

introducidas de nuevo en el recto, si ello fuere posible, lo cual será difícil cuando se trate de masas muy voluminosas; en ocasiones se verá uno obligado a dejar una porción de las hemorroides fuera del recto, lo cual dilata la curación algunos días, ya que la gradual necrobiosis de la porción extra-anal hará que aquélla se elimine. El tratamiento ulterior es muy importante: el paciente debe permanecer en cama durante cuatro días, recostado sobre el dorso y estar sometido a una alimentación exclusivamente líquida, para reducir al mínimo la actividad intestinal; al cuarto o quinto día se administra un purgante y si el prolapso de las almorranas no se hace en la primera evacuación ya no se presentará en lo sucesivo, ordinariamente, por lo que se permitirá al enfermo volver a la alimentación normal y moverse libremente.

La prueba final, que se hará al cabo de una semana de las inyecciones, consiste en una nueva aplicación de la ventosa de Bier, con objeto de ver si las hemorroides han quedado definitivamente fijadas a la pared del recto.

En los 52 enfermos tratados por este procedimiento la curación radical se ha logrado en todos los casos y no se han observado recidivas; en dos casos se hizo necesario aplicar una segunda inyección. La cantidad total de alcohol inyectado nunca fué mayor de 10 c.c.

“The Journal of the American Medical Association”. Chicago, 1920.

---

## Un caso de ruptura uterina espontánea. Cesárea abdominal e histerectomía.

Por los Dres. AURORA CURBELO LARROSA  
y HECTOR GARCIA SAN MARTIN.

(*Revista Médica del Uruguay.*)

M. R. Viene en trabajo de parto y con precidencia de la mano derecha. Dice que los dolores le empezaron el día 20 a las diez horas, que pasó toda la noche con dolores y que desde el 21 a las seis horas pierde líquido amniótico. Una hora después, la enferma nota una mano del feto que sale por la vagina. Al examinarla, se nota el siguiente cuadro: Dilatación completa, bolsa de aguas rota, desde hace tres horas, útero muy retraído sobre el feto y de forma ovoide. La mano prolapsada es la derecha y tiene coloración violácea. Al auscultar los latidos fetales, parecen sentirse pero muy débiles y lentos. Al tacto, que es muy doloroso, se comprueba una presentación de hombro derecho, dorso posterior. Se intentó introducir la mano dentro del útero para hacer una inversión in-

terna, pero como se viera que era imposible por la extrema contractura del útero, se ordenó la anestesia general profunda. Se intentó entonces tomar el pie, que estaba muy alto, en el fondo del útero, pero no bajaba y se escapaba de la mano. Se introdujo la mano por detrás del feto y, en este momento, se comprobó en el límite superior del segmento inferior y hacia la izquierda de la enferma, un desgarró uterino situado bastante por debajo de los miembros inferiores del feto.

Laparotomía supra e infraumbilical, cesárea abdominal clásica, prestando gran atención al aislamiento del útero y protección de la cavidad peritoneal con compresas. Sutura intrauterina del miometrio desgarrado y drenaje hacia la vagina del hematoma subperitoneal e intraligamentario, que fatalmente habíamos de encontrar.

De este caso deducen los autores las siguientes conclusiones:

1<sup>a</sup>—Existen casos de ruptura uterina, y tal vez sean frecuentes, en que la sintomatología ruidosa y rica que se describe no se presenta completa y sí muy velada. En el caso presente no se pensó en la ruptura uterina hasta que el tacto la denunció. Leyendo algunas tesis y monografías, hemos podido cerciorarnos de que la ruptura uterina puede pasar inadvertida en un primer examen, aun cuando sea éste meticuloso y completo, y, en otros casos, la falta de síntomas es tan grande, que únicamente el tacto intrauterino la comprueba. Como la presencia de esta terrible complicación del parto determina una terapéutica delicada y circunspecta, y la formal contraindicación de algunas intervenciones, como la versión y la embriotomía (ésta con algunas reservas), el interés que existe en diagnosticarla en seguida, es decisivo.

2<sup>a</sup>—La cesación de las contracciones uterinas que se describe como síntoma de las rupturas del útero, resulta cierta cuando el feto, en su totalidad, ha pasado a la cavidad abdominal. En los demás casos, continúan violentas y tal vez aumentadas y van siempre acompañadas de fuertes dolores.—(J. N.)

---

## La esterilización femenina temporaria.

Por el Dr. AUGUSTO TURENNE.  
(Revista Médica del Uruguay.)

Basándose en un fundamento análogo al que sirvió de base al procedimiento de Taddei-Paná, se le ocurrió al autor realizar con la trompa una intervención que, ocluyendo eficazmente el pabellón, dejara:

A) Permeable el resto del canal tubario.