

ROTURAS UTERINAS EN EL EMBARAZO

Por el

Doctor ROBERTO GANDOLFO HERRERA

Prof. Suplente de Cl. Ginecológica

En diferentes circunstancias se producen desgarros de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo uterino con un cortejo sintomático ruidoso y consecuencias graves para la madre y el producto de la concepción.

Entendemos por rotura uterina, siguiendo a Rodríguez Feo, toda solución de continuidad, espontánea o traumática, del útero grávido; comunicante o no, de gran extensión o limitada a una simple perforación; que puede ocurrir en cualquier época del embarazo o durante el parto. Esta definición excluye, pues, una serie de lesiones o heridas que independiente o conjuntamente pueden afectar al útero y otros segmentos del aparato genital o vecinos al mismo, tales como heridas por empalamiento, de bala o arma blanca, operatorias, perforaciones de útero por intentos de aborto criminal o por raspado, que pueden en algunos casos preparar el terreno para una posterior rotura uterina.

Afortunadamente, la concurrencia de factores que contribuyen a su determinación no es excesivamente frecuente: el mayor número tiene lugar durante el trabajo de parto en mujeres con una pared uterina en condiciones favorables para ello, las más de las veces como consecuencia de una cesárea practicada algún tiempo antes. La existencia de estas condiciones puede llevar al mismo accidente, con muchísima menor frecuencia fuera del trabajo de parto, pero siempre predomina como sustracto causal, una operación cesárea.

Menor es el grupo de las roturas uterinas en las que falta este antecedente de cesárea, si bien pueden haber existido otras causas favorecedoras; más raro aún es observar la producción del accidente, como en nuestro caso, después de una simple histerotomía anterior exploradora, aunque rodeada de circunstancias especiales. Claro está que podría equipararse esta exploración uterina a una pequeña cesárea. La observación de una enferma, cuya compleja historia pasamos a resumir, nos mueve a hacer breves comentarios.

Se trata de la historia N^o 36.280 del Instituto de Perfeccionamiento Médico-Quirúrgico, Ley 12.290, que dirige el Profesor José M. Jorge, correspondiente a R. L. de Z., de 26 años, argentina, casada.

De sus antecedentes hereditarios consignamos que una de sus hermanas se atiende por bocio y de sus antecedentes personales, que en su infancia recuerda haber padecido sarampión y coqueluche, habiendo sido operada por apendicitis crónica y retroversoflexión uterina antes del matrimonio. La menarca fué a los 12 años con el tipo 3-4/28, de regular cantidad y con dismenorrea dolorosa congestiva el día antes a su menstruación.

Contrajo matrimonio a los 19 años con esposo que dice ser sano y desde entonces las menstruaciones son del tipo 4-5/28, normales; padece escaso flujo blanquecino. A los 20 años, embarazo normal y parto con forceps, a continuación del cual tuvo, durante un largo período, metrorragias que obligaron a efectuarle raspado uterino, quedando en amenorrea durante un año.

A partir de esta época alternaba amenorreas de 3 y más meses con metrorragias que en oportunidades la dejaban sólo 10 a 15 días sin pérdidas sanguíneas. En diciembre de 1941 consultó por uno de estos episodios, en el que a la metrorragia se agregaron dolores de tipo cólico y flujo blanquecino. Se comprobó en esa época que el útero estaba aumentado de volumen, del tamaño aproximado al de un embarazo de 5 a 6 semanas, en anteversoflexión, percibiéndose en la cara anterior y próxima al istmo, una zona de mayor

consistencia sin individualizar claramente un mioma uterino; ambas regiones anexiales eran dolorosa. Con la medicación, que consistió en reposo en cama, bolsa con hielo en el hipogastrio, sulfato de quinina, pituitrina y sulfamida, mejoró subjetivamente desapareciendo sus molestias y su metrorragia y después de veinte aplicaciones de ondas cortas, se comprobó en un examen ginecológico que su aparato genital era sensiblemente normal. Después de dos menstruaciones volvió a la consulta, en amenorrea de dos meses y con intenso dolor agudo en la fosa ilíaca derecha, comprobándose en el examen que el útero había aumentado de volumen y estaba reblandecido y que el anexo derecho era algo más grande que lo normal. En exámenes sucesivos el útero continuaba aumentando de volumen y con francos caracteres de embarazo: la reacción de Friedman fué negativo. Posteriormente, el útero quedó de igual tamaño, apareciendo metrorragia y dolores cólicos que determinaron nuevamente su concurrencia al hospital, después de haber expulsado grandes coágulos. Tuvo dolor espontáneo y a la presión en el hipogastrio; en el examen, el útero era de tamaño sensiblemente normal: se le indicó nuevamente reposo, hielo y Ergotrat. La metrorragia cesó, apareciendo algunas febrículas, taquicardia, temblor, etc. Fué vista por el especialista de garganta quien, previa preparación, la operó dos meses después, extirpándole las amígdalas: evolucionó normalmente. Continuó en amenorrea y por su sintomatología clínica y los resultados del metabolismo basal repetidos en varias oportunidades, con el diagnóstico de bocio tóxico, fué operada con anestesia local, practicándole la resección de los cuatro quintos de ambos lóbulos tiroideos. El estudio histológico N° 6.383 dice que se trata de un bocio de tipo macrovesicular coloide con gruesos tabiques fibrosos, hallándose un nódulo aislado con caracteres de hiperfunción coloide.

Su estado general mejoró, la temperatura fué normal, pero continuó la amenorrea que padecía desde cuatro meses atrás; en el examen ginecológico no se encontró nada de

particular, a no ser un ligero dolor anexial bilateral, por cuya causa se le aplicó diatermia.

Cinco meses después, siempre en amenorrea, consultó por creer estar embarazada, dada la sintomatología subjetiva que ella conocía desde su primera gestación. Se comprobó que el útero llegaba hasta cuatro traveses de dedo por arriba del pubis: la reacción de Firedman repetida fué negativo. Después de este examen tuvo escasa metrorragia y dolores de tipo cólico con irradiación sacra, temperatura de 37,8 a 38° y discreta anemia; guardó reposo en cama con hielo. Pocos días después tuvo escalofríos seguidos de fiebre hasta de 40°. Fué medicada como hasta entonces, agregando Leucotropina y luego sulfamidas. En el examen, el útero era de tamaño semejante al de su estado precedente, pareciendo individualizarse en la cara anterior y hacia el fondo del mismo, una zona de mayor consistencia que podría corresponder a un mioma uterino que hubiera sufrido un proceso regresivo.

Normalizada la temperatura y regularizado el pulso, con un índice de Katz ligeramente aumentado, se decidió el 24 de agosto de 1943, efectuar una laparotomía exploradora con la sospecha de que se trataba de un mioma uterino complicado con un aborto retenido. Con anestesia general y laparotomía mediana inferior se vió que el peritoneo pelviano estaba intensamente congestionado, así como el cuerpo uterino, suspendido por una pexia, efectuada con los ligamentos redondos. El aspecto del útero en su color, forma y consistencia correspondía al de un embarazo, no percibiéndose núcleos miomatosos. Se efectuó una histerotomía anterior, previo aislamiento del campo, encontrándose el miometrio aumentado en su espesor y francamente friable. Dentro del útero había restos placentarios íntimamente adheridos a la pared uterina a la que penetraban. Por el raspado retrógrado dificultado por esta circunstancia, se extrajo abundante material; luego se suturó la pared uterina en dos planos y el peritoneo aparte. Cierre de la pared por planos, sin drenaje, utilizando catgut simple en todas las suturas y cromado para la aponeurosis; lino para la piel. Postoperatorio normal, dán-

dola de alta con especial indicación de abstenerse de tener relaciones sexuales. La reacción de Friedman practicada el 10 de noviembre fué negativa. (El estudio del material extraído de la pared (Nos. 6815-16-17) se agrega con los otros informes anátomopatológicos).

Continuó en amenorrea y tres meses después, es decir, el 20 de noviembre del mismo año 1943, se practicó un raspado explorador, obteniéndose el informe 7.095 que dice: endometrio en la iniciación de la faz secretoria.

La enferma fué vigilada en el ambulatorio, siempre con el consejo de tomar medidas anticoncepcionales; estaba en amenorrea desde antes de su intervención, ocho meses atrás. Fué tratada con gonadotrofina sérica (Eleagol). En uno de los exámenes periódicos, manifestó tener vómitos matutinos desde 10 días atrás, percibiéndose por el tacto la existencia de un embarazo, que la reacción de Friedman positiva confirmó. Se le dieron las indicaciones pertinentes a fin de que este embarazo pudiera llevarse a término, dados sus vehementes deseos, manifestados por ella y por el esposo, de tener un segundo hijo. Se le administró vitamina E, progesterona, etcétera, etcétera y se controló con reacciones sucesivas de Friedman que siempre resultaron positivas.

Entre el quinto y el sexto mes aproximadamente de su embarazo, a la 1 y 30 horas del día 28 de noviembre de 1944, hallándose en cama, sintió un intenso dolor en el epigastrio con propagación hacia el hipocondrio, hombro y espalda del lado derecho y escalofríos; vista por un médico, éste le aplicó una inyección con la que disminuyeron sus dolores. Al poco tiempo tuvo vómitos biliosos, el dolor fué intenso y generalizado a todo el abdomen, siendo mayor en la fosa ilíaca derecha y el hipogastrio. En esas condiciones fué transportada al hospital donde, con el diagnóstico de colecistitis, fué tratada de acuerdo al mismo.

Al terminar la clase del día fuí informado de la internación de esta enferma y el cuadro que presentaba. Conociendo sus antecedentes, manifesté que seguramente no era una colecistitis, sino una rotura uterina y practicado el exa-

men, con la dificultad propia de la enorme defensa abdominal, corroboré el diagnóstico. En el recuento globular, efectuado de urgencia, se encontraron 1.056.000 glóbulos rojos, 14.200 blancos y 25 % de hemoglobina. Previo tratamiento del intenso estado de choque y de la anemia, con la administración de 300 c.c. de transfusión sanguínea, etc., etc. fué llevada a la intervención.

Con anestesia general etérea se practicó relaparotomía mediana inferior, comprobándose un amplio desgarró del útero, que abarcaba la cara anterior, el fondo y parte de la cara posterior, que había permitido el paso del feto, dentro del amnios, a la cavidad abdominal, junto con parte de la placenta, habiendo quedado parte de ella adherida al útero.

En esta oportunidad se comprobó otra vez el engrosamiento exagerado de la pared uterina y la penetración profunda y adherente de la placenta. Se practicó histerectomía subtotal, colocándose un Mikulicz, y cerrando la pared en tres planos. El postoperatorio exigió la administración de varias transfusiones y todo el cortejo medicamentoso para llevarla a su normalidad sanguínea y ser dada de alta en perfectas condiciones. El informe 8.097, fecha, 28-XII-1944, dice que en el útero hay vellosidades coriales fibrosas, otras de aspecto necrótico y ligeros infiltrados leucocitarios en el miometrio.

Parece corresponder a Guillemeau (siglo XVII) la primera descripción de rotura uterina, si bien anteriormente muchas mujeres encontraron la muerte en episodios que después de este autor pudieron interpretarse como provocados por esta entidad clínica.

Nuestra observación pertenece a una rotura uterina fuera del trabajo de parto, en los últimos meses del embarazo. La primera división de las roturas uterinas es en dos grandes grupos: las del embarazo y las producidas durante el parto.

Las primeras, las producidas durante el embarazo, pueden acontecer en cualquier época de la gestación, pero la frecuencia aumenta con los meses del embarazo, siendo el má-

ximo a los 6 meses aproximadamente: la proporción es de 12 en 26 casos, según refiere Trask, citado por Rodríguez Feo.

A estas roturas se las divide a su vez en traumáticas y espontáneas: las primeras son las producidas como consecuencia de contusiones o heridas variadísimas en su clase, forma, intensidad, etc. Algunas son la secuela de un raspado, como tuvimos ocasión de observar hace algunos años (1).

En el otro grupo, el de las llamadas “espontáneas”, el término tiene un valor relativo: para que se produzca deberán existir una o más causas que predispongan o que modifiquen a la fibra muscular uterina, como pueden ser la degeneración hialina o gránulograsosa de la fibra miometrial, como se observa en las grandes múltiparas, o los procesos de infiltración del tejido conjuntivo y de los elementos elásticos por endometriitis o las zonas cicatrizales por miomectomías, desgarros o cesáreas.

A todo ello puede agregarse la distención exagerada por el excesivo tamaño fetal, la hidrócefalia, el hidramnios, las malposiciones uterinas o las ventrofixaciones quirúrgicas o inflamatorias.

Se ve, pues, que lo de espontáneo no es más que una forma de decir, ya que necesita para su producción la existencia de uno o más de los factores anteriormente enumerados.

El otro grupo o sea el de las roturas traumáticas, comprende a las determinadas por contusiones, operaciones sobre el cuerpo del útero, como raspado por ejemplo, o de heridas penetrantes de cualquier naturaleza. Se pueden agregar aún aquéllas producidas por la simple implantación placentaria sobre la zona “modificada” o por ser la placenta ácreta, increta o percreta. Siguiendo a Medina y Gallucci, entendemos por placenta ácreta la yuxtaposición de las vellosidades respecto al músculo uterino; por increta, la penetración de las mismas en la musculatura, sin llegar a la sero-

(1) Roberto Gandolfo Herrera y Juan A. Salaber: Endometriosis y perforación uterina. Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As., 1937, 16, 486.

sa; por percreta o destructora, la interposición de una decidua muy baja o la falta de ella, llegando hasta la perforación del útero.

Si se trata de la rotura uterina en el trabajo de parto, hay que agregar otros factores: todos los obstáculos mecánicos que se opongan a la libre progresión del feto (estrecheces óseas o cicatrices de las partes blandas, tumores previos, desproporción fetal, etc.) y las presentaciones de tronco, deflexión cefálica, etc.

Además, si la mecánica uterina está modificada o se han administrado inconvenientemente ocitócicos, el útero se rompe como consecuencia lógica de este esfuerzo anormal. Si deben efectuarse maniobras obstétricas, sean manuales o instrumentales (versión interna en presentaciones de tronco, embriotomía, forceps o basiotribo), hay ocasión para producir desgarros del útero en su segmento inferior o en el cuello, que pueden “correrse” hacia el cuerpo.

Frecuencia: Aproximadamente se extrae la siguiente frecuencia de roturas uterinas en relación al número de partos, de grandes estadísticas como la de Freund, quien de un promedio de 17 autores obtiene el 1 por 2000; la de Ivanoff sobre 120.000 observaciones con 1 por 950; la de A. Davis sobre 150.000 casos con 1 por 800; la de Bogdanowa sobre 118.500 observaciones con 1 por 960; la de Schwarcz y López Zabaleta sobre 5.677 observaciones con 1,12 por 800; la de Marrero sobre 18.000 casos con 1 por 1000; la de Rodríguez Feo sobre 9.800 casos con 1 por 800, etc.

Edad: Según Trask el mayor número de roturas uterinas parece corresponder a mujeres alrededor de los 30 años, si bien tiene observación de un caso de 47 años y McNeile y McBurney citan uno de 20.

La paridad, según Trask, juega un rol importante, pues sobre 303 casos de rotura durante el trabajo de parto, sólo correspondían 24 a primigestas y según Churchill, sobre 73 observaciones sólo 9 primíparas. En la tesis de Cao-Si-Tan, las 17 observaciones corresponden todas a multíparas; para Bandl la proporción de primíparas a multíparas es como 1 a 8.

Conviene hacer notar que los porcentajes obtenidos de estadísticas de servicios de urgencia arrojan, como es natural, cifras más elevadas, dado que es allí a donde concurren casos de esta índole; por el contrario, en las maternidades, en las que se controla como es lógico la marcha del parto, se producen excepcionalmente estas complicaciones, por la oportuna conducción del trabajo.

Para abordar el estudio **etiopatogénico** debemos también estudiar cada grupo independientemente. Como bien dice Crantz (citado por Cao Si Tan) en lo referente a la determinación del verdadero origen de la rotura uterina fuera del trabajo de parto, no siempre es posible establecer un factor único, sino solamente las causas que lo han ocasionado. La rotura traumática o por compresión de la pared abdominal necesita un terreno preparado, lo más frecuentemente una cicatriz uterina, en la inmensa mayoría de los casos por operación cesárea.

La multiparidad o los abortos repetidos, más aún si un proceso de endometriitis los ha complicado, modifican la musculatura uterina haciéndola menos resistente para cualquier eventualidad; puede en algunos casos hacer perder la elasticidad de la pared uterina y por tanto, el poder de adaptación a la distensión normal durante el crecimiento del huevo. Independientemente de los trastornos de esta índole puede la pared perder su espesor por los raspados post-aborto o post-parto, si ellos se hacen en forma desmedida. Si sobre esta cicatriz coincide la implantación de la placenta normal, esa zona estará en inferioridad de condiciones para resistir el poder penetrante del trofoblasto, sin contar la posibilidad de que éste tenga carácter invasor acentuado.

Las maniobras abortivas pueden provocar heridas de la pared uterina y también abrir puertas de entrada para procesos sépticos: la evacuación de los mismos, si la evolución es favorable, deja al útero predispuesto para la rotura. Sólo al pasar mencionaré las secuelas dejadas por la tuberculosis, por los tumores, así como las lesiones producidas por la penetración de la mola hidatiforme o el corioepitelioma.

El útero que no ha terminado su coalescencia o ha permanecido infantil o en posición viciosa por falta de desarrollo normal o por adherencias adquiridas, tiene su musculatura en inferioridad de circunstancias para limitar la penetración y nidación del huevo.

En las roturas producidas durante el trabajo de parto intervienen una serie de factores, además de los enumerados ya, pues a las condiciones locales pueden agregarse los impedimentos a la libre terminación del parto por obstáculos intercalados en el camino, por presentaciones incompatibles con el parto espontáneo, la administración excesiva o intempestiva de ocitócicos o las maniobras obstétricas manuales o instrumentales dificultosas, torpes o con “escapadas” del instrumento utilizado.

La primera división que debe establecerse en las roturas uterinas desde el punto de vista **anátomo-patológico**, es la de rotura incompleta, rotura completa y rotura complicada. Las primeras generalmente corresponde a desgarros cérvico-segmentarios y ocurren por lo tanto en mayor proporción durante el trabajo de parto. En ellas se desgarran la mucosa y muscular uterina sin interesar al peritoneo, permitiendo así que la sangre se acumule por debajo del mismo: si es abundante, lo desprende, invadiendo las regiones laterales y progresando hacia la parte superior llega hasta las fosas ilíacas; por delante el derrame sanguíneo puede ocupar y distender el espacio ante-uterino. Dentro de esta variedad Maygrier ha descrito un tipo muy raro de rotura incompleta con integridad exclusiva de la mucosa uterina.

Las roturas completas interesan, como su nombre lo indica, a todas las capas y suele observarse en esas circunstancias un amplio desgarramiento peritoneal con bordes desflecados, despegados y con superficie de sección muscular irregular, sangrante, cubierta en parte por coágulos: como es lógico, la sangre invade también la cavidad peritoneal, donde forma coágulos; el feto y la placenta pueden encontrarse total o parcialmente entre la masa intestinal.

Las roturas complicadas son las que salen de los límites

del útero, alcanzando a las porciones bajas del árbol urinario, sea por prolongación del desgarró o por destrucción de los tabiques de separación o la mortificación traumática por compresión prolongada o por cualquier otra circunstancia, que en su evolución posterior al caer la escara, dejan una solución de continuidad apreciable: en el primer caso la comunicación vésico-uterina, por ejemplo, será inmediata; en el segundo, será tardía. También, aunque menos frecuentemente, puede interesar al mismo tiempo a la bóvena vaginal y menos aún, al recto.

En lo que se refiere a su localización, pueden ser segmentarias, corporales o segmento-corporales. Las corporales se producen en número mayor fuera del trabajo de parto y de ellas, las del fondo son las más frecuentes.

Las segmento-corporales son generalmente prolongación de roturas del segmento inferior y éstas como las segmentarias, constituyen las formas habituales de las roturas producidas durante el trabajo de parto.

En lo referente a la dirección y extensión, son más comunes las longitudinales; les siguen en orden las transversales y por último la combinación de ambas. En cuanto a la extensión, siempre parecen más pequeñas de lo que son en realidad, dada la retracción que se produce después del accidente, al quedar la cavidad uterina vacía en gran parte. Por lo común ocupan longitudinalmente o transversalmente toda una cara del útero.

Síntomas. — Durante el embarazo la rotura uterina ocasiona un cuadro clínico muy semejante al de la rotura de un embarazo ectópico, en el cual dominan dos síntomas: el de la hemorragia interna y el del choque peritoneal. Algunas veces la enferma, que se encuentra en cama y durmiendo, se despierta, como en nuestro caso, con un agudo dolor abdominal tan intenso que puede ocasionar el síncope. Le acompañan en estos casos, descenso de la temperatura, taquicardia cada vez más acentuada, con pulso en hipotensión progresiva, hipotermia, sudores fríos, palidez y enfriamiento de

extremidades, náuseas o vómitos, etc., etc.: puede pasarse paulatina y rápidamente a la muerte por colapso.

Pero no siempre se sucede este cortejo de síntomas graves, sino que pueden ser tan atenuados, que después de un dolor de intensidad más o menos pasajera, puede la enferma recorrer grandes distancias e ir por sus propios medios hasta el hospital, como se ha referido en algunas historias. Hasta puede reproducirse el episodio un tiempo después de acallada la sintomatología del comienzo, como se comprobó en la intervención en alguna oportunidad, según consta en la literatura.

Localmente, la enferma puede tener hasta la sensación de un “ruido” en el momento de la rotura y a continuación notar el pasaje de “líquido libre” a la cavidad peritoneal. Por la palpación, si la defensa no es muy grande, se individualizan las partes fetales en contacto casi directo con la pared y en la parte baja del abdomen, el útero contraído; puede existir el signo de Clark (enfisema de la piel y la sensación de líquido libre intraperitoneal); no es indispensable que exista metrorragia cuando la rotura uterina se produce fuera del trabajo de parto, encontrándose el cuello cerrado. Es habitual que los latidos y movimientos fetales no se ausculten; si el feto ha permanecido en el útero, se puede percibir la presentación por el tacto vaginal; en caso contrario no se la encontrará en el segmento inferior. Es excepcional que existan roturas complicadas fuera del trabajo de parto.

La descripción anterior corresponde a la rotura completa: en la rotura incompleta, al permanecer el feto y la placenta en la cavidad uterina, faltarán los síntomas de su pasaje al peritoneo y la hemorragia misma, y aun cuando pueda extenderse considerablemente el desgarro, quedará separado de la cavidad peritoneal: no debe suponerse que la sintomatología más ruidosa corresponda a las roturas completas, pues puede observarse exactamente lo contrario.

En la rotura completa durante el trabajo de parto, llama la atención el dolor intenso y los síntomas descriptos para este episodio fuera del mismo, pero llama poderosamente la

atención que las contracciones uterinas, que con frecuencia existían hasta ese momento, desaparecen al instante o en forma gradual, que los latidos fetales no se perciben, agregándose a los otros síntomas descritos para este episodio fuera del trabajo, una pérdida sanguínea intensa, con frecuencia negruzca. Por el tacto, percíbese además una solución de continuidad a través del cuello y de la pared uterina, que puede llegar hasta el reconocimiento de las asas intestinales.

Especialmente si la rotura se ha producido a continuación de intervenciones obstétricas, puede ser del tipo complicado, y por tanto, encontrarse orina o materias fecales saliendo a través de la vagina o pasando al abdomen.

En la rotura incompleta en el trabajo, el feto permanecerá en la cavidad uterina y si la presentación por estar alta lo permite, podrá percibirse, a través del cuello, el lugar de la rotura y una membrana que separará la masa intestinal.

Esta rotura uterina en el trabajo de parto es precedida, y conviene su reconocimiento con fines profilácticos, por los llamados “síntomas de rotura inminente” ellos aparecen después de un largo tiempo durante el cual el útero lucha infructuosamente para vencer las dificultades que se oponen a la libre evacuación de su contenido. Consisten en la extensión del edema y éxtasis sanguíneo del cuello a la vagina y vulva, aparición de orinas teñidas en sangre, dolor y tensión en el hipogastrio, visualización y palpación a nivel del ombligo del relieve del anillo de contracción y por último, percepción visual y manual, bajo la piel, del relieve de ambos ligamentos redondos, con el aspecto de dos cinchas laterales que se extienden en forma divergente desde la zona de retracción del anillo hacia las regiones inguinales: estos dos son los signos de Bandl y Frommel, respectivamente.

Diagnóstico. — En ésta, como en la mayoría de las afecciones obstétrico-ginecológicas, la anamnesis bien ponderada será de un valor indiscutible, agregada a los datos semiológicos bien recogidos. Además, en medicina, como en todo hecho, prima el cálculo de probabilidad que surge de la in-

interpretación de la frecuencia relativa. Así pues, si se está en la primera mitad del embarazo, sin excluir su existencia, se podrá pensar en los procesos más frecuentes como embarazo ectópico complicado, apendicitis, colecistitis, etc., bien entendido que siempre que no existan antecedentes cargados, como en nuestra observación, que permitieron orientarnos inmediatamente. El examen más prolijo y la valoración exacta de cada síntoma, nos permitirán afirmar el diagnóstico e indiscutiblemente, si el cuadro de abdomen agudo persiste, la laparotomía al imponerse como tratamiento urgente, aclarará cualquier duda.

En la segunda mitad del embarazo, las hemorragias retroplacentarias estarán presentes en la mente, si el útero tiene un tamaño desproporcionadamente mayor que el que corresponde a la edad del embarazo, es de consistencia leñosa y aumenta de volumen rápidamente: los síntomas de toxemia, de la hemorragia retroplacentaria, hipertensión, ictericia, etc. faltarán en la rotura uterina.

Por último, al final del embarazo, la placenta previa se habrá manifestado en exámenes anteriores por la elevación y movilidad de la presentación, separada del dedo por la masa placentaria. En la rotura uterina de esta época predominan los síntomas de hemorragia interna y de choque peritoneal.

Durante el trabajo de parto, la rotura uterina suele ir precedida de la sintomatología descrita como signo de Bandl y signo de Frommel o los dos simultáneamente. Además, si se reúnen antecedentes de los que condicionan la mayor frecuencia de roturas uterinas, no será difícil hacer el diagnóstico aún con cuadros sintomatológicos confusos.

Cuando hay hemorragia y la presentación se encuentra encajada, puede erróneamente pensarse en el desprendimiento prematuro normoplacentario o en la placenta previa, pero en el primer caso el útero está desproporcionadamente aumentado de volumen y existen antecedentes de gestosis y en la placenta previa se recogen antecedentes de hemorragia de los últimos meses del embarazo, comprobándose, además, por el tacto, la implantación viciosa de la misma.

Si la presentación no estuviera encajada, el tacto puede llegar a percibir el desgarramiento de la pared uterina y aún aclarar si es completo o no: un atento examen de los órganos vecinos dilucidará si la rotura es complicada.

Evolución y pronóstico. — La rotura uterina fuera del trabajo de parto puede ser rápidamente mortal por choque, intoxicación o hemorragia, de acuerdo a la intensidad de la misma, pero puede también hasta pasar el episodio más o menos ruidoso y tener graves consecuencias recién en un segundo accidente. La rotura durante el trabajo de parto ofrece, además de estos peligros, el de la peritonitis, ya que la abertura del cuello uterino permite esta contingencia, favorecida por las maniobras obstétricas, si es que se ha tenido que efectuarlas.

En una u otra forma, revisten mayor gravedad de acuerdo a la extensión y profundidad de la rotura y muy especialmente si son complicadas.

El pronóstico, en lo que se refiere al feto, es sumamente grave, ya que en las mejores estadísticas oscilan del 12 al 33 % de probabilidades de sobrevivencia en las roturas durante el parto; en las correspondientes al otro grupo, la muerte fetal es casi la regla. Recientemente, de sus búsquedas y observaciones personales, Burkons reconoce que no obstante los progresos alcanzados, la mortalidad fetal es del 69 % y la materna del 37 %.

Tratamiento. — El mejor tratamiento de toda afección es el profiláctico y en las roturas uterinas producidas fuera del trabajo de parto, él consistirá en los consejos pertinentes a fin de evitar nuevos embarazos en mujeres a las que se haya practicado cesárea u otra intervención uterina que las coloque en condiciones equivalentes, salvo el vehemente deseo de tener un hijo o, como en el caso nuestro, la obsesión de un segundo. Si ya se encuentran embarazadas, la vigilancia será estricta y hasta si fuera necesario, internadas en una clínica. Producido el accidente y diagnosticado lo más tempranamente posible, no hay otro recurso que la laparotomía, previo tratamiento del estado de choque. La extracción in-

mediata del feto y los anexos ovulares deberá ser seguida de la sutura uterina, previa resección de los bordes de la herida o la histerectomía subtotal, si los bordes son irregulares, infiltrados o si la rotura es de gran extensión. Podrá ser sin drenaje si la hemostasia es bien realizada. En el postoperatorio no habrá de temerse la infección, pues el cuello uterino se encuentra cerrado. Como tratamiento profiláctico de la rotura uterina durante el trabajo de parto, debe escudriñarse la aparición de los primeros síntomas de rotura inminente y en ese caso, poner al útero en reposo, extrayendo al feto por las vías naturales, siempre que ello no signifique un peligro para el niño o el segmento inferior o por la cesárea abdominal; queda bien entendido que esto se hará con el feto vivo; en caso contrario, se hará la embriotomía.

Si la rotura del útero ya se ha producido y es incompleta, se tendrá en cuenta especialmente la intensidad de la hemorragia: con hemorragia discreta puede hacerse el taponamiento útero-vaginal; en caso contrario, la laparotomía permitirá hacer la exploración necesaria y decidirse por la sutura uterina o la histerectomía subtotal.

Si la rotura fuera completa y el feto hubiera pasado al abdomen, la laparotomía se impone y con el útero en la mano se elegirá entre la sutura uterina y la histerectomía subtotal clásica o a la manera de Porro.

Si la rotura se produce con el útero aun ocupado con el feto, deberán administrarse inmediatamente antiespasmódicos, sedantes y anestesia, para evitar las contracciones uterinas y si el feto estuviera vivo aún, se hará la extracción por forceps o la gran extracción pelviana según sea la presentación, o la embriotomía, si el feto estuviera muerto. Si la presentación no fuera accesible, se hará la intervención por abdomen, tratando al útero como anteriormente.

Por último, si la rotura fuese posterior al nacimiento del feto, en el caso de ser completa se procederá por laparotomía; con rotura incompleta, puede practicarse la intervención por la vagina y extirpar al útero.

Insistimos que la intervención no debe diferirse más que

el tiempo estrictamente necesario para tratar el estado de choque y hemorragia, ya que en caso contrario, la mortalidad sería enorme. A este respecto conviene recordar las referencias que Boero hacía en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires en 1934, respecto al tema, recordando que la mortalidad era del 100 % cuando se descuidaba este factor a pesar de operar inmediatamente y con técnica perfecta, antes de 1907 en la maternidad Eliseo Cantón.

Es que hay una circunstancia particular que debe contemplarse cuando en la rotura uterina existe un estado de intenso choque con hemorragia no excesivamente grande. En esos casos la medicación del choque es la fundamental y aquí podría estar justificada la terapéutica que proponía Boero como tratamiento conservador por las vías naturales. Consiste en la introducción de la mano izquierda hasta el cuello, ascendiendo por la cara anterior o posterior del segmento inferior, de acuerdo con la ubicación del desgarró, utilizando la mano derecha para descender el cuerpo del útero, a través de la pared abdominal. Conseguido esto, se busca el labio superior de la herida y tomándolo entre el pulgar y el índice, en la línea media, se desciende hasta conseguir que la cara peritoneal quede imbricada adosándola detrás de la cara mucosa del labio inferior de la herida. Se mantiene esta posición reemplazando los dedos por pinzas de cuatro dientes, que sostiene un ayudante, para poder practicar así el taponamiento útero-vaginal durante 72 horas. Las gasas utilizadas podrán ser yodoformadas y se aplican alrededor de un grueso tubo de drenaje ubicado en el centro. Hoy, las sulfamidas nos auxilian localmente y como medicación general; la penicilina también entra en el arsenal terapéutico.

Los progresos técnicos, el concepto del tratamiento del choque, el diagnóstico oportuno de los síntomas de rotura inminente, etc., han mejorado el sombrío cuadro de la más grave de las complicaciones que pueden acontecerle a una mujer durante el embarazo o parto.

El escalonamiento de un raspado uterino probablemente excesivo que determina amenorrea prolongada, de un aborto retenido, de una placenta penetrante y una histerotomía anterior exploradora con raspado retrógrado profundo y con embarazo casi inmediato a la intervención, condicionaron el accidente referido.

No tengo que recriminarme el haber sido tan conservador que omití la esterilización durante la primera operación, ante la obsesión de nuestra enferma de tener un segundo hijo: le aconsejamos diferirlo para un futuro lejano y al no ser escuchados, se produjo el accidente del que afortunadamente salvó.

Tiene pues esta observación la interesante concurrencia de todos los factores escalonados que llevan al accidente, con la original característica de que la solución de continuidad de la pared uterina, factor importante, no fué consecuencia de una cesárea, ni miomectomía, etc. como en las observaciones comunes de la literatura, sino de una histerotomía anterior exploradora.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

Ha sido realizado por el Dr. Amadeo Napolitano y el trabajo micro y fotográfico, por el Sr. Eugenio Avelino Padorno.

Fig. 1. — Utero mostrando en el fondo la rotura y la placenta y caducas.

Fig. 2. — Feto de 24 cm con el cordón y placenta.

Fig. 3. — Corte total del útero, percibiéndose el miometrio surcado por bandas conjuntivas; en el fondo se ve la inserción placentaria en la zona de rotura y las porciones necróticas.

Fig. 4. — Corte de la pared uterina en la que se ven las fibras musculares engrosadas y disociadas, rodeadas de haces conjuntivos. Los núcleos son claros.

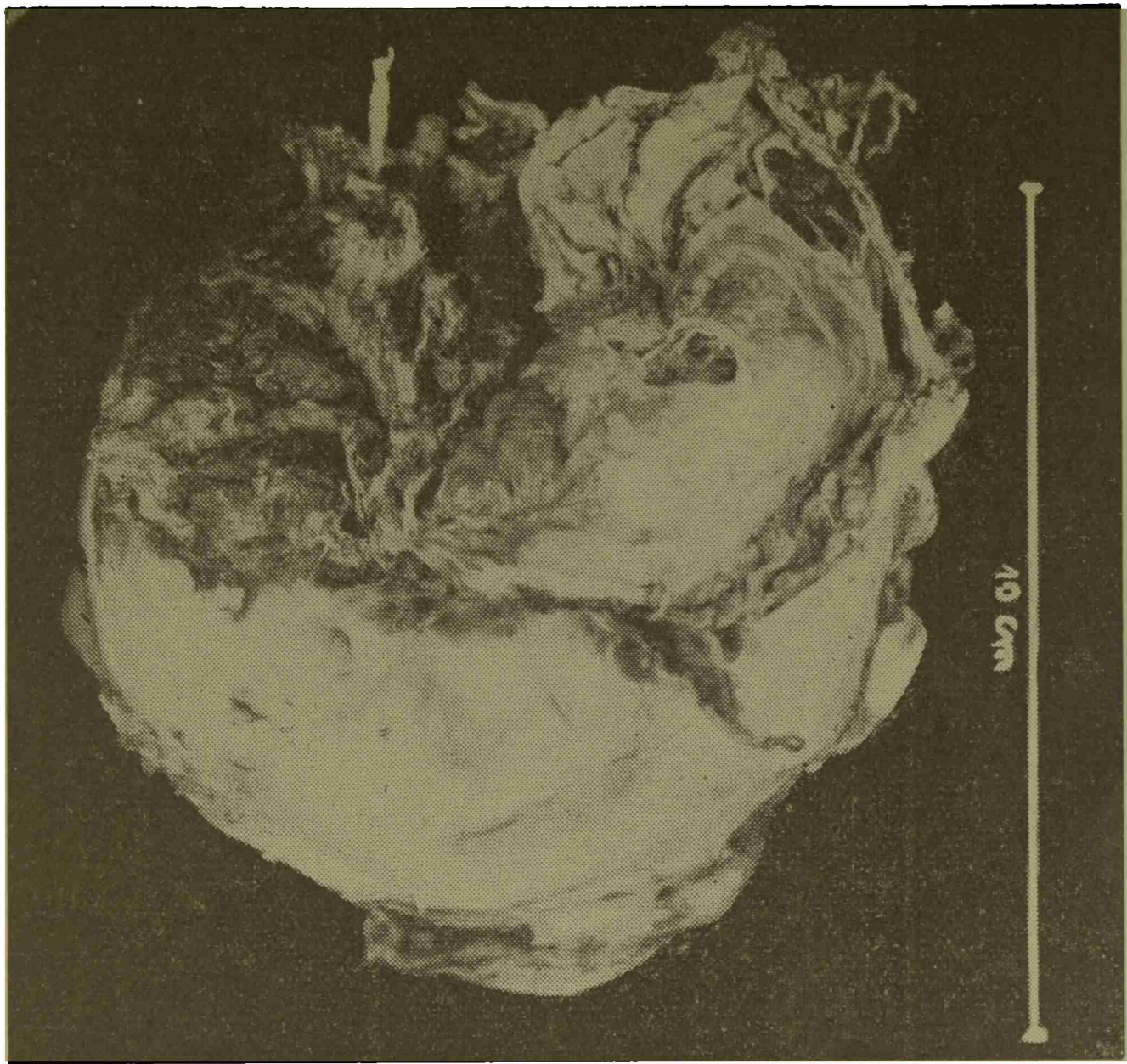


Fig. 1

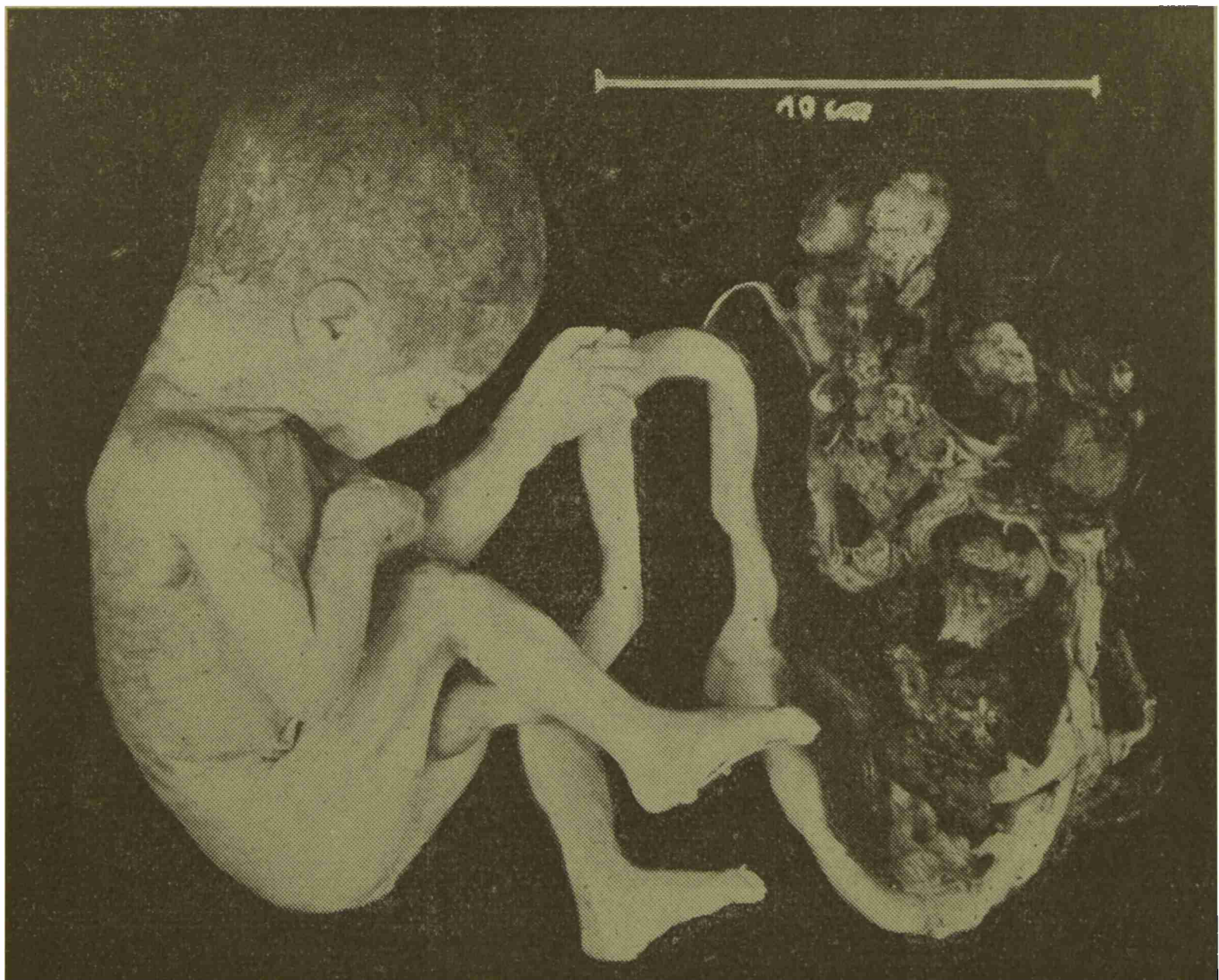


Fig. 2

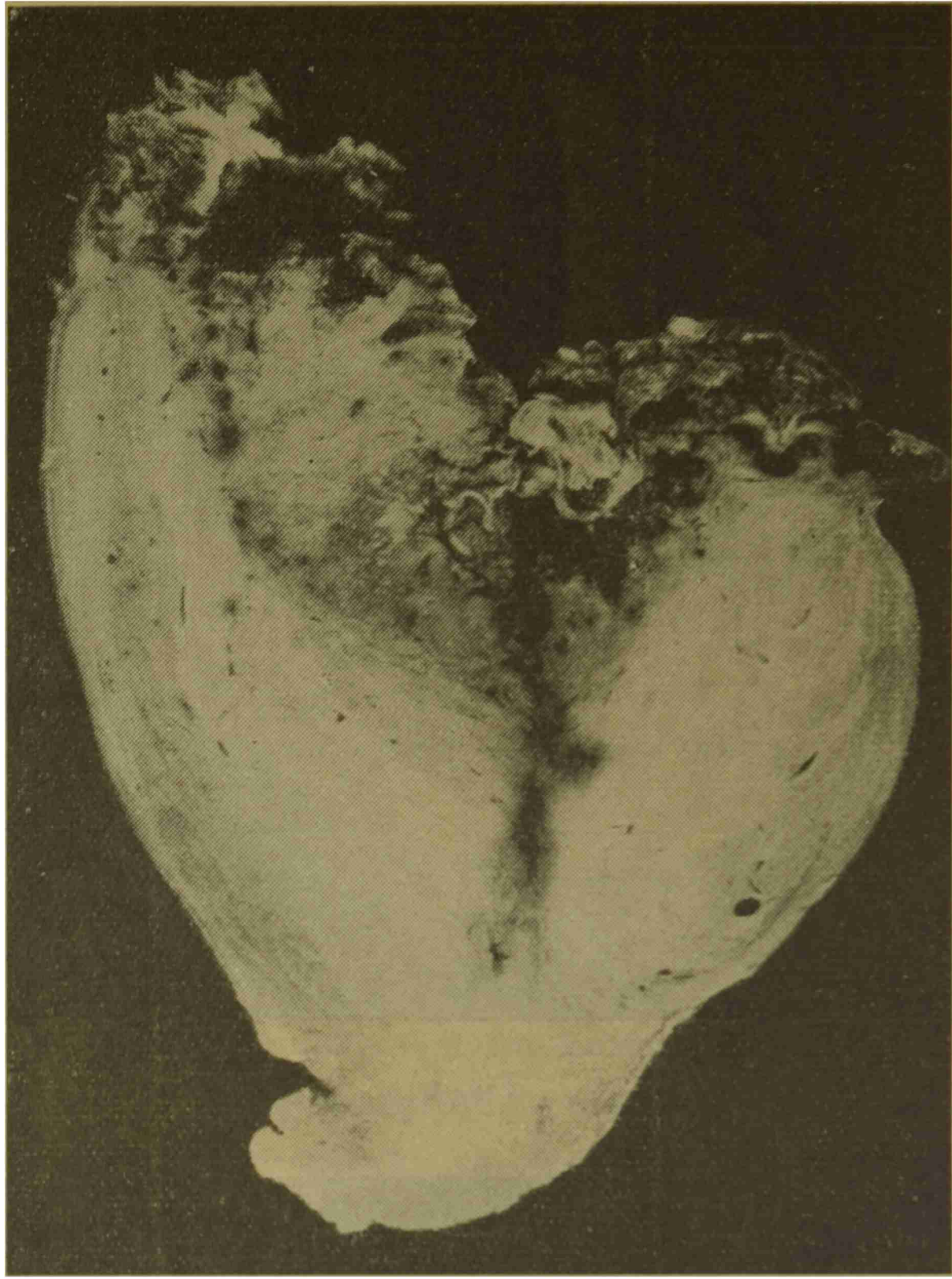


Fig. 3

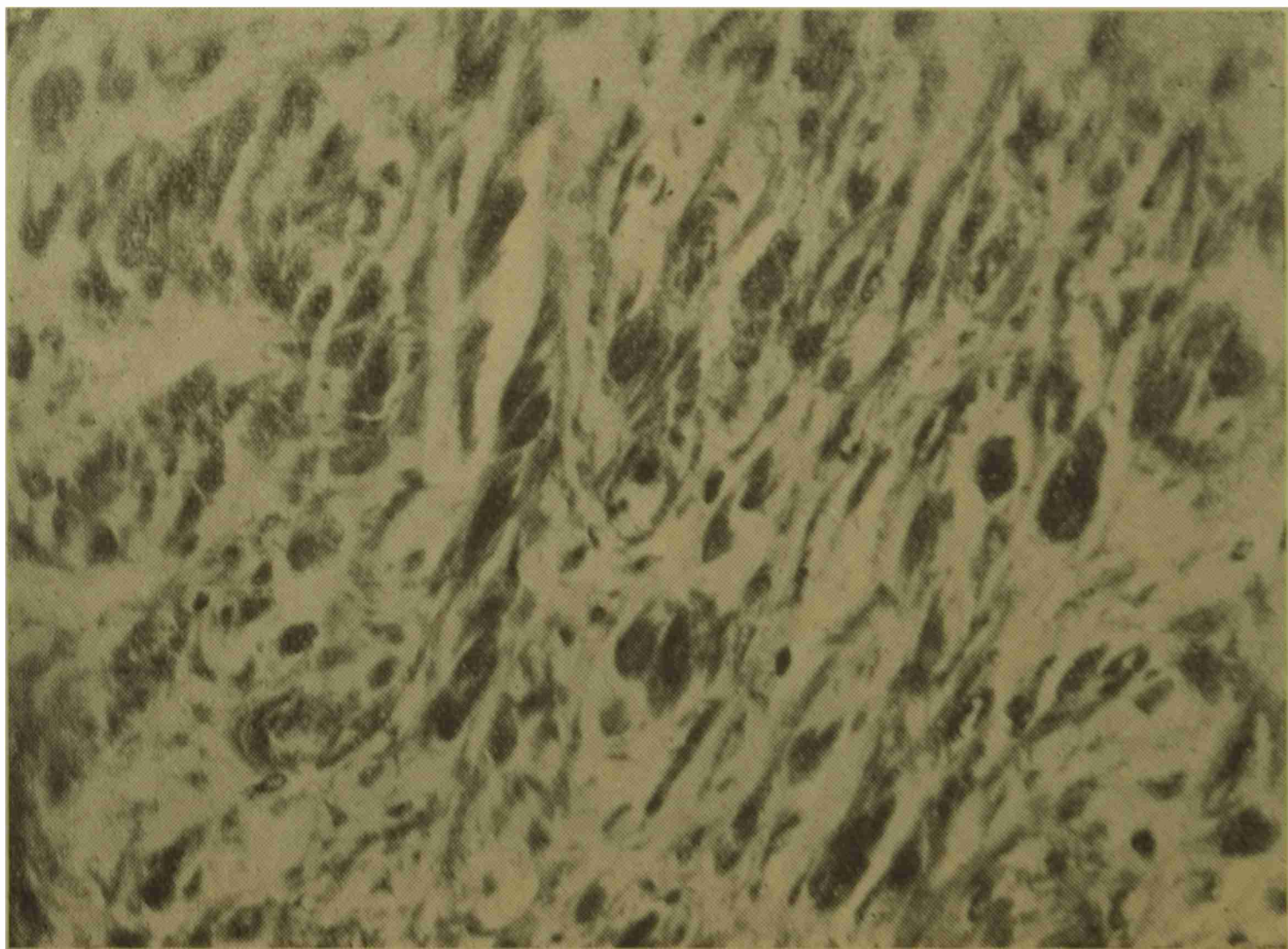


Fig 4

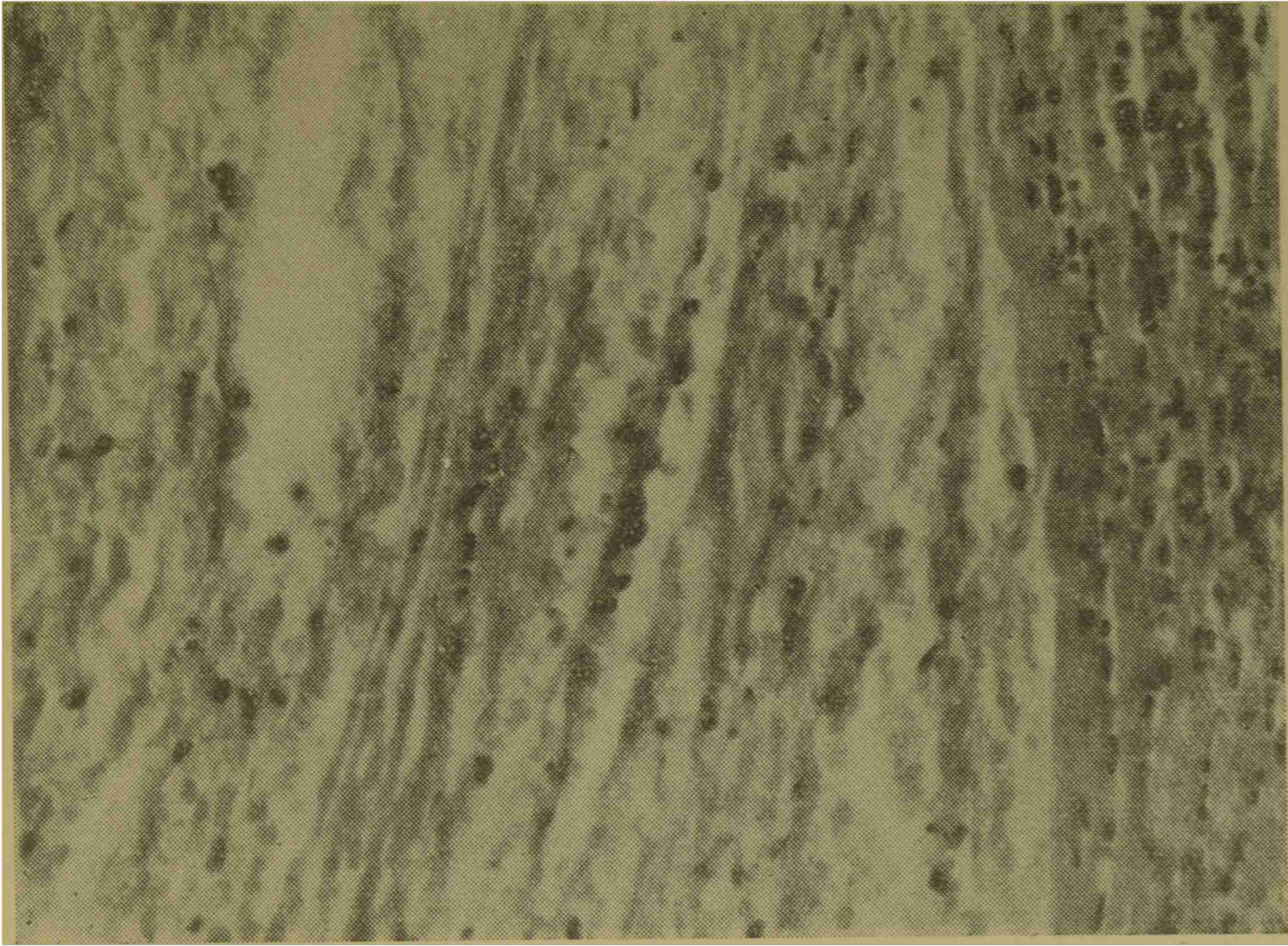


Fig. 5



Fig. 6

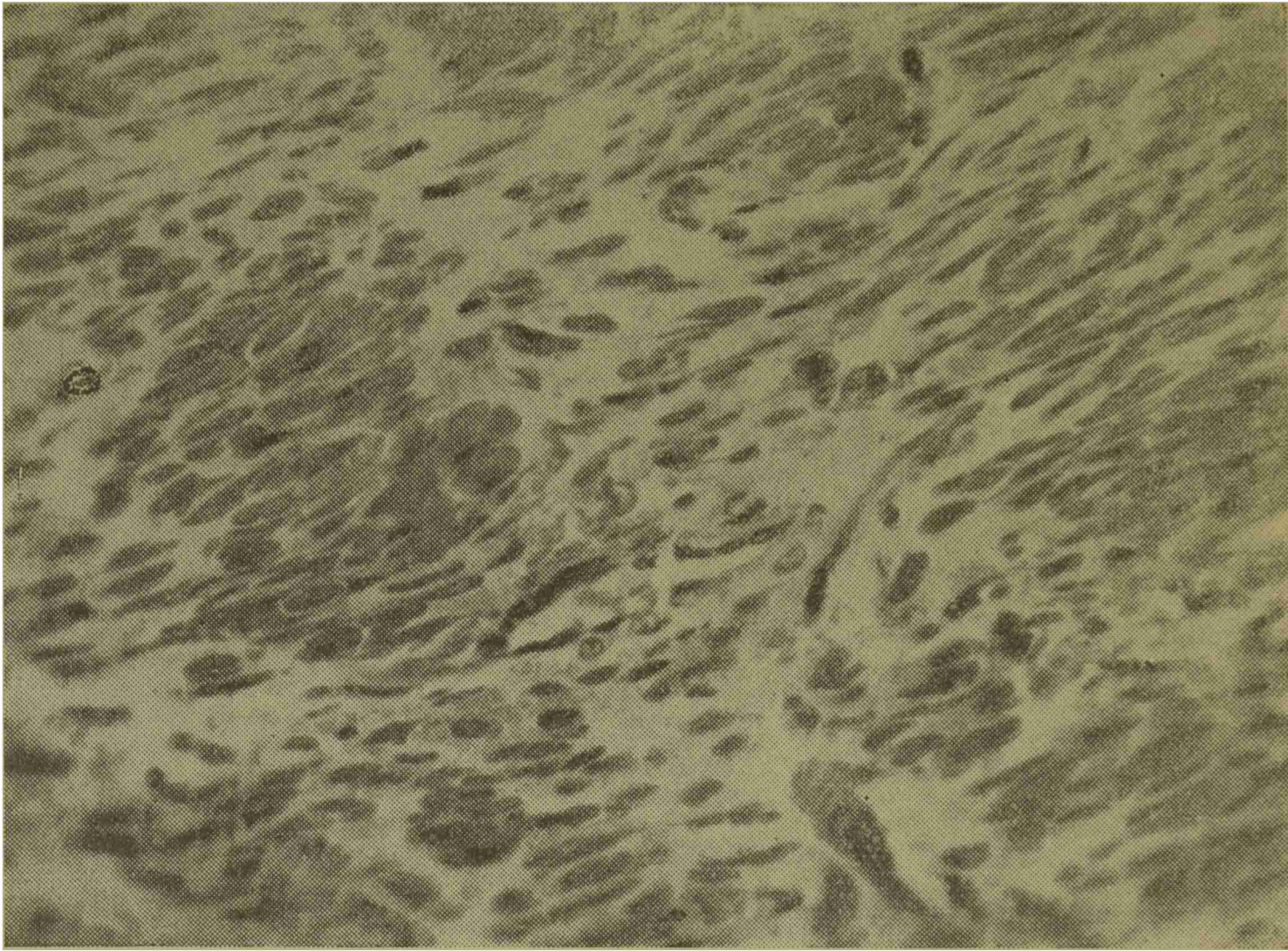


Fig. 7

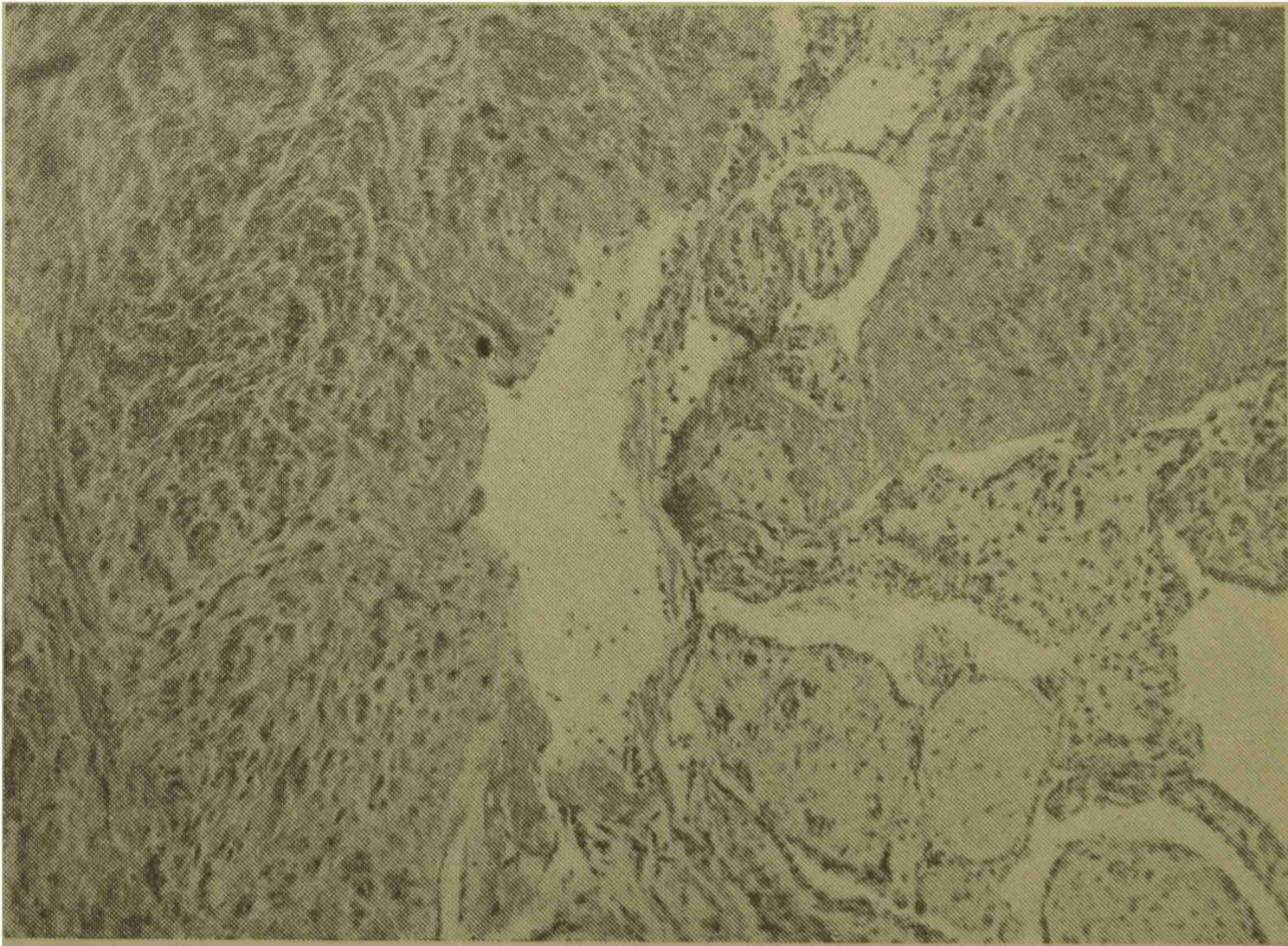


Fig. 8

Fig. 5. — Zona con infiltración leucocitaria y hemorragia.

Fig. 6. — Hialinización de las fibras musculares y de vasos; hemorragia.

Fig. 7. — Haces de fibras musculares disociados por la invasión de tejido conjuntivo.

Fig. 8. — Penetración en profundidad de las vellosidades coriales.

Además del material recogido en el episodio de la rotura uterina, hay los correspondientes a su primera intervención.

Primera intervención: Trozos de miometrio y vellosidades coriales hemorrágicas penetrantes: exudados fibrino-leucocitarios y gérmenes.

BIBLIOGRAFIA

1. *Athenstaedt, F.*: Beitrag zur Aetiologie der Uterusruptur. Zbl. Gynäk., 1934, 58, 279.
2. *Bailey, K. V.*: Notes on two cases of ante-partum rupture of the uterus through a previous caesarean section scar. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1925, 32, 129.
3. *Baisch, K.*: Uterusverletzungen und Schwangerschaftsruptur. Zbl. Gynäk., 1904, 28, 1537.
4. *Bakanow*: Perforation des Uterus bei Placentaverwachsung. Zbl. Gynäk., 1928, 52, 2159.
5. *Banks, H.*: A case of spontaneous rupture of the uterus at six and a half months. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1934, 41, 82.
6. *Barnes, Ch. S.*: Symposium on rupture of the uterus. Two cases of ruptured uterus. Am. J. Obst. Gyn., 1924, 8, 800.
7. *Bazán, J. y Uranga Imaz, F. A.*: Experiencia en el tratamiento de la rotura uterina. Sem. Méd., 1936, 43, I, 512.
8. *Beacham, W. D. and Varino, G. A.*: Ruptured uteri: An analytical report of sixty-four cases managed at the Charity Hospital of Louisiana at New Orleans with a review of the literature. New Orleans Med. Surg. J., 1945, 98, 91.
9. *Beck, A. C.*: Spontaneous rupture of uterus in a multipara with

- specimen showing arrangement of uterine musculature. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1929, 18, 433.
10. *Beck, A. C.*: Discusión del trabajo de J. R. Gepfert (55). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1939, 37, 470.
 11. *Beuthner, B.*: Symptomatologie und Aetiologie spontaner Uterusrupturen. *Zschr. Geburtsh. Gyn.*, 1931, 100, 115.
 12. *Bill, R. H., Barney, W. R. and Melody, G. F.*: Rupture of the uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1944, 47, 712.
 13. *Bishop, E.*: Discusión del trabajo de J. R. Gepfert (55). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1939, 37, 471.
 14. *Bloom, O. H.*: Spontaneous rupture of uterus. Report of a case. *Am. J. Surg.*, 1936, 32, 363.
 15. *Bogdanowa, A. D.*: Les ruptures de l'utérus. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1934, 29, 961.
 16. *Boyd, G. M.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1924, 8, 806.
 17. *Bunzel, E. E.*: Discusión del trabajo de J. R. Gepfert (55). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1939, 37, 471.
 18. *Burkons, H. F.*: Ruptured uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1941, 42, 75.
 19. *Caccia, J. P.*: Ruptura del útero en el parto. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1942, 21, 343.
 20. *Caravias, D. E.*: Rotura uterina, consideraciones y comentarios basados en el estudio de 168 casos clínicos. *Trab. de Adscrip. Clín. Obstétrica*. Buenos Aires, 1931.
 21. *Cao-Si-Tan, G. M.*: Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus dehors le travail. *Thèse Fac. Méd. Paris*, 1926.
 22. *Cartoux, G.*: Notes sur les ruptures utérines observées à la maternité de Hanoï de 1930 à 1934. *Gyn. et Obst.*, 1936, 33, 366.
 23. *Cornell, E. L.*: A case of ruptured uterus following classical cesarean section. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1929, 18, 274.
 24. *Couvelaire, A.*: Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios. *Ann. Gyn. Obst. (Paris)*, 1906, 12^oS, III, 148.
 25. *Curtis, A. H.*: Rupture of the uterus. Rupture of the uterine scar. *Obstetrics and Gynecology*. U. S. A., 1937. Tomo II, pág. 164 y 467.
 26. *Chamorro, T. A.*: Paradojas en partos. *Sem. Méd.* 1932, 39, I, 993.
 27. *Chang, C. F. and Chang, W. K.*: Rupture of the uterus following a previous cesarean section: review and report of two cases. *Hawai M. J.*, 1944, 3, 164. *Quart. Rev. Obst. Gyn.*, 1944, 2, 519 (Resumen).
 28. *Davis, A. B.*: The ruptured uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1927, 13, 522.
 29. *Davis, E. R.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1924, 8, 804.
 30. *Davis, J. E.*: Discusión del trabajo de I. W. Potter (123). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1930, 19, 584.

31. *De Lee, J. B.*: Fifty years of eclampsia, placenta praevia and cesarean section. Year Book Obst. Gyn., 1940, 3.
32. *De Sa, H. D.*: Spontaneous rupture of a pregnant uterus, with special report of a case. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1934, 41, 406.
33. *Devraigne et Laënnec*: Rupture au début du travail d'un utérus de 8 mois, césarisé antérieurement; hydramnios; placenta inséré sur la cicatrice. Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris, 1927, 16, 199.
34. *Draghiesco et Cristeanu, C.*: Sur le traitement des ruptures utérines, avec une statistique de 77 cas. Ann. Gyn. Obst. (Paris), 1902, 57, 103.
35. *Dujol, G.*: Rupture utérine au 8e mois de la grossesse chez une femme ayant eu deux césariennes antérieures. Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris, 1925, 14, 322.
36. *Dujol, G. et Clément, R.*: La rupture spontanée pendant la grossesse de l'utérus antérieurement césarisé. Rev. Franç. Gyn. Obst., 1925, 20, 529.
37. *Dworzak, H.*: Placenta increta und Uterusruptur. Ein Beitrag zur Klinik der Placenta increta. Zbl. Gynäk., 1936, 60, 108.
38. *Écalle, G.*: Ruptures spontanées de l'utérus en fin de grossesse. Leç. Clin. Tarnier, 1938, 14, 119. Ber. ges. Gyn. Geburtsh., 1938, 37, 45. (Resumen).
39. *Ekstein, E.*: Die erste Spontanruptur des graviden Uterus im Bereiche der alten Kaiserschnittnarbe nach querem Fundalschnitte nach Fritsch. Zbl. Gynäk., 1904, 28, 1302.
40. *Emery, R.*: Un cas de rupture spontanée de l'utérus dans la grossesse. Thèse Fac. Méd. Lyon, 1920.
41. *Engels, A.*: Ueber wiederholte Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Zbl. Gynäk., 1928, 52, 433.
42. *Fabre*: Rupturas del útero. Manual de Obstetricia. Barcelona, 1921. pág. 615.
43. *Fava, P. V.*: Ruptured uterus following classical cesarean section with a normal birth during the interval. Am. J. Obst. Gyn., 1934, 28, 284.
44. *Fernández, U.*: Rotura uterina. Tesis. Buenos Aires, 1901.
45. *Fletcher, H. H.*: Spontaneous rupture of uterus during pregnancy. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1935, 42, 848.
46. *Fleurent, H.*: À propos de quelques cas de rupture de l'utérus. Gyn. et Obst., 1921, 4, 544.
47. *Ford, R. K.*: A case of spontaneous rupture of the uterus following caesarean section. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1937, 44, 721.
48. *Freund, H.*: Die Zerreiſsung des Gebärmutter und des Scheidengewölbes. Arch. Gynäk., 1925, 125, 602.
49. *Freund, H. W.*: Die Mechanik und Therapie der Uterus- und Scheidengewölberisse. Zschr. Geburtsh. Gyn., 1892, 23, 436.

50. *Frid, I.*: Sobre 50 observaciones de rotura uterina durante el embarazo y el parto. An. Inst. Mat. Asist. Soc. "Prof. U. Fernández", 1943, 5, 125.
51. *Gambier, J. C.*: Rotura del útero en el embarazo. Día Méd., 1942, 14, 219.
52. *Gandolfo Herrera, R. y Salaber, J. A.*: Endometriosis y perforación uterina. Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As., 1937, 16, 486.
53. *García Pastor, R.*: La rotura uterina. Evolución clínica y profilaxis. Clínica y Laboratorio, abril 1945. Sem. Méd., 1945, 52, II, 186.
54. *Gelpi, M.*: Rupture of the uterus in the scar of a previous cesarean section occurring twice in the same patient within one year. Am. J. Obst. Gyn., 1928, 15, 85 y 119.
55. *Gepfert, J. R.*: Ante-partum rupture of the uterine scar following low flap cesarean section. Am. J. Obst. Gyn., 1939, 37, 466 y 472.
56. *Goldberger, M. F.*: Report of a case of ruptured uterus following attempted version, with complete recovery of the mother and a living child. Am. J. Obst. Gyn., 1930, 19, 679.
57. *Gordon, Ch. A. and Rosenthal, A. H.*: Rupture of the uterus. An analysis of 30 maternal deaths. Surg. Gyn. Obst., 1943, 77, 26.
58. *Graffagnino, P.*: Discusión del trabajo de M. Gelpi (54). Am. J. Obst. Gyn., 1928, 15, 118.
59. *Greenhill, J. P.*: Discusión del trabajo de I. W. Potter (123). Am. J. Obst. Gyn., 1930, 19, 582.
60. *Grusetz, M. W. and Tridall, L. H.*: Rupture of the scar of a lower segment cesarean section with transverse incision. Am. J. Obst. Gyn., 1942, 43, 890.
61. *Guadagnini, A.*: Herida del útero grávido. Rev. Méd. Lat. Am., 1930, 15, 1091.
62. *Guillemeau*: Citado por W. D. Beacham y G. A. Varino (8).
63. *Guiroy, A. J.*: Los úteros dobles desde el punto de vista obstétrico. Sem. Méd., 1927, 34, II, 751.
64. *Hadden, D.*: Discusión del trabajo de I. W. Potter (123). Am. J. Obst. Gyn., 1930, 19, 583.
65. *Harguideguy, E.*: Etiopatogenia de las roturas uterinas espontáneas. 4º Trab. Adscr. Clín. Obstr., Buenos Aires, 1930.
66. *Hellendall, H.*: Spontanruptur bei Querlage mit prädisponierenden entzündlichen Wandveränderungen. Zbl. Gynäk., 1925, 49, 606.
67. *Hewitt, H. W.*: Discusión del trabajo de J. K. Quigley (125). Am. J. Obst. Gyn., 1925, 9, 710.
68. *Hillis, D. S.*: Rupture of the uterus. Surg. Gyn. Obst., 1924, 39, 32.
69. *Hirst, B. C.*: The causation and treatment of rupture of the uterus. Am. J. Obst. Gyn., 1924, 8, 757.
70. *Hirst, J. C.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). Am. J. Obst. Gyn., 1924, 8, 807.

71. *Hornung, R.*: Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Zschr. Geburtsh. Gyn., 1929, 95, 580.
72. *Hromada, G.*: Spontanruptur des schwangeren Uterus. Zbl. Gynäk., 1933, 57, 1926.
73. *Ivanoff, N.*: Étiologie, prophylaxie et traitement des ruptures de l'utérus pendant les couches. Ann. Gyn. Obst. (Paris), 1903, 59, 341.
74. *Iwanow, B. N.*: Zur Frage der spontanen Uterusrupturen während der Gravidität nach vorangegangenem Kaiserschnitt. Zbl. Gynäk., 1936, 60, 1596.
75. *Jakob, A. y Colillas, D.*: Rotura espontánea de útero grávido en el 6º mes. Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As., 1935, 14, 436.
76. *James, D. W.*: Rupture in a supposed lower segment caesarean section scar. Brit. Med. J., 1944, 2, 112.
77. *Kahanpää, V.* Ueber Uterusrupturen nach vorhergehendem Kaiserschnitt. Acta Obst. Gyn. Scand., 1941, 21, 52.
78. *Kane, H. F.*: Spontaneous rupture of the body of the uterus during pregnancy. Am. J. Obst. Gyn., 1923, 5, 158.
79. *Keller, P.*: Ueber Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Zbl. Gynäk., 1923, 47, 758.
80. *Krüger-Franke, M.*: Ueber Uterusrupturen. Münch. med. Wschr., 1928, 75, 132.
81. *Krukenberg, G.*: Beiträge zur Kaiserschnittfrage. II. Ueber das Verhalten alter Kaiserschnittnarben bei nachfolgender Schwangerschaft. Arch. Gynäk., 1886, 28, 421.
82. *Kurtz, H.*: Die Aetiologie der Uteruszerreissungen unter Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse. Zschr. Geburtsh. Gyn., 1926, 89, 615.
83. *Lackner, J. E.*: An experimental study of rupture of the uterus. Surg. Gyn. Obst., 1926, 42, 69.
84. *Lankowitz, A. W.*: Ueber einen Fall von Uterusruptur sub partu längs der Narbe nach der Operation einer extrauterinen Gravidität. Zbl. Gynäk., 1935, 59, 207.
85. *Lankowitz, A. W.*: Ein Fall von spontaner Uterusruptur bei einer 5 monatigen Gravidität. Zbl. Gynäk., 1935, 59, 1936.
86. *Lazard, E. M.*: Discusión del trabajo de I. W. Potter (123). Am. J. Obst. Gyn., 1930, 19, 584.
87. *Ledoux, L. A.*: Discusión del trabajo de M. Gelpi (54). Am. J. Obst. Gyn., 1928, 15, 119.
88. *Lissowetzky, W.*: Zur Frage nach der Aetiologie der spontanen Gebärmutterrisse. Arch. Gynäk., 1930, 139, 624.
89. *McGlinn, J. A.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). Am. J. Obst. Gyn., 1924, 8, 806.
90. *McNeile, L. G. and McBurney, R. D.*: Statistical study of uterine

- rupture. California West. Med., 1935, 42, 73. Year Book Obst. Gyn., 1935, 206. (Resumen).
91. *Mahfouz Bey, N.*: Rupture of the uterus. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1932, 39, 743.
 92. *Marrero Vega, A.*: Las roturas uterinas en el Hospital de Maternidad "América Arias" de la Habana. Vida Nueva, 1938. Citado por J. A. Rodríguez Feo (127).
 93. *Masson, C. A. y Cucchisi, M.*: Rotura espontánea del útero durante el embarazo, por implantación placentaria sobre la cicatriz de una operación cesárea segmento-corporal. Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As., 1938, 17, 513.
 94. *Maygrier, Ch. y Schwab, A.*: Desgarros o roturas del útero. Manual de Obstetricia. Barcelona, pág. 645.
 95. *Mazzola, V. P.*: Discusión del trabajo de J. R. Geppert (55). Am. J. Obst. Gyn., 1939, 37, 472.
 96. *Medina, J. e Gallucci, J.*: Placenta acreta. Obst. Gin. Lat. Am., 1944, 2, 247.
 97. *Mendenhall, A. M.*: Discusión del trabajo de I. W. Potter (123). Am. J. Obst. Gyn., 1930, 19, 584.
 98. *Meyer, H.*: Uterusruptur bei einem Uterus bicornis unicollis. Zbl. Gynäk., 1930, 54, 1353.
 99. *Meyer, L.*: Les ruptures utérines pendant la grossesse. Arch. Obst. Gyn. (Paris), 1915, 7, 291.
 100. *Michela, L. S., Blake, A. J. and Zuckerman, D. E.*: Nontraumatic, spontaneous rupture of uterus. Am. J. Obst. Gyn., 1940, 39, 346.
 101. *Mikhine*: Un cas de récidence de rupture utérine. Ann. Gyn. Obst. (Paris), 1902, 57, 403.
 102. *Morrison, J. H. and Douglas, L. H.*: Rupture of the uterus. Am. J. Obst. Gyn., 1945, 50, 330.
 103. *Murray, H. E.*: Three cases of rupture of the uterus. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1928, 35, 327.
 104. *Naegele, H. F. et Grenser, W. L.*: Ruptures de la matrice, du vagine, du périnée et des ligaments du bassin pendant l'accouchement (dysrhixitocia, partus cum rupturis complicatus). Traité pratique de l'art des accouchements. 1869, pág. 601.
 105. *Nicholson, W. R.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). Am. J. Obst. Gyn., 1924, 8, 805.
 106. *Nicholson, W. R.*: Rupture of the cesarean scar in succeeding pregnancy. Am. J. Obst. Gyn., 1933, 26, 387.
 107. *Norris, C. C.*: Symposium on rupture of the uterus. Three cases. Am. J. Obst. Gyn., 1924, 8, 803.
 108. *Norris, R. C.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). Am. J. Obst. Gyn., 1924, 8, 805.

109. *Palacios Costa, N. y Falsta, M. V.*: Ruptura espontánea del útero a forma insidiosa. *Sem. Méd.*, 1936, 43, I, 809.
110. *Pasman, F. R. y Lovazzano, G. R.*: Rotura del útero en el trabajo de parto en una enferma cesareada anteriormente. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1936, 15, 496.
111. *Peham, H.*: Ueber Uterusrupturen in Narben. *Zbl. Gynäk.*, 1902, 26, 87.
112. *Pérez, M. A.*: Ruptura traumática del útero tratada con sulfamida. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1943, 22, 123.
113. *Pérez, M. L.*: Rotura del útero en el embarazo. *Tratado de Obstetricia*. Buenos Aires, 1936. Tomo II, pág. 405.
114. *Pérez, M. L.*: Rotura asintomática de una cicatriz del segmento inferior. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1936, 15, 807.
115. *Pérez, M. L.*: La etiopatogenia de algunas roturas espontáneas del útero en el embarazo. *Obst. Gin. Lat. Am.*, 1943, 1, 509.
116. *Pérez, M. L. y Dixon, J.*: Rotura espontánea del útero en el curso del embarazo a nivel de la cicatriz de una operación cesárea corporal. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1932, 11, 629.
117. *Pérez, M. L. y Tallaferró, F.*: Rotura silenciosa del segmento inferior del útero en el curso del embarazo a nivel de una cicatriz de operación cesárea. Implantación secundaria de la placenta previa recidivada en la cara posterior de la vejiga. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1935, 14, 639.
118. *Péry, J., Balard, P. et Mangé, J.*: Rupture en fin de grossesse d'un utérus antérieurement césarisé; hystérectomie; guérison. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1929, 18, 210.
119. *Pettit, R. D.*: Repeated secondary rupture of the pregnant uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1943, 45, 334.
120. *Phaneuf, L. E.*: Discusión del trabajo de J. K. Quigley (125). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1925, 9, 709.
121. *Piper, E. B.*: Symposium on rupture of the uterus. Two cases of ruptured uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1924, 8, 799.
122. *Poroschin, M.*: Zur Aetiologie der spontanen Uterusruptur während Schwangerschaft und Geburt. *Zbl. Gynäk.*, 1898, 22, 183.
123. *Potter, I. W.*: Rupture of the uterus, with report of seventeen cases. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1930, 19, 289 y 585.
124. *Poucel, C.*: Rupturas uterinas espontáneas antes del trabajo de parto. *Tesis Fac. Med. Córdoba*, 1919.
125. *Quigley, J. K.*: Rupture of the uterus, with a report of two cases with recovery following hysterectomy. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1925, 9, 685.
126. *Riddell, J.*: Rupture of the uterus during pregnancy. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1926, 33, 1.

127. *Rodríguez Feo, J. A.*: Estudio de las roturas uterinas en el curso del trabajo de parto. *Rev. Cubana Obst. Gin.*, 1942, 4, 255.
128. *Rosenfeld, S. S.*: Spontaneous rupture of the uterus following a wedge-shaped resection of the fundal portion. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1931, 22, 436.
129. *Rosenstein, W.*: Ruptur des graviden Uterus bei Doppelbildung. *Zbl. Gynäk.*, 1932, 56, 517.
130. *Roth, A.*: Rotura del útero en trabajo de parto a nivel de la cicatriz de una cesárea corporal anterior. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1937, 16, 385.
131. *Santarelli, L.*: Ruptura uterina por embarazo angular. *Rev. Méd. Rosario*, 1935, 25, 436.
132. *Schaaning, G.*: Uterusruptur bei Schwangerschaft und Geburt nach früherem Kaiserschnitt. *Norsk. magaz. f. loegevidenskaben*, 1925, 86, 824. *Ber. ges. Gyn. Geburt* 1926, 9, 46. (Resumen).
133. *Schoeneck, H. W.*: Discusión del trabajo de I. W. Potter (125). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1930, 19, 583.
134. *Schugt, P.*: Spontanruptur des Uterus im vierten Monat der Schwangerschaft. *Zbl. Gynäk.*, 1926, 50, 1135.
135. *Schumann, E. A.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1924, 8 806.
136. *Schwarcz, R. y López Zabaleta, V.* Contribución al estudio y tratamiento de las roturas uterinas. 5º Congr. Nac. Medicina, 1934, 5, 453.
137. *Schwarcz, R. y López Zabaleta, V.*: Embarazo y parto consecutivos a rotura uterina espontánea y completa, tratada por el método conservador. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1934, 13, 323 y 329.
138. *Schwartz, L. S. and Kurzrok, L.*: Spontaneous rupture of the uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1936, 31, 1038.
139. *Seley, A. D.*: An analysis of 12 cases of spontaneous rupture of the pregnant uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1937, 33, 857.
140. *Sheldon, Ch. P.*: A record of 26 cases of rupture of the uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1936, 31, 455.
141. *Smylie, R. S.*: Spontaneous rupture of the uterus at three and one-half months' gestation. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1932, 23, 595.
142. *Snidow, F. A.*: Spontaneous rupture of uterus at sixth month of pregnancy. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1935, 29, 751.
143. *Steinke, C. R.*: Ruptured uterus with living mother and baby. Two cases report. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1930, 19, 670.
144. *Stone, M. L.*: Adenomyosis in a primipara resulting in spontaneous rupture of the uterus at the onset of labor. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1938, 35, 883.
145. *Studdiford, W. E.*: Discusión del trabajo de J. R. Gepfert (55). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1939, 37, 471.

146. *Tait, F. S.*: Partial rupture of old caesarean scars, with intact foetal membranes. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1933, 40, 1054.
147. *Tallaferro, F. y Bence Pieres, I.*: Rotura espontánea del útero. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1934, 13, 512, 561 y 627.
148. *Tallant, A. W.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1924, 8, 807.
149. *Thwaites Lastra, E. y Brea, A. M.*: Rotura espontánea del útero durante la gestación. *Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As.*, 1942, 21, 487.
150. *Titus, P.*: Discusión del trabajo de I. W. Potter (123). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1930, 19, 583.
151. *Titus, R. S.*: Spontaneous rupture of the uterus, with report of a case. *Boston Med. Surg. J.*, 1924, 190, 157. *Ber. ges. Gyn. Geburtsh.*, 1924, 5, 291. (Resumen).
152. *Tolosa, B.*: Considerações sobre 32 casos de ruptura do utero. *Rev. Gyn. Obst. (R. de Janeiro)*, 1933, 27, 2.
153. *Tottenham, R. E.*: Rupture of the uterus after classical caesarean section. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1931, 38, 851.
154. *Trask*: *Am. J. Med. Sci.*, 1848, 15, 383. Citado por W. D. Beacham y G. A. Varino (8).
155. *Uñó, F. y De la Colina, C. E.*: Estallido del recto anterior del abdomen y de una cicatriz del útero en una embarazada a término. *An. Inst. Mat. Asist. Soc. "Prof. U. Fernández"*, 1943, 5, 196.
156. *Vallois, L. et Grynfeldt, J.*: Rupture spontanée de l'utérus au cours du travail avec présentation et étude histologique de la pièce. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1924, 13, 52.
157. *Vaux, N. W.*: Symposium on rupture of the uterus. Three cases. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1924, 8, 801.
158. *Vaux, N. W.*: Discusión del trabajo de B. C. Hirst (69). *Am. J. Obst. Gyn.*, 1924, 8, 807.
159. *Waters, E. G.*: Spontaneous rupture of the uterus. Report of three cases. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1934, 27, 762.
160. *Weibel, G.*: Rotura del útero. *Obstetricia y Ginecología Prácticas* 1942, I, 303.
161. *Williams, P. H.*: Rupture of uterus through previous caesarean scar. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1926, 12, 125.
162. *Yates, H. W. and Rezanka, H. J.*: Rupture of uterus through a caesarean scar after two normal deliveries following a classical caesarean section. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1934, 27, 914.

RESUMEN

El autor, con motivo de una interesante observación de rotura uterina en el embarazo, presenta un resumen muy demostrativo del escalonamiento de factores predisponentes que llevaron al episodio tratado.

Con este motivo hace una puesta al día del tema en el cual reseña los siguientes capítulos: historia, clasificación, frecuencia, edad, etiopatogenia, anatomía patológica, síntomas, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento.

Hace constar al final las particularidades especiales de este caso, fundamentalmente diferente a los factores que determinan el accidente en la mayoría de las publicaciones, ya que ha sido consecutivo a una histerotomía anterior exploradora.

Completa el trabajo con foto y microfotografías muy demostrativas y agrega la bibliografía **consultada**, en la que se anotan 162 fichas.

SUMMARY

The author, owing to a very interesting observation of uterine rupture during pregnancy, presents a very well explained summary of the different steps of the predisposing factors which led to the episode treated here.

With this motive he has the subject treated thoroughly in the most up-to-date manner in which he sketches the following chapters: history, classification, frequency, age, etiopathogenesis, pathological anatomy, symptomatology, diagnosis, evolution, prognosis and treatment.

He makes a note at the end of the especial particulars of this case, completely different from the factors that determine the accident in most publications, since it has been consecutive to a former explorative hysterotomy.

He finishes his paper with very enlightening photographs and microphotographs and adds the bibliography he has referred to, in which 162 articles have been annotated.

ZUSAMMENFASSUNG

Durch eine interessante Beobachtung von Uterusruptur angeregt, bringt der Verfasser eine kurze, klare Übersicht über die Abstufung der verschiedenen prädisponierenden Faktoren, die zu der Ruptur führten.

Aus diesem Anlass bespricht er den heutigen Stand des Themas und geht auf folgende Kapitel ein: Geschichtliches, Einteilung, Häufigkeit, Alter, Ätiologie, Pathogenese, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf, Prognose und Behandlung.

Zum Schluss bezieht er sich auf die besonderen Eigentümlichkeiten dieses Falles, in dem die Ursachen grundverschieden von denen der meisten Veröffentlichungen sind, da die Ruptur im Anschluss an eine Probe-Hysterotomia anterior erfolgte.

Die Arbeit wird durch Photo- und Mikrophotographien, sowie durch die behandelte Literatur, bestehend aus 162 Arbeiten, ergänzt.