto (99 %). El niño vivo siempre conserva su derecha y en tal concepto él puede modificar completamente el tratamiento. Cuando el feto está alojado en la cavidad abdominal la extracción pelviana con grandes precauciones y prevenidos para la cabeza (estrechez pelviana, hidrocefalia) es el procedimiento de elección.

«La tracción sobre el cordón nos podrá guiar para el alumbramiento, si la placenta está totalmente desprendida, caso frecuente, ella saldrá sin otra maniobra, si no lo estuviera se procederá al alumbramiento artificial.

«La medicación para el estado general que hemos dado como segundo tiempo, porque complementa el tratamiento y porque se ejecuta al mismo tiempo que los

otros, debe iniciarse por manos de varios ayudantes tan pronto como la enferma está anestasiada. El suero artificial en inyecciones sub-cutáneas ó intra-venosas, según la gravedad del caso, y á grandes dosis, constituye con la cafeína, éter, aceite alcanforado y las fricciones de vinagre aromático, los grandes medios de lucha contra el shock y la hemorragia durante la intervención, para reservar la ergotina, la calefacción y los estimulantes por vía gástrica para después de terminada aquella.

«Tercer tiempo. Es el principal del método conservador, lo es tambien de esta comunicación destinada á demostrar su eficacia y nuestro procedimiento operatorio.

«No deben practicarse irrigaciones intra-uterina ó vaginal.

«Extraído el feto y sus anexos, siguiendo los preceptos antes indicados, se introduce la mano á la vagina y se extraen los coágulos y la sangre que han descendido á ella, luego se le lleva al segmento inferior y muy delicadamente, ascendiendo por su pared anterior y si en ella no hay lesión, por la posterior, se llega al borde de la desgarradura que se la sigue (en las rupturas transversales y oblicuas que constituyen la mayoría), de izquierda á derecha ó vice versa, hasta que se encuentre su lugar de nacimiento ó extremidad inferior, que puede estar en la vagina, el orificio externo del cuello ó en el segmento mismo, punto en donde se reunen ambos labios de la herida formando ángulo; se toma el labio superior con el pulgar y el

índice á la altura de la línea mediana y se le desciende hácia el cuallo, se pasa su cara externa ó peritoneal rosando la cara interna ó mucosa del inferior, quedando así imbricado el primero detrás del segundo, se reemplaza la toma hecha por los dedos por otra practicada con una pinza de cuatro dientes de Museux, que toma todo el espesor del labio en tejido firme. En esta forma los segmentos inferior y medio quedan fijados, tienen un punto de apoyo y se retraen. Los dedos que dejaron su toma siguen reconociendo el labio superior, sin peligro de infectar el peritoneo porque á medida que ellos se dirigen hácia la mayor abertura de la brecha, ésta se va cerrando por tracción sobre la pinza colocada, cuando se hallen á la altura del anillo de Bandl y cerca de la cara lateral del segmento inferior, practican una nueva toma que sirve de guía á la colocación de una pinza igual á la anterior y por tracción sobre la cual se consigue imbricar todo el labio superior de la herida detras del inferior y cerrar así la comunicación de la cavidad útero-vaginal con la peritoneal, menos en un punto, á la altura del ligamento ancho en donde queda un pequeño tunel que se aprovechará para el drenaje.

«Imbricando aún más los colgajos de la herida uterina por tracción sobre ambas pinzas y por presión del cuerpo del útero á travéz de la pared abdominal, éste viene á quedar fuertemente inclinado hácia adelante y un poco hácia el ligamento ancho abierto, al cual comprime y bien retraído por el sostén que le ofrecen las pinzas

que se dejarán durante tres días; se las confía á un ayudante para que las mantenga bien fijas; la mano derecha armada de otra pinza de curación vaginal va á practicar el taponamiento con una banda de gasa iodoformada de diez metros de largo por diez á quince centímetros de ancho, sirviéndose de la izquierda como guía.

«El taponamiento operará una moderada compresión para aplicar bien una detrás de otra las caras imbricadas de los colgajos uterinos y servirá además como hemostático y sostén de las pinzas y del tubo de drenaje. Para practicar el taponamiento la mano guía se dirigirá hacia el túnel ó abertura que quedó á la altura del ligamento ancho y lo separa, sobre ella se desliza la pinza armada de la gasa y se lleva á ésta de manera que formando mecha llegue hasta el peritoneo; se llena el túnel y después de taponar ligeramente el segmento inferior, se colocará apoyado sobre las ramas de las pinzas y paralelo á ellas un tubo de drenaje de cautchut endurecido y fenestrado lateralmente, que evitará los inconvenientes del taponamiento; su extremidad superior debe llegar muy cerca de los dientes de las pinzas y la inferior hasta la vulva sin salir de ella; se llena de gasa el segmento inferior y en seguida se columniza la vagina en forma tal que las pinzas de Museux y el tubo de drenaje queda en su centro, para que les de firme sosten y les impida su contacto con la mucosa.

«Los segmentos superior y medio no se taponan; terminada la operación, el útero queda estrechamente aplicado sobre la

excavación, bien retraído, poco movable y formando un tumor redondeado palpable inmediatamente por detras de la pared abdominal.

«La hemorragia que pudiera existir durante el taponamiento facilita su ejecución porque impregna la gasa que en estas condiciones se hace más hemostática. Si la vejiga hubiese sido interesada, se colocará una sonda permanente.

«El método operatorio que hemos descrito para las rupturas transversales y más ó menos oblicuas de la cara anterior del segmento inferior, que constituyen la gran mayoría lo es también para los de la cara posterior y más ventajosamente, porque el drenaje peritoneal se efectúa más facilmente (punto declive). Difiere solamente en que en ellas el labio superior queda imbricado delante del inferior.

«Las rupturas completas del segmento inferior que interesan solamente sus caras laterales generalmente son de dirección vertical, parten del orificio externo del cuello y son de origen operatorio, en estos casos, cuando se aplique el tratamiento conservador, la imbricación es posible tomando por su parte media cada labio de la herida con una pinza, cruzando la que toma el posterior por encima de la otra, que quedará fija y manteniéndolas en esa posición por el tratamiento.

«Como habrá podido notarse el operador deberá cuidar en lo posible que su mano no pase al peritoneo, ella podrá retirar los coágulos que se hallen entre los tejidos del ligamento ancho abierto, pero se guardará de la exploración pasando á travéz

de la desgarradura con el objeto de cerciorarse de la extensión de la lesión y de saber si es completa ó no. Cuando con ese propósito se quiere tocar el peritoneo de la pared abdominal anterior y el escaso espesor de los tejidos que separan la mano exploradora de la que palpa el vientre ó al intestino que está en las proximidades, no se hace más que infectar aquella serosa. Sin esas maniobras es posible saber si la ruptura es completa, durante la intervención que fija el colgajo superior con las pinzas y del siguiente modo: imbricado ó descendido aquel, al dedo le es fácil reconocer su cara externa recubierta de peritoneo por los caracteres de esa serosa y un punto que quedará excluido de la cavidad abdominal por la misma imbricación. En las rupturas incompletas, en las que la pared del segmento inferior está bien desgarrada, pero en las que el peritoneo está íntegro aunque desprendido de su cara externa hasta su porción fija, no se percibe por el tacto la superficie lisa y pulida de esta membrana, se toca una debilmente áspera difícil de confundir con ella.»

«En todos los casos es posible aislar la cavidad abdominal sin haber tocado para nada la serosa que la recubre; á los líquidos, sangre, meconio, etc., que podrían existir en su interior siendo aséptico por su origen, que está lejos del foco de infección (vagina), no hay que temerles, (exceptuando los casos de infección del huevo en los que la siembra del peritoneo es inevitable y la peritonitis fatal) pues fuera de drenar al exterior, lo hacen

por un medio antiséptico (gasa iodoformada), en efecto, hemos notado varias veces este hecho que tiene importancia: al retirar el taponamiento, la primera porción de gasa, la del tercio anterior de la vagina, está impregnada con un líquido sanguinolento muy fétido, fetidez que va desapareciendo á medida que se le extrae, retirándose la última porción, la que fué como drenaje peritoneal y al segmento inferior, no solamente sin otro olor que el de iodoformo sino también empapada de sangre y líquidos no alterados. Aquellos líquidos que pudieron haber quedado en el peritoneo son reabsorvidos totalmente, dando una lijera reacción peritoneal de defensa, que hemos observado varias veces y que indica la bolsa de hielo en permanencia sobre la fosa iliaca.

«El tratamiento que conserva al útero, aunque transitoriamente, evitando en lo posible la extensión de la infección, pone al organismo, coadyuvado por el tratamiento general, en las mejores condiciones para luchar con sus potentes medios de defensa y en este sentido hemos podido apreciar el rol importante que desempeña el gran epiplon contra la infección del peritoneo.

«Como corolario es necesario decir que la eficacia de estos medios de defensa orgánica está en razón directa del estado general de la enferma, el shock y la hemorragia.

«En las enfermas que han sido tratadas por este método y que han llegado á la Clínica Obstétrica en grave estado, hemos

constatado á las doce ó quince horas tal mejoría del estado general, que siempre nos han inclinado hacia el optimismo en el pronóstico para las complicaciones alejadas; en efecto, el pulso disminuye mucho su frecuencia, se hace más tenso, la calorificación es buena, la cara ha perdido esa expresión que le da el shock y por fin el estado intelectual es tan despejado que llama verdaderamente la atención al que ha tenido la oportunidad de ver las hicterectomizadas por la misma causa.

• «Hay que hacer notar además el poco ó la falta absoluta de dolor postoperatorio, que contribuye á que la paciente pueda dormir y reparar muchas fuerzas.

«Los cuidados post-operatorios exigen pocas condiciones: inmovilidad en decúbito dorsal y especialmente de los miembros inferiores, hielo en permanencia al vientre, dos toillettes vulvares al día seguidos de otros tantos sondajes vesicales, 500 gramos de suero artificial en dos dosis, con ó sin cafeína y régimen lácteo absoluto.

«Al tercer día se retira muy lentamente y totalmente el taponamiento de gasa, al mismo tiempo que para facilitar la operación se practica una irrigación vaginal antiséptica. luego y con mucha suavidad se desprende la pinza que se colocó última y se la extrae, la misma operación se hace para la otra. Se termina por una prolongada irrigación vaginal á muy débil presión, si hubiera materia fecal en el recto se la extrae por presión á travez del tabique recto-vaginal. Por el momento es

prudente no efectuar exploración alguna. Nunca hemos observado hemorragia después de retirada las pinzas de sosten uterino, ni la menor alteración del estado general.

«El útero queda fijado por las adherencias de nueva formación en el punto en que lo mantuvieron las pinzas. Se observa una sub-involución muy marcada. Si en los días sucesivos hubiese infección local ó general se la trata como de ordinario. Si la infección se extiende al peritoneo deberá colocarse un tubo de drenaje por la desgarradura, combinándolo con otro abdominal si fuese necesario.

«Es frecuente la inflamación del desvío celular del ligamento ancho desgarrado, que supura y suele dejar una fístula que es difícil de curar por medios simples.

«Si la desgarradura se hizo sin incidente, las enfermas quedan en muy buenas condiciones; algunas sufren dolores debido á las adherencias que dejan al útero en latero-versión, inclinado hacia el lado del ligamento ancho desgarrado.

«En la Clínica Obstétrica á que pertenecemos se ha practicado sistemáticamente y durante varios años la histerectomía total ó subtotal por vía abdominal como tratamientos de las rupturas uterinas que ingresaban de urgencia; los resultados obtenidos dejaron mucho que desear, la mortalidad maternal era tan grande que se renunció por completo á su práctica, fué entonces cuando en presencia de un caso nuevo, consultado el Profesor Jefe de la Clínica, indicó que se le practicara un taponamiento y fué sobre este mismo caso

que como Interno debíamos tratar urgentemente, que ideamos el procedimiento de imbricación por medio de las pinzas y el taponamiento, posteriormente considerado el resultado obtenido se le aplicó á otros y se le seguirá empleando ,dados sus buenos éxitos.

«Hemos tenido oportunidad de ejecutarlo cinco veces y hemos obtenido 4 curaciones ó sea un 80 %, resultado que no obstante el escaso número de observaciones tiene importancia, especialmente si se le compara con el que tuvo la histerec-tomía.

El Doctor Alberto Chueco, siendo Jefe de Clínica del Servicio del Profesor Zárate en el Hospital Fernández, tuvo oportunidad de tratar varios casos de ruptura uterina mediante un procedimiento cuyo buen resultado me lleva á hacerlo conocer así como por el hecho de ser este un método nacional. El método de Chueco consiste en que «Constatada la magnitud de la ruptura y extraída la placenta, tomamos con la mano izquierda el extremo inferior del hocico de tenca por su parte inferior y colocamos en ese extremo una pequeña pinza de Kocher, por intermedio de la cual descendemos suavemente, todo lo más que nos fuera posible dicha extremidad, á la que mantenemos en ese sitio por medio de la mano derecha, luego procedemos á efectuar análoga operación con la cooperación del índice y pulgar de la mano izquierda para el hocico de tenca posterior, tratando de poner á igual nivel ambas extremidades y afrontando las su-

perfiles cruentas, las que son mantenidas fijas por la mano izquierda para las rupturas del lado homólogo y vice versa para las rupturas del lado derecho; con la mano opuesta, á la que mantiene ambos extremos, después de haber previamente constatado que no existe comprendida entre las superficies adosadas la presencia de órgano alguno de la cavidad abdominal (intestino, epiplon, vejiga), llevamos una pinza clamps cuya extremidad terminal se halla acodada en ángulo recto por la parte externa del útero, vale decir por la superficie peritoneal, entrando por lo tanto por el fondo de saco vaginal herido; ésta primera pinza clamps de extremidad acodada es colocada lo más alto posible, es decir, á inmediaciones de la extremidad superior de la herida de la pared uterina; una segunda pinza se coloca en la mitad total de la ruptura y por último una tercera, que comprende la parte cervical del cuello».

Los mangos de la pinzas clamps quedan siguiendo el eje mayor de la vagina y por lo tanto los tres clamps se hallan colocados paralelamente; estas pinzas clamps han sido hecho construir bajo la dirección del Doctor Chueco, ellas tienen desigual tamaño en sus ramas pero el eje de su articulación se encuentra á igual distancia del mango de modo que las extremidades más externas vienen á quedar á la misma altura y en lo que respecta á las últimas pinzas á colocar ellas son con ramas en forma de riñón, son sumamente delgadas como las pinzas clamps que se usan en cirugía intestinal, de manera que la presión que ellas ejercen

es lijera y al adosar las dos superficies de la herida uterina, lo hacen sin mortificar los tejidos; colocadas las pinzas en la forma que acabamos de señalar, ellas son inmovilizadas mediante un taponamiento vaginal que se efectúa con gasa iodoformada.

Establecido el tratamiento de la ruptura uterina según el método de Chueco se procede á combatir los fenómenos de shock, mediante los medios que ya hemos señalado y que se destinan á la terapéutica de este grave fenómeno patológico; al día siguiente de la intervención se cambian las gasas iodoformadas y en el tercer día se retiran las pinzas haciendo nuevamente un taponamiento vaginal y que por lo tanto no pasa más allá del orificio externo del cuello; al cuarto día se principian á hacer lavajes vaginales, los que continúan durante diez días.

Los tratamientos conservadores y no quirúrgicos de las rupturas uterinas según los métodos de Boero y Chueco reúnen ventajas que abonan la escasa mortalidad que ellos tienen, reuniendo por otra parte la gran ventaja de estar al alcance de cualquier práctico y poderse llevar á cabo con toda facilidad en la clientela privada, allí donde no contamos con mayores elementos para solucionar el tan grave problema de la ruptura uterina.

Bajo el punto de vista de la mas estricta terapéutica obstétrica la laparotomía ó gastrotomía de Thibeault des Bois (1778) sería el tratamiento de elección en las rupturas uterinas, si solo hubiera que luchar con el traumatismo uterino y no también con el estado general de la lesio-

nada; la laparotomía permite ir á ver la extensión de la ruptura uterina, sus caracteres anatómicos é histológicos; las complicaciones que suelen acompañar á la ruptura uterina; la caída ó pasaje de líquidos, sangre, restos ovulares, etc., etc.; esta intervención facilitaría la sutura de la ruptura del útero, la extirpación de este órgano cuando el no es posible de ser conservado, permitiría la elección del tratamiento quirúrgico mediante un método apropiado al caso clínico; en fin, mil circunstancias que se derivan de la ruptura uterina implican la conveniencia de que esta lesión sea tratada por vía abdominal; pero es la acentación de los síntomas de la ruptura uterina, la que constituye un obstáculo para que así sea y de ahí el valor de todos aquellos métodos que sin llegar á aumentar el traumatismo orgánico pueden llegar á curar la ruptura del útero; pero desgraciadamente existen casos en que el tratamiento conservador y no quirúrgico no es factible como acontece cuando el feto y la placenta, ambos ó uno de ellos ha caído en la cavidad abdominal; entonces se impone la necesidad de una intervención llevada á cabo á travéz de la pared abdominal y la cual permite atacar de lleno el traumatismo uterino en un amplio campo de acción, teniendo ante la vista al órgano lesionado y pudiendo darse cuenta de que técnica ó método tiene más ventaja dada la morfología de la ruptura; no cabe duda alguna que lo más justo, lo más lógico y lo más científico es llegar á imponer un tratamiento directo á la ruptura uterina por vía abdo-

minal y ese es el criterio de los autores, son tan solo las condiciones generales de la mujer, las faltas de resistencia orgánica que resulta del predominio de los síntomas de la ruptura uterina los que hacen que así no sea; es la laparotomía el tratamiento ideal de la mayor parte de las rupturas uterinas.

Por vía abdominal se interviene en las rupturas uterinas con el fin de suturar la desgarradura ó de extraer el órgano lesionado; llenándose también las demás exigencias terapéuticas y que puedan responder de las complicaciones posibles de la ruptura uterina.

Las intervenciones por vía abdominal tienen por objeto la extracción del feto y de la placenta y de instituir un tratamiento á la ruptura uterina, cuya técnica comprende dos tiempos; el primero consiste en la laparotomía propiamente dicha, con la cual se llega á poder retirar el feto, placenta y sus anexos, se retira el líquido caído en la cavidad peritoneal, el que generalmente es sangre y coágulos, por excepción será líquido amniótico y en el caso de ruptura de vejiga ó intestinos se añadirán la orina y la materia fecal; el segundo tiempo está constituido por el tratamiento de la ruptura, el que puede consistir en la sutura de la desgarradura, en el taponamiento abdómino-uterino y por la histerectomía, que puede ser total ó sub-total. Estudiemos cada uno de estos métodos.

En las mas antiguas obras que han llegado hasta nuestros días y en las que se indican un tratamiento científico cuando

se rompe el útero y el feto pasa á la cavidad abdominal, se hace mención de la apertura del vientre con el fin de retirar á éste y á la placenta, que comunmente le acompaña, esta intervención ha sido metodizada por Thibault des Bois, cirujano de Mans, quien publicó un trabajo en Mayo 1768, que vió la luz en el Journal de Medecine de París, y en el que están recopilados algunos casos que se habían publicado así como la técnica que debía emplearse en tal intervención; esta intervención llamada gastrotomía es la que ha llegado hasta nuestros días con el nombre de laparotomía ó de celiotomía y la que al decir de Tarnier está indicada cuando la infección ha penetrado en el útero y en el peritoneo, cuando la hemorragia continúa y cuando el feto ha pasado todo entero á la cavidad abdominal.

La laparotomía tiene indicaciones que implican su razón de ser y que se derivan de elementos inherentes á la ruptura uterina, es así que Fehling, Leopold y Fritsch indican la necesidad de laparotomizar en los casos de ruptura uterina atendidos por vía vaginal, con feto y placenta extraídos por esta misma vía, cuando no se puede dominar la hemorragia.

La técnica de laparotomía es bien simple, ella consiste en la incisión mas ó menos amplia de la pared abdominal y en un punto que si bien generalmente es la línea media, puede lateralizarse mas ó menos, llevando la incisión á la parte donde se sospecha que está localizada la ruptura uterina y la cual para Trajewski sería la fosa iliaca en los casos de ruptura sub-

peritoneal; la incisión operatoria debe hacerse siempre bajo anestesia general, excepcionalmente por raqui-anestesia; estando colocada la mujer en una posición perfectamente horizontal ó de ligero declive inferior, esto es, en una posición en un todo contraria á la de Morand-Trendelenburg, con el fin de evitar que la sangre y los líquidos contenidos en la cavidad peritoneal puedan refluir hácia la parte superior de esta misma; abierta la cavidad peritoneal, mediante todos los requisitos que exige la mas perfecta asepsia y antisepsia, se extraen el feto y la placenta, después se retiran los coágulos y se enjuga la sangre y demás líquidos, se hace prolija y completa toilette peritoneal; mediante compresas, se aíslan los intestinos y recién entonces se coloca á la mujer en posición de Morand-Trendelenburg, se toma el útero con pinzas ó con las manos y se investiga prolijamente las lesiones que éste ha sufrido, se constata el origen de la hemorragia á los fines de poderle instituir un tratamiento que la cohiba por completo y entonces nada mas fácil que tomarla con una pinza á la arteria que da sangre, si ella es pequeña ó efectuar una ligadura si es la arteria uterina la que desgarrada es fuente de hemorragia; examinando el útero y determinadas las condiciones en que la lesión se encuentra, con especialidad á su longitud y á la nitidez y simplicidad de sus bordes, se procede á establecer cual es el tratamiento á seguir y destinado en un todo á la terapéutica de la ruptura uterina; hay tres métodos de tratamiento: taponamiento, su-

tura é histérectomia, cada uno de ellos tiene una indicación, su técnica y sus ultioridades respecto á la función gravídica del útero.

Efectuada la laparotomia se debe tener en cuenta que no quede en la superficie de la serosa elemento alguno que pueda ser origen de infección, por lo tanto se retirarán los restos de sangre, meconio, substancia sebácea, líquido amniótico, etc., etc., para ello después de retirados estos elementos se hará un amplio lavaje con alguna solución lijeraente antiséptica y no tóxica, con agua salada ó con lo que es más común: suero fisiológico; hecha la toilette perfectamente, llega el momento de establecer si el tratamiento á seguir puede ser conservador ó mutilador; ello depende de la extensión de la ruptura y de las complicaciones que la acompañan y muy especialmente de que se sospeche que haya infección uterina ó que no exista; si el tejido uterino presenta desgarraduras graves ó múltiples, si los bordes están contusionados y muy infiltradas las paredes, si existe eversión uterina (como en el caso de Slawianski), si están ampliamente comprometidos los ligamentos anchos, si hay francos síntomas que implican una infección uterina que hacen sospechar las posibles contingencias de una infección generalizada, si se trata de una ruptura uterina sobrevenida sobre la cicatriz de una operación cesarea ó si la ruptura uterina es á repetición, si la mujer portadora del traumatismo uterino se aproxima al límite de su vida obstétrica ó si hay lesiones uterinas que implican la

posibilidad de romperse nuevamente en embarazos posteriores y en fin si hay otras indicaciones clínicas que así lo determinen, debe procederse á la ablación del órgano lesionado; pero si no concurren estas circunstancias, la ruptura uterina es pequeña, sus bordes están relativamente en buenas condiciones, la mujer se encuentra en los comienzos de su vida obstétrica, se sospecha que no existirán complicaciones sépticas, el tratamiento será conservador; tenemos pues dos conjuntos de condiciones que implican dos conductas á seguir y terminada la laparotomía es llegado el momento de resolver el problema de conservarse el útero ó de extirpársele, para lo cual tenemos en el caso de que el útero sea conservado la sutura y el taponamiento y en el caso que el órgano deba ser extraído se recurrirá á la extirpación total ó parcial de éste.

La hemostasia, la antisepsia y el drenaje constituyen para Tarnier las ventajas del tratamiento del taponamiento, previa laparotomía en los casos de ruptura uterina, tratamiento fácil y rápido en su ejecución. He aquí su técnica: estando vacío el útero se lleva una ancha banda de gasa, que puede ser iodoformada ó simplemente aséptica, por vía vaginal y se introduce al útero, con el fin de taponarlo; ella será retirada más tarde por el mismo camino que se ha seguido para su introducción. Otra amplia mecha de gasa aséptica es llevada por la herida uterina á fin de completar el taponamiento de este órgano y de manera que ella separe los bordes de la herida y llene el espa-

cio comprendido entre ellos; cerrada la herida operatoria abdominal se columniza el espacio comprendido entre la ruptura del útero y la pared del abdómen de manera tal que la mecha venga á salir por la herida abdominal. De esta manera queda taponado el espacio retro-vesical y el fondo de saco peritoneo-uterino en la forma de taponamiento de Mikulicz; algunos autores y entre ellos Tarnier aconsejan que este segundo taponamiento no entre en la cavidad uterina.

El taponamiento vaginal y el abdominal deben permanecer un tiempo que segun las condiciones del caso obstétrico puede llegar hasta tres días, obteniéndose con ello una compresión de los bordes del útero que facilita la adhesión de los labios de la ruptura, cuando se ha hecho el taponamiento según la técnica de Tarnier ó favoreciéndose la producción de adherencias aisladoras cuando la mecha de gasa abdominal ha sido introducida hasta la cavidad uterina; retirada la mecha conducida por vía vaginal, se hace un lavaje de la vagina con una solución antiséptica seguida de un nuevo taponamiento simplemente vaginal y el que se sigue repitiendo diariamente; respecto al taponamiento abdominal y que como hemos dicho no debe retirarse muy pronto, es reemplazado por uno nuevo con una mecha de menor diámetro pero profundamente conducida, de manera que llegue hasta el borde peritoneal de la ruptura uterina.

El taponamiento tiene en su favor el que es un tratamiento fácil y rápido, que expone menos que otras intervenciones de

mayor duración en su técnica, al shock; este método da buenos resultados pero su valor es escaso cuando existe infección puesto que la mecha de gasa constituye un obstáculo para el drenaje de los líquidos sépticos que puedan formarse; por otra parte es imputable á este método el que favorece el establecimiento de adherencias útero-abdominales, á tipo de útero fijación abdominal, con todos sus peligros obstétricos, pudiendo también determinar adherencias útero-intestinales que pueden aportar complicaciones más ó menos serias en el mecanismo de la circulación de las materias fecales; otras veces se establecen adherencias útero-epiploicas que son molestas por más de un concepto; cuando el taponamiento se ha hecho abdómino-uterino puede quedar una amplia cicatriz uterina, esto es, una estructura cicatricial muy ancha y favorecerse entonces la posibilidad de una nueva ruptura en un siguiente embarazo; en el mejor de los casos puede producirse una flexión anterior ó posterior del útero y que contribuirá á una distocia en un nuevo embarazo.

El método del taponamiento, cuya simplicidad encanta es desgraciadamente un proceder que da una mortalidad casi de un 50 %; en la estadística de Merz se señala una mortalidad de 47 %, lo que significa mayor porcentaje que otras técnicas terapéuticas de la ruptura del útero.

Suturar la pared uterina desgarrada es el más lógico de los tratamientos de la desgarradura uterina y de ahí que este método sea uno de los más antiguos y de

los que ha contado con mayores partidarios, en efecto, si el tejido muscular se ha roto, restituirlo á sus condiciones naturales es llenar una indicación de exactitud, pero desgraciadamente esta manera de tratar las rupturas uterinas exige condiciones que no siempre pueden presentarse, lo que motiva un crecido porcentaje de mortalidad cuando la sutura uterina se lleva á cabo sin que estén llenadas todas las condiciones requeridas para ese tratamiento, alguna de las cuales no es dado siempre tener seguridad absoluta de que existan; condiciones que dependen de la naturaleza misma de la ruptura, en lo que se refiere á la forma de la desgarradura, á la regularidad de sus bordes y á la falta de lesiones histológicas en éstos que impliquen la seguridad de la coaptación de los labios de la herida, su cicatrización segura y el alejamiento absoluto del peligro de la infección de los bordes suturados. Una condición fundamental para que la sutura de la desgarradura uterina pueda ser tentada deriva de la absoluta certeza de que los tejidos no están infectados ni que se infectarán; la infección implica la más formal contra-indicación de la sutura de la pared del útero.

En cuanto á la técnica de la sutura de la pared del útero existen dos métodos, de los cuales el primero consiste en la sutura muscular propiamente dicha y comprendiendo en el punto de sutura al peritoneo; otro método consiste en la sutura del tejido muscular en un plano y del peritoneo en otro; suturas que se pueden hacer con seda, catgut, tendón de reno

y cuyos puntos pueden ser continuados ó separados; algunos autores aconsejan que la sutura se haga mediante puntos profundos, músculo-mucosos y separados, colocando puntos intermediarios músculo-serosos; otros autores indican que la sutura se haga á puntos aislados peritoneo-medio-musculares, esto es, comprendiendo el peritoneo y la mitad del espesor de la pared uterina; algunos autores como Porak y Zweifel solo suturan el peritoneo y dejan por lo tanto sin englobar en la sutura al músculo; esta sutura debe acompañarse de drenaje abdominal y uterino, para lo cual se introduce un tubo de paredes duras por el cuello uterino y el que llega hasta la cavidad uterina y por la cavidad abdominal se hace un Mikulicz ó sino se coloca un tubo de drenaje, más ó menos amplio, Potocki aconseja en estos casos se coloque un tubo de drenaje en el ángulo más próximo al pubis, de la herida operatoria, tubo de drenaje que llega hasta el punto de mayor declive, retro-uterino, por dicho tubo de drenaje se hace una ó dos veces diariamente la aspiración aséptica de los líquidos que corren por diferencias de nivel hasta reunirse en el punto ya señalado de mayor declive, para facilitar ésto hace levantar la cabecera de la cama, colocando á la paciente sobre un plano que forma ángulo con el horizonte y el cual permite que todos los líquidos formados en la cavidad peritoneal vengán á estancarse en la pequeña pelvis, fondos de saco laterales y retro-uterino, de allí son extraídos mediante la señalada aspiración, de modo pues que

constantemente se eliminan factores sépticos que pueden ser origen de infecciones más ó menos graves. Este método de la sutura de la desgarradura uterina es bien simple pero desgraciadamente su resultado no responde á la deseada terapéutica de las rupturas uterinas; las estadísticas señalan una crecida mortalidad para este método; la de Merz da una mortalidad de 59 %, la de Klien da 53 %; con la aplicación del drenaje de Potocki la mortalidad ha disminuído en mucho, este autor no ha publicado datos estadísticos de modo que no puedo señalar cifras, pero por datos que personalmente me ha suministrado puedo suponer que la mortalidad es muchísimo menor que la asignada en las estadísticas publicadas al respecto; sin que esto implique que el método de la sutura de la ruptura uterina haya llegado á rodearse de una mortalidad inferior á los otros métodos de tratamiento.

La sutura de la desgarradura uterina implica la existencia de condiciones favorables, es necesario que los bordes de la herida sean netos, que no haya sufusiones sanguíneas en el espesor de los labios de la herida, que no existan amplos desprendimientos peritoneales, que no se encuentre radicado un hematoma en el espesor de la desgarradura uterina é igualmente es condición indispensable que no exista infección ni probabilidades de que los tejidos puedan infectarse. La sutura de la desgarradura del útero debe reunir condiciones favorables para el porvenir obstétrico del útero lesionado y muy especialmente en lo que se refiere á la

contribución de las cicatrices dejadas por por una ruptura anterior, como causa predisponente para una nueva ruptura.

Roto el útero y por lo tanto transformado este órgano en un lugar de menor resistencia para el porvenir; teniendo en cuenta la gravedad de sus síntomas y la predisposición que ellos aportan para que evolucionen procesos patológicos é infecciosos, nada más justo que la extirpación del órgano lesionado constituya el tratamiento de elección de las rupturas uterinas; roto el útero, con síntomas más ó menos graves y teniendo en cuenta las posibles complicaciones del futuro, el pronóstico bien obscuro de esta clase de lesiones, los nuevos peligros posibles en sucesivas gestaciones; todo ello conduce necesariamente á la idea de que deba extraerse el órgano lesionado; esta idea fundamental ha determinado la idea de la histerectomía, total ó nó, como tratamiento de las rupturas uterinas y de ella son francos campeones Varnier, Kolomenkin, Krajewski, Hartmann, Sauvaje, Brindeau, Draghiescu, Slavjansky, Forné, Amann, Ivanoff, Freund, Jasinski y otros autores modernos, todos los cuales ven en la histerectomía el tratamiento razonado de la ruptura uterina y si las estadísticas no vienen á confirmar este acerto es por que la oportunidad de la intervención muchas veces pasa antes que ella tenga lugar ó porque la gravedad de los síntomas no confieren á la paciente la resistencia orgánica suficiente para poder soportar el traumatismo grave de una intervención quirúrgica de la naturaleza de la histerec-

tomia, cuando ya existe un estado de shock ó condiciones de anemia grave por profusa hemorragia. Si en teoría las histerectomías constituyen el más perfecto tratamiento de las rupturas uterinas, en el terreno de la práctica clínica la mortalidad de esta intervención es crecida y de ahí que el método conservador tenga partidarios, pues no podemos dejar de desconocer que los casos que deben ser tratados suelen curar más fácilmente por métodos conservadores, que respetando las malas condiciones orgánicas de la mujer, ponen á contribución medios destinados á evitar la hemorragia y la infección y á aminorar las circunstancias fisiológicas que aporta el shock. La histerectomia implica la necesidad de un medio propicio para la operación, que la sintomatología de la ruptura uterina no adquiera caracteres de gravedad, que se cuente con los elementos necesarios para esta importante intervención, que el tiempo transcurrido desde el momento de la ruptura uterina hasta el instante en que se efectúa el tratamiento no sea muy largo.

Las diversas operaciones histerectomizantes tienen sus indicaciones en los casos de la ruptura del útero; la histerectomia abdominal total, la histerectomia abdominal sub-total, la operación de Porro, llenan indicaciones que resultan de la naturaleza misma de la lesión, de la extensión de ésta, del grado de infección que puede suponersele al útero, de las condiciones de medio en que se opera, en las necesidades de mayor ó menor rapidez en la intervención y de otras con-

diciones que se derivan de las modalidades clínicas que acompañan á cada caso de ruptura.

La histerectomía abdominal total tiene su indicación cuando el traumatismo se propaga hasta el cuello y suponemos la preexistencia de peligros de infección; ella suprime totalmente el órgano lesionado y el cuello del útero, por lo tanto aleja todos los peligros posibles; esta intervención muy aconsejada por Kolomenkin tiene una mortalidad, que llega en las últimas estadísticas publicadas á la cifra de un 33 %, esto es, 67 % de curabilidad; Scipiades asigna una mortalidad en la histerectomía abdominal total de 47,08 %; los datos estadísticos formulados respecto á la mortalidad en la histerectomía por ruptura uterina ofrece variedades, imputables indudablemente á la clase de casos intervenidos y más especialmente al criterio con que se ha aplicado esta intervención en el caso clínico; es por esto que vemos variedades, que no tienen otra explicación; Forné asigna una mortalidad de 59 %; Amann señala 43 %; Sauvage indica un 55 % y la primera estadística de Kolomenkin dá un 47 %; no existiendo una metodización en la indicación de la histerectomía por vía abdominal, resulta que unos operadores intervienen en casos que otros no lo hacen porque tienen descontado el fracaso de la intervención, otros seleccionan los casos á intervenir y eligen así aquellos en que la mayoría de las contingencias hacen pensar que la histerectomía resultará un éxito terapéutico, así nos es dado ver que algunos to-

cólogos tratan por la histerectomía á mujeres que mueren en la misma mesa de operaciones y cuyo estado de gravedad era tal que permitía suponer una fácil muerte, claro está que si se suman estos casos, que en rigor no debían ser intervenidos, la mortalidad de la histerectomía es grande; pero si se eligen las rupturas uterinas para ser histerectomizadas, el éxito terapéutico es mayor y por lo tanto las estadísticas asignan menor mortalidad para la histerectomía. La ruptura uterina para ser histerectomizada debe constituir un caso clínico no acompañado de probabilidades, más ó menos claras de mortalidad; si suponemos que la mujer puede morir al practicársele una histerectomía, dadas las pésimas condiciones en que se encuentra, no debemos proceder á esta intervención y entonces recurriremos á los métodos conservadores, que exponen menos la vida de la mujer aunque no constituyen el ideal terapéutico ni obstétrico de la ruptura del útero.

Las condiciones de la ruptura uterina pueden determinar las ventajas de la forma de histerectomía: si la ruptura es alta y no se sospecha la existencia de un proceso infeccioso puede hacerse una histerectomía subtotal á forma supra-vaginal, saturando el muñón y peritonizándolo ó haciendo una fijación retro-parietal del pedículo, intervención llamada á constituir la mas perfecta terapéutica de las rupturas del útero.

Si la intervención quirúrgica destinada á la histerectomización del útero roto, requiere rapidez en su técnica y facilidad en

su método, recurriremos á la operación de Porro, pero la cual desgraciadamente expone á la supuración del muñón y á la prolongación de cuidados post-operatorios. La histerectomía supra-vaginal con sutura del muñón y fijación de éste á la cara posterior de la pared abdominal anterior, es la operación de elección, pero cuando los destrozos son considerables y la hemostasia difícil de obtener, cuando la ruptura no es muy proximal al cuello, es preferible practicar la operación de Porro.

Greimsdale aconseja la histerectomía abdominal total y el lavaje con agua estéril del peritoneo pelviano, el que después es limpiado con gasa embebida en una solución iodo-hidrargírica, estableciendo después un drenaje á travéz del fondo de saco posterior, por intermedio de una mecha de gasa colocada abdómino-vaginalmente; intervención radical que para este autor es el mejor tratamiento de las rupturas uterinas.

Reczens es partidario de que todas las rupturas completas del útero que se extiendan por arriba del istmo, deban ser tratadas por laparotomía y mediante histerectomía, en una forma que dependerá del caso clínico; las desgarraduras cervicales que no se extienden más allá del orificio interno y las rupturas diagnosticadas incompletas deben ser tratadas por vía vaginal; siempre que haya sospechas de una infección preexistente se establecerá un drenaje vaginal, abdominal ó vagino-abdominal. Para este mismo autor cuando la ruptura pasa el orificio interno,

dos modalidades pueden presentarse: 1.º Puede haber comunicación con el peritoneo; 2.º La desgarradura puede hacerse á todo lo largo del ligamento ancho sin penetrar en la cavidad peritoneal, pero acompañándose de lesiones graves á forma hemorrágica, que pueden ocasionar la muerte; en ambos casos Recazens recomienda intervenir por vía abdominal, suturando, drenando ó extirpando el útero según el método que convenga más al caso clínico.

Rondouly dice que diagnosticada una ruptura uterina se debe siempre intervenir, la expectación no es admisible y se declara partidario de la histerectomía abdominal total con peritonización pelviana, drenaje ó taponamiento vaginal del espacio sub-peritoneal y sin drenaje abdominal á travéz de la incisión de la laparotomía; sin dejar de comprender que otros procedimientos de histerectomía, en particular la operación de Porro, tienen una gran indicación cuando no se cuenta con abundancia de elementos como acontece por ejemplo en el campo.

Fieux aconseja la disección de colgajos peritoneales adelante y atrás del útero, la histerectomía sub-total, seccionando el útero lejos del punto donde la ruptura se ha producido; después de efectuada la hemostasia completa aconseja un drenaje de gasa en la cavidad cérvico-vaginal; sutura de la herida uterina con catgut, invirtiéndola la mucosa del lado de la cavidad cervical; después con los dos colgajos peritoneales hacen capitonaje cuidadoso del muñón uterino, el que queda

de esta manera completamente aislado de la cavidad peritoneal; se establece un amplio drenaje del fondo de saco de Douglas y el cual sale por ángulo inferior de la herida abdominal; el drenaje y la mecha colocada en la cavidad cérvico-vaginal se retiran al tercer día.

Pinard y Potocki aconsejan que siempre que se pueda se traten las rupturas uterinas por la histerectomía abdominal total, según el método americano, con las variaciones que requieran las circunstancias particulares del caso.

Brindeau y Caron se declaran partidarios de la histerectomía total, recalcando no recurrir á la posición de Trendelenburg, que tiene el inconveniente de llevar los líquidos peritoneales fuera del punto lesionado y por lo tanto favoreciendo infecciones á distancia.

Demelin es también partidario de la intervención quirúrgica histerectomizante y con tal motivo acompaña los siguientes consejos: 1.º La precocidad de la intervención á fin de evitar la infección así como la anemia grave que determina una hemorragia prolongada y en segundo lugar la aplicación de un drenaje ancho, con tubos enormes, colocados por la pared abdominal y por la vagina; cuyo objeto es impedir el estancamiento de una gran cantidad de líquido putrescibles en la gran cavidad peritoneal.

«Es en el sentido del drenaje que podemos hacer el mayor progreso en materia de laparotomía en la ruptura uterina».

Ivanoff dice en la 15.ª conclusión de su notable trabajo sobre rupturas uteri-

nas: «El tratamiento de toda ruptura del útero durante el parto debe ser operatorio, pues este método solo nos dá la posibilidad de detener definitivamente la hemorragia y hacer la limpieza de la herida. Valery recuerda la comunicación presentada por Ivanoff en el Congreso de Obstetricia de Madrid, que demostraba la pasmosa mortalidad de las rupturas uterinas cuando éstas habían sido tratadas por el drenaje ó la sutura, mortalidad que cifraba en 80 %, y con este motivo dice que la laparotomía debe ser practicada en todos los casos de ruptura diagnosticada; ella será la introducción necesaria á la terapéutica de la ruptura misma y ella tiene como principal ventaja eliminar las lesiones de una manera precisa y al declararse partidario de la histerectomía recuerda para fundarla la magistral oración de Varnier: «cuando una mujer ensayando de reproducir la especie humana á roto su útero, es bueno si ella se escapa, de ponerla en retiro por heridas graves contraídas en el servicio; no es con inválidos que se hace la campaña».

Cuando la ruptura uterina tiene por causa etiológica la que se deriva de la estructura cicatricial dejada por una ruptura uterina anterior ó por una operación cesarea, no cabe duda de que el tratamiento debe ser una histerectomía, total ó sub-total, destinada á evitar un nuevo traumatismo de esta índole y solo será otra la conducta á seguir cuando las circunstancias impongan otro método de la terapéutica del caso.

Reasumiendo lo dicho diremos que el

tratamiento debe ser diferente según sea el caso á curar una desgarradura completa ó una desgarradura incompleta ó sub-peritoneal.

En las rupturas sub-peritoneales ó incompletas el tratamiento ecléctico es el taponamiento por vías naturales ó aquellos métodos que permiten la aproximación de los bordes de la ruptura uterina pero factibles de ser efectuados por vía vaginal; cuando la hemorragia continúe no obstante el tratamiento, que ella no pueda ser cohibida por la misma vía ya señalada, se instituirá la razón de conceptuar á esta ruptura como completa. Tendrán que tratarse de esta manera y contemporizando en lo posible con el traumatismo uterino recorriendo á cualquiera de los métodos señalados, cuando no obstante tratarse de rupturas completas, no es posible instituir á éstas el tratamiento adecuado en virtud del mal estado general de la paciente y para lo que se tiene como síntoma de mayor importancia el síndrome del shock.

Cuando se trata de rupturas completas, el tratamiento de elección es la apertura de la cavidad abdominal, la que permite el exámen del traumatismo, el estudio de sus condiciones anatómicas, la constatación de sus complicaciones, la extensión de la ruptura, la regularidad o nó de los bordes de ésta; ella permitirá retirar de la cavidad abdominal todo aquello que á causa de la ruptura uterina, á caído en ella; en fin la laparotomía pondrá ante la vista todos los elementos que de una manera científica están destinados á fundamentar el tratamiento de las rupturas ute-

rinas. La elección del tratamiento de la ruptura del útero resultará de las condiciones clínicas de ésta; si la herida lo permite se le podrá suturar y si ésta se encuentra rodeada de destrucción de tejidos, su extensión es grande, la histología normal del músculo ha sufrido variantes, si hay condiciones que dificultará la cicatrización de la ruptura uterina, si hay razones que permiten sospechar una posible infección, si la ruptura se acompaña de un traumatismo semejante en la vejiga, si se sospechan probabilidades de una ulterior ruptura uterina, si la ruptura uterina se acompaña de especiales modalidades clínicas que así lo exigen, el tratamiento será la histerectomía total ó sub-total, por cualquiera de las formas que metodizan esta intervención y de las cuales la más factible por su simplicidad es la operación de Porro. La histerectomía abdominal total ó abdómino-vaginal total, según el método de Kolomenkin, tiene una indicación precisa en todos los casos en que haya signos de infección en la ruptura uterina ó fuera de ella y con más especialidad cuando la infección se ha extendido al peritoneo.

La oportunidad del tratamiento de la ruptura uterina no siempre se deriva de la idea de que la intervención deba ser efectuada lo más pronto posible, sino que ella tiene muchas veces una razón bien fundada que determina sea postergada para un momento más oportuno; el gran mérito del tratamiento contemporizador y no quirúrgico, cuando se establece tratamiento al shock en la espera de mejores momentos para una intervención de impor-

tancia, se radica en el hecho de que establecidas condiciones destinadas á evitar la hemorragia, á curar el shock, se deja á la mujer que mejore su estado general, para hacer más tarde una intervención radical, que no hubiera sido posible efectuar dadas las malas condiciones clínicas que siguen de inmediato al momento de la ruptura uterina.

Para muchos autores trasladar á la portadora de la ruptura uterina, desde su domicilio hasta un servicio clínico, para ser allí intervenida, exponiendo con seguridad á la lesionada á los movimientos y agitación del traslado, alejando del reposo inmediato á la ruptura uterina, separándola de la inmovilidad absoluta que requiere este grave traumatismo; todo ello acrecienta la mortalidad de la ruptura uterina, aumenta el shock inherente al traumatismo, el que á su vez será agigantado al someterse la paciente á una intervención quirúrgica, larga, engorrosa, que requiere prolongada anestesia, que implica una importante mutilación; son estos factores los que contribuyen á determinar mayor mortalidad para intervenciones quirúrgicas, que bien orientadas, efectuadas en un momento oportuno, constituyen el tratamiento de elección de la ruptura uterina; la influencia de estos mismos factores son los que determinan en muchos casos los beneficios que se obtiene por los métodos conservadores no quirúrgicos y también derivan francamente de estas condiciones las variadas modificaciones numéricas que señalan las estadísticas respecto á la mortalidad de cada forma de tratamiento.

Cuando la ruptura uterina presenta síntomas graves debe tratarse de combatirse á éstos de manera que no se aumente el malestar general; principio éste que generalmente se le olvida y que su ignorancia ó su descuido contribuye á disminuir el éxito de un tratamiento radical, que siempre es científico porque está destinado á eliminar un órgano que por el hecho del traumatismo que ha sufrido queda en francas condiciones de inferioridad para sucesivos embarazos; el shock y la hemorragia que son los signos primordiales de la ruptura uterina, deben ser combatidos en una forma tal que no se aumenten sus peligros, dejando para más tarde la oportunidad de un tratamiento de más importancia y destinado á curar definitivamente la ruptura del útero. Sobre este particular no se pueden dar reglas generales é incommovibles, es el caso clínico el que las determina y el criterio del que está destinado á tratarlo, el que les señala una oportunidad para ejecutarlos; son estos factores los que influyen en el pronóstico del tratamiento y los que quitan valor á las estadísticas de la mortalidad en las intervenciones destinadas á la ruptura uterina. Si en un caso grave de ruptura uterina se interviene de una manera cruenta, es muy posible que el éxito no acompañe á la intervención y haremos muy mal en creer que el método operatorio instituido es malo porque la mujer ha muerto; el error depende de que se ha intervenido muy posiblemente inoportunamente; esperar es muchas veces el fundamento del éxito operatorio; Mateo Bonafonte Nogues, relata una

interesante observación de ruptura uterina, producida durante el trabajo y en el que el feto, que pasaba 4.320 gramos, había pasado á la cavidad abdominal; la lesionada fué sometida á un tratamiento sintomatológico conservador, para ser operada cuatro días después de la ruptura; este caso no presentó signos graves imputables á la operación y ella pudo salvarse. Lagoutte ha relatado un caso de ruptura grave y con lesiones muy extendidas, que iban desde la vagina hasta el fondo del útero, al mismo tiempo que habían disecado el ligamento ancho correspondiente; la hemorragia era el síntoma predominante conjuntamente con el shock, éste fué combatido por los medios habituales, hasta su desaparición total; la hemorragia fué cohibida por el taponamiento; es recién después de ocho horas del accidente que se hizo una histerectomía acompañada de drenaje; si bien la enferma presentó una flebitis de un miembro inferior, curó sin otras complicaciones.

La oportunidad de la intervención radical en las rupturas uterinas tiene una coparticipación grande en el éxito operatorio y más de un caso cuyo fallecimiento quiere imputarse al tratamiento quirúrgico, concediendo ventajas ó desventajas al método operatorio, tiene por razón de ser el que éste ha sido instituído prematuramente y cuando el estado general no permitía una intervención cruenta, dadas sus malas condiciones. El gran mérito del tratamiento conservador no quirúrgico es que respeta las malas condiciones del caso clínico y permite, que sin aportarle com-

plicaciones, la ruptura uterina pueda evolucionar á su curación, aunque sin hacer profilaxia para sucesivas rupturas ó sin evitar otra índole de complicaciones.

A raíz de una comunicación del Profesor O'Farrell á la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, en su sesión del 5 de Agosto de 1908, decíamos que no cabía discusión en el momento actual, en lo que se refiere al tratamiento de la ruptura uterina, que se debía aceptar la intervención quirúrgica amplia y extirpadora del órgano mutilado, porque ésta tenía precisas indicaciones, porque ofrece mayor porcentaje de curaciones y porque evita la posibilidad de una nueva gestación cuyo porvenir es el peligro de una nueva ruptura; añadíamos que hay grandes probabilidades de que el útero que se ha roto una vez, lo sea nuevamente en uno de los embarazos siguientes, como lo comprueba el trabajo de Livon (1903), quien sobre treinta y un caso de ruptura uterina curados mediante el método conservador, ha visto reproducirse diez y ocho veces la ruptura, falleciendo diez mujeres que se habían salvado en la primera intervención; recordábamos el trabajo de Valery (1905) y que basándonos en los datos estadísticos debía aceptarse el tratamiento radical: la histerectomía total ó sub-total. En el Congreso de Nantes (1901), Varnier se ha manifestado partidario de la intervención radical y amplia, aportaba la autorizada opinión de Pinard, quien ha dicho que el tratamiento conservador es ciego é inseguro, declarándose partidario de la intervención quirúrgica amplia. Potocki ha publicado

varios trabajos tendientes á hacer comprender que ya ha pasado la época de Terrier, quien contemporizaba con las rupturas del útero y no hacia tratamiento quirúrgico, no obstante su escaso número de éxitos. En el Congreso de Madrid de 1903, Pinard se declara partidario de la amplia y franca intervención quirúrgica en los casos de ruptura uterina, á raíz de la notable comunicación que presenta sobre este tópico el Profesor Ivanoff, de Moscow, quien en las conclusiones 14.^a y 15.^a dice así: «Los métodos conservadores en los tratamientos de las rupturas uterinas, durante el parto, dan resultado dos veces menos favorables que la intervención quirúrgica. «El tratamiento de las rupturas del útero durante el parto debe ser quirúrgico, pues nos da la posibilidad de evitar la hemorragia y de hacer la limpieza».

En los Anales de Ginecología y Obstetricia de Pinard y Terrier, Agosto de 1904, Ivanoff ha publicado el más notable trabajo que hasta la fecha se haya producido sobre este tema, siendo digno de recordar la parte que se refiere al tratamiento de la ruptura del útero. Después de resumir los casos indicados por Klien y Kolomenkin y lo suyos propios (100 casos de ruptura uterina en la Maternidad de Moscow, desde el año 1877 á 1901), y sobre un total de 322 casos llega á las siguientes conclusiones: 27 % de curaciones por el método conservador y 52 % en los que se ha intervenido quirúrgicamente; los casos que faltarían y no incluídos en el porcentaje son los fallecidos sin tratamiento.

En la Maternidad de la Escuela de

Parteras, desde el año 1898 hasta Agosto de 1908, sobre un total de seis mil partos se han visto producirse cuatro rupturas uterinas: la primera tratada por el taponamiento, muerta; la segunda por la operación de Porro, muerta; la tercera por laparotomía y sutura del útero, curada y la cuarta por laparotomía y sutura del útero, muerta; lo que implica una ventaja para la laparotomía y sutura del útero. Los datos estadísticos de los casos de ruptura uterina tratados en la Clínica Obstétrica y Ginecológica de Buenos Aires, señalan mayores éxitos para el tratamiento conservador.

En las rupturas uterinas hay una discordancia de criterio en lo que se refiere á las ventajas de tal o cual método terapéutico; el método conservador parece tener ventajas en manos de señalados tocólogos, mientras que el quirúrgico y radical lo tiene en otros; influye para esta disparidad de criterio elementos heterogéneos pero que no cabe duda que tienen una importancia grande; las rupturas uterinas no pueden sistemáticamente englobarse en estrictos límites de una indicación terapéutica señalada; difícilmente las mismas lesiones uterinas confieren igualdades clínicas ni reúnen indicaciones terapéuticas exactas; cada caso se rodea de condiciones y caracteres propios y que alejan la idea de uniformar conductas terapéuticas á seguir ni las deducciones que de ellas se puedan sacar son posibles de generalizarse para establecer criterios eclécticos en el método de curación á seguir, y es en tesis general que podemos decir que el tratamiento conservador tiene su indicación

cuando no es posible instituir de una manera científica y razonada un tratamiento quirúrgico y radical que siempre debe ser el de elección; añadiremos que las ventajas del tratamiento conservador resultan de que por este sistema se aminoran los peligros que se derivan del mal estado general de la paciente y de la falta de oportunidad para instituir un tratamiento quirúrgico y radical; las razones del éxito quirúrgico en el tratamiento de las rupturas uterinas ó su fracaso tiene como primordial carácter la oportunidad de la intervención; intervenidas oportunamente las rupturas uterinas que por su forma clínica no pueden ser tratadas por un método conservador, debe alejarse en gran proporción los fracasos de este método, que en el terreno de lo lógico y de lo justo debe ser el tratamiento de elección.

De su amplia observación Ivenoff dice: «La sola conclusión práctica á sacar de estos hechos es que si una ruptura del útero se produce durante el parto, los vasos se rompen y dejan escapar sangre, ellos deben ser inmediatamente ligados con prolijidad; el punto de la ruptura, también la cavidad abdominal en la ruptura completa, debe ser limpiado, para separar coágulos y colgajo de tejido; es de esta manera que se crean condiciones favorables á la curación de las enfermas, cuya mayoría (81 %), mueren faltas de recursos quirúrgicos apropiados á las circunstancias».

Este mismo autor se pregunta ¿cuál es la opinión de otros autores sobre las rupturas del útero durante el parto?. ¿Cómo es que

hay diferencias de opiniones, las unas diametralmente opuestas á las otras: unos dicen que en el caso de ruptura hay siempre que recurrir á la laparotomía; otros al contrario, afirman que el tratamiento debe ser conservador, otros se concretan á la aplicación de hielo sobre el bajo-vientre, etc.? Y añade: «Consideremos los argumentos de unos y de otros. Los autores fundan su opinión sobre dos especies de bases: su propia experiencia y los datos estadísticos. Para lo que se refiere á las observaciones personales, se puede decir con seguridad que ellas presentan el fundamento menos propio para deducir conclusiones. Las rupturas uterinas distan de ser frecuentes, de suerte que cada médico tiene ocasión de observar solo algunos casos. Supongamos que tal autor haya podido observar un cierto número de casos tratados segun el método conservador y haya obtenido una feliz serie, forzosamente debe guardar una impresión favorable de este método. Si, por el contrario, un autor ha visto pasar una serie feliz de casos tratados por la laparotomía, él se hace partidario de la intervención quirúrgica, mientras que si ve conclusiones desastrosas en un cierto número de casos tratados por la laparotomía, se desiluciona respecto al método quirúrgico del tratamiento de las rupturas.

«La otra base para la elección del tal método de tratamiento ó tal otro, más segura que las impresiones personales, es decir la estadística, ha dado á los autores resultados muy vagos y que satisfacen poco, las esperanzas de curación por

«el método del tratamiento operatorio ó por el del tratamiento conservador, pueden ser más ó menos igual».

Estos elementos no aportan base de discernimiento; la estadística generalmente se refiere á casos de rupturas uterinas publicados aisladamente y en los cuales, en su mayoría se han obtenido éxitos, ignorándose por tanto el porcentaje de fracasos que corresponde al método conservador y al quirúrgico y radical; las estadísticas de establecimientos destinados á la asistencia de casos obstétricos, participan de iguales defectos, tal profesional ha aplicado con mayor ó menor éxito un tratamiento conservador, que siempre es más fácil de hacer que un tratamiento radical quirúrgico, ha obtenido un regular número de éxitos y se declara franco partidario de este método, criticando el otro; otros tocólogos, más ó menos hábiles y adiestrados en las intervenciones quirúrgicas, tratan quirúrgicamente y por un método radical todas las rupturas uterinas, un regular éxito lo acompaña y se declara tenaz partidario de la intervención radical rechazando el método conservador; esta disparidad de criterios y la falta de elementos para poderlos comparar personalmente, influyen la desigualdad de ideas con que se encara el tratamiento de las rupturas uterinas; más comprensible y explicable es todo ello si se tiene en cuenta las condiciones especiales con que cada caso obstétrico se encuentra rodeado; de ahí que podamos decir con franqueza que la estadística no nos puede aportar en el momento actual más que vagos razonamientos para incli-

narnos á un método determinado; es al porvenir que está determinado resolver de una manera definitiva este muy árduo problema, sin embargo recordemos que después de un amplio trabajo destinado á este fin por Ivanoff resulta, que el tratamiento de toda ruptura durante el parto debe ser operatorio, sin que esto implique que hoy podamos desconocer las ventajas del método conservador, como lo atestigua la estadística del tratamiento de las rupturas uterinas en la Clínica Ostétrica y Ginecológica de Buenos Aires.

En los casos de ruptura uterina á más del tratamiento de la lesión debe instituirse uno destinado á combatir el estado general, sintomáticamente expresado por un conjunto de detalles que responden al síndrome de shock y de la anemia que resulta de la hemorragia que habitualmente se acompaña á las rupturas uterinas; este tratamiento general tiene por base levantar el estado de la lesionada por medio de los estimulantes habituales, de inyecciones de suero fisiológico, del reposo y de los demás medios con que se cuenta para ello. No ignoramos la importancia que tiene el estado general de la mujer en la evolución del tratamiento de la ruptura del útero y por lo tanto debemos recurrir y agotar todos los medios capaces de mejorar las condiciones generales de la traumatizada, puesto que contribuimos con ello á facilitar el éxito del tratamiento que se ha empleado, para lo cual se debe á más investigar el funcionalismo de todos los aparatos orgánicos, comprobando sus perfectas condiciones de función fisioló-

gica y cuando ella no es la cabal se recurrirá á los medios terapéuticos capaces de modificar sus condiciones anómalas y aproximarlas á las que son propias y naturales del órgano que no funciona bien; es el corazón, riñones, intestinos y estómago lo que generalmente reclama nuestra atención y para los que debe establecerse una adecuada medicación.

No solo deben tratarse las rupturas uterinas sino que deben investigarse prolijamente las complicaciones que aquella puede aportar; estas complicaciones requieren un tratamiento adecuado y el que depende de la forma clínica de la complicación; así por ejemplo, las rupturas de la vejiga pueden necesitar un tratamiento por laparotomía, pueden ser susceptibles de ser tratadas quirúrgicamente por vía vaginal ó simplemente mediante un método de expectación que tienda espontáneamente á su curación, favoreciendo condiciones destinadas á este fin, como acontece con los métodos puestos en práctica muy sabiamente por los Doctores Boero y Passeron, entre nosotros; otras complicaciones resultan de las rupturas de intestinos, las que necesitan un tratamiento quirúrgico conveniente; de igual manera diremos de las lesiones de los ligamentos anchos, trompa, ovarios, ó tumores clínicos englobados en la ruptura uterina; cada caso clínico requiere un tratamiento especial y que no es nuestro ánimo entrar á detallar porque estos tratamientos dependen en un todo de la forma especial de la complicación que sobre-añade á la ruptura uterina, complicaciones que pueden variar inmen-

samente y que aun en semejanza de forma clínica requerirán métodos diferentes dadas las condiciones que le pueden ser propias á cada complicación en particular.

Las rupturas uterinas que evolucionan durante el período de la gestación ó en el trabajo del parto, pero cuya etiología no es gravídica, como acontece con las traumáticas, quirúrgicas, ó que dependen de las degeneraciones neoplásicas ó de otra índole patológica requieren tratamientos especiales y que no es posible sistematizar; supongamos una herida penetrante, de poco diámetro que ha llegado á incidir el tejido de la pared uterina, sin perforar las membranas, el tratamiento será muy distinto que cuando se trata del estallido del útero por una fuerte contusión; supongamos una operación quirúrgica destinada á la punción de un quiste del ovario, cuando ha sido tomado por tal un útero gravídico, el tratamiento tiene que ser diferente de la ruptura del útero por carcinoma de su pared; cada forma clínica requerirá un tratamiento adecuado y él dependerá en primer lugar de las condiciones en que la lesión se ha producido, de la causa productora, de la extensión de la lesión, de los medios con que se cuente para intervenir, de la oportunidad de ésta y de las probabilidades de éxito, puesto que también debemos decir que muchas rupturas no deben ser tratadas por la inutilidad de cualquier tratamiento á instituir ante las pésimas condiciones del caso clínico.

El tratamiento de las rupturas uterinas no obstétricas producidas por cualquier

mecanismo, ofrece modalidades especiales á cada caso clínico y ellas exigen la aplicación de métodos médicos, obstétricos, conservadores ó quirúrgicos, que varían sin fin y cuya técnica depende de mil circunstancias, que no es posible metodizarlas ni determinarlas eclecticamente; cada caso requiere un tratamiento que le es propio y el resultará del exámen prolijo de la ruptura y de los elementos y medios con que se cuenta para pratarlos.

TERMINACIONES DE LAS RUPTURAS UTERINAS

Jacquemier en 1846 expresaba la opinión de sus contemporáneos y la de sus antecesores, cuando decía: la muerte es la terminación ordinaria de las rupturas del útero; en 1907 Bindeau dice: «Lo más a menudo la mujer sucumbe á las horas que siguen á la ruptura, antes mismo del parto; otras veces el parto se hace y la hemorragia continúa, la muerte sobreviene algunas horas ó algunos días después». Expresión esta última que refleja la opinión de los autores contemporáneos; el transcurso de los años no ha hecho variar de opinión á los clásicos quienes han visto siempre en la ruptura del útero una gravísima complicación obstétrica para la vida de la mujer, lo cual no obsta para que exista una tendencia á mejorar la opinión que se tiene de la ruptura uterina, concediéndosele á medida que transcurren los años un pronóstico de benignidad, que se aleja cada día más de la tenebrosa impresión que se ha tenido de la desgarradura de la pared del útero. Estas ideas determinan el porque para los autores antiguos y aún algunos modernos no ha debido existir en el estudio de las rup-

turas uterinas, un capítulo destinado á investigar las terminaciones posibles en los casos de ruptura uterina, puesto que no merecía tal honor la muerte de los portadores de este traumatismo y los casos de curación eran tan escasos que no valía la pena tratarlos sino como excepciones á una regla general.

Actualmente podemos dividir las maneras de terminar la ruptura uterina en dos grupos, ambos con derechos á su amplia investigación, porque ellos no son rarezas excepcionales sino terminaciones habituales, que se rodean de una igualdad de derechos, para ser estudiadas. La ruptura uterina termina por la curación ó por la muerte; esta trivialidad no exime el estudio de ambas formas de terminación de las rupturas uterinas.

Todo el conjunto de factores que intervienen en el mecanismo de la ruptura uterina imprimen á ésta modalidades que resultan de la exaltación de una de sus causas y del predominio de tal ó cual síntoma, de la importancia de sus complicaciones ó de las posibles contingencias que puedan correlacionarse á ellas. Al querer estudiar cual es el fin de las rupturas uterinas no debemos concretarnos á establecer solo y únicamente que ellas pueden curar ú ocasionar la muerte de la mujer; no, hay circunstancias que influyen de una manera directa para hacer variar la posibilidad del fin de las rupturas del útero; esas circunstancias tienen como punto de partida términos iniciales de evolución: el traumatismo uterino y la infección.

Las rupturas uterinas terminan por ci-

catrización de la misma, influyendo ya para ello factores naturales como es la curación espontánea de la misma ó aportándosele tratamientos destinados á favorecer la unión de los tejidos desgarrados al par que colocando á éstos en condiciones de evitárseles su infección ó otras complicaciones, que si bien no ocasionarán la muerte por lo menos constituirán complicaciones capaces de modificar funciones orgánicas ó de constituir defectos físicos que corresponden á lesiones histológicas.

La muerte como finalización de la ruptura uterina puede producirse en un término de tiempo que varía y que permite á aquella que se les estudie en dos oportunidades diferentes, las que se derivan del mecanismo etiológico de las mismas; la muerte puede ser rápida ó retardada; agruparemos en la primera forma á aquellas que tienen por origen la hemorragia y shock, en el segundo grupo estudiaremos las que resultan de procesos infecciosos localizados ó generalizados.

La ruptura uterina puede curar espontáneamente; esta es la terminación habitual de todas las rupturas incompletas, de poca extensión y que en la mayoría de los casos pasa desapercibida para el observador; es un hecho bien comprobado que al producirse rupturas uterinas graves y es dado hacer el análisis histológico del órgano lesionado, que se encuentren modificaciones histológicas que tienen por fundamento lesiones de esta índole producidas en embarazos y partos anteriores, lesiones que muchas veces han sido imputadas á diversas formas clínicas que no eran rup-

turas uterinas, como sucede con muchas hemorragias que sospechadas como derivadas de desprendimientos prematuros de la placenta, lo han sido tan solo de desgarraduras sub-mucosas ú otras formas de ruptura incompleta; estas lesiones han dejado modificaciones de estructura histológica, generalmente á tipo fibroso ó cicatricial, que más tarde han constituido puntos de partida para nuevas rupturas uterinas con caracteres de mayor gravedad y recién diagnosticables en razón de la acentuación de síntomas que por su insignificancia pasaron desapercibidas la primera vez.

La estadísticas arrojan cifras no despreciables de casos en que efectuado el diagnóstico de ruptura uterina, ella ha curado espontáneamente; casos éstos cuya exactitud en el diagnóstico no es posible negar como tampoco lo es el hecho real de que ellas hayan curado merced á la intervención de factores naturales y por lo tanto alejados en un todo de la idea de que la curación haya podido producirse en virtud de medios terapéuticos, cualquiera que sea el mecanismo y la forma de ellos. Otras veces es mediante la intervención de medios terapéuticos médicos, que la curación se efectúa; ejemplos palpables de tales modalidades lo constituye la observación clínica de las rupturas uterinas tratadas simplemente por el taponamiento de la brecha dejada por el desgarro de pared uterina, igualmente es el caso en que confrontados los bordes de la ruptura uterina ella cicatriza tan solo mediante la coaptación, de los mismos.

La intervención quirúrgica, cualquiera que sea la forma de llevarla á cabo, puede dar lugar á la curación del caso clínico, unas veces suturando simplemente la ruptura uterina y conservando por lo tanto íntegramente al órgano lesionado, otras veces extrayendo parcial ó totalmente á éste. Tenemos pues formas muy diversas de intervenciones quirúrgicas capaces de llegar á la curación de la ruptura uterina; unas veces conservando al órgano lesionado, en otras extrayendo á éste en su totalidad ó dejando partes del mismo, pero siempre finalizando con la conservación de la vida de la mujer.

Tres formas hay pues de curabilidad de las rupturas uterinas; una natural y espontánea, por lo tanto sin tratamiento médico ni quirúrgico; otra forma está constituida por la curación de la ruptura uterina mediante un medio que llamaríamos médico porque no es quirúrgico y la otra forma está constituida por un mayor grupo de casos de rupturas uterinas en que la curación se hace á expensas de un tratamiento quirúrgico, cuya diversidad de técnica y de amplitud operatoria varia según la forma clínica de la ruptura uterina. De manera que hay tres formas de curabilidad de la ruptura uterina las cuales, conducen á un mismo término: la supervivencia de la mujer afectada de esta grave complicación del embarazo y del parto.

La muerte como finalización de la ruptura uterina, puede efectuarse en dos momentos diferentes; uno contemporáneo ó inmediato al traumatismo del útero y el otro en un término más ó menos lejano

de aquel en que se efectuó la ruptura de la pared del útero; esta división basada en las diferencias de tiempo correlativo al instante en que la ruptura se produce tiene por fundamentos etiológicos dos órdenes de factores; en el primer caso, esto es, cuando la muerte sobreviene contemporáneamente á la ruptura ó en un lapsus de tiempo proximal al mismo, ella se efectúa en virtud de la acentuación é importancia de la hemorragia ó en virtud de un conjunto de síntomas, no bien detallados ni bien definidos pero que se llaman shock.

La hemorragia es el más frecuente y el más prontamente mortal de todos los accidentes que acompañan la ruptura uterina; ella tiene su fuente en la ruptura de los grandes vasos arteriales ó venosos ó tan solo de los senos venosos uterinos, especialmente cuando la ruptura se hace en el punto donde está implantada la placenta; esta hemorragia puede ser desde el primer instante enormemente profusa y anemiar á la mujer en tal modo que la muerte se produce rápidamente, antes que haya lugar á intervención alguna ó antes que ella pueda ser cohibida por medio alguno; no son raros los casos en que la mujer muere casi sincopalmente á causa de la extravasación total de la sangre, por anemia cerebral ó por isquemia cardíaca, casos algunos de ellos en que la hemorragia es tan solo interna, lo que desorienta al partero, pues éste solo cuenta como medio diagnóstico con la hipotensión arterial que se constata en el pulso radical de la paciente; otras veces la he-

hemorragia es al par que interna, externa y la cantidad perdida hacia el exterior no corresponde con los fenómenos de anemia que presenta el caso clínico en una forma aguda, lo que contribuye á dudas en el mecanismo de la muerte de la mujer portadora de la ruptura del útero.

Algunas veces la hemorragia se produce con síntomas más evidentes de su gravedad una vez terminado el parto y en virtud de que falta el taponamiento natural que efectuaba el cuerpo del feto, sobreviniendo la muerte antes que el alumbramiento se haya producido, en el momento en que este tiene lugar ó una vez efectuado; no es raro en estos casos que el parto se haya producido espontáneamente, en otros es después de una intervención obstétrica destinada á finalizar un parto que no se produce naturalmente, que se nota acentuarse la hemorragia con caracteres de tal gravedad que la mujer muere rápidamente.

La hemorragia no siempre se correlaciona con la importancia clínica de la ruptura uterina; ella depende de la amplitud de los vasos sanguíneos lesionados, así es dado ver en autopsias que pequeñas lesiones uterinas, que no se han acompañado de síntomas de rupturas, han originado hemorragias mortales, casi siempre internas, esto es intra-peritoneales, que como hallazgos de autopsias han explicado muertes cuya etiología era ignorada ó sospechada como fundada en otras razones de origen.

El colapso, el agotamiento, la llamada por los autores antiguos, parálisis del sistema nervioso ó lo que hoy se comprende

con el nombre sindrómico de shock, puede ser origen etiológico de la muerte de la mujer que ha sufrido la ruptura de la pared uterina; esta causa etiológica aislada ó conjuntamente con la hemorragia ya señalada, puede producir muertes sincopales ó conducir lentamente al deceso de la paciente, terminando así la ruptura del útero.

La muerte puede constituir una terminación retardada de las rupturas uterinas pero es entonces necesario ver como causa inmediata de ella á procesos de infección, generalizados ó localizados, que tienen asiento en la localización uterina misma ó que siendo el punto de partida la infección de ésta, el proceso se generaliza, multiplicando los lugares de infección bajo formas distintas de localización ó bajo la forma de infección generalizada, comunemente hematógena; estos casos de infección pueden evolucionar de una manera aguda ó de un modo crónico, sobre-entendiéndose en lo primero á aquellos casos en que la infección evoluciona mortalmente en un término que varía de tres á diez días y en lo segundo a los que prolongándose el proceso infeccioso puede terminar con la vida de la portadora de la ruptura uterina en un término que se extiende hasta varios meses más tarde de la fecha en que la lesión se produjo. Toda la escala y variedad de las infecciones puerperales pueden tener por punto de partida una ruptura uterina; infecciones que pudiendo radicarse en el mismo punto donde aquella se ha producido, en sus contornos, en los órganos vecinos, en la cavi-

dad peritoneal, pueden propagarse al organismo entero bajo formas septicémicas, con acentuación de predominio patológico en los más diversos órganos, en el sistema nervioso, en el torrente circulatorio, etc., etc. Indiferentemente puede ser la infección puerperal originada por cualquier forma septica, cualquier agente patógeno puede engendrar la infección y en corroboración de lo dicho conviene recordar el caso de Riss, en el que ella fué debida á una infección tetánica; no es raro que una gonococcia fundamente una infección puerperal y mortal posterior a una ruptura uterina; todos los agentes microbianos encuentran campo de evolución, de pululación y de generalización en la ruptura uterina, debiendo hacerse notar que algunos de estos agentes microbianos gozan de predilección para su localización en determinados órganos, así no es raro ver neumococcias que si bien se han generalizado, como lo demuestra en el exámen hematológico, vienen á hacer una acción de acentuación en el aparato pulmonar bajo formas de neumonías ó de pleuresia neumo-bacilar, las que evolucionan bajo condiciones de infección generalizada y mortal ó se exteriorizan como lesión orgánica definida pero sin poderse desprender de caracteres menos acentuados pero que implican siempre una septicemia.

Hay formas clínicas raras que constituyen terminaciones mortales de las rupturas uterinas; de éstas merece un especial relato la extrangulación intestinal, por hernia á travéz del orificio de la ruptura uterina; se ha visto muchas veces

que el intestino pasa hacia la cavidad del útero por la brecha dejada por la desgaradura de su pared, accidente que puede ser diagnosticado pero que las más de las veces solo es conocido cuando se presentan síntomas que implican la oclusión intestinal; se concibe que estas hernias se terminen facilmente por la muerte como aconteció en la observación publicada por Percy, cuando no han sido diagnosticadas ó sus fenómenos sintomatológicos son mal orientados; otra forma no común lo constituye la retención intra-peritoneal de colecciones sanguíneas que facilmente se infectan, dando lugar á hematomas intra-peritoneales ó extra-peritoneales, supurados; una otra rareza clínica de complicaciones que constituyen término mortal de la ruptura uterina responde á rupturas de quistes dermoideos supurados, quistes purulentos del ovario, que abiertos por que hasta ellos ha llegado el traumatismo uterino, dan lugar á procesos infecciosos peritoneales ó septicémicos.

Existen modalidades clínicas que implicando una terminación mortal de las rupturas uterinas, se derivan de la imperfección del tratamiento puesto en acción para curar esta complicación obstétrica; no es raro ver que posteriormente á una sutura uterina llevada á cabo por laparotomía, se inicie una peritonitis mortal, como tampoco cuesta mucho encontrar una histerec-tomía que destinada á la curación de una ruptura del útero, origine una infección localizada ó generalizada pero mortal; claro está que no siempre será imputable esta mortalidad á la lesión uterina, pues pue-

de tratarse de una infección llevada por el operador, pero otras veces ella resulta de procesos infecciosos que se han extendido ó se les ha dado campo para su actuación á causa del nuevo traumatismo impuesto á la lesionada por el hecho de la intervención, lo que es bien fácil de explicar pues amenudo un tratamiento quirúrgico de las rupturas uterinas acentúa la poca resistencia con que se defiende el organismo ó por acción mecánica se destruyen adherencias de tejidos que constituyen barreras levantadas por la sabia naturaleza, prima vis medicatrix, y que están destinadas á limitar procesos infecciosos que localizados tienen un pronóstico más ó menos benigno pero que extendidos aumentan su gravedad y ennegrecen el pronóstico final de su evolución; ésto acontece habitualmente cuando se llevan á caso intervenciones quirúrgicas después de pasadas las primeras horas de la ruptura uterina y cuando ya los tejidos han llegado á aproximarse, constituyendo zonas de aislamiento y de defensa.

No debemos olvidar que posteriormente á la ruptura uterina, ya curada ésta espontáneamente ó intervenida quirúrgicamente, pueden producirse adherencias viscerales incompatibles con la buena función de órganos ó predisponentes á lesiones capaces de originar la muerte y por lo tanto constituyendo una manera de terminar, más ó menos lejana de las rupturas uterinas; es este el caso de retracciones cicatriciales que englobando los ureteres, aportan lesiones renales incompatibles con la vida, pudiendo constituir también un

caso de éstos las oclusiones del intestino por encontrarse éstos comprendidos en la retracción cicatricial de la ruptura del útero.

BIBLIOGRAFÍA

- AUBERNAS.—Thèse de Strasbourg. 1885.
- ALEXANDER (W).—1890. Rupture of the uterus, hysterectomy, recovery. Liverpool M. Ch. 1890, X, 364-368.
- AMANN (J-A).—1902. Die abdominale. Total extirpation bei kompletter Uterus ruptur. München med. Wochensch. 1902, XLIV, 433-437.
- ALBERTS.—Berlin Klin. Wochenschrift. Número 48' p. 634, 1880.
- ALEXANDROFF.—Contribution a l'étude de la rupture de l'uterus au cours de l'accouchement. Thèse de Dorpat (Jurgew), 1909.
- AUBERNAS.—Th. Strasbourg. 1855.
- ABELE.—Medic. Correspondanzblatt der Wurtemberger Aerzte 1885 (plaie du frontal).
- ALBERTS.—Berliner klin. Wochensch. 1880. Núm. 45, p. 644.
- ALBEK.—Un cas de rupture utérine pendant le travail.
- Annales de Gynecologie et Obstetrique. 1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912 y 1913.
- Anales de la Sociedad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Aires. 1909-1910-1911 y 1911.
- Archives mensuelles d'Ostetrique et de Ginecologie. 1913.
- Annales de Gynecologie et d'Obstetrique. 1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912 y 1913.
- ARAYA RAPHAEL.—Un cas de rupture utérine spontanée avec un foetus en état de putrefaction.
- AROTZTEGUI ROBERTO.—Ruptura del útero por fisometría.
- AROTZTEGUI ROBERTO.—Un caso de ruptura uterina.
- BAR.—Notes d'obstétrique. Paris 1889.
- BLANC.—Rigidité siphil, du col. Thèse, Paris.
- BONNAIRE.—Arch. de Tocologie, 1891.

- BONNAIRE.—Arch. de Toc. et Gyn. 764.
BAR.—Société d'obstr. de Paris, 1889.
BLASART.—Rupture incompl. Thèse Paris.
BRANDT.—Ruptura uteri. Tang. Sutura af rupturen fra vagina af. Norsk f. mag. f. Loegevidensk. Cristiania, 284-287.
BRINDEAU.—Soc. d'Obst. de Paris. 1902.
BRINDEAU.—Soc. d'Obstétr. de France.
BAR.—Société Obstétricale de France.
BUDIN.—Journal des sages-femmes.
BUDIN et DEMELIN.—Manuel d'accouchement et d'allaitement.
BRINDEAU.—Société Obstétricale de France.
BRINDEAU.—Bulet. de Soc. d'obst. 20-22. 1883.
BRAUN R. v. FERHWALD.—Ueber Uterusruptur. Wien. 1904.
BONAFONTE NOGUES MATEO.—Un caso obstétrico, (Revista de Medicina y cirugía prácticas. Núm. 1215, 21 Abril 1911, p. 59.
BRUNIGHAUS-BRAOUDE.—Contribution a l'étude de l'hémorragie dans les ruptures utérines. Paris 1909.
BOUSSARD et CHENIER.—Plaie pénétrante de l'abdomen ayant intéressé l'utérus grévise. Suture de l'utérus. Accouchement normal. Guérison de la mere.
BRINDEAU et CARON.—A propos d'une rupture utérine.
BARBOUR F.—Das untere Uterurinsegment.
ROUSSARD et VIGNES.—Rupture spontanée de l'utérus chez une multipare à terme et en el travail. Guérison sans operation.
BALDWIN (L. C.).—1893. Report of a Porro operation for uterus ruptures. N. York P. Gyneco a Obst. 1883. III, 873-878.
BANDL.—Ueber ruptur d. Gebarmutter. Vienne 1875.
BAR.—Méthodes antiseptiques. 1883; Soc. d'obst. de Paris 1899.
BARNES.—Operations obstétricales, 1871.
BATTLEHNER.—Arch. f. Gynak., 1884. Memoire de la Société allemande d. Gynecologie, 1er. congrés tenu à Munich, Juin 1886. 8e. congrés tenu à Halle, mai 1888.
BAUR (K. J. F.).—1900. Ueber eimen Fall von spontaner komplette Uterus ruptur konservative Behandlung. heilung. Centralblatt, f. Gynak. Leipz 1909, XXIV, 1009-1014.
BAUR.—1901. Conservative behandlung complete Uterus rupturen. Discussion. Ztschr. f. Geburtsn. n. Gynak. Stuttg. 1901, XLV, 154-158.
BAYER.—Centralblatt f. Gynakologie, 1895.

- BERGMANN.—1902. Ueber einem Fall completer. Uterus ruptur durch Laparatomie geneilt. Prag. med. Wehnschr. 1902, XXVII, 573-574.
- BLASART.—Th. Paris, 1900.
- BLIND.—Inaugural. Dissertation. Strashbourg, 1892.
- BODE.—Centralblatt für Gynakologie. 1895.
- BONNAIRE.—Arch. de Tocologie, 1891.
- BOSSI (H.M.).—Ruptures de l'utérus pendant l'accouchement; a propos de deux cas cliniques dont l'un avec pénétration du fœtus dans la cavité abdominales; opération de Porro avec réduction du pédicule et guérison. N. Arch. d'obstr. et de Gynecologie. Paris 1893, VII, 303-318.
- BRAUNG.—1889. Zur Laparatomia bei Uterus rupturen. Wien. klin. Wehnsch. 1889, II, 960-963.
- BRAUN.—1880. Laparotomy for ruptures of uterus. Przegl. lek. Krakow, 1890, XXIX, 190-207.
- BOISSARD.—De la dilat. rapide et forcé du col pendant. gross. et travail P. 1906, 0,99 p. Th. Paris.
- BAR, BRINDEAU, CLAMBRELENT.—La pratique de l'art des accouchements.
- BRINDEAU.—Société d'obstétrique de Paris.
- BAR.—Méthodes antiseptiques en Obstétrique, 1883.
- Société d'Obstétrique de Paris, 1899.
- BAYER.—Centralblatt für Gin., 1895.
- BAUDELOCQUE.—L'art des accouchements, 1796.
- BLASARD.—Thèse. Paris 1900.
- BONNAIRE.—Arch. de Tocologie, 1891.
- BONMUS.—Ver Doleris.
- BRINDEAU.—Soc. d'Obstétrique de Paris, 1900-1902.
- BROSSART.—Thèse, Paris 1900.
- BUDIN.—Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiel. Th. agreg. Paris 1878.
- BAR et SECHERON.—Progrès médical, 1884, p. 1040.
- BROSSARD.—Etude sur le traitement des ruptures de l'utérus. Thèse de Paris 1890. (Index bibliographique).
- BRAUN.—Centr. für Gyn., 1893, núm. 13, p. 273.
- BOSSI.—Nouvelles Archives d'Obstétrique, 1893, p. 303.
- BERGER.—Plaie de l'utérus par un coup de couteau. Société de chir., avril 1886.
- BECHER.—Ver Rembol (fracture du crâne).
- BLASIUS.—Klin. Zeitsch. f. Chir. 1836 (lésions des membres inférieures).
- BLOT.—Bull. de l'Académie de méd., 1347-48, t. VIII, p. 1932 (fracture des deux pariétaux).
- BURDACH.—Physiologie, 1828 (fracture de d'avant-bras et de la cuisse).

- BANDL.—Des ruptures utérines. Wieu. 1876.
- BARBIER.—Un cas de rupture utérina. Lyon méd. 1 juillet 1888.
- BATCHELOR.—Rupture de la matrice. Brit. med. J. 22 mai 1886.
- BATTLEHNER.—Rupture de l'utérus et du vagin. Archiv. f. Gyn., t. XXVIII, 1886, p. 501.
- BAYER.—Ruptures cervico-vaginales. Arch. f. XXI, 1883, p. 158.
- BEUMER et PEIPER.—Arch. Gyn., t. XXIII, 1884, p. 453.
- BOOTH.—Lancet 1884, juni 21, p. 1118.
- BAAUX.—Spontane Ruptur des Uterus während der Geburt. Wiener med. Presse 1888, núm. 48.
- BREUX.—Zur Anatomie der geheilten Uterus rupturen. Winer. med. Blatter 1883, núm. 24. Ueber perforierenden Usur des Uterus. Winer med. Blatter. Núm. 13, 1884.
- BUCHANAN.—Brit. med. J., 1882, t. II, p. 170 et 1885, t. II, p. 63.
- BUCKINGHAM.—Uterus ruptur nach Ergotin. Boston med. and surg. J., 6 février.
- BRAEN VON FERNWALD.—Inaugural. Dissertation. Vienne 1894.
- BRENNECKE.—Inaugural. Dissertation. Halle, 1875.
- BRENS. Wiener med. Wochenschrift, 1883 y 1884.
- BREUSS.—Zur Anat. der Geheilten Uterus ruptur. Wien. medical, Blatter, Wien núm. 24, 1883.
- BROSSAR.—Th. Paris 1900.
- BUDIN.—Th. Agrégation, Paris 1878.
- BURGER.—Münchner med. Wochenschrift, núm. 25, 1893.
- BUDIN.—Progrès medical.
- BAR.—Thèse d'agregation.
- BELAIEFF.—Un case de rupture de l'utérus pendant le travail et séjour du foetus pendant deux mois dans la cavité péritonéale.
- Bulletin de la Société d'obstetrique de Paris, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912 y 1913.
- BUMM ERNEST.—Précis d'Ostétrique, 1912.
- BAUDELLOCQUE.—L'art des accouchements. Tome second. Paris, 1833.
- BOERO ENRIQUE A.—El tratamiento conservador de las rupturas completas. Segmento inferior del útero. Nuevo procedimiento no quirúrgico por vía vaginal, 1910.
- BOERO ENRIQUE A.—Un caso de ruptura del útero, 1909.

BOISSARD.—Deux cas de rupture spontanée de l'utérus au cours du travail.

BRINDEAU.—Les ruptures utérines du travail.

BOQUEL (d'Angers).—Sur le traitement des ruptures utérines. Deux observations: I une mort sans intervention: II une guérison après hystérectomie.

CADIZ.—Thèse, Paris, 1900.

CAZEAUX.—(Annoté par Tarnier). Traité des accouchements, 1867.

CAUVEMBERGE (Van).—Bull. génér. de thérapeutique médicale et chirurgicale. Miquel, t. 31, 1846, Bull. med. soc. de Gand, Juin 1846.

CHERON.—1896. Deux observations de rupture utérine spontanée. Rev. obst. e Gynec., Paris, 1896, XII, 162-176.

CHOLMOGOROFF.—Zeitschrift f. Geburtsn, 1895.

CHROBACK.—Verhandlungen u. d. Gessellsch. f. Gynak, VI. Kongress, 1895. Zeitschrift f. Gynak u. Geburtsh, 1898.

COE (H-C).—Coelotomy (abdominal section) for rupture of the parturient uterus. N. Orl. M. a. ch. J., 1890-91, n. s., XVIII, 915-920.

COE (H-C).—1892. Rupture of the uterus, hysterectomy: death. An. J. Obst., N. Y., 1892, XXV, 682-685.

COUVELAIRE.—Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, oct. nov. 1903.

CRICHTON.—Brit. med. journal, t. 1. p 1331, 1887.

CRISTEANU (C).—1901. Sur le traitement des ruptures utérines complètes par hystérectomie abdominale totale; avec 3 observations. Paris, G. Steinheil, 1901, 8, 21 p.

CROSSEN (H. S.).—Case of hernia through a rupture of the uterus necessitating resection of thirteen feet of intestine. An. Gynec. a. Obst. J., N. Y., 1898, XII, 45-51.

CHAMBRELENT.—Société de méd. et de chirur. de Bordeaux.

CHOLMOGOROFF.—Zeitchfritsch f. G. und Gynaek., XXXI, p. 89.

CORINEAUD.—Th. de Bordeaux, 1899.

CHALEIX-VIVIE.—J. de méd. de Bordeaux, 14-15. Rev. mens de Gyn., Obst. et Poed. de Bordeaux, 73-78. Inocuité de l'amput. du col relat. aux accouch. ult. (Rev. mens de gynt. Obst. et Poed. de Bordeaux, 405-416).

COMMANDEUR.—Obstétrique, Paris, 1900, 311-325.

CHALEIX-VIVIE.—Un cas de chancre, syphil, du va-

gin g. chez. f. enceinte. *Journal des sages-femme*, 227-229.

COUVELAIRE. — *Revue pract. d'obst. et de Poed.*, 300-311-353.

CHAILLY-HONORE. — *Traité pratique de l'art des accouchements*, 1842, p. 384.

CHURCHIL ET LEBLOND. — *Traité des malad. des femmes*, 3.^e éd., 1881, p. 885.

COUTAGNE. — *Arch. de Tocologie*, 1883 p. 160.

CHARPENTIER. — *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.* 1885, t. XXXVI.

COUTAGNE. — *Des ruptures de l'uterus pendant la grossesse, et de leurs rapports avec l'avortement criminel.* Lyon méd., 1882. num. 43-46.

CHASSAIGNAG. — *Gaz. des hopitaux*, 1853 (fracture du tibia).

CARUS. — *Cegmeinsame detsche Klinik*. 1828 (blesure de la cuisse droite, arrachement de l'épiphyse du tibia).

CADIZ. — *Traitement de la rupture de l'uterus et après le travail de l'accouchement.* Thèse 1883.

CHAMPNEYS. — *London obstet. Trans.*, t. XXVI, 1888, p. 329.

COCHET. — *Annales de Gynécol.*, t. XXV, 1886, p. 106.

COX. — *Dublin med. J.*, 1882, t. II, p. 338. *London obstet. Trans.*, 1882. t. XXVII, p. 225.

CRISTOPHE. — *Des ruptures spontanées du segment inférieur de l'uterus dans le placenta proevia et de leur traitement* (Thèse de Lyon, janvier, 1910).

CHUECO ALBERTO. — *Prophylaxie des ruptures de l'utérus.*

COUVELAIRE A. — *Rupture de la cicatrice d'une ancienne operation césarienne survenue a la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios.*

CHASSOT (de Frobourg). — *Un cas de rupture spontanée utérine.*

CHUECO ALBERTO. — *Rupturas uterinas completas curadas por procedimientos conservadores.* Bs. As. 1911.

DUPARCQUE. — *Historie complète des ruptures de l'utérus*, Paris, 1836.

DUPOY. — *Thèse de Paris*, 1896.

DEMELIN. — *Gazette des Hopitaux*, L 40-314-431. *Thèse de doctorat* (segm. inf.)

DOLERIS. — *N. Arch. d'obstétr. et de gyn.*, 369-379.

DEMELIN. — *Revue d'obst. interne de Toulouse*.

DOLERIS. — *Nouvelles arch. d'obst. et de Gynéc.*, février, 1895.

DEMELIN. — *Obstétrique*, 1898.

DE BELVAL.—Dystocie par rigidité anatom. Thèse de Paris.

DEMELIN.—Obstétrique d'urgence.

DOLERIS.—Gynécol., Paris, 1900, 192, 147.

DRAGHIESCO ET CRISTEANN.—Statist. sur trait des rupt. ut Annales de Gyn. et d'obst., Paris, 1902, 103-141.

DE SEIGNEUX.—Revue médicale de la Suisse Romande, Genève.

DOLERIS.—Compte rendu Soc. d'Obst., de Gyn. et Poed., 53.

DE LA COSTE.—Hémorrag. qui ont leur source en dehors de la cavité utérine, après accouch.

DENEUX.—De la rupture de la matrice. Thèse, Paris, 1804.

DEPAUL.—Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1876, p. 220.

DUHRSSSEN.—Vade mecum d'obstétrique trad. Van Aubel, 1891, p. 119.

DUPOUY.—Pathogénie des hémorragies para-utérines sous-peritoneales. Thèse de Paris, 1896.

DENEUX.—Essai sur le rupture de l'uterus. Paris, 1808.

DEVERGIE.—Arch. de méd. 1825 (fracture consolidée de la clavicule gauche).

DOUTREPONT.—Körber. Voy. Rembold (deux ouvertures sur le côté gauche du tronc. et sur le frontal droit. Fracture de la clavicule gauche guérie).

DANYAU.—Gaz. des hop., 1853 (fracture de cuisse).

DIESTERBERG.—Schmidt's Jahrb., 1843 (ecchymose allant d'un temporal à l'autre).

DIETERICH.—Medic. Correspondanzbl. der Wurtemberger Vereins (les os du frontal, de l'occipital).

DAVIS.—Traitement preventif. Med. News, 12 mars, 1887.

DEUTSCH.—Geburstverlauf bei einer vor vier Jahren nach traumatischen. Uterusruptur laparotomirten. Centralb. f. Gyn. 1889, n°m. 14, p. 235.

DRAGE LOVELL.—London obstét. Trans., t. XXVIII, 1887, p. 2.

DÜHRSENN.—Berliner klin. Woch., 1888, p. 8.

DITTEL.—Z. Uterusruptur. Arch. f. Gyn. 44.

DEMELIN ET COUDERT.—Malformation cardiaque diagnostiquée pendant la vie intra-utérine et malformations congénitales multiples.

DAVIDOFF.—Thèse Saint-Pétersbourg, 1895.

DCKNER.—Inaugural. Disertation Königsberg, 1898.

DE LEE (J-B).—1903. Reporte of thre cases of rup-

tur of the uterus during labor; and a consideration of the treatment based on ten cases. *Ann. g. obst. m. j.* 1903, XLVII, 289-294.—1903. Report of thru cases of rupture of the uterus during labor; and a consideration of the treatment based on ten cases. (Discussion). *Ann. g. obst. mo. j.* 1903, XLVII, 397-400.

DEUTSCH.—1889. Geburtsverlang bei einer von Jahren nach traumatischer uterus ruptur, Laparotomirten. *Centralbl. f. Gynak*, Leipz. 1886. XIII, 235-237.

DIEPEN.—Jahresbericht de Frommel, L. VIII, 1894. Th. d'Amsterdam, 1894.

DITTEL.—Archiv. f. gynakologie, vol. XIX, 1893, p. 393.

DOHRM.—1894. Ein Fall geheilter uterus ruptur. *Centralbl. Bl. f. gynoek.* Berl. 1894, 17 mars.

DOLERIS.—Arch. de Tocologie, 1884. *Annales de gynéc. et d'obstet.*, 1884, 1886.

DONA (Raoul).—Sur un cas d'hystérectomie abdominale pour rupture de l'utérus pendant l'accouchement. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Bucarest*, 1902, V. 12-13.

DRAGHIESCO ET CRISTEANU (C).—Sur le traitement de ruptures utérines avec une statistique de 77 cas. *Ann. de Gynéc. et d'obst.*, Paris, 1902, LVII, 103-141.

DUBRISAY ET JEANNIN.—Précis d'accouchements. Paris, 1903, p. 414.

DUBOIS (P).—Dictionnaire en XXX volumes, 1846.

DUHRSEN.—Zeitschrift. f. Geb. u. Gynakologie, 1898.

DTPARCQUE.—Th. Paris, 1838.

DURLACHER.—1901. Ueber einen Fall von uterus ruptur mit Durchtritt des abgeschmittener Höffes in die Bauekonle, mit einigen epikritischen Bemerkungen Deutsche, med. Wochenschr. Leipz. u. Berl., 1901, XXVII, 788-790.

DECKNER.—Inaugural dissertation. Königsberg, 1898.

DITTEL.—Arch. für Gyn., 1893.

DOLERIS.—Annales de gynécologie, 1883-1885. Archives de Tocologie, 1884.

DOLERIS ET BONNUS A.—Bulletin et memoire de la Soc. obstétricale et gyn. de Paris, 1896.

ERDEY.—Cent. f. Gyn., núm. 41, 1898.

ENGELMANN.—Medical News, 1884 et Archives de Tocol. 1883, p. 443.

- FRAISSE.—Nouv. arch. d'obst. et de Gyn., fév. 1892.
FRISTCH.—Semaine médicale.
FIEUX.—Revue pratique d'Obst. et Poediatric.
FUNCK-BRENTANO.—Rev. prat. d'Obst. et de Poediat.
FEROUELLE.—Thèse, Paris.
FIEUX.—Etude sur la muicul. du col de l'utérus.
Annales de Gyn. et d'Obst.
FRAISSE.—Revue d'Obstétrique et de Gynéc.
FAZOLA.—Annales d'Obstétrique, 1884-1886.
FORME.—Thèse, Paris 1900.
FRANTZ.—Inaugural. Dissertation. Berne 1883.
FEHLING.—Sammlungen Klin. Vortrage 1892.
FELSENREICH.—Arch. f. Gynakologie, 1881. Wien.
Klin. Wochenschrift, 1890.
FEUCHTWANGER.—Inaugur. Dissert., Munchen 1893.
FLEISCHMANN.—Prag. Zeitschrift. f. Heilkunda 1895.
Article de Dittel. archiv. f. Gyn., 1893
FORNE (Jean).—Etude comparée des différentes méthodes de traitement utilisées dans les ruptures de l'utérus. Paris, Steinneil, 1900 inc.-8, núm. 503, 192 p., 3 tracés.
FRAISSE.—Cicatrices cervicales consecutives aux cautérisations: dystocie par rigidité du col et sténose de l'orifice, rupture de l'utérus; laparatomie; operation de Porro. Arch. d'Obst. et de Gynéc., Paris 1891. VI, 348-353.
FRANCK.—Cent. für Gyn., núm. 39, 1894.
FRANL.—Cent. für Gyn., núm. 61, 1885.
FRASCANI (V).—1897. Ruttura completa dell'utero; laparatomia, amputazione utero-ovarica, guarigione. Ann. di Ostet., Milano 1897, XIX, 353-365.
FRASER (W).—1903. Report of a cause od rupture of the uterus laparatomy recovery. Med. News. N.-Y. 1903, LXXXII, 1207-1210.
FREUND (W-H) P.—Zeitschrift f. Hel-Kunde, 1895.
Centr. f. Gyn., núm. 8 Février 1903. Zeitsch für Geburtshilfe und Gyn., vol. XXIII, li. 20 1892. Verhandlungen des deutschen Gesellschaft f. Gyn. 1895.
FRITSCH.—Verhandl. d. Gessells. f. Gynack., Vienne, Deut. med. Wochyns. 1891-1892. Die Behandlung des Uterus ruptur. Wien. med. Presse 1895, XXXVI, 881-891.
1895.—Die Behandlung der Uterus ruptur (Discussion). Wien, med. Presse, 1895, 901-903.
1895.—Die Behandlung der Uterus ruptur. Verhandlungen d. deutsch. Gesellsch. f. Gynak., Leipz 1895, VI, 1-18.
1895.—Die Behandlung der Uterus ruptur. Med. Woch., 1895, VII, 277.

1895.—Die Behandlung der Uterus ruptur. Aertzth. Rundschau. München. 1895, V. 369-585.

FROMMEL.—Centralblatt f. Gynak., 1888. Zeitschrift f. Geb. u. Gynak., 1880.

FREUND (H-W).—Zeitschr. für Geb. und Gyn., 1892, XXIII, p. 436.

FEIST in REMPOLD.—(cal sur la clavicule gauche).

FARR.—Ruptur of parturient uterus. Americ J. of Obst., 1883, p. 389.

FAURE.—Revue med. de la Suisse romande, t. VI, 1886, p. 126.

FELSENREICH.—Beitrage zur Therapie der Uterus ruptur. Archiv. f. Gyn., t. XVII, 1882, p. 490.

FERGUSSON.—Med. News., 23 aout 1884.

FONTANA.—Annali di Ostetricia, 1888, núm. 3.

FOREST.—Americ J. of Obstet., t. XVII, 1884, p. 376.

FRANZ.—Zwei Fälle von Uterus ruptur. Centralb. f., 1885, p. 54.

FROMMEL.—Zur Aetiologie and Therapie des Uterus ruptur. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., t. V, 1880, p. 400.

FERLING.—Ueber Uterus ruptur. Samml. klin. Votr. N. F. Nr. 54.

FREUND (H-W).—Die Mechanik und Therapie der Uterus und Scheidengewölberisse, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., 1903.

FRANQUE.—Die Entstehung und Behandlung der Uterus ruptur. Würzburger Abhandl. II, 1901.

FRITSCH.—Die Behandlung d. Uterus ruptur. Verhandlung. d. deutsch. Gesc. Gyn., VI.

FERRE.—Grossesse extra-uterine. Rupture du kiste foetal a huit mois. Putrefaction intra-abdominale de l'oeuf. Perforation spontanée de l'uterus. Laparatomie. Guérison.

FRUHNHOLZ et GEORG GROSS.—Rupture spontanée de l'uterus au cours du travail. Hysterectomie sub-totale.

FOURNIER (d'Amiens).—Rupture utérine. Intervention précoce.

FIEUX G.—Rupture spontanée de l'uterus au cours du travail. Hysterectomie sub-totale.

FISCHER OTTO.—Ueber die Ruptur des graviden Uterus in einer alten Kaiseischnittsnaistem (Inm. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, t. LXX, fasc. 3, p. 838.

GUBERT.—Gazette med. d. sc. méd. de Montp., 276-277.

GODART.—Déch. prof. du vagin et du col. lors de l'accouch. Policl. Brux., 1900, 187.

GROSS. — *Compte rendu de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*
GUILLEMEAU. — *De la grossesse et de l'accouchement.*
Paris 1621.

GALLATIA. — 1903. Ein seltener Fall einer spontanerheilungm Valeri. einer Blasen-Geroux fistel. soure ein Jahr darauf erfolgter Uterus ruptur bei herherlich eingetretener echangerschaft. Heinlung. Zentralbl. f. Gynak., Leipz., 1903, XXVII, 1236-1239.

GODSON. — *British. med. Journal.* 1884.

GEEN. — *Transact. f. the american gynakological society.* Boston, 1888.

GREEN (C. M.). — 1893. Rupture of the uterus, palliative version surgical treatment. *Ann. Gynec. A. Pocce-tiat.*, Phila., 1993-94.

1894. — Rupture of. the uterus palliative version sur-gical treatement. *Clin. Gynec. Soc. Phila.*, 1894, XIX, 161-171.

GUERARC (Von H. A.). — 1898. Instrumentelle zerceis-sung des Uterus bei eihgebildeter schwangerschaft, seibschmitt Heilung. *Centralblatt. f. Gynk, seipez.* 1898. XXII, 708-711.

GRAEFE. — *Centr. für Gyn.*, 1880, núm. 24.

GUENIOT. — *Bulletin de l'Academie de médecine de Paris*, 1890, t. XXIII, p. 638, et XXIV, p. 210.

GESSNER. — *Centr. für Gyn.*, 1895, núm. 2, p. 33.

GEISLER. — (Balle de pistolet). *Monat. f. Geb.*, t. XXI, p. 272.

GUGGENBERG. — *Auto-operation cesarienne.* *Prager med. Wochenschr.*, 1885.

GRENSER. — *Mon. f. Gebou. Wisensch.* 1856, (fracture guérie de la clavicule et du bras gauche).

GUERSANT. — *Gaz. des hop.* 1855, (fracture de cuisse).

GARREGUES. — *Laparatomie dns les cas de rupture de l'utérus.* *Med. Rec.*, 1.^o mars, 1888, p. 381.

GATTAL. — *Lo Sperimentale*, 1868, d. II, p. 402.

GILBERT. — *New-York med. J.*, 1884, t. I, p. 246.

GOODFELLON. — *Americ. J. of. obst.*, t. XVII, 1884, p. 930.

GOFFE. — *New-York med. J.*, 1883, p. Ip. 234.

GRAEFE. — *Centralb. f. Gyn.*, 1888, núm. 26, p. 614.

GREEN. — *Rupture spontanée de l'utérus.* *Annales de Gyn.*, t. XXXI, 1886, p. 57.

GRUN. — *London obstet. Trans.*, 1885, t. XXVII, p. 227.

GILLES. — *Rupture utérine dans une version pour presentation de l'épaule Operation de Porro. Dilata-tion aigüe de l'estomac dans les suites operatoires. Guérison.*

GILLES.—De l'influence de l'arrachement du col sur les grosses et les parturitions ultérieures.

GONNET et RENDU.—Perforation de l'utérus par le forceps. Fractures du crâne foetal.

GOSSET et TISSIER. Utérus duplex rupturé pendant le travail d'accouchement.

GILLES.—Un nouveau cas de rupture utérine au cours d'un césarienne. Operations de Porro. Guérison.

GONZALEZ J. B.—Contribución al estudio de las rupturas uterinas.

GONZALEZ J. B.—Rupturas uterinas. Etiologia, Patogenia y Mortalidad. Profilaxia y Tratamiento Racional.

GROSSE A.—Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Hystérectomie 48 heures après l'accouchement. Mort.

GONZALEZ.—Influencia de la manera de terminar el parto sobre el pronóstico final de las mujeres con ruptura utérina tratadas por vía genital.

GRASSE A.—Presentation de l'épaule négligée. Embryotomie, perforation de l'utérus. Guérison.

GRIMSDALE.—Rupture of the Uterus during labour. Abdominal hysterectomy. Recovery. The Journ. of Obst. & Gyn. of the British Emp., décembre 1903.

HALBERTSMA.—Weckbl. v. h. Nederl. Tyds. v. Gene., 1880.

HARISON (G. T.)—1897-1998. Rupture of the uterus its etiology, diagnosis, and Therapeutique. Virginia M. Senri. Mouth. Rychemond, 1897-1898, II, 697-702. 1899. On the treatment of rupture of the uterus. Tr. Edinb. b. obst. soc., 1889-1890, XV, 196-291.

HART (B. B.)—1890-1891. On the treatment of rupture of the uterus. Edinb. M. J., 1890-1891, XXXVI, 35-39.

HARTMANN.—Ann. de Gyn. et d'Obstét. 1901.

HERRGOTT (A.)—1901. Un cas de rupture de l'utérus. Rev. méd. del' Est. Nancy., 1901, XXXIII, 296-305.

HERZFELD (K. A.)—1890. Ein Fall von uterus ruptur geneilt durch. iodoform gaze tampanode. Allg. Wien. med. ztg., 1890, XXXV, 61.

HOFHEINZ.—1891. Ueber die Behandlung von uterus rupturen. Deutsche Med. Wehnschr., Leipz., 1891, XVII, 738.

HOFMEIER.—Berlin klin. Wochen, 1880-1882. Centralblatt ft. Gynak., 1881-1883.

HOGAN (S. M.)—1892-1893. Fibroid tumor of the uterus pregnancy; rupture about the fourth month; operation, post mortem. Ann. Gyn. & Pediat. Phila; 1892-1893, VI, 475-480.

- HUG.—Inaugural Dissertation, Munich, 1878.
 HARTMANN.—Ann. de Gyn. et d'Obst., 1901.
 HERVIEUX.—Maladies puerpérales, 1870.
 HOFMEIER.—Berlin. klin. Wochen., 1882. Centralblatt für gyn., 1881-1883.
 HORROCK S. P.—Transactions of the obstet. soc. of London, XXXI, p. 228.
 HAZARD.—Rigidité du col de l'ut. en dehors de celles occasionnées par tumeur. Th. Paris.
 HARTMANN.—Dilat. du col. Ann. de Gyn. et d'obst. Th. Paris.
 HECKER.—Monatschr. für Geb., avril, 1868, p. 292.
 HARRIS.—Amer. Journ. of obst., octobre 1880 p. 802.
 HECKER.—Centr. für Gyn., 1881, núm. 10.
 HOFMEIER.—Centr. für Gyn., 1881, núm. 26.
 HALBERTSMA.—Centr. für Gyn., 1881, p. 67.
 HUBER (Eug.)—Accouchements et déontologie médicale 4.^e edi., Louvain, 1892.
 HILDEBRANDT.—Berliner Klin. Woch., 1872, N.^o 36.
 HARTMANN.—Correspondanzblatt der Wurtemb. A. Erzte, 1835 (plaie du frontal).
 HALBERTSMA.—Centralb. f. Gyn., 1881, núm. 3, p. 67.
 HARDON.—Edim. med. J., t. XXVII, p. 660.
 HARVEY.—London obst. Trans., t. XXVII, 1885, p. 191-228.
 HAUSSMANN.—Zur Entstehung und Verhütung der Gebärmutterzerrissenngen währed der Geburt. Berliner klin. Woch., 1882, núm. 38, p. 580.
 HECKER.—Centralb. f. Gyn., 1885, núm. 10.
 HOFMEIER.—Berliner klin. Woch., 1880, núm. 46, p. 661, 1882, núm. 23, p. 357. Zur A. Etiologie der uterusruptur. Centralb. f. 1881, N.^o 26, 1883, N.^o 30.
 HOLMES.—Medical Age, 1886, núm. 21.
 HORROCKS.—London obst. Trans., t. XXVI, 1884, p. 119-260, et Brit. med. J., 1884, t. II, p. 814.
 HOFMEIER.—Ueber Kontraktionsverhálthisse d. kreiss, senden uterus und ihre eventuelle Behandlung. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 6.
 HINTERSTOISSER HERMANN.—Traumastiche in der Schwangerschaft (Monat. f. Geb. u. Gyn., B. 34, H. 6. décembre 1911, p. 652).
 HELLENDALL.—Ueber die spontane Zerraißung der Gebärmutter in eines schwangeren septischen inficerten uterusdivertikel, Arch. f. Gyn., Bd. LXXV, Hft. 3 p. 686.
 HERMELIN.—Tygodnik Lekarski, núm. 19, p. 281.

HEDLUND.—Sur la rupture utérine pendant l'accouchement.

HARTMANN.—Ein Beitrag zur A. Etiologie und Therapie der uterusruptur. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXIII, Hft. 3, p. 393.

HUBERT EUGÈNE.—Cours d'accouchements, Paris, 1885.

HENKEL.—Rupture spontanée de l'utérus à la fin de la grossesse. (Ges. f. Geb. u. Gyn. de Berlin. in Centralb. f. Gyn. 1905, núm. 15, p. 461).

IVANOFF.—Cent. f. Gyn., 1881-1883. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1903.

INGERSLEV.—Centralblatt f. Gynakologie, 1881.

JAILLE.—Th. Paris, 1885.

JOHANNOVSKY (V).—1894. Zur therapie des uterus ruptor Prag. med. wochenschr.; 1894. XIX. 350-353.

JOLLY.—Th. Paris, 1870. Archiv. gén. de Médecine, 1863.

JACQUEMIER.—Manuel des Accouchements.

JOLLY.—Ruptures de l'utérus, 1870.

JOLLY.—Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement. Thèse Paris, 1873.

JAILLE.—Etude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines. Thèse, Paris, 1886.

JAILLE.—Etude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines. Thèse, 1886.

JOSEPHSON.—Repert. nouv. Archives d'obst. et de gyn., 1889, p. 28.

JAKOWSKI.—Przegląd chirurgiczny y ginekologii. zhy. vol. III, fasc. 3, p. 366.

JEANNIN.—Rupture utérine par désunion de la cicatrice d'une opération césarienne antérieure, hystérectomie.

JOLLY B.—Uterusruptur in der alten Kaiserschnittarbeit. Arch. f. Gynaek. Bd. XCVII, Hft. 5 pp. 229.

JEANNIN ET WILHEN.—Rupture utérine por désunion de la cicatrice d'une césarienne antérieure. Hysterec-tomie.

KALTEMBACH.—Archiv. f. Gynakologie, 1884. Deutsche med. Wochenschrift, 1894.

KAMANN (K).—1903. Ein Fall von reech-zeitiger geburt nach abdominale vaginaler, konservativer Wernahrung einer violenten kompetten uterus ruptur. Wien klin. Rundschau, 1903, XVII, 227-280.

KERR C. R.—Scciété obstétricale et gynécologique de Glasgow, 25 mai, 1904.

KLEIN (M).—1890. Zur therapie der uterus rupturin

Anschlusse an zwei fälle, Psl. med. chir. Presse Budapest, 1890, XXVI, 1060.

KLIEN (R).—1901. Die operative und nichtoperative Behandlung der uterusruptur. Kritische studie auf Grund von 367 in den letzten 20 Jahren publicierten und 14 neuen Fällen Arch. f. Graek. Berl., 1901, LXII, 193-315.—1901. Ueber die Behandlung der uncomplicirten. Uterus ruptur sub-partu. operativ oder conservativ. Therap. Monasch., Berl. 1901, XV, 235-242.

KOBLANCK.—Beitrag zur Lhe. u. h. Uterus ruptur. Stuttgart 1895.

KOHLEA (F. X.).—Inaug. Dessert. Strasbourg, 1900.

KOLOMENKIN (N).—1903. Zur Frage über die operative Behandlung der Uterus ruptur. Monatschr. f. Geburtu und. Gynak., Berl. 1903, XVII, 345; et 496-520.

KORTH.—Inaugural. Disertattion. Berlin 1885.

KRAJEWSKI.—Gaz. Lekarskiez, 1892. Przahl. Chirgiez, 1896.

KRIWSKI.—1902. Zur casuistik einer Wiederkolten Uterus ruptur. Monatschr. f. Geburtch. Berl. 1901, XV, 9-20.

KUPFFERBERG.—Münchener med. Wochensch., 1892.

KUSTNER OTTO (L).—Centr. für Gyn. N.º 1 1903.

KRONER.—Centralblatt. f. Gynak., 1884.

KLIEN.—Arch. f. graek. Berlin, 1901, 193.

KIPPIOL.—Accouch. par surprise.

KANSANSKI.—Atrésie cicatric. du. col. consécut. a l'accouch. Th. Paris.

Kroner.—Centr. für Gyn., juin 1824, núm. 24, p. 369.

KRANJEWSKI.—Przeglad chirurgienzy, 1896, Bd. III, Heft 1. s. 103, et Monatschr. für Geb. und Gyn. Bd. IV, décembre 1896, p. 609.

KRUKENBERG.—Archiv. f. Gyn., t. XXVIII, p. 421.

KLEIN.—Kopp's Tarhrb. 1870 (fracture du temporal. os malaire, lésion du pied).

KALTEMBECH.—Ueber tiefen Scheiden und cervical. Risse bei der Geburt. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., C. (99) II, 1878, p. 1776. Ueber Uterus rupturen. Archiv. ff. Gyn., t. XXII, 1884, p. 133. Operativa Gynécologie, 1881.

KEITH.—Edimburg. med. J., t. XXVII, p. 799.

KRONER.—Zur Therapie der puerperalen Uterus ruptur. Centralb. f. Gyn., 1894, p. 360.

KLIEN.—Ueber operative und nicht operative Behandlung d. Uterus ruptur. krittische Studien über 367 in den letzten 10 Jahren publicierten Fälla. Arch. f. Gyn. 62.

KORMANN.—Ueber d. Uterus rupturen in forenear Reburthilfe. Stuttgart 1901.

LABUSQUIERE (R).—Th. Paris, 1884. Ann. de gynécologie e d'obst., 1894-1903. 1903. Des ruptures utérines «sub-partu» leur traitement chirurgical. (H. Varnier. Kolomenkin. J. Zweifel). Ann. de gynéc. et d'obst. Paris, 1903, LK, 23-46.

LACHAPELLE (M).—Pratique des accouchements. 1825.

LAFOURCADE.—1903. Rupture spontanée de l'uterus pendant le travail. passage du foetus et du placenta dans la cavité péritonéale. Laparatomie, hystérectomie sus-vaginale guérison. J. des Sages femmes. Paris 1903 XXI, 212-215. Rupture spontanée de l'uterus pendant le travail. passage du foetus et du placenta dans la cavité péritonéale. Laparatomie, hystérectomie sus-vaginale, guérison. Gaz. méd. de Paris, 1902, 12 s., II, 393. Bandon.

LEBRAM (Fritz).—1901. Ueber Rupturen in Fundss uteri. Inaug. Dessert. Königsberg, 1901, Jan. u. Aug.

LE CLERE.—Th. Paris, 1899.

LEDERER.—Prage med. Wochensch. N.º 15, 1887.

LEPAGE.—Fonctionnement de la Clinique Baudelocque. Bulletin médical, novembre 1903.

LEOPOLD (C).—Verhandl. gen. d. Gessellsch. f. Gynak. II Kongress, Kalle 1888. Arch. f. Gynakologie 1889. 1889. Zur Behandlung der Uterus ruptur. Arch. f. Gynaek., Berl. 1889-1890, XXXVI, 224-351.

LUDWIG (H).—1897. Klinische Beiträge zur operativen Therapie der Uterus ruptur. Wien. Klin. Wochensch., 1897, X, 253 et 288.

LABUSQUIERE.—Thèse Paris, 2884; Ann. de gyn. 1894.

LACHAPELLE (Mme).—Pratique des accouch. 1825.

LEOPOLD.—Arch. für gyn., 1889, t. XXXVI.

LEPAGE.—Fonctionnement de la clinique Baudelocque.

LEVRET.—L'art des accouchements, 1766.

LUDWIG.—Wiener Klin. Wochenschrift, 1897.

LABORDE.—Des hemerrag. par déchir. du col après accouch. Th. Paris.

LUGEOL.—Journal de méd. et de chirurgie de Bordeaux.

LEBIGUT.—Chancre syphil. et accouchement.

LE CLERE.—Ruptures eterines incomplet. Th. Paris.

LEPAGE.—Soc. d'Obst. 1901.

LEPAGE.—Compte rendu de la Soc. de Gyn. et Poed., 103-141. Revue general de clinique et de thérapeutique.

LIVON.—Ruptur de l'uterus gross. et accouchement. conséc. Paris.

LEOPOLD.—Gynécol. de Paris, 97-105.

LEVEZ.—Contributy l'étude des ruptures. TH. C. Nancy 1905.

LUSTGARTEN.—Wien. mediz. Presse, 1886, núm. 13.

LOMER.—Centr. für Gyn., 7 novembre 1891, p. 915.

LEE.—The management of accidental puncture. and other injuries of the gravid. uterus. as complications of laparatomia. Trans. of the Americ. gyn. Society, 1883, t. VIII, p. 254.

LESSER.—Eulemberg's Wierteljahr. f. gerichtl. Med. u. off. Sanitätswessens. N. S. XLIV, núm. 1.

LOWENHARDT.—Caspers Wochensch, 1818, p. 60.

LOWENHARDT.—Caspers Woch., 1810. p. 60 (fracture de l'occipital).

LABUSQUIERE.—Des ruptures utérines et de leur traitement. Th., 1884.

LAWRENCE.—Brit. med. J., janvier 1887.

LEOPOLD.—Société obst. Berlin. Nouv. Arch. d'obst. Rert., t. III, 1688, p. 554.

LEWERS.—Brit. med. J., juin 1883.

LUSK.—Science and art of midwif. Traduit par Doleris. 1886.

LEBOMSKI.—Sur la question de la patogénie et du traetement des ruptures de l'utérus (Journal d'obstétrique ed de gynécologie. Saint Pétersbourg. Janvier ed février, 1909, p. 21 et 151).

LAMBRIOR.—Un cas de rupture de l'utérus au neuvième mois de la grossesse (Médecine Orientale, N.º 3, 10 février, 1909).

LABHARDT.—Ueber uterusrupturen in Narben von früheren Geburten. Zeitsch f. Geb. u. Gyn. Bd. LIII, Hift 3, p. 478.

LAGOUTT (du Creusot).—Rupture utérine après version. Hysterectomie abdominale totale, Lyon chirurgicale, 1910. Tome IV, núm. 1 Juillet, p. 91.

LICHTENSTEIN.—Extraperitonealer Kaiserschnitt und uterus ruptuh Gefahrbei spaeteren Entindungen des dangers de rupture utérine au cours d'accouchements chez des femmes avant deja subi una operation césarienne extraperitonealer. Zentralblattf für Gyn. núm. 26, 1910.

LOBENSTINE.—Am. J. Obs., octobre 1898, p. 670. Rupturen uterus after two cesarean sections.

LUSK, THOMPSON WILLIAM.—Science et Art des accouchements.

LIVON (J).—Grossesse et accouchements consécutifs aux ruptures utérines. Thèse de Paris, 1903.

MAASS (Georg).—1898. Beitrag zur Casuistik des Uterus rupturen mit besondereer Berücksichtigung der mikroskopischen Untersuchungen speciellen Falles aus der geburtshilfliche Station der kgl. Charitéz u. Berlin. Inaug. Dissert., Berlin. 1898.

MAC LEAN.—Americ. Journal. of obstetrics. 1888.

MANN.—Centralblatt f. Gynaecologie. O. 1881.

MARS.—Medianschnitt. etc., Gracowie, 1890.

MASSEY (J).—1895. A case of rupture uterus with opération and recovery. Tr. Coll. Phys. Phila. 1895. 3^a. s., XVII, 69.

MATHEIR.—A. Th. Agregation. Paris, 1866.

MAYGRIER. | Annales de la Société d'Obstétr. 1892.

MAC LEAN (M).—The palliative treatment of rupture of the uterus. Th. am. Gyn. Soc. Phila. 1894, XIX, 182-186. 1894. The palliative treatment, of rupture of the uterus. Am. J. Obst. 1894, XXX, 43-50.

MERMANN.—1890-1891. Zur Indication und Technik der Operation nach Porro bei Gebärmutterzerreissung. Arch. f. Bynaek., Berl. 1890-1891, XXXIX, 452-467.

MERZ.—Arch. f. Gynakologie, 1893. Zur Behandlung der Uterus ruptur.

MEYER (L. L.).—1904. Zur aetiologia und Casuistik der spontaner Uterus ruptur. Inaug. Dissert. Würzb. 1904, Jan. núm. 3.

MIKHINE.—Annales de gynecologie et d'obst., mai 1902. Journal d'acc. et d'obst. de Saint-Pétersbourg.

MUNDE.—Cent. für Gyn., 1878.

MULLER.—Üb. Uterus ruptur nach den Beobachtungen der Hallenser Fräben. klinik. 1894-1900, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Inaug. Dissert. Halle 1901, marz.

MAYGRIER.—Ann. de la Soc. d'Obstétrique, 1882.

MERZ.—Zur Behandlung der Uterus rupturen, 1894.

MAYGRIERE.—Semaine méd., 1891.

MAYGRIER.—Leçons d'Obstétr. (recueillies par M. Demelin).

MARTIN.—Normand. méd., Souen, 461.

MAYGRIER.—Rev. méd. de Montreal, 292-294.

MAYGRIER.—Arte obstetr. de Milano, 103.

MATHEZ.—Des résultats éloignes de la stomatopl. par evident. comiss. du col. Th. Paris.

MORSBRCH.—Centr. für Gyn., 1880, núm. 27.

MILLER P.—Handb. der Geburts., 1888.

MASCKA.—Prager Viertel janssch. 1856 (fracture des pariétaux). Epanchemen sanguin.

MANN.—Beitrag zur Behandlung der Uterus ruptur durch Drainage. Centralblatt. Gyn., 1881, núm. 16.

MARX.—Americ. J. of. Obst. 1886, p. 1151.

MATHEÄON.—A case of rupture of the uterus. Edim. med. J., février 1889, p. 123.

MAURER.—Deutsch. med. Woch. 1882, núm. 51.

MORE-MADDEN.—Brit. med. J. 1882, t. II, p. 170.

MORSBACH.—Centralb. f. Gyn. 1880, núm. 27.

MEYER Leopold.—Rupture de cicatrice utérine après section césarienne.

MEYER K.—Contribution a l'étude de la rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse. (Beitr. z. Geb. u. Gynak. Bd. 9, Heft 1, p. 35).

NISSEN (P-E).—1891. Rupture uteri., laparotom. Helbre selse, Norks. Mag. T. Largevidensk. Christiana 1891, 4 R. XI, 51-54.

NEUGEBAUER.—Arch. f. Gyn. XXXIV-XXXV, 1889,

NANGELE et GRESSER.—Traité de accouchements, 1880.

NIEBERDING.—Ektropium u. Risse am Hals der Gebärmutter. Wäuzburg. 1879.

ODEBRECHT.—1901. Conservativ behandelte complete Uterus rupturen. Discussion. Ztschr. f. Geburt. u. Gynak. Stuttg. 1901, XLV, 158.

OLSHAUSET.—1901. Conservativ behandelte complete Uterus rupturen. Discussion. Ztschr. f. Geburt. u. Gynaek. Stuttg. 1901, XLV, 158.

OSTERBINE.—Inaugural. Dissert. Greifswald. 1884.

ORTMANN.—1901. Conservativ behandelte complete. Uterus rupturen. Discussion. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynak. Stuttg. 1901, XLV, 159.

ORZECKOWOSKE (W).—1901. Ein Fall. von violenter Uterus ruptur mit tödtlichen. Ausgange am. Bacteriungm coli; Peritonitis durch Ausrissung einer Darmschlinge. Inaug. Dissert. Greifswald, 1901, Januar.

OSIANDER.—Handb. der Entbindungskunst (fracture du pied).

OLIVE.—France med. 1884, t. I, p. 445.

O'MEARA.—Brits. med. J. 1885, t. II, p. 343.

OLSHAUSEN.—Ueber durchreibungen u. Rupturen des Uterus. Mon. f. Geb. 20.

OLOW J.—Zur Frage von der Uterus rupturgefahr nach dem cervicales Uterus schnitt. Zent. f. Gyn., núm. 31, p. 1048.

O'FARREL Miguel Z.—Tres casos de ruptura uterinas completas, durante el trabajo del parto, de los cuales dos fueron tratados por el método conservador, etc., etc.

- PINARD. — Soc. d'Obst., gyn. et pédiatrie, 1899.
POIDEVIN. — Thèse de Paris, 1859.
PUZOS. — Traité des accouchements, 1759.
PAPERNA (A). — 1904. Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. Vratsch Gazette Saint-Petersbourg. 1904, XI, 974-975.
PAQUY (E). — 1903. A propos d'un cas de rupture spontanée de l'utérus au cours du travail. Rev. prac. d'obst. et de gynécolo. Paris 1903, 76-81.
PASLEY (Claude-Durgony). — 1903. Rupture of the uterus with recovery. Brith. M. J. London 1903, I, 130-131.
PEAN. — Centr. für Gyn., núm. 28, 1901. núm. 4, 1902.
PETERS. — Centr. für Gyn. 1901.
PINARD. — Clinique obstétricale. Société d'Obst. de Gyn. et de Péd. 1899. Bulletin méd. 6 févr. 1902.
PISKACEK. — Beiträge z. Therap. u. Casuis. d. Uterus rup. Vienne, 1899.
PLATH. — Inaugural. Dissertattion. Würzburg, 1886.
PLENIO. — Centr. f. gyn. núm. 47, 1885.
POIDEVIN. — Th. Paris, 1859.
PORAK (C) et BOGDAN (G). — 1892. Considérations sur le traitement des ruptures utérines avec observations à l'appui. Bull. Soc. de med. et nat. de Jassy, 1892, 3 VI, 33. 1892-1893. Considérations sur le traitement des ruptures utérines avec observations. Bull. Soc. de Med. et nat. de Jassy, 1892-1903, VI, 65.
PORAK. — Journ. de méd. de Paris, 1898; Ann. de Gynéc. et d'Ostét. 1900.
POPOFF (D). — 1903. Ueber die Erkennung und. nicht. operative Behandlung der Geb. mutterzereissingen bei der Geburt. All. med. Centr. Ztg. Berl. 1903, LXVII, 417.
PASCAULT. — Th. de Paris.
PARAK. — J. de méd. de Paris, 483-487.
PARSENOW. — Semaine med. 22 juillet 1891.
PASSENAUD. — Rup. du col de l'ut. Th. Paris.
PINARD. — Soc. d'Obst. de Gyn. et de Poed., 129-139.
POLLACK. — Annales de Gyn., Obst. (dilat. du col). 660-671.
PERRET. — Obstétrique, 154.
POZZI. — (1905-1907). Traité de gynécologie.
PISKACET. — Beiträge zur Therapie una Casuistik der Uterus rupturen. Samml. klin. Schiften. II, Vienne 1869.
PASCHEN. — Centr. für Gyn. 7 novembre 1891, p. 915.
PLENIO. — Centralb. f. Gyn. 1885, núm. 47, p. 737.

P. HENKE. — *Zeitsh. f. Ch.* 1830 (cephaloematome du temporal gauche, dénudation des os au dessous).

PAJOT et DOLORIS. — *Annales de Gyn.* 1884, t. XXI, p. 81 et 195.

PARTRIGDE. — *New-York med J.* 1884, II t., p. 75.

PATTON. — *Brit. med. J.* 28 avril 1888.

POLK. — *Annales de Gyn.* t. II, p. 59.

PRAWSE. — *Brit. med. J.*, mars 1888.

POUX. — Arrachement circulaire partiel de la portion vaginale du col utérin. Délivrance artifielle pour hémorragie de la délivrance.

PLAUCHU. — Rupture utérine au cours d'une version dans une présentation de l'épaule négligée. Operation de Porro.

POTOCKI. — Operation césarienne pour rupture imminente de l'utérus.

PERALTA RAMOS Dr. — A propos d'un cas de rupture spontanée de l'utérus grévise au niveau d'une cicatrice d'opération césarienne antérieure.

PUECH P. — *Guide de Thérapeutique Obstétricale*, Paris 1903.

PINARD et POTOCKI. — Deux cas de rupture de l'utérus opérés en guérison.

RANDALL (M.) — 1704. Spontaneous rupture of the laparotomy; recovery. *Brit. M. J.*, London, 1904, I, 365, 366.

RAY (W. D.) — 1904. Rupture of the uterus; report of a case. *Memphis M. Month*, 1904, XXIV, 14-17.

RAKIN. — *Chicago med. Jour and Exam.* Décembre 1878. *Centr. f. Gyn.*, 1879.

REBEN. — *Inaugural Dissertation*. Belin 1879.

REIN. — *Wernandlugen d. d. Gessellsch f. Gynak.*, VI, Kongress, Vienne 1895.

RENSING. — 1895. (Rupture de l'utérus). In *Centralb. f. Gynaek.*, Leipzig. 1895. 12 janvier, p. 41.

RIEDINGER. — *Prager med. Wochenschrift*, 1891.

ROBSON (M. W. M.) — 1898. The treatment of rupture of uterus by means of firuze packing. *Practitioner*. London. 1898, LXI, 24, 27; X. 1924. De la rupture utérine. *Sage-femme*. Paris 1904, VIII, 198-203.

ROKITANSKY. — *Lehrbuch. d. path. Anatomie*.

ROSE. — *Centr. fur gyn.* 1877. *Chicago med. journal and Exam.* Aout 1877. *Revue des sciences médicales*. L. XI, 1878.

RUDAUX. — *Soc. d'obst. de gyn. et de pédiatrie*, 11 avril 1904, Paris.

RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*. 3.^e édit.

- ROULAND. — Congrès obstét. de France, 1898.
REMY. — Revue médicale de l'Est (Nancy).
ROMME. — Presse Médicale.
REMBOLDT. — Ueber Verletzungen des Kopfes and der Gleider der Hinder, ect. Stuttgart, 1881.
RIEKER. — Med. Janrb. f. der Herzgoth. Nassau (tumeur du pariétal droit). Epanchement sanguin.
RODRIGUEZ. — Americ. J. of Obst., 1897 (luxation de l'humerus, fracture des deux avant-bras).
REITZ. — Benandlung der Uterusruptur wärrnd der Eetbindung. Wiener med. Woch., 1882, O., núm. 22.
ROSS. — New-York med. J. 1885, t. I, p. 301.
RECAZENZ. — Tratamiento de las rupturas uterinas. (Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecologia y Pediatría, Madrid, núm. 21, Noviembre de 1909).
RICHE. — Contribution à l'étude des perforation utérines instrumentals. Thèse. Paris 1907.
RONDOULY. — Contribution à l'étude du traitement des ruptures utérines au cours de l'acconchement. Thèse de Lyon 1908.
RISSE DOMÍNGUEZ JUAN C. — Rupturas uterinas. Sociedad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Aires, 5 de Agosto de 1898.
RUDAUX. — Rupture de l'utérus.
RISSE. — Opération de Porro pour rupture utérine pendant le travail. Tétanos sur aigu douze jours après l'intervention.
Revue de la Clinique Obstétricale et Gynécologique. 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912. Bs. As.
SAOELLI (A.) — 1913. Rottura spontanea d'utero in sopra-parto, laparotomia, sutura della lacerazione guarigione. Bullet. di clin. Milano, 1903, XX, 123, 130.
SANGER. — Verandlugen d. dp. Gessellsh. f. Gynak., VI Kongress. Vienne 1895.
SAUVAGE. — Lésions et traitement des ruptures utérines pendant le travail. Th. de Paris 1902.
SCHAFER. — Therapeutische Monatsnetze. Juillet 1897.
SCHAFER (S. N.) — 1901. Ruptur of the uterus history of case. Chicago M. Times, 1901, XIV, 400-402.
SCHAFER. — Inaugural dissertation. Munich 1899.
SCHAFER (Gustave). — 1902. Zur Frage der Behandlung des uterus ruptur. Inaugural. dissertation. Strasbourg, 1902, Juil, núm. 21.
SCHAUTA. — International Klin. Rundschau, 1891.
SCHULP. — Ann. de Gyn. et d'Obst., 1900.
SCHMIT. — Monatschrift f. Geb. u. Gynakologie, 1900.
SHMANCK (G.) — 1903. Rupture of the uterus in pregnancy. and during laparot. etiology, diagnosis and treat-

ment, Chicago med Recorder, 1903, XXX, 95-114.

SCHMIDT (W).—1898. Uterusruptur vid förlossning; laparotomi; uterusuturhelsa. Högria. Stockholm. 1898. LX, pt. 2-144-146.

SCHMIT (H).—1900. Ein Beitrag zur Therapie der uterusruptur. Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynak. Berl., 1900, XII, 325-342, 2 vol.

SCHMIT (H).—1900. A contribution the treatment of rupture of the uterus. Obstetrics, M. Y., 1900, 11, 503-523.

SCHRODER.—Zeitschrift f. Gyn. u. Gynakologie, 1898.

SCHUCHARD.—Inaugural dissertation, Berlin. 1884.

SCHULTZ.—Orvosi Hírtlap, 1896.

SLAYMER.—1895. Traitement spontanée extra-péritonéal des ruptures d'utérus. Centralbl. f. Gynak. Leipz., 1895, 4 mai.

SOLOWIG.—Monatschrift f. Geburts u. Gynaekologie, 1898.

STROGANOFF.—Zeitschrift für Geburts und Gyn., 1902.

SCHMAUSS (Schwarz).—Centralblatt für Gynakologie, núm. 26, page 28-31 (uterus-rupturen).

SAÏAS.—De la métrité du col consécut a sa déchirure. Thèse, Paris.

STOLTZ.—Gaz. médic. de Strasbourg, 20 juillet, 1849, Nod. 7 p. 193.

SCHROEDER.—Lehrb. der Geburts., 1874.

SIMPSON.—Clin. obstétricale, et gyn., trad. Chanteuil. Paris, 1874, p. 349.

SPIEGELBERG.—Lehrb. der Geb., 1882, p. 562.

SECHAIRON.—Annales de gynécologie, avril, 1884, p. 246.

SLAWIANSKY.—Ann. de gyn., février, 1886, XXV, p. 89.

SAURENHAUS.—Zeitschr. für Geb. und Gyn., 1889, XVII, p. 326.

SCHULTZ.—Fromme's Jahresbericht, 1891, V, pag. 203.

SACHSE.—J. de Hufeland, 1809 (fracture du temporal et de l'os malaire).

SCHMITT.—Neue Denkschrift f. hys., 1812 (enfoncement du temporal).

SCHUBERT.—1818 (grossesse-malaire, l'un des jumeaux fracture de cuisse).

SCHURERT.—Med. Zeitsch. des Vereins f. Heilkunde, 1834 (dépression du frontal droit).

SARCHI.—Nouvelles archives d'obstétrique et de gyn. Repert., t. I, 1886, p. 209-277.

- SCHATZ.—Archiv. f. Gyn., t. XXII, 1884, p. 298.
SCHNEIDER.—Archiv. f. Gyn., t. XXII, 1884, p. 399
et Edimp. med. J., 1884, p. 83.
SCHWARTZ.—Archiv. f. Gyn., t. XV, 1880, p. 107.
SCHUCHARD.—Ueber die Schwierigkeit der Diagnose,
und die Häufigkeit der uterusruptur bei foetaler Hydro-
cephalie. Diss. inaug. Berlin, 18884, et Centralb. f.
Gyn., 1884, p. 776.
SECHEYRON.—Annales de gyn., 1884, t. XXI, p. 441.
SKUTSCH.—Berliner klin. Woch., 1885, p. 102.
SOKOLOW.—Centralb. f. Gyn., 1884, p. 48.
SWAYNE.—London obst. Trans., 1886, t. XXVIII,
p. 213, et Brit. med. J., 1886, t. II, p. 721.
SLAVJANSKY.—Annales de gyn., 1886, t. I, p. 89.
SCHRODER E.—Zur vaginal. Extirp. d. uterus un-
mittelbar nach rechtzätiger Geburt bei Karsinon und
bei uterusruptur. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 39. v.
SCIPIADES.—Deux cas de rupture utérine.
SÖDNBERG.—Un cas de rupture utérine pendant le
travail provoqué par un kyste dermötde. Hospitalstien-
de, 1008, p. 412.
SCIPIADES.—Ueber die ZerreiBung der Gebärmutter
aus der Hand. von 91 eignen Fällen. Abhandlung aus
der Geb. u. Gyn., p. 168, Berlin, 1909, Karger.
SAINT-JEAN.—Contribution a l'étude des déchirures
du col propegées au segment inferieur, Paris, 1908.
SCHICK P.—Ueber einen Fall von uterusruptur nach
vorangegangenen klassischen Kaiserschnitt. Deutsche
Medizinische Wochenschrift, 1914, 14 Septiembre,
núm. 37, p. 1690.
SCHAEFFER O.—Atlas Manuel d'Obstét. Clinique et
Therapeutique. Paris 1901.
SEIGNEUX de R.—Précis d'Obstétrique Opérative.
Généve 1909.
TARNIER —Annales de gynécologie 1884-1888.
TISSIER.—Bulletin et memoire de la Soc. Obstétrí-
cale et gyn. de Paris, 1897.
TREBILLOT.—Thése de Nancy, 1878.
TARNIER et BUDIN.—Traité de l'art des accouche-
ments, t. III, 1898; t. IV, 1901.
TAUFFER.—Verhandlungen d. Gessells f. Gynak., VI,
Kongress, Viene 1895.
THOMSON (L. J. et ZILE (M. B.)—1900. La rupture
utérine; partie clinique J. Akush. jeusk bonezu. St.
Petersb. 1900, XIV, 1091-1098.
TORNQUIST (G. W.)—1903. A case of rupture of
the uterus in parturation, laparotomy: recovery, Hy-
giea, Stockoim. 1903, 2 f., III, p. 22, 65-73.

TRASK.—Americ journal. of med. sciences, 1848 et 1858.

TREBILLOT.—Th. Nancy, 1868.

THERRY.—Bull. Soc. de méd. de Rouen, 66.

TARNIER.—Journal des Sages-Femmes.

TAURIN.—Rétrécissement cicatriciel du col au point de vue de l'accouchement.

TERZACHL.—Hemorragia post-partum de laceraz. del collo.

TAURIN.—Des ruptures de l'utérus pendant la grossesse et pendant le travail de l'accouchement. Thèse Paris, 1853.

TRIAIRE.—Des ruptures de l'utérus et du vagine. Arch. de Tocologie 1880, p. 413 et p. 465.

TARNIER.—De l'aseptie et de l'antiseptie en obstétrique. Paris 1894, p. 447.

THOMAS.—Annales de Gynéc., t. XIX, 1884, p. 233. et Americ. L. of Obstét. 1882, p. 430

TRIALAR.—Archives de Tocol. 1880.

TISSIER et CH. DAVID.—Rupture traumatique de l'utérus gravide au 8 mois. Rétention du fœtus dans la cavité abdominale pendant 8 mois Opération-Guerison.

TOBIASZEK MARYAN.—Zwei Falle genellter Uterus ruptur. (Centr. f. Gyn., núm. 5).

TISSIER et PENARD.—Grossesse extra-utérine intra-ligamenteuse et rupture utérine.

TRONGÉ FAUSTINO J.—Observation d'un cas de rupture de l'uterus pendant l'accouchement.

UNDERHILL.—Eddimb. med. J., sept. 1886 et Annales de Gyn., 1886, t. II, p. 291.

VALLA (B).—1900. Ruptura uteri completa. Abdominale. Total extirpation. Heilung. Ungar. Med. Presse. Budapest 1900, I, 237-239.

VAN RIVER (C. S.).—1896. A case of traumatic rupture of the uterus, with laceration and strangulation of small intestines: operation recover. Med. Mew-York, 1896, LXIX, 205.

VARNIER.—Soc. d'Ost. de Gynéc et de Péd., 1899; Ann. de Gyn. et d'Obstr., 1901 (octub.). Rapport présenté au Congress de Gyn. et de Pédiatrie. III Session Nantes, septembre 1901, I.

VEIT.—Handbuch. d. Geburtsch. Müller.

VELPEAU.—Traité compl de l'art des accouchements, 2e. édit. 1835.

VARNIER.—Annales de gynéc. Paris 1887.

VARNIER.—Revue pratique d'obstétr. et de l'hyg. de l'enfance. Paris 1891.

VALERY.—Rupture de l'uterus, thèse Paris.

VILLAR.—Gaz. hebd. des sciences med. de Bordeaux, 3 février 1895, núm. 1895, núm. 50.

VERT.—Muller's Handbuch. f. Geburtsh., t. II, 1888, p. 143.

VORRON et GONNET.—Placenta previa. Rupture du segment inferieur, hystérectomie. Mort.

VORON.—Rupture spontanée du segment enferieur dans un cas de placenta previa traité par la manœuvre de Braxton-Hicks. Hystérectomie.

VOST.—Ueber die Rupture der Uteruharbe nach klassischen Kaiserschnitt. Arch. f. Gyn. 1911. Bd. XCV. Hft. 1, p. 13.

VALERY CH.—Du traitement d'urgence des Ruptures utérines pendant le travail. Paris 1905.

WALLA (B).—1903. Ein geheilter Fall von ruptur uteri. Post. med. chir. Presse. Budapest 1903. XXIX, 252.

WALTER.—Janresbericht de Frommel, t. VIII, 1894.

WASMUS (C).—Ein Todesfall nach Rupture des Uterus trotz so fortiger Vernahung des Risses Wanrscheinlig in Folge von Aethernpneumaine. Inaug. Dissert. Ubrüncher 1899.

WATHEN (W. H.).—1899. Traitment of rupture of the uterus (Abstr.) Atlanta M. a. J. J. 1889-1890, n. s., VI, 137-141.

WENDEL (A. W.).—1900. Al contributions to the treatment of rupture of the vaginal operation. Med. Rec., N-Y. 1900, LVII, 898-907, 1 fg.

WENZEL.—Centr. f. Gyn., núm. 47, 1882. Améric. Journal of obst., avril 1882.

WEIS et SCHUHL.—1900. Quelques reflexions á propos de deux cas de rupture espontanée de l'uterus et de leur traitement chirurgical. Rev. méd. de l'Est. Nancy 1900, XXXII, 311-313; Ann. de Gynéc. et Obst. 1900, LIII, 245-259.

WEIS.—Annales de Gynécologie et d'Obstét. 1902.

WESTERMACH (F.).—1900. Ett fall of ruptura uteri, och ak ut sepsis. Total estirpation of uterut med. inne liggance fos ter. Ups la Lacary Folly., 1900, u. T. V., 460-464.

WINCKBR.—Lenrbuch d. Geburrsh., 1889, Beri. u. Stude. a. Euth. Inst. Dresden 1874.

WIENER (G.).—1902. Beitrag zur Therapie der Uterus rupturee. München med. Wochenschr., 1902, XLIV, 14-16.

WIENER (G.).—1902. Zwei weitere Falle won Uterus ruptur. operativ. geneilt. Münsch. med. Wochenschr. 1902, XLIX, 1741-1743.

WINSLOW (R.)—1903. A case of ruptured uterus successfully treated by la laprotomy. Maryland. B. 2. M. J. Baltim. 1903, XLVI, 55-57, 1 fg.

WINTER.—Vernandlugen. d. Gesseil. f. Geburts. u. Gynak; Berlin 1892.

WYCHGEL (Jerardus B. Jakobus).—1900. Der hentige stand der rupture uterina. Inaug. Dessert. Berl. Dezember.

WENDEL.—A contribution to the treatment of rupture of the vagin. operat. Med. Rec. N.-Y.

WALLICH.—Annales d'Obstétrique et de Gynécologie (mars). 1905.

WAGNER.—J. de Loder. 1800 (fracture du fémur gauche).

WARKER.—Centralb. f. Gyn. 1882, p. 458.

WANZELL.—Annales de Gyn. 1882.

WILSON.—Brit. med. J., Juillet 4, 1887.

WINTER.—Annales de Gyn. 1895, t. I, p. 465.

WYLIE.—Centralb. f. Gyn. 1882, p. 460.

WINDSICH.—Hystérectomie pour indication rare chez une femme de soixante-sept ans.

WENCZEL.—L'évolution d'une déchirure utérine incomplète.

WYSS. (A.)—Beitrag sur Uterusruptur nach Kaiserschnitt. A. Beit. z. Geb. u. Gyn., Bd. XVII, Hft. 3, p. 327.

WALTICH V.—Rapport sur une observation de M. Riss; Société d'obstétrique, etc. Paris, 9 de Octobre de 1905.

YSTRA.—Comment traiter les ruptures de l'utérus pendant le travail? 1912.

ZWEIFEL (J.)—1903. Neber die Benandlung der Uterus ruptur. Beitr. z. Gebursth. u. gynak. Leips. 1903, VII, 1-27.

ZWEYGBERG (J.) Von—1900. Le traitement de la rupture de l'utérus. Fuiskhalak. Sallsk. handl. Helsingfors 1900, XLIII, 819-879.

ZWEIFFEL.—Ueber die Behandlung der Uterus ruptur. Hegars Beitrage 7, 1903.