

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

www.museomedicina.cl



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Índice de 1897.



1º Contribución al estudio del tratamiento de la ruptura del útero durante i después del trabajo del parto — Don Francisco Brivner i Valde.

2º Notaciones sobre la epilepsia esencial i factormiana — Gillermo Veliz Oliva.

3º Contribución al estudio del procedimiento del profesor G. Baccelli en su aplicación a los aneurismas torácicos i abdominales. — Luise Waugeth A.

4º Consideraciones sobre el tratamiento de los abscesos del ligamento — Julio Valdés Barros.

5º La fiebre tifoidea en Santiago — Pedro V. Garcia P.

6º Consideraciones sobre los trabajos efectuados en la Clínica Virecolépea desde el 1º de junio de 1896 al 1º de junio de 1897 — Selma Concha Poblete



7^o Contribucion al estudio clínico de la arterio-esclerosis - Anibal Carrasco A.

8^o de la sífilis por concepcion - Pedro Martín.

9^o Anestesia combinada en las grandes operaciones con bromuro de etilo i clorofomo - Mardoqueo Reyes i Reyes

10^o La creosota vegetal en el tratamiento de la conjuntivitis traicomatosa - Salvador Ramírez Ahumada.

11^o Canalización subterránea i campos de irrigacion de la ciudad de Santiago. - Carlos Barrios G.

12^o Algunas observaciones sobre el onanismo. - Plotario Riffó Basco

- J. V. Larenas.

20° Contribucion al estudio terapéutico de la urea. - César Garavagno B.

21° Estudio clínico sobre los tónicos cardíacos. - Florido Leytón
Iturriga.

22° Accion de las compresas picadas sobre los dedos. - Joaquín
Luis Brown Jimenez

23° Tratamiento de la difteria por la antitoxina. - Ramon
Solar Vicuña.

24° Operacion de Alquié - C. Marcotech.
Alexander - Adams.

25° Tratamiento de los grandes traumatismos de los miembros por el embalsamamiento. - Pedro A.
Olivares V.

26° Anotaciones sobre algunas coeas verdaderas. - Vicente Rojas
Peñalosa.

27° Contribucion al estudio de la parálisis diftérica. - Manuel
Gamilo Leon.

13° La mortalidad en Chile durante los años 1892, 93, 94 i 95. - Carlos A. Sommers.

14° Alucinaciones del oído en los enfermos ingresados a la casa de orates (1890-1897) - Silvano Sepúlveda.

15° Consideraciones estadísticas sobre la Histeria. - Eduardo Porter Saldivia

16° Relaciones i estudios acerca de algunos casos raros de Histeria curados por sugestión - Paolo Bolívar S.

17° Estudios sobre la *Fevic Equinoceus* - Plácido Argoneda del Valle.

18° Contribución al estudio de las rupturas de la uretra i la vejiga consecutivas a las fracturas de la pelvis. - Domínguez S. Zaldívar G.

19° Contribución al estudio del tratamiento de la blenorragia por el permanganato de calcio. -

28° Contribucion al estudio de la accion fisiologica de la lactoferrina. — José Antonio Ramirez Lastarria.

29° Absceso cerebral — Juan Pravenna Berisso.

30° Sobre la Salinilla i especialmente sobre su empleo en terapéutica. — Maximiliano Piquelme

Diego Amunátegui.
Secretario.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ISSN 0717-3394



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA

DE

Prueba para obtener el título

DE

LICENCIADO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En la Facultad de Medicina y Farmacia



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

FRANCISCO BRIONES Y VALDÉS

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO 28 DE ABRIL DE 1897

IMPRENTA CHILENA

43-CALLE BANDERA-43

1897



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Contribucion al estudio del Tratamiento de la ruptura del útero durante y despues del trabajo del Parto.

Museo Nacional de Medicina

INTRODUCCION

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al emprender este modesto trabajo, no pretendo en estas líneas esponer algo nuevo sobre esta desastrosa complicacion del parto; sino que voi á enumerar y, al propio tiempo, refutar los diversos tratamientos que se han empleado desde el año 1870, época en la cual el Dr. Jolly, publicó una notable tésis en la cual ha estudiado la sintomatología y tratamiento de la ruptura del útero y por fin aconsejaré el procedimiento que espondré mas léjos y las poderosas razones que vienen en su apoyo.

Lo que me propongo actualmente no es pués estudiar la ruptura misma, ni su sintomatología, lo que me llevaría demasiado léjos sin ninguna utilidad para el objeto que me propongo.

Hablaré solamente del tratamiento llamado preventivo, de la conducta que debe tenerse durante el trabajo, y del tratamiento curativo aplicable después que esta complicacion se ha presentado.

Para lo cual dividiré este estudio en muchos capítulos, a saber:

Capítulo I. Historia Bibliográfica.—Capítulo II. La esposicion de los diferentes procedimientos empleados para prevenir y sanar la ruptura del útero hasta la época cuando *Bandt* estudia el mecanismo de las rupturas uterinas.—Capítulo III y IV. Comprende la esposicion del tratamiento preventivo y curativo de la ruptura y las observaciones en su apoyo.

Capítulo V. Las conclusiones sacadas de este trabajo.

CAPITULO I.

HISTORIA BIBLIOGRÁFICA

La ruptura del útero ha sido conocida desde mucho tiempo y ya desde *Crantz*, encontramos algunos preceptos concernientes



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



al tratamiento y en tiempo de *Baudelocque*, *Lamare Picquot*, *Mme. Lachapelle Duparcque*. etc. estos autores estan de acuerdo para dividir el tratamiento en preventivo y curativo.

Crantz, preconiza como medio preventivo, la operacion cesárea y se esplica así:

¿Porqué medio quieren prevenir la ruptura de la matriz? Mi respuesta es fácil. «Por la operacion cesárea»

Al mismo tiempo que preconiza esta operacion, contraindica la version y el empleo de instrumentos en los casos de *disociación fetal*, medio que él considera tan peligroso el uno como el otro. Sin embargo él ha recurrido al *forceps* cuando la cabeza está como enclavada en la pequeña pélvis.

Lamare Picquot, sigue en todo el ejemplo de sus predecesores y él es uno de los primeros en preconizar y en describir la laparotomía.

Mme. Lachapelle, en su octava memoria ha pasado en revista los medios propuestos hasta esta época para prevenir este fatal accidente, y traza la línea de conducta que debe seguirse en el momento cuando se produce la ruptura, y no hace mencion del tratamiento curativo.

Duparcque, al contrario, dá detalles mas completos sobre este punto. *Velpeaux* habla mui poco en su tratado de Partos. Es preciso llegar hasta 1870, época en la cual el Dr. *Jolly* en su tesis ha dado una buena descripción de la terrible complicacion que nos ocupa.

Mas léjos estu liaré con este autor los diferentes procedimientos empleados hasta nuestros dias. Es en Alemania y en Viena principalmente, donde los autores se han ocupado con gran cuidado de la cuestion, y *Bandt* demostrando el mecanismo de producción de la ruptura del útero ha hecho dar un gran paso a la terapéutica.

Hace poco *Frommel* (asistente de *Schroeder* en la clinica de Viena.) tuvo la idea de tratar la ruptura del útero, despues del trabajo, por el drenaje peritoneal, y ha obtenido los éxitos que hasta esa fecha eran por todos ignorados, puesto que abandonaban a las mujeres que eran víctimas de esta mortífera complicacion, a la espectacion pura y simple y se combatía únicamente los síntomas jenerales sin llevar el remedio a donde estaba el mal. A partir de 1889 las esperiencias se han continuado por diferentes autores y con el mismo éxito.

Citaré entre ellos á *Felsenreich*, *Kucher*, *Hecher*, *Morsbach*, *Graefe*, etc. etc. etc.

CAPÍTULO II.

Me propongo en este capítulo esponer los diferentes procedimientos empleados para prevenir y sanar la ruptura del útero; para lo cual dividiré con los autores el tratamiento en *profiláctico ó preventivo, y curativo*. Tomaré en consideracion los dife-



rentes casos que pueden presentarse respecto a la posición y sitio ocupado por el niño en el momento y después de llegado el accidente.

En cuanto a la conducta que debe seguirse y el medio de librar á la mujer haré un estudio especial en el capítulo siguiente, así como el tratamiento local que es uno de los principales objetos de esta memoria.

Estudiaré pues; con el Dr. Jolly las diversas circunstancias que pueden presentarse cuando semejante complicación se ha producido.

Primer caso.—Dejar la mujer sin terminar el parto y abandonarla á los esfuerzos de la naturaleza ó expectación.

Es este un procedimiento que ha sido abandonado desde largo tiempo, sobre todo en Francia, las raras observaciones de curación que se han publicado serian, segun Dewees, casos de preñez estra uterina, las que habrían sanado, y esto no es raro porque en casos de éste jénero al fin del noveno mes, los dolores sobrevienen mui semejantes a los del trabajo y continúan durante algun tiempo para desaparecer luego y no volver mas. Pero ninguno de esos casos que se han examinado detenidamente, no presentan ni un solo síntoma que anuncie que una ruptura del útero ha llegado y sería fácil citar que si hubiesen sido, habrían terminado por la muerte.

Rambosthan se pronuncia por la laparotomía y Campbell por la operación cesárea como la mayor parte de los autores Ingleses de aquel tiempo.

En Alemania se preconiza la laparotomía y sin embargo Scanzoni, de Viena, prefiere la expectación cuando el niño ha pasado en totalidad a la cavidad abdominal y no acepta entonces la laparotomía.

El Dr. Jolly refuta enérgicamente esta manera de proceder y demuestra cómo ese procedimiento es fatalmente funesto tanto para la madre como tambien para el niño. Sobre 144 casos citados por *Dewees* y *Rambosthan* no hubo sino dos casos de rupturas verdaderas seguidas de curación.

En Francia, la operación cesárea ha sido aconsejada desde *Levert*, *Bandelocque* y *Lambron* han citado la observación de una mujer operada muchas veces con éxito. *Deneaux*, que en 1804, preconizó la *laparotomía* no solamente cuando el niño ha pasado entero al abdomen sino tambien cuando hai sangre que se ha derramado en esta cavidad y dá los síntomas que anuncia su presencia.

Mme. Lachapelle dice: que es preciso estraer el niño por las vias naturales cuando no hai ningun obstáculo a ésta operación, cuando el niño está accesible, ella es de parecer que debe practicarse en el acto la *laparotomía* cuando este se presume vivo y que haya pasado entero á la cavidad abdominal, ó



bien en los vicios de conformacion de la pélvis, ó cuando ha habido retraimiento de la herida uterina constituyendo un obstáculo sério á su estraccion.

Ella no abandona jamás á la mujer y su niño sino en los casos cuando la madre está agonizante y el niño se supone muerto.

Mas tarde, *Duparcque* se declara defensor enérgico de la intervencion como único medio de librar á la mujer y para prevenir el pasaje del niño al abdomen, si ya no ha sucedido. El tiempo apremia, dice, un solo instante de retardo puede acumular obstáculos, ó dejar nacer accidentes inevitablemente mortales para dos seres interesantes.

Es sobre todo en tales circunstancias cuando el partero debe estar á la altura de su mision. El éxito depende de la presicion de un golpe de vista, de una apreciacion rápida, de una determinacion pronta, de una ejecucion enérgica, brusca si se quiere; pero siempre reflexionada. Se vé por estas líneas que ya en esta época, la escuela francesa era decidida á intervenir y no abandonaba á la desgraciada paciente á la espectacion.

Tal es tambien la opinion del Profesor P. Dubois en 1846 cuando escribe su artículo en el Diccionario de Medicina. Sin embargo *Cazeaux* aconseja la laparotomia cuando las manobras de estraccion sean imposibles y que el feto se encuentre vivo etc;

Y por último, Jolly no admite las ideas de Joulin que con el temor de comprometer su reputacion ó de esponerse á un proceso, vacilaria en intervenir inmediatamente y M. Jolly dice: Talvez se nos dirá somos mui jóvenes; pero creemos que cuando el médico ha hecho su deber, debe tentarse todo para salvar á su enferma; cuando se ha obrado con entera conciencia se puede marchar con la cabeza alta y desafiar todos los procesos.

«Nuestros maestros nos han enseñado á conducirnos así y mas de uno de nosotros ha dado el ejemplo» (Jolly).

Desde esta época hasta nuestros días no encontramos un solo autor que no sea partidario ardiente de la intervencion.

Segundo caso.—Estracción del niño por las vías naturales.

—Aquí tenemos muchas condiciones que estudiar relativamente al sitio ocupado por el niño.

I. Primer caso.—Niño que ha quedado en su lugar en el momento del accidente, la cabeza está ó no encajada en la escavacion.

Cuan la pélvis está normalmente conformada y la cabeza se presenta primero, estando el niño vivo, la conducta habitualmente seguida en Francia, consiste en la aplicacion metó-



dica del forceps—ahora si el niño está, muerto *cefalotripicia* y extracción inmediata.

Bandelocque, Deneux, Lamare Picquot se espresan así: cuando despues de la ruptura del útero la cabeza del niño se presenta, es preciso terminar el parto con el fórceps como igualmente cuando la cabeza no está encajada en la pélvis, con tal de que no ofrezca vicios de conformacion.

No se debe emplear ganchos sino despues de la muerte del niño.

Si la pélvis estubiese estrechada es necesario hacer la *cefalotripicia* seguida de la aplicacion de ganchos para facilitar la extracción rápida. En todas estas maniobras, los autores aconsejan siempre fijar cuidadosamente el fondo del útero con la mano de manera de impedir los movimientos que se le imprime al útero y al propio tiempo evitar el ensanchamiento de la ruptura y por consiguiente agravar la situacion.

Cuando una aplicacion de fórceps viene á fracazar, lo que sucede con mucha frecuencia, se recurre á la *version* por maniobras internas y la estadística en los dos casos dá resultados mas ó menos iguales. Por tanto, es justo acordar que en algunos casos se debe recurrir á la *version* despues de haber ensayado inutilmente el fórceps.

II. Segundo caso.—Niño una parte en el útero, y otra fuera; la ruptura no oponiendo ningun obstáculo á la extracción.—Pélvis Normal.

Si la parte fetal que se presenta es la cabeza se recurre al fórceps para terminar el parto; si es otra presentacion, la *Version* está indicada estando el niño vivo. Si la pélvis está viciada se puede tratar de hacer la *version* y aun ir hasta la *cefalotripicia*. Es esta al ménos la práctica seguida hoy día.

Ahora, si se consulta las opiniones de los antiguos maestros, vemos que *Crautz*, en su disertacion sobre la ruptura de la matriz, preconiza la operacion cesarea, en el caso cuando la cabeza solo ha pasado al abdómen, aunque es cierto que no dice nada sobre el estado de contraccion de los bordes de la desgarradura. Bandelocque quiere que se aplique el fórceps excepto con una pélvis muy estrecha, cualquiera que haya sido la parte que ha penetrado en el bajo vientre y proscribela *version* en estos términos: «Se concibe claramente á que peligro se espondrá la mujer queriendo rotar el niño cuando la mayor parte del tronco se encuentra en la cavidad abdominal y el resto en la matriz desgarrada.

No se debe extraer el niño por los piés sino cuando se encuentra en la vecindad del orificio de la matriz ó cuando el niño está todo en esta viscera.

Aconseja la *laparotomia* cuando el fórceps y los ganchos hayan fracasado, para lo cual cita el caso de Thibut de Bois en

1768 y el de Lambron, cirujano de Orleans. En este último caso se trata de una mujer operada dos veces por la *laparotomía*; sana y vuelve en cinta por tercera vez sin accidentes.

Duparcque se declara defensor de la version y á este respecto dice que cuando el niño ha pasado en parte á la cavidad abdominal se puede ir á buscar los piés á esta cavidad al través de la desgarradura.

Rambortchan preconiza casi únicamente la version y él considera este proceder como el mejor para salvar la madre y el solo medio para preservar al niño.

En la estadística del Dr. Jolly se encuentra, que sobre 144 casos en que ha practicado la version para estraer el niño, cuando en totalidad ó en parte ha pasado á la cavidad abdominal no ha habido, como él dice, las dimensiones de la pélvis, encuentra 87 curaciones, de lo cual es preciso concluir que la version es todavía el mejor medio para salvar la mujer en el caso que nos ocupa.

Para completar este punto relativo al pasaje incompleto del niño á la cavidad abdominal, me queda que considerar los casos en los cuales la herida uterina se ha retraído y el útero se ha vuelto sobre si mismo.

Las opiniones de los autores están divididas, los unos quieren que se haga la estraccion del niño con mucho cuidado por las vias naturales, ya sea recurriendo al fórceps ó a la version.

Otros, y entre ellos *Cazeaux*, dice: que es preciso agrandar la herida uterina por medio del bisturí y estraer el niño por las vias naturales.

Chailly protesta enérgicamente contra esta práctica y no admite que esta retraccion del útero sea suficiente para oponer un obstáculo serio á la estraccion del feto.

Jolly cita á Devillez que se espresa diciendo: se hará un debriamiento, incision jeneralmente sin gravedad seguramente bien preferible á la *laparotomía* que ciertos parteros preconizan en esta circunstancia.

Scanzoni y otros autores refutan enérgicamente esta conducta y piensan que se la debe proscribir absolutamente, tan es así que veremos mas léjos que la *laparotomía* no dá resultados tan desastrosos que no deba recurrirse á ella en ciertas circunstancias.

Tercer caso.—El mismo anterior, Pélvis estrechada.

Si el niño está muerto, *craniotomía* y estraccion con el fórceps; cuando es imposible fijar la cabeza en el estrecho superior, los ingleses prefieren hacer, cuando es posible la version, llevar el cuerpo fuera de la vulva, lo que facilita la fijacion de la cabeza al nivel del retraimiento, y entonces se puede facilmente romperla y estraerla; proceder ventajoso en este caso, puesto

que la cabeza no puede huir en el momento de la aplicacion de los instrumentos.

Si la pélvis está muy estrechada, son de opinion entonces hacer la *laparotomía*, tanto mas cuanto se sabe qué dá éxitos manifiestos, y todavia se puede agregar que en semejante caso, la estraccion por las vias naturales dá una mortalidad mucho mas considerable que la *laparotomía* hecha en buenas condiciones.

Las maniobras que se hacen sufrir á la mujer, cuando se quiere hacer el parto forzado, la espone ciertamente á peligro sinó mas graves, al ménos mas desastrosos que la *laparotomía*.

Cuarto caso.—Niño que ha pisado completamente á la cavidad abdominal, con ó sin integridad de la serosa peritoneal.

Museo Nacional de Medicina

En este caso se aconseja jeneralmente hacer la *laparotomía* sin vacilacion, cuando el útero ha vuelto sobre sí mismo y por consiguiente la herida uterina no es mas dilatable, y la pélvis está muy estrechada para impedir el libre funcionamiento de la mano en la cavidadd uterina.

Si al contrario, la pélvis es normal, el útero inerte y la herida de la matriz muy dilatable, algunos autores son de opinion de intervenir por maniobras internas. Hai numerosas observaciones en las cuales ha sido necesario ir á buscar los piés del niño hasta bajo el diapagma y el feto ha sido estraido por las vias naturales pasando á través de la desgarradura

Para resumir diré que es jeneralmente admitido hasta la época del Dr. Jolly, que se debe hacer la *laparotomía* todas la veces que el niño ha pasado entero á la cavidad abdominal, aunque veremos mas léjos que esta práctica no debe siempre ser seguida y pronto vendrán observaciones en su apoyo.

Después de la estraccion del niño si ella ha tenido lugar por las vias naturales es preciso hacer la estraccion inmediata de la placenta lo que no ofrece casi nunca dificultad ya sea que se encuentre en el útero ó que haya pasado á la cavidad abdominal.

Si algunas azas intestinales vienen á pasar á traves de la desgarradura es preciso reducirlas introduciendo toda la mano en el útero y en el intervalo de las contracciones. Si los signos de estrangulacion interna sobrevienen es preciso, despues de haber constatado la presencia de una porcion de intestino en el útero, debridar con precaucion los bordes de la herida y reducir el intestino.

Respecto al tratamiento consecutivo de la ruptura del útero, consiste en la administracion de opio á altas dosis y en la aplicacion de tópicos sobre el abdomen. etc. Diré en el capítulo siguiente como Frommel, que por medio del drenaje peritoneal ha conseguido en todos los casos que ha tenido que tratar sanar á las mujeres que, ántes que él, eran condenadas á una muerte cierta abandonándolas á los solos esfuerzos de la naturaleza.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CAPITULO III.

He espuesto brevemente en el capítulo precedente los diferentes procedimientos preconizados en el tratamiento de la ruptura del útero y espuesto las ideas emitidas por Jolly sobre este punto.

En 1875. Bandl, ha dado cierta luz sobre este punto demostrando de una manera precisa, el mecanismo de produccion de la ruptura, de donde se ha seguido un tratamiento llamado preventivo que espodré en un instante.

Es evidente que el mejor medio de prevenir este desastroso accidente, consiste en alejar ó evitar las causas que lo producen.

Estas causas pueden referirse ya sea á la madre, ya sea al producto de la concepcion.

Entre las primeras citaremos, los vicios de conformacion de la pélvis y los tumores de los huesos que entran en su formacion, etc.

Del lado del útero, las enfermedades anteriores de su tejido, la existencia de una antigua cicatriz proveniente de una ruptura anterior ó de una operacion cesárea, los tumores del útero, pólipos fibrosos voluminosos que oponen un obtáculo serio al parto; cicatrices y epitelomas del cuello uterino.

Del lado del feto: niño muy voluminoso, hidrocefalia congénita, presentaciones de tronco ó de nalgas seguidas de la administracion de ergotina, en último lugar la contraccion uterina exagerada que sigue a la ruptura de las membranas y a la salida de las aguas. etc.

Siendo conocidas todas estas causas de rupturas, estudiaré con *Bandt*, la conducta que debe tenerse en los diferentes casos que se pueden presentar, y ante todo, el tratamiento preventivo por el cual comenzaré.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Si una mujer ha tenido dificultades en los partos anteriores, es preciso hacer la version, ó bien el parto prematuro.

Si la version es desgraciada á causa de las condiciones en las cuales se encuentra el útero es preciso operar con mucho cuidado.

En Viena se hace la version en los estrechamientos de la pélvis, etc. Si hai presentacion de tronco ó bien si el niño está muerto y la version ha fracasado se debe hacer la embriotomía, antes de intervenir se podrá moderar las contracciones uterinas por medio del opio bajo forma de extracto ó jarabe.

El partero debe intervenir todas las veces que exista alguna de las causas predisponente ó determinantes, su conducta debe ser guiada segun el conocimiento de las causas que hemos enumerado precedentemente referentes al feto ó a la madre.

I. CASO

En la inminencia de una ruptura; si el niño se presenta de tronco, se debe hacer la version por maniobras esternas, si esto es posible; en caso contrario, terminar el parto por las vías naturales. Si la presentación es de nalgas también se hace la version no estando encajado en la escavacion. Si el niño es hidrocefálico, es preciso sin vacilar hacer la puncion del cráneo y terminar el parto con el fórceps. Si se presenta por las nalgas, dice Simpson, y se asegura el diagnóstico de hidrocefalia, se debe emplear el procedimiento de M. Tarnier. Se practica una incision trasversal al nivel de las apofisis espinosas de las vértebras; por esta abertura así producida se introduce una sonda de goma elástica con mandril; se empuja el catéter hasta en la cavidad craneana que vá en busca del líquido céfalo-raquídeo que bien luego corre hacia afuera.

La cabeza está doblada y no ofrece ninguna dificultad de extraccion, este procedimiento es excelente y puede ser ejecutado facilmente y no espone á la madre á los peligros de una traccion hecha sobre el tronco del niño, estando la cabeza detenida al nivel del estrecho superior.

II CASO.--DISTOCIA MATERNAL

Es preciso hacer el diagnóstico con anticipacion, sea que exista un tumor dependiente del cuerpo ó del cuello del útero, tales como pólipos voluminosos que deben ser tratados segun los procedimientos de la cirugía moderna.

Es preciso sin embargo abstenerse de hacer toda operacion cuando esta sea imposible.

Una vez que se haya hecho la operacion, abandonar el parto á la naturaleza; conducta muy justificada puesto que suponemos un tumor situado en la vecindad del cuello que lo obstruye. En caso de que existan cicatrices, debe debridarse ó hacer la dilatacion progresiva del orificio del cuello seguida de una aplicacion de fórceps, como lo ha hecho en un caso *Mme. Charpentier* en su clinica de partos.

Si existe un epitelioma del cuello, la incision sera necesaria, pero puede sobrevenir una ruptura del útero.

En todo caso después del debridamiento es preciso terminar el parto con el fórceps. Si después de terminado se constata la existencia de una desgarradura prolongando la incision hecha con el bisturí, es preciso tratarla por el drenaje peritoneal antiséptico como lo veremos mas lejos.

Para estudiar detenidamente la conducta que se debe seguir en el momento cuando se produce la ruptura, hay que considerar los diferentes casos que he enumerado anteriormente.

Si una parte fetal ha pasado á través de la desgarradura, es



preciso terminar el parto cuanto antes sea posible, esforzándose en no aumentar ni la desgarradura ni el desplegamiento del peritoneo.

En este caso no se sabe si el peritoneo está completamente despegado, si está desgarrado ó simplemente lesionado; entónces se vá á tomar los piés y se hace la estraccion por las vías naturales, dice Bandt. Pero si el segmento inferior del cuello del útero está estrecho, y si se debiera ir á buscar el niño á la cavidad abdominal en medio de las azas intestinales, sería mejor hacer la laparatomía.

Kuchen dice: que cuando se ha constatado un estrechamiento de la pélvis no es preciso esperar que el cuello esté dilatado sino que sea dilatable; se aplica el fórceps pero sin insistir mucho. Si fracasa se hace la craneotomía. En el caso de presentacion de tronco con niño muerto, no es nesario hacer la version sino la decolacion.

Si después de la estraccion del niño se constata que hay una desgarradura del peritoneo seguida de peritonitis jeneralizada, Bandt, quiere que se haga la laparatomia seguida de la toilette del peritoneo y, si es posible, la sutura del útero.

No se vé ciertamente la útilidad de hacer la laparatomía en este caso, tantó mas cuanto la mujer está en un estado muy poco favorable para que pueda sufrir una operacion que, aún cuando bien hecha puede ser grave en esta circunstancia, yo creo que la mejor conducta que debe seguirse en este caso consiste en tratar la ruptura por el drenaje peritoneal seguido de la inyeccion antiséptica como lo quiere Frommel y que dá exelentes resultados.

CAPÍTULO IV.

Antes de comenzar el estudio del manual operatorio en el tratamiento de la ruptura del útero, después del trabajo, por el drenaje, diré algunas palabras de historia sobre este punto que es lo principal que quiero esponer sobre este tema.

Uno de los primeros autores que se han ocupado de la cuestion (Ranz se expresa en estos términos hablando de la sangre derramada en la cavidad abdominal: se puede entonces dar salida a la sangre haciendo acostar a la mujer sobre el lado opuesto á la abertura hecha en la matriz, después de haber hablado de la conducta que es preciso tener cuando una aza intestinal viene hacer hernia á través de la desgarradura, él continúa: «en el caso de derramamiento de sangre en el vientre sea que no se haya podido á pesar de la situación de la madre, encontrar la abertura hecha á la matriz, sea que los labios de la herida se hayan aproximado por la contracción de la matriz, la sangre no encontrando abertura por donde salir, se debe saber que no se puede dejar sin peligro la sangre asi derramada en el vientre.

En el primer caso, se puede ensayar de hacer inyecciones en la matriz que de ahí pasan al vientre, á fin de que la sangre desalojada por la inyección, pueda sea aspirada más fácilmente por los vasos absorbentes.

En el segundo caso, no se puede dispensar de hacer una abertura al vientre para retirar la sangre; la misma operación puede hacerse igualmente para el primer caso y es este el partido mas juicioso si se quiere asegurar más la vida de la madre, etc.

Los sabios consejos que preceden eran dictados como á mediados del siglo último y aun cuando muy prudentes dudo mucho de su eficacia si se ponen en práctica en nuestros días.

Respecto á Baudelocque es mudo sobre este punto y si llegamos hasta principios de este siglo, encontramos a Deneux que en una tesis hecha en 1804 se declara partidario de la laparatomía aun cuando haya sangre derramada en el abdomen y que de los síntomas que anuncie su presencia y más léjos la ruptura de la matriz no exige un tratamiento diferente del de la herida que se ha hecho á las paredes de este órgano.

Es probable que los casos de curación espontánea de que hablan estos autores, eran rupturas ligeras del cuello ó de la vagina y que han sanado mediante los cuidados higiénicos.

Me contentaré con la posibilidad de estos hechos, puesto que se los observa raramente, pero sin embargo, la estadística de curaciones es tan poco favorable á este modo de tratamiento por la espectación que creo que este proceder puede ser fácilmente dejado hoy día y he querido solamente citarlo.

Lanare Picquot 1822 está de acuerdo con sus predecesores para practicar la laparatomía cuando hay un derrame de sangre en el abdomen, pero no dá ninguna indicación relativa al tratamiento local de la herida uterina lo mismo que *Mme Lachapelle* algún tiempo después en sus memorias.

Es algunos años más tarde cuando Duparcque hace un estudio especial de la ruptura del útero, por tanto no encontramos sino una sola indicación que consiste en desembarazar el abdomen de la sangre que está derramada á través de la desgarradura, y agrega: «Talvez convendría después que se ha puesto término al progreso del derrame abandonarlo asi mismo siendo poco considerable».

Puesto que; puede ser reabsorbido ó espulsado más tarde por un movimiento de abcepción, Velpeaux, Dubois, pasan bajo silencio este capítulo. Cazeaux dice solamente que después de la extracción de la placenta, es preciso ir á buscar los coágulos sanguíneos formados en el vientre, y se contenta con esta indicacion, ya he citado las palabras del Dr. Jolly, donde se muestra adversario de la intervención local después de concluido el parto; me contentaré con decir solamente que se limita con indicar los medios de hacer una terapéutica general consecutiva: reposo, ópio á altas dosis, 0.50 centigramos á 1 gramo diario, barnizamiento sobre todo el abdomen con colodión elástico.



Es á Frommel, asistente de Schroder en la clínica de partos de Viena, quien tiene la honra de haber puesto en práctica el procedimiento del drenage que espondré luego. Hasta él, todas las mujeres, casi eran abandonadas á su desgraciada suerte y las estadísticas estan cargadas de defunciones. Ahora gracias á los progresos de la cirugía moderna, y á las precauciones anti-sépticas, se puede contar con un tratamiento que bien empleado triunfa casi siempre. Y agrega, nos hacemos un deber en proclamarlo altamente como siendo el solo posible después de la ruptura y debe ser preferido á la espectación que ya no tiene razón de ser.

Frommel empleando su procedimiento ha encontrado un contradictor, Felsenreich el cual dice que Braun, en 1874, hizo una vez el drenage de la cavidad peritoneal y la mujer sucumbió; de donde él concluye que no debe hacerse sino el drenage extraperitoneal.

Sin embargo, veremos por las observaciones que voy á indicar que el drenage puede ser empleado no solamente cuando el peritoneo ha sido simplemente despegado, sino también cuando ha sido desgarrado y cuando el producto de la concepción y sus dependencias han pasado á través de la desgarradura.

Hé aquí como Frommel formula los preceptos que se pueden resumir de la manera siguiente: después de un trabajo prolongado, de la administración ó nó de cornezuelo de zenteno, una ruptura uterina sobreviene en una mujer, esta ruptura es más ó ménos estensa, una parte ó la totalidad del feto ha pasado á la cavidad abdominal, sea levantando el peritoneo, sea después de haber desgarrado esta serosa.

Se comienza por dar cloroformo á la paciente y se hace la extracción del feto y de la placenta por las vías naturales; en seguida se hace pasar una corriente de agua tibia bastante abundante que contenga 2% de ácido fénico.

Se introduce un grueso tubo en la cavidad abdominal por el orificio de la ruptura y se le fija por un punto de sutura á la comisura posterior.

Con la ayuda de un vendaje se hace la compresión del abdomen y se pone hielo sobre el vientre.

Durante los primeros días ha corrido por el tubo un líquido sanguinolento, después ha sido purulento.

La temperatura se ha elevado un poco los primeros días.

A la enferma no se le ha permitido sino hasta el octavo día tomar solamente alimentos líquidos, y solo más tarde alimentos sólidos.

Cuando ya no corre nada por el tubo, este se quita, las mujeres han dejado el hospital á las tres ó cuatro semanas.

Cuando el Dr. Frommel publicó la observación, que después transcribiré testualmente, él pensaba que este procedimiento no estaria indicado en el caso cuando el feto hubiese pasado á la cavidad abdominal, porque la infección sería entonces muy grande.

OBSERVACIÓN I (Personal)

Se trata de una mujer cuyo trabajo era muy prolongado, teniendo una estrechez de la pelvis. Dos horas antes de llegar los accidentes, las contracciones cesaron repentinamente. Por la palpación, se notan las partes fetales, inmediatamente bajo las paredes abdominales; el segmento inferior del útero está casi completamente separado del cuello; y no queda sino un punto de 5 á 6 centímetros de largo.

Se extrajo el feto, el peritoneo está despegado del útero y levantado.

Se trasportó la paciente á otra habitación mas higiénica, se le administró opiáceos y se hizo una inyección con la solución caliente de ácido fénico de 2 grs. se colocó por la vagina un tubo en la cavidad sub-peritoneal. A la extremidad de este se colocó otro, trasversal y corto; su extremidad exterior, libre, fué fijada por una sutura á la comisura vulvar.

Después de esta operación, se colocó un vendage de cuerpo y hielo sobre el abdomen; al mismo tiempo se le administró los tónicos al interior.

La temperatura mas elevada fué de 38° en la tarde del sexto día; los primeros días hubo un derrame seroso por el tubo, el cual se cambió en sanguinolento y por fin vino á ser purulento.

Durante los primeros días se dió á la paciente solamente alimentos líquidos y el octavo día se comienza á dar una alimentación mas fortificante.

El día 26^a el derrame por el tubo fué nulo y el 27^a se retiró el tubo.

El día 30. se le hizo un último exámen para darse cuenta del estado de la herida uterina, y por el tacto se constató en la cara anterior del útero una abertura de 3 á 4 centímetros que permitía al dedo ir hasta el peritoneo; á la derecha se notaba un exudado notable que empujaba el útero á la izquierda y lo desviaba de su situación normal.

El estado general de la muger era bastante favorable. Se le dió de alta.

OBSERVACIÓN II

Ruptura del útero; pasaje completo del niño y placenta a la cavidad abdominal.—Drenaje.—Curación.—(Observación del Dr. E. Cadiz) en la clínica de Schroeder.

Se trata de una muger que ha tenido 3 partos sin accidentes. En éste último el trabajo se prolonga, la matrona que la asiste dá una dosis de ergotina. Un médico que fué llamado constató una ruptura del útero; el cual administró los opiáceos y hace venir un segundo médico, el que aconsejó que se transporte á la mujer al Hospital donde se le anesteciá por el cloroformo algunos instantes después.



Por la palpación se notó las partes fetales bajo las paredes abdominales, el cuerpo del útero estaba casi completamente separado del cuello y se contraía fuertemente.

Schroeder extrae un niño de 2,800 gramos, lava la cavidad abdominal con la solución tibial de ácido fénico al 2% é introduce inmediatamente un grueso tubo en la cavidad peritoneal, el cual fué fijado á la cara posterior de la vulva, se coloca un vendaje de cuerpo sobre el abdomen para hacer la compresión y por encima una vejiga de goma llena de fragmentos de hielo.

Los primeros días hubo derrame seroso por el tubo.

Del sexto al séptimo día se hizo purulento, la temperatura se elevó una sola vez á 38°5, en la tarde alcanzó á 38°6, se hizo entonces por el tubo una inyección tibial con ácido fénico al 2%.

El día 17 no corre nada por el tubo y se le retira el mismo día.

Por el tacto se constata que la desgarradura está completamente cicatrizada y no quedaba sino el orificio por donde pasaba el tubo de drenaje.

El día 19^a se permite á la paciente levantarse, y se siente muy bien, sale completamente sana dos días después, es decir á los 21 días.

Voy á exponer aquí la conducta que debe observarse en el tratamiento de la ruptura uterina después del parto y el manual operatorio.

En primer lugar, después de haberse terminado el parto y de haber constatado que no hay una aza intestinal que pase á través de la desgarradura, es preciso ocuparse en desinfectar la cavidad abdominal ó sub-peritoneal según que el peritoneo esté ó no comprometido.

Es indispensable primeramente, que la mujer sea aislada de todo medio contagioso, en una pieza dotada de todas las propiedades higiénicas: ventilación, temperatura, etc., el decúbito dorsal y el reposo será indicado.

La mujer estando colocada en su lecho algunos momentos después del accidente, se tratará de reconocer, tanto como sea posible, el sitio y grado de estención de la ruptura, teniendo cuidado primeramente de tomar todas las precauciones antisépticas necesarias tanto del lado del partero, como igualmente de los ayudantes empleados en esta circunstancia.

Cumplidas estas condiciones, se tomará un tubo de un centímetro de diámetro mas ó menos, y de un largo de 30 á 35 centímetros; es de uso poner en una de sus extremidades otro pequeño tubo trasversal y corto, cuyo largo sea de 8 á 10 centímetros.

Estos tubos así dispuestos se procede á su introducción sirviéndose de varios dedos ó bien de toda la mano izquierda como guía. Es preciso tener gran cuidado, en el momento cuando se pasa la desgarradura, para no agrandarla, y antes de retirar la

mano de los órganos jenítales, asegurarse de que el tubo está colocado convenientemente. Concluido esto, se fija su estremidad esterna por un punto de sutura á la comisura vulvar.

Y con el objeto de impedir el deslizamiento de las vísceras abdominales y sobre todo del útero, se coloca un largo vendage de cuerpo sobre el abdómen; y para prevenir los accidentes de peritonitis que pueden sobrevenir, se debe poner por encima del vendage una vejiga con fragmentos de hielo.

El Dr. Jolly preconiza el opio á altas dosis para sus operadas; se debe emplear en el caso que nos ocupa bajo la forma de extracto tebaico, 5 centígramos, ó bajo forma de pildoras ó bien una poción con 20 ó 30 gramos de jarabe de morfina.

En cuanto á la alimentación debe ser lijera al principio, como ser, caldo y un poco de buena leche; se mantendrá este régimen hasta que la temperatura baje á la normal y no se tema accidentes inflamatorios; mas tarde se podrá dar pescado, legumbres, etc.

Si sobrevienen accidentes de peritonitis, lo cual debe temerse siempre, se les combatirá por el hielo, *intus y extra*; si el termómetro marca 38° se administra sulfato de quinina á la dosis de 0.50 á 0.75 centígramos por día y tambien las inyecciones por el tubo de que ya he hablado.

Se debe cuidar atentamente el derrame que va á hacerse por el tubo, en efecto, desde el principio, esto es á los 3 ó 4 primeros días despnes del accidente, un derrame de sangre se produce que bien pronto vendrá á ser puriforme y en el séptimo ú octavo día, cuando la supuración se establece al rededor de la herida y en la cavidad peritoneal, este se hace francamente purulento.

Al mismo tiempo que se vijila el derrame, es preciso cuidar de la temperatura, pues si sube mas de 38° es preciso, entónces, hacer una inyección tibia con la solución fémea ya citada.

OBSERVACIÓN III (Personal)

Ruptura espontánea completa del útero.—Drenaje.—Curación.

Se trata de una mujer que ha tenido seis partos con la ayuda del fórceps.

En este último se le administró una dosis de ergotina. El niño pudo ser retirado con el fórceps lo cual no presentó dificultad.

En esta circunstancia seguí la observación de la paciente.

La mujer está en el colapso, examinándola se encontró sobre la pared posterior del cuerpo del útero una abertura que admite fácilmente la mano, por esta abertura pasaba el cordón; la placenta se encontró en la cavidad abdominal y fué posible extraerla.

Hubo delirio, y fiebre aunque no pasó de 38°.



Tres horas después se colocó un tubo en la cavidad peritoneal y se escapa por el tubo una cantidad abundante de líquido rosado; poco después apareció diarrea.

Se combate esta y la fiebre; se levanta las fuerzas por medio de los tónicos y una alimentación sustancial.

Se examinó la mujer á los 14 días después y se encuentra la herida del útero ya cicatrizada.

Por lo tanto, no se puede atribuir este feliz éxito sino al drenaje; que ha sacado del peritoneo las materias sépticas que estaban acumuladas; la eliminación de las cuales ha sido favorecida por la diarrea profusa que tuvo la enferma y la gran cantidad de orina que ha espelido.

De lo cual deduzco, que no es preciso en los casos de rupturas del útero recurrir á la laparatomía sino cuando todos los demás medios hayan fracasado.

OBSERVACIÓN IV (Personal)

Ruptura del útero en el momento de la versión Curación por el drenaje

✓ En este caso se constató después de la versión y extracción del niño una gran desgarradura del cuerpo del útero. Se hizo un lavado de este órgano con una solución tibía de ácido fénico al 2%.

En seguida se hizo un doble drenaje para la ruptura y un lavado de la cavidad abdominal hasta que en lugar de sangre corre por el tubo el líquido claro de la inyección.

La mujer se le colocó en una posición conveniente, se colocó un tubo de drenaje y se le aplicó algodón antiséptico sobre la vulva. Compresas heladas sobre el vientre, etc., etc.

El día 29 no corre nada por el tubo y el día 30 se le quita y la mujer sana.

OBSERVACIÓN V (Dr. Cádiz)

Mujer de 24 años. Hace dos años se le ha practicado el parto prematuro artificial. Talla: 1 metro 39 centímetros.

Es atacada de escoliosis. Pélvis plana, raquítica. Diámetro conyugado verdadero: 7 c. 2. Se provoca el parto al fin de la treinta y cuatro semanas. El niño medía 46 centímetros y pesaba 2,600 gramos.

La mujer sanó.

Después vuelve en cinta y se provoca el parto con la ayuda de una sonda, esto tuvo lugar á las 32^a semanas de embarazo.

Al cabo de 3 horas, el orificio del cuello tenía solamente dos traveses de dedo de largo, apesar de las vivas contracciones del útero, la cabeza está muy elevada, el orificio interno está como retraído.

Se hace la versión, pero ántes se anestesia á la enferma. Se toma el pié derecho, en este momento sobreviene una fuerte contraccion que asemeja á una tetanización del útero.

El deslizamiento del niño es muy difícil y aunque no bien se consigne tomar el otro pié.

Todo fué bien hasta la cabeza y con la ayuda de fuertes tracciones se obtuvo un niño muerto. Después del parto, lo que es natural, se constata una gran desgarradura del útero.

Se hace un gran lavado con un tubo colocado para este objeto y al fin de treinta días todo está bien y la mujer se fué sana.

OBSERVACION VI. (Morsbach.)

Ruptura del útero, con pasaje del niño á la cavidad abdominal.
Drenaje curación.

El 20 de Julio de 1889, dice Morsbach, mi asistente fué llamado por una mujer, muy de prisa de Halle. Se trata según el reconocimiento hecho por una matrona, de una inercia uterina. Se pudo constatar que la parturienta, de 30 años de edad, había tenido ya 4 partos con la ayuda del fórceps.

El último que fué muy difícil y prolongado había tenido lugar hacía 5 años y la mujer quedó en cama durante 6 semanas y no se restablece sino muy lentamente.

Hacia un año había tenido un aborto. La enferma se encontraba al término de su preñez, los dolores habían comenzado en la tarde del día anterior y fueron muy fuertes durante cinco horas.

La matrona rompió difícilmente las membranas. Después de este instante los dolores sesan mediante una dosis de ergotina. Inmediatamente después del derrame de las aguas una hemorragia de más de medio litro sobreviene.

Se examina la enferma dos horas después de la ruptura de las membranas y se queja de fuertes dolores en el vientre.

Por el tacto hecho con precaución se encuentran los piés del feto muy elevados en el orificio uterino, el cual estaba muy resistente y medía más ó ménos 8 centímetros.

Delante del cuello se sentía una masa blanda que Morsbach tomó por la placenta, lo que para él explicaba la hemorragia. El autor administró 3 gramos de ergotina sin resultado.

Un cuarto de hora después se anestesia á la enferma y se coloca trasversalmente sobre su lecho. Se introdujo la mitad de la mano al interior para estraer un pié, el pié anterior bajado era el izquierdo, el talon dirijido á la izquierda. Se alcanzó sin embargo á tirar la membrana hasta el muslo que estaba estrangulado por el cuello del útero.

Por la palpación se pudo sentir, á travez de las paredes abdominales, la cabeza del niño con sus suturas i fontanelas; se trataba, pues, de una ruptura del cuerpo y del cuello del útero

habiendo pasado una parte del niño al abdomen. Con las tijeras de Sieboldt, se pudo agrandar la desgarradura para extraer así el segundo pié y lentamente todo el feto de la cavidad peritoneal.

Después de la extracción de un niño muerto, Morsbach introdujo inmediatamente la mano hasta la placenta que había pasado á la cavidad abdominal y estaba situada por encima del estrecho superior á izquierda de la columna vertebral. Y se extrae facilmente á travez de la desgarradura. Entónces se introdujo la mano para darse cuenta del estado de la herida uterina, pero se encontró con azas intestinales por lo cual hubo de abstenerse de hacer un exámen más prolijo.

Cada vez que se introducía la mano en los órganos jenítales, tenía cuidado de desinfectarse con una solución fenicada.

Se introdujo en seguida dos gruesos tubos en la cavidad peritoneal y se prescribió el decúbito dorsal continuo y observado rigurosamente. Opio al interior, dos días después á las once de la mañana, la temperatura era de 38.02 y el pulso de 114. La enferma pide alimento y se le dá un poco de leche.

Sale por los tubos una abundante materia amarillosa y de mal olor. El vientre está abultado y poco doloroso á la presión. Los órganos genitales son limpiados y desinfectados solamente al exterior.

En la tarde la parturienta vomita un poco y diez horas después es atacada de crisis frecuentes de hipo, y sin embargo, algunos momentos después una mejoría sensible se produce. Cuarto día, en la mañana la temperatura es de 38.08 y el pulso 104, se sigue el reposo absoluto. El vientre es apenas sensible, la lengua está saburral, sin embargo, el apetito es bueno.

Para limpiar los órganos genitales externos se prescribe solución fénica al dos por ciento. Octavo día, temperatura 38.02 por la mañana, pulso 112, se produce un pequeño derrame purulento amarilloso, puntos de sensibilidad hipogástrica; la enferma se siente sana.

Por el tacto se constata una cicatriz saliente y trasversal sobre la convexidad del cuerpo del útero y á la izquierda.

El día 13, la mujer tiene buen semblante y no hay fiebre en la mañana. En la tarde, sin embargo, hay un pequeño movimiento febril. El derrame es apenas perceptible.

Día 19, hace ya cinco días que ha sesado el derrame sanguíneo; la mujer aunque está un tanto débil no se siente mal.

El abdomen no es doloroso sino en el acto de la defecación.

A las catorce semanas después del parto se presenta la paciente al Hospital, y se pudo constatar á la izquierda del cuello una desgarradura, cuya estremidad superior no es accesible al dedo. En la vagina se podía sentir una cicatriz que comienza al nivel de la desgarradura del cuello y que se dirige en forma de arco, por debajo y afuera en una extensión de ocho centímetros á su parte posterior, y no había señal de exudado. La mujer se encuentra en la actualidad en muy buena salud.

OBSERVACION VII. (Graefs. Cádiz.)

*Ruptura del útero, niño que ha pasado á la cavidad abdominal.
Drenaje y curación.*

Un buen día á las cuatro de la mañana, el doctor *Morich* fué llamado donde una mujer que había tenido trece hijos. Estaba con dolores desde las nueve de la noche anterior, como á las tres de la mañana las contracciones sesan súbitamente.—A su llegada el doctor *Morich* encuentra á la mujer muy afligida, pulso pequeño y estremadamente frecuente, á la inspección del abdómen, constata la presencia de una línea ó surco horizontal traspasando el bajo vientre.

Las partes fetales se notaban perfectamente bajo el tegumento abdominal, y los latidos del corazón del feto apenas perceptibles.

Por el tacto se diagnostica una presentación de cara por encima del estrecho superior, con procidencia de una mano adelantada y de un pié atrás.

El doctor *Morich*, diagnostica la existencia de una ruptura del útero y hace trasportar inmediatamente á la mujer á la maternidad.

Las cosas habían cambiado tanto que se sentía muy bien el útero contraído y situado á la izquierda y debajo de la sínfisis, mientras que el niño había pasado completamente á la cavidad abdominal. Se estrajo un niño muerto fácilmente tomándolo por una pierna durante la anestesia.

Después del parto se pudo constatar que el útero había sido desgarrado trasversalmente y que no se sujetaba al cuello sino por una pequeña cantidad de tejido sano cuyo largo tenía cuatro centímetros y situada á la izquierda y atrás.

En la cavidad abdominal se encuentra mucha sangre coagulada y meconio.

La herida fué lavada con una solución fénica al dos y medio por ciento y después se introdujo en la cavidad abdominal un grueso tubo de drenaje de 30 centímetros de largo.

Este último fué fijado por una comisura á la pared posterior de la vulva.

Se aplica en seguida un vendaje compresivo sobre el vientre y una vejiga con fragmentos de hielo.

Durante los dos primeros días el pulso era apenas perceptible como lo era ya á su llegada. El tercer día se podía contar 112 á 120 pulsaciones por minuto. Temperatura normal hasta el 5.º día, la mujer fué incomodada por vómitos y náuseas frecuentes. Su estado jeneral era tal que se creía imposible salvarla.

El sexto día *post partum*, la temperatura se eleva en la tarde hasta 39 grados, el pulso se mantiene á 112 pulsaciones pero ha vuelto relativamente lleno y fuerte.



Como el derrame por el tubo era apenas sanguinolento y comenzaba á sentirse mal olor, se hizo por el tubo, a partir de este momento, una á tres veces por día según la temperatura, inyecciones fénicas tibias. Estas inyecciones fueron hechas con el irrigador mantenido á una débil presión.

Durante las dos semanas siguientes la temperatura fué normal, por la mañana y en la tarde había una pequeña exasperación. Hubo un poco de diarrea fétida al principio. Desde el principio de la cuarta semana, la temperatura vuelve normal y continúa así hasta el fin. A partir de la quinta semana, la secreción purulenta es detenida y el 2 de Noviembre, se quita el tubo con un poco de dificultad á causa de las adherencias que había formado con el peritoneo, el 8 del mismo mes, la mujer sale robusta y completamente sana de su ruptura.

Por el exámen ulterior de la enferma se encuentra que el útero ha vuelto sobre sí mismo. A derecha del cuello, el dedo penetra en una cavidad llena de granulaciones y tan estrecha que penetra difícilmente, al lado de esta última, se encuentra un exudado del tamaño de una pequeña naranja. Este caso lo mismo que los publicados por Frommel, demuestra evidentemente como es poco fundado el temor que se ha tenido de emplear soluciones fénicas en inyecciones en la cavidad abdominal. Naturalmente, es preciso tener cuidado de dejar una abertura para el derrame de los líquidos; la cual es naturalmente reemplazada por el tubo de drenaje; yo creo dice Graeffe que el tratamiento de la ruptura uterina por el drenaje tiene ventajas incontestables y yo insistiré aún sobre las ventajas que este tratamiento presenta en la práctica, en el campo cuando el médico es llamado en los casos de posición trasversa (tronco) que ha sido largo tiempo abandonada y en las cuales se llega muchas veces por la version o la extraccion a una ruptura del útero y cuando las matronas ignorantes dan mui pronto ergotina ó bien operando eilas mismas provocan esta ruptura. El partero debe, en igual caso, abstenerse de hacer la laparatomía.

Tanto mas debe emplearse este tratamiento, cuanto es fácilmente aplicable y mas fácil de aceptar por las enfermas que cualquiera otra intervencion.

ESTADÍSTICA

DE LA MATERNIDAD DE SANTIAGO.

Antes de llegar á las conclusiones que me propongo, séame permitido hablar de la frecuencia de este accidente, especialmente en lo referente a Chile y como no es mi propósito hacerme mui cansado, voi a limitarme a enunciar en números las cifras siguientes, que me han sido suministradas por el distinguido Profesor de Clínica Obstétrica del Dr. Murillo; á quien agradezco sinceramente.

	PARTOS	RUPTURAS
1875 desde septiembre hasta mayo de 1876	434
1876 » junio » » 1877	625
1877 » » » » 1878	713
1878 » » » » 1879	797
1879 » » » » 1880	890
1880 » » » diciembre 1880	522	1
1881 » enero » » 1881	823
1882 » » » » 1882	865	4
1883 » » » » 1883	929	4
1884 » » » » 1884	882	1
1885 » » » » 1885	992	1
1886 » » » » 1886	643	6
	<hr/>	<hr/>
	9096	17

Como se vé por estas cifras la ruptura del útero es un tanto comun en Chile relativamente con otros países.

Daré un cuadro demostrativo en que se indica el número de rupturas del útero indicando la proporción entre las rupturas espontáneas y traumáticas, tomado de la tesis del Dr. E. Petit:

Nombre del autor	Numero de rupturas	Espontaneas	Traumáticas
Jolly.....	573	376	197
Emilio Petit.....	89	64	25
TOTAL.....	662	440	222

Como se vé sobre 662 rupturas hay 440 espontáneas y 222 traumáticas, lo que dá cerca de 2 rupturas espontáneas por 1 traumática.

Hemos encontrado una estadística de numerosos autores, que no copio en esta, para mayor brevedad en que por un total de 2.253.529 partos, se presentaron 1002 rupturas; lo que dá un término medio aproximado de 1 ruptura por 2.249 partos.



CONCLUSIONES

Después de la esposición de los diferentes medios de tratamiento de la ruptura del útero, voy á esponer las conclusiones siguientes:

Primera, hai un *tratamiento preventivo* y un *tratamiento curativo* de la ruptura uterina.

El primero que consiste en evitar las causas que producen ó predisponen á la mujer á este desastroso accidente y la conducta que es preciso seguir ántes que sobrevenga la ruptura; el segundo, el tratamiento curativo ó local, ó la aplicacion del procedimiento de Frommel.

Segunda.—La ruptura una vez producida ¿qué se debe hacer?
1º Considerar el sitio ocupado por el niño con relación al útero.

2º Si está todavía en este órgano.

3º Si una parte se encuentra contenida en la matriz y la otra fuera, con integridad ó desgarradura de la cerosa peritoneal.

4º Ver si todo el feto ha pasado á la cavidad á través de la desgarradura del útero.

Los autores franceses son de opinión que es preciso siempre intervenir sea por medio de fórceps ó por la versión si el niño está vivo.

Si está muerto, emplear la craneotomía seguida de la extracción del niño con el fórceps, teniendo especial cuidado de no ejercer tracciones muy fuertes con este instrumento lo que agravaría la situación.

Tercera. No hacer la laparatomía sino cuando la version y la extracción por el fórceps haya fracasado ó cuando el niño, habiendo pasado completamente al abdomen, la pélvis sea muy estrecha.

Cuarta. Tratamiento curativo.

Esta parte del tratamiento consiste en la intervención en todos los casos y en el tratamiento consecutivo de la ruptura por el drenaje de la cavidad peritoneal.

Quinta. Es preciso no abandonar jamás á las enfermas á la espectación y es necesario hacer el drenaje de la cavidad peritoneal para facilitar así la salida de sangre y otros líquidos que se acumulan en ésta cavidad, trayendo como consecuencia focos de infección que matan infaliblemente á las enfermas.

Santiago, Abril 28 de 1897.

FRANCISCO BRIONES Y VALDÉS.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL