

Ramírez M. Rafael F. Un caso más de embarazo ovárico llegado a término. **Revista Médica**, órgano de la Academia Nacional de Medicina.

Serpa Roberto. Embarazo extrauterino. **Revista de la Facultad Nacional de Medicina**. 1940.

Autores extranjeros:

Calatroni Carlos J. **Terapéutica Ginecológica**. 4ª edición, 1946.

Calderón Horacio y Molina V. **Embarazo abdominal primitivo**. *Día Médico*. 1946.

Charpentier A. **Traité de l'accouchement**.

Conill Víctor. **Embarazo ectópico**. 2ª edición, 1945.

Crossen and Crossen. **Diseases of women**. 9ª edición.

Curtis Arthur Hale. **Ginecología**. 1941.

Davis Carl Henry. **Gynecology and Obstetrics**. 1946.

Fabre. **Manual de Obstetricia**. 1941.

Goldberger Morris A. **Gynecology surgery**. 1942.

Hardy John A. **Sinopsis of the diagnosis of the surgical diseases of the abdomen**. 2ª edic., 1945.

Maygriery Schwabb. **Manual de Obstetricia**. 1943.

Novak. **Ginecología**. 1945.

Paradelo Carlos A. **La histerosalpingografía en el diagnóstico del embarazo ectópico abdominal**.

Pérez Manuel Luis. **Tratado de obstetricia**. 1943.

Recassens Girol. **Tratado de Obstetricia**.

Studdiford William E. **Primary Peritoneal Pregnancy**. *Am. J. Obst. and Gyn.* Vol. 44, 1942.

Consideraciones sobre rupturas uterinas durante el año de 1949

Por **EUDORO CASTILLO VEGA**
Jefe de Clínica de Maternidad.

Una de las complicaciones más serias que se pueden presentar en el ejercicio de la tocología es la ruptura uterina.

Este accidente puede acontecer en el curso del embarazo o en el momento del trabajo; puede ser accidental y raras veces espontáneo, pero casi siempre obedece a causa traumática. En la primera mitad del embarazo puede ser ocasionado por una gestación en la porción intersticial de la trompa, en un útero bicornio, en un útero in-

fantil y en otras veces por excesiva invasión de la pared uterina por los elementos embrionarios. Al final de la gestación, el accidente por lo general, está relacionado en los casos espontáneos, por la presencia de tejidos cicatrizales en la pared uterina, o delgazados progresivamente por la distensión creciente del órgano. Poroschin las ha atribuido a la ausencia relativa del tejido elástico; Jellinghaus y otros autores creen en la debilidad intrínseca de la pared uterina, por la

formación excesiva de tejido conjuntivo en un punto vulnerado anteriormente. Casos hay debidos a una adenomietritis difusa. Todas ellas son rupturas espontáneas y el lugar de su localización se halla con frecuencia en la porción superior del útero.

Por lo que respecta a las rupturas en el momento del parto que, son las que principalmente entraré a considerar, el contraste es muy claro, puesto que la ruptura está generalmente limitada al segmento inferior y los factores etiológicos son absolutamente distintos.

ción Materno Infantil, sección del Profesor Rodríguez Aponete, y sobre un total de 2.657 enfermas atendidas en el año de 1949, ningún niño se obtuvo vivo, en tanto que cinco madres sobrevivieron.

Estadísticas americanas arrojan sobre diez mil partos consecutivos, atendidos en el New York Lying-In Hospital, solamente cuatro casos de ruptura uterina o sea una frecuencia de 1 por 2.500 partos. Presento el siguiente cuadro estadístico a modo de comparación en algunas maternidades mundiales:

CLINICAS	Casos atendidos	Rupturas	Porcentajes
Real Maternidad de Caridad de Londres	48.996	8	1 x 6.124
New York Lying-In Hospital	147.625	84	1 x 1.757
Boston Lying-In Hospital		Similar al de New York.	
Hospital de Maternidad de Dublin	57.412	34	1 x 1.689
Clínica de Maternidad de Moscú	118.581	124	1 x 956
Instituto de Protección Materno Infantil de Bogotá	2.657	7	1 x 379
Maternidad de Bucarest	23.016	77	1 x 300

Por lo que hace en relación al niño, raras veces permanece dentro de la cavidad de la matriz, sino que pasa a la cavidad peritoneal y este tránsito es sinónimo de muerte fetal, una vez rotas las conexiones útero-placentarias.

La complicación en sí, es grave, y justamente el doctor Alfonso Fonnegra, en su tesis de grado así la calificó; con relativa frecuencia termina con muerte fetal y en muchas veces con la muerte materna. En los siete casos que observé en el Instituto de Protec-

Entre nosotros es frecuente y eso se debe, sin duda alguna, al medio pobre, económicamente hablando, y que por el mismo motivo, se acude a la atención obstétrica del parto a mujeres ignorantes y sin responsabilidad, que apellidándose enfermeras se comprometen a dirigir el trabajo del parto con las consecuencias que contemplamos, puesto que, es necesario aclarar que todos los casos de ruptura uterina de mis observaciones llegaron en este estado al Servicio de Maternidad. También conviene decir que si tales

hechos acontecen en Bogotá, con cuanta mayor razón sucederán en nuestros campos y provincias.

Debemos al tocólogo vienés Luis Bandl (1842-1892), la explicación clara en lo tocante al modo de producirse; la etiología está totalmente relacionada con la doctrina del anillo de contracción y la formación anatómo-histológica del segmento uterino inferior. Durante el parto, al ser atraídos hacia arriba los haces musculares del cuello uterino por las contracciones energéticas, el proceso de distensión del segmento se acentúa, hacia la parte activa del útero, acumulándose las fibras musculares, mientras que en la parte pasiva se produce el adelgazamiento, que se acentuará, si se presenta un estado tetánico debido a un obstáculo en el paso; y en la misma forma indicada, el adelgazamiento puede avanzar y llegar a tal extremo que ceda fácilmente el tejido y se desgarre la matriz. Así lo explicaba Ruiz Contreras, de Barcelona, en su tesis de grado "Estudio etiológico de la ruptura del útero grávido y consecuencias que de él pueden deducirse como bases de profilaxia y tratamiento".

En los casos que estudiamos hoy, las rupturas fueron por partos laboriosos fuera del servicio con niños grandes, por presentaciones transversas mal conducidas y abandonadas, y por empleo poco juicioso de ocitócicos.

Es de notar igualmente que ninguno de los casos fue de ruptura espontánea sino todos consecutivos a mala conducta obstétrica; además, todas las rupturas fueron completas, es decir, comunicadas con la cavidad abdominal; en cuanto a la dirección y forma de ellas, la mayoría fueron transversa-

les en el segmento, alguna con extensión longitudinal hacia el cuello, como se verá en el relato clínico-quirúrgico.

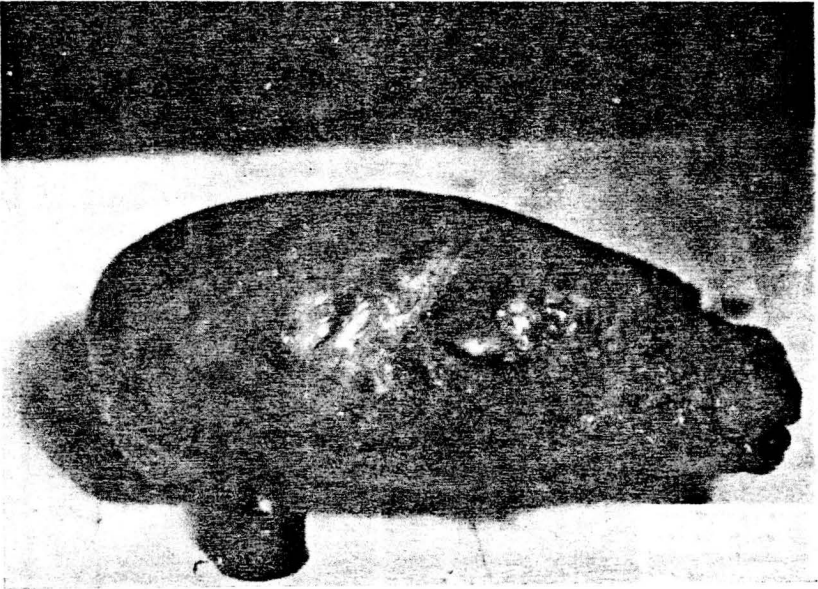
Diagnóstico.

El diagnóstico fue siempre fácil, debido al estado de abdomen agudo y sincopal, como llegaron las enfermas al Instituto, y a la fácil percepción del feto, como por debajo de la pared abdominal —a flor de piel— sin contar con el síntoma hemorragia y anemia aguda que nunca faltó. Sin embargo, en el caso de la historia particular de la Clínica Magdalena, el diagnóstico no fue hecho sino en el momento de intentar practicar un raspado como luego se relata.

Tratamiento.

Existen aquí más que en cualquier otra entidad el tratamiento profiláctico y el tratamiento curativo.

Profiláctico. Un cuidado inteligente de la mujer en la gestación y en el trabajo, dirigiéndola desde el Consultorio Prenatal, hacia un hospital o clínica, para que allí sea atendida por especialista. Es conveniente saber apreciar suficientemente la conducta en una presentación de hombro y si todavía a la luz de la obstetricia moderna, es aconsejable la versión por maniobras internas en vez de una cesárea. Contemplar con sabia sospecha la falta de encajamiento de una presentación de vértice después de una hora de poderosas contracciones, al final del período de dilatación y más aún, cuando el anillo de contracción comienza a ascender para saber cómo terminar el parto por medio obstétrico-quirúrgico.



PIEZA DE AUTOPSIA

Matriz rota y suturada con cirugía conservadora, pero dicha sutura no prendió.

Pertenece al tratamiento profiláctico, el aumento de los consultorios prenatales, para que las gestantes estén suficientemente informadas sobre los peligros de una mala atención obstétrica y se percaten una vez más, que no por el hecho de ser multigestantes no tienen nada que temer, como es creencia general, pues la realidad estadística nos confiesa que las rupturas uterinas se presentan con mayor frecuencia en las multigestantes y no en las primigrávidas. En los casos que presento a la consideración, no hubo ninguna primigestante, pero sí del segundo parto en adelante, hasta el duodécimo. Es preciso acabar con la errónea creencia del vulgo que asevera que el primer parto es el difícil, y que la multiparidad garantiza la integridad biológica de la madre y del niño.

Anotamos igualmente que ninguna enferma de las que se complicaron con ruptura uterina, dió el antecedente de haber sufrido intervención cesárea anterior, ni intervención de legrado.

En cuanto a la edad, todas pasaron de los 35 años y solamente una fue de 23 años.

Curativo. En este campo existe gran divergencia de opinión sobre el tratamiento quirúrgico de la ruptura uterina. La conducta seguida en los 3 casos presentados nos la dió el campo quirúrgico, sobre el que hubimos de actuar. El ideal sería el tratamiento quirúrgico conservador, pero desgraciadamente encontramos en la práctica la imposibilidad de la conservación integral del órgano y nos hemos visto precisados a practicar la Histerectomía subtotal con conservación de los cnexos. Los resultados fueron satisfac-

torios con el tratamiento drástico que fue menester ejecutar. Hubo una sutura del cuello uterino por ruptura del mismo con prolongación hacia el segmento, que terminó con defunción, debida principalmente al estado de anemia y shock, al ingreso al hospital. De tres intervenciones conservadoras que fue posible realizar, terminaron dos con muerte.

Causas en los casos presentados.

Las causas de ruptura uterina en nuestros casos fueron así: por presentación de hombro abandonada fuera del servicio con niños grandes, tres casos. Por parto laborioso fuera del servicio y aplicaciones de ocitócicos en presentación cefálica, cuatro casos. Por maniobras de dilatación forzada fuera del servicio, un caso. Por maniobras abortivas en embarazo de tres meses, un caso. Todos, por mala atención obstétrica: siete en el momento del parto y uno al querer interrumpir un embarazo. En un caso salió el producto de la concepción espontáneamente por vía baja, en los demás se necesitó intervención para su extracción.

Conducta para con el feto.

Los clásicos no definen claramente la conducta con el feto y las observaciones al respecto, entre nosotros, son muy variadas. Hay quienes opinan la extracción del feto, sea vivo o muerto por vía abdominal. Otros preconizan la extracción del feto por vía baja, por medio de la embriotomía. La escuela ecléctica fue la seguida en el servicio, es decir, el caso impuso la conducta sin que ésta se pudiera predecir. Si la presentación está encajada y por de-

bajo del estrecho superior, cabe la embriotomía; con mayor razón cuando la presentación está enclavada. Si la presentación está por encima del estrecho superior, ya sea intra o extrauterina, debe abandonarse la extracción por vía vaginal porque fácilmente puede agrandarse la brecha uterina y dificultar más la intervención conservadora.

Historias clínicas.

Los siete casos presentados en el momento del parto fueron observaciones en el servicio del Profesor Rodríguez Aponte. El caso de ruptura uterina en la gestación fue obtenida en la Clínica La Magdalena, en mi clientela particular.

Caso número 1. Historia número 440. Nombre, H. B. Edad 37 años. VI gestación. Fecha de ingreso, marzo 7 de 1949. Fecha de salida, marzo 18 de 1949. Causa de salida: curación.

Antecedentes generales, sin importancia.

Antecedentes obstétricos: cinco niños a término, vivos, normales. Causa de ingreso: parto laborioso fuera del servicio desde hace dos días con presentación deflejada y no encajada. Feto grande muerto. (Es enviada al servicio por un médico).

Examen actual: estado general, grave. Vientre en desarrollo que corresponde a un embarazo a término. Organos genitales varicosos y edematosos. Enferma obesa.

Altura uterina: 32 centímetros. Matriz de consistencia dura. Situación longitudinal. Contracciones fuertes.

Datos fetales: número 1. Presentación cefálica. Derecha. Por encima del estrecho superior. Ruidos negativos.

Tacto vaginal: vulva edematizada y varicosa. Vagina amplia. Cuello borrado y dilatado completamente. Membranas rotas. Hay una brecha enorme en la región posterior del segmento.

Tratamiento. Se aplica basiotribo para extraer el niño muerto y se practica el alumbramiento artificial. Luégo de aplicar tonicardiacos, transfusión de 500 centímetros, suero Beclisin 500 c. c., se interviene por laparotomía media. Al abrir la cavidad abdominal se localiza una gran brecha en la cara posterior del segmento y abundantes coágulos organizados entre el miometrio y el peritoneo. Se hace histerec-tomía subtotal conservando los anexos. Se aplican 10 gramos de sulfa y se cierra.

Anestesia: gases. Duración: hora y media.

Niño: único, femenino de 3.200 gramos, intrauterino, muerto.

Caso número 2. Historia número 517 Nombre T. Ch. Edad 38 años. VII gestación. Fecha de ingreso, marzo 17 de 1949. Fecha de salida, abril 3 de 1949. Causa de salida, curación.

Antecedentes generales, sin importancia.

Antecedentes obstétricos: seis partos anteriores a término, normales, niños vivos. Causa de ingreso: parto con trabajo laborioso de tres días fuera del servicio, niño grande.

Examen actual: enferma angustiosa. Anémica. Pulso 100 por minuto.

Tensión arterial, 10 por 6. Sudores fríos. Hipotermia.

Examen obstétrico: abdomen duro, corresponde a una altura de 29 centímetros. Forma en corazón de naípe. Auscultación negativa.

Tacto vaginal. Vulva edematosa. Gran desgarró en la pared anterior con direcci3n hacia la derecha del segmento y vagina. Cuello con borramiento incompleto. Sangre viscosa y negruzca. Membranas rotas. Presentaci3n de pelvis completa.

Tratamiento. Despu3s de tonificar suficientemente a la enferma con suero dextrosado y plasma, se logra extraer por vía vaginal f3cilmente un feto de tamaño grande y muerto. Peso 4.040 gramos, masculino y en principio de maceraci3n.

Comprobada la brecha despu3s del alumbramiento artificial se procede a practicar una laparotomía media. Se trata de suturar la brecha de segmento, pero se encuentra lu3go con la gran brecha de la vagina y por lo tanto se decide la histerectomía para hacerlas m3s accesibles. Se sutura con catgut n3mero 3 y se peritoniza. Se deja sulfá en soluci3n y se cierra dejando ovarios libres.

Anestesia: gases. Duraci3n: una hora. Se pasa transfusi3n durante la intervenci3n.

Niño: masculino. Unico, de 4.040 gramos. Muerto intraútero.

Caso n3mero 3. Historia n3mero 690. Nombre, R. M. Edad 39 ańos. XII gestaci3n. Fecha de ingreso, abril 7 de 1949. Fecha de salida, abril 7 de 1949. Causa de salida, defunci3n.

Examen actual. La enferma llega al servicio a las 9 a. m. del día 7 de abril, despu3s de prolongado trabajo de parto fuera del hospital. Manifiestan los familiares que había sido sometida a repetidas maniobras de "dilataci3n" del cuello y m3ltiples aplicaciones de ocit3cicos. Es recibida por la enfermera de turno, quien presencia

la expulsión de un feto de 3.020 gramos de peso, con una circular y muerto. El alumbramiento tiene lugar inmediatamente seguido de una hemorragia grave con estado sincopal y sntomas de anemia aguda. Acude el Jefe de Clínica, quien comprueba una enorme brecha que comienza al lado izquierdo del cuello uterino y se extiende hacia el segmento inferior. Lu3go de aplicar plasma, 250 centímetros y t3nicos generales, se procede a la sutura por vía vaginal de la brecha con pequeña anestesia de éter-oxígeno. Se sutura en surcete con catgut n3mero 2. Se taponá la matriz y el segmento con mecha grande impregnada de sulfá. Desgraciadamente la enferma fallece acto seguido, por anemia aguda.

Anestesia: Eter-oxígeno. Duraci3n: un cuarto de hora.

Niño: único, masculino de 3.020 gramos. Muerto.

Caso n3mero 4. Historia n3mero 1.660. Nombre, A. V. Edad 23 ańos. IV gestaci3n. Fecha de ingreso, agosto 13 de 1949. Fecha de salida, agosto 13 de 1949. Causa de salida, defunci3n.

Examen obst3trico. Al llegar al servicio se sabe que la enferma es traída de Turmequ3. Tensi3n arterial: no se encuentra. Pulso 130. Temperatura: 35 grados. Membranas rotas. Hemorragia sí hay. Embarazo a t3rmino. Diámetros: biilíaco: 21 centímetros. Bicrestal: 24 centímetros. Bitrocant3rico: 29 centímetros. Baudelocque: 17 centímetros. Matriz contracturada.

Datos fetales: único. Situaci3n transversa. Presentaci3n de hombro A. I. D. Dorso anterior. Anota la paciente que desde el día 10 de agosto a las 4 a. m., comenz3 el trabajo de parto

y que el día 12 a las 15 horas apareció un brazo fuera de la vagina y que en estas circunstancias una "comadrona", se puso a traccionar por el brazo procedente sin lograr la salida del feto.

Tratamiento. Después de las aplicaciones de tónicos generales de rutina, se pasa a la cirugía, donde se le practica una embriotomía.

Después del alumbramiento se procede a revisar la matriz encontrándose una gran brecha en el segmento inferior y en una longitud de 15 centímetros. Después de nueva transfusión sanguínea 200 c. c., se hace una laparotomía, comprobándose lo anterior, encontrándose gran cantidad de coágulos ya organizados y léticos. Franca reacción peritoneal con necrosis de los tejidos vecinos al útero. Se decide histerectomía, pero la enferma fallece.

Anestesia: Eter-oxígeno.

Niño: único. Masculino de 3.100 gramos de peso. Muerto.

Caso número 5. Historia número 1.712. Nombre, M. C. G. Edad 48 años: 1.ª gestación. Fecha de ingreso, agosto 14 de 1949. Fecha de salida, septiembre 2 de 1949. Causa de salida, curación.

La enferma llega al servicio en estado sincopal y abdomen agudo. Hemorragia negra vaginal y percepción del feto como por debajo de la pared abdominal. Tensión arterial de 9 x 4. Pulso 112. Situación longitudinal. Presentación cefálica. Posición izquierda. Auscultación negativa. La enferma estuvo atendida por "comadrona" y por un "médico", quienes ejercieron fuerte comprensión sobre el abdomen después de aplicarle varias inyecciones

de ocitócicos. Llega a las 24 horas, pero desde las 16 no siente el feto. Desde las 14 horas tiene vómito, a las 18 horas lipotimia y desde las 19, no tiene más dolores. Se hace el diagnóstico de ruptura uterina.

Tratamiento. Teniendo en cuenta las condiciones anotadas como llega la paciente y pensando que la práctica de la embriotomía previa a la intervención por vía abdominal no era aconsejable, tanto por el tiempo que ella ocupaba, como por la posibilidad de ampliar la brecha uterina ya existente, se decide la intervención por vía abdominal. Al hacer la laparotomía se aprecia la presencia de sangre en la cavidad abdominal; se comprueba el diagnóstico clínico por cuanto que a nivel del segmento se ve una brecha horizontal de unos 15 centímetros de longitud. Por esa brecha, se extrae el feto muerto y se practica el alumbramiento artificial. Creyendo que no existía otra brecha se procede a la sutura cuidadosa de la matriz, pero luego se comprueba una nueva brecha en sentido longitudinal en la cara posterior y que llega hasta la vecindad de la vagina. Como esta sutura resulta muy laboriosa debido a la irregularidad de los bordes y a la poca firmeza de los mismos, se procede a practicar una histerectomía subtotal, con conservación de los anexos. Se deja penicilina y sulfá en la cavidad y se cierra la pared en los tiempos ordinarios.

Anestesia: Ciclo-éter oxígeno.

Niño: único. Masculino de 3.600 gramos. Muerto.

Caso número 6. Historia número 1.968. Nombre, F. R. Edad 35 años. VIII gestación. Fecha de ingreso, septiem-

bre 22 de 1949. Fecha de salida, 6 de octubre de 1949. Causa de salida, curación.

Manifiesta la enferma que los dolores comenzaron a las 6 a. m., del 21 de septiembre, atendida por "enfermera", fuera del servicio. A las 22 horas de ese día y estando con contracciones fuertes y subintrantes sintió bruscamente un dolor intenso en el hipogastrio, seguido por la abolición de las contracciones, presencia de hemorragia vaginal y ausencia de movimientos fetales. En estas condiciones es trasladada al Hospital.

Examen clínico. Se aprecian los síntomas antes enunciados y a la palpación se encuentran partes fetales a flor de piel. Auscultación negativa. Coágulos sanguíneos en la cavidad vaginal. Cuello con dilatación de 8 centímetros, blando, delgado y las membranas rotas.

Tratamiento. Al hacer la laparotomía se comprueba la ruptura uterina. Se halla el feto fuera de la matriz, dentro de la cavidad peritoneal. Hay un gran desgarro transversal sobre la cara anterior del segmento uterino y sobre sus bordes. Se resuelve practicar la histerectomía subtotal. Se dejan 5 gramos de sulfá en polvo dentro del peritoneo. Sangre y plasma durante la intervención.

Anestesia: Gases.

Niño: único. Femenino de 3.600 gramos de peso. Muerto.

Caso número 7. Historia número 2.373. Nombre-D. R. Edad 38 años. V gestación. Fecha de ingreso, noviembre 18 de 1949. Fecha de salida, 30 de 1949. Causa de salida: defunción, por peritonitis generalizada, necrosis

del ciego, bronconeumonía y neuritis aguda, según relato de autopsia.

Llega al servicio con una presentación de hombro abandonada. La enferma manifiesta que tuvo dolor intenso desde la víspera y hemorragia vaginal. A la palpación se aprecian partes fetales en la cavidad abdominal.

Tratamiento. Laparotomía por vía media. Se extrae un feto muerto de la cavidad peritoneal. Se verifica el alumbramiento. Se resuelve practicar la sutura conservadora de la matriz en las brechas desgarradas. Se deja sulfá líquida en la cavidad peritoneal y se cierra.

Anestesia: Eter-oxígeno. Plasma y transfusión durante la intervención.

Niño: único. Masculino de 3.600 gramos. Muerto.

Caso número 8. Historia (Clínica "La Magdalena").

El resumen es el siguiente: fue llevada la enferma a la Clínica, con el objeto de que se le practicara un raspado uterino por aborto incompleto. La enferma presentaba un cuadro clínico de anemia intensa, pero sin síntoma alguno de abdomen agudo. Discreta hemorragia vaginal.

Tratamiento. Como el cuello presentaba cierto grado de dilatación, se pasó la bujía número 10 y se notó con sorpresa que penetró con suma facilidad y a una profundidad no de acuerdo con el tamaño de la matriz. Se pasa una cureta roma y antes de practicar raspado alguno, se advierte que penetra profundamente. Se trata de hacer un raspado uterino en la matriz sin encontrar resto alguno para extraer. Se hace, pues, el diagnóstico tardío de una ruptura uterina del

cuerpo por maniobra abortiva criminal. Se interviene por vía alta, comprobándose la perforación uterina del fondo. Previa limpieza y avivamiento de los bordes de la brecha se hace la sutura con catgut número 1 cromado y con puntos separados. Luégo otra nueva en surcete y con el mismo catgut número 1. Se procura peritonizar esta sutura a expensas del peritoneo visceral. Se aplica sulfá en polvo y se cierra.

Anestesia: Ciclo-oxígeno.

Post-operatorio: sin accidentes. Sale por curación.

Resumen y conclusiones.

De los 8 casos presentados, pertenecen los 7 primeros a rupturas uterinas en embarazo a término y con motivo del trabajo, y el otro a maniobra abortiva criminal en el tercer mes de gestación. Desde luégo todas ellas ocasionados por mala conducta obstétrica.

Las brechas en su mayoría fueron en el segmento uterino inferior, transversales unas, longitudinales otras y mixtas en algún caso. Del mismo modo las rupturas se presentaron con partos laboriosos y fetos grandes, siendo el menor de todos de 3.100 gramos de peso.

Todos los niños estaban muertos a la llegada al servicio. Fueron unos extraídos por vía vaginal, otros por vía abdominal.

Tres casos fueron por presentaciones de hombro mal conducidas o abandonadas; dos casos por administraciones inadecuadas de ocitócicos; un caso por maniobra de dilatación mal ejecutada y un caso por parto laborioso de una duración mayor a 40 horas. En cuanto al tratamiento seguido, se practicaron cinco histerectomías subtotales con conservación de los anexos; cuatro de las pacientes salieron por curación y la otra por defunción (caso número 4), debida al estado extremadamente grave de la enferma a su llegada al servicio. A los tres casos restantes se les practicó sutura conservadora con el resultado de dos defunciones y una curación.

Del balance final sacamos la conclusión que la mejor conducta quirúrgica no es ni la histerectomía ni la sutura conservadora, sino aquella que en el momento quirúrgico esté indicada al criterio del cirujano; sin embargo, por la experiencia habida en las necropsias realizadas, nos dimos cuenta del difícil afrontamiento de brechas irregulares y el poco éxito de dichas suturas por perfecta y cuidadosa que la operación haya sido ejecutada. No debemos olvidar el inmenso beneficio que nos prestó una oportuna transfusión o un benéfico plasma en el pre-operatorio, durante la intervención y en el post-operatorio.

Mayo 4 de 1950.