G 148

Año 1907 Núm. 1716

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVERSIÓN UTERINA PUERPERAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO ORTELLI

EX PRACTICANTE MENOR Y MAYOR DEL HOSPITAL RAWSON
1902-1906

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1907

INVERSIÓN UTERINA PUERPERAL

Año 1907 Núm. 1716

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVERSIÓN UTERINA PUERPERAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO ORTELLI

EX PRACTICANTE MENOR Y MAYOR DEL HOSPITAL RAWSON
1902-1906

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1907

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 38 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Elíseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con licencia).
» » Pedro N. Arata.
» » Roberto Wernicke.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Guemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» Gregorio Araoz Alfaro.
» » Abel Ayerza.
» » José R. Semprún.
» » Jaime R. Costa.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).
Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Vacante
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé (lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel Centeno
Patología general	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa (en ejerc.)
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejerc.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Leandro V. Valle (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson Vacante
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Marcelino Herrera Vegas Daniel J. Cranwell Vacante Avelino Gutiérrez Francisco Llovet Marcelo Viñas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprún
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Vacante Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétirca	»	Enrique Zárate Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediárica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachman

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Quimica analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiologia comparadas; principio de clasificación.	» Vacante
Botánica y Mineralogía	» Vacante
Química inorgánica aplicada	» Vacante
Química orgánica aplicada	» Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	» Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica primer curso	» Vacante
Técnica farmacéutica	» Vacante
Química analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica	» Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR SAMUEL GACHE

Profesor de Obstetricia

DIRECTOR DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON

A LA MEMORIA DE MI PADRE

AL DOCTOR NICOLAS LOZANO

AGRADECIMIENTO

A MI QUERIDA MADRE

A MIS HERMANOS

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Presento á vuestra consideración y elevado criterio y como prueba final, el siguiente trabajo que versa sobre *Inversión uterina puerperl*, dando así cumplimiento á las disposiciones que al respecto establece el Reglamento de la Facultad.

Se trata de una complicación rara del parto, pero que la mayoría de las veces reviste tal gravedad, que bien merece se le dedique una particular atención.

Al despedirme de las aulas universitarias quiero hacer presente mi gratitud á todos los profesores que me ilustraron con sus sabias lecciones.

Al doctor Samuel Gache; el que me honra acompañándome en este acto mi eterna consideración y respeto.

DEFINICION

La inversión uterina puerperal es una afección consecutiva al parto y en la cual las paredes del útero se encuentran deprimidas, invaginadas en su propia cavidad ó todo el órgano está dado vuelta á la manera de un dedo de guante. Puede ser reciente ó crónica, según el tiempo que data desde su producción.

Es de la inversión uterina puerperal reciente de la que voy á ocuparme, de la que pertenece al dominio de la obstetricia; la inversión crónica y la consecutiva á tumores uterinos (pólipos, fibromas, etc.), corresponde más al dominio de la ginecología.

HISTORIA

Es á Hipócrates á quien le debemos las primeras nociones sobre la inversión uterina, pero tratada de tal manera que nos permite darnos cuenta que en su época se confundía con una denominación única (caída de la matriz) la inversión, el prolapsus y los pólipos. Es recién al comienzo de nuestra era que con Areteo de Capadocia, con Themison y con Soranus que se perfeccionan algo estos conocimientos y uno de ellos, Soranus, propone la ablación de la matriz cuando es invadida de gangrena, pues considera la ausencia de este órgano como compatible con la vida; sus escritos no son muy concluyentes y al respecto dice Denucé: «Siempre debemos nosotros agregar á propósito de Soranus que esta audacia quirúrgica pierde mucho de su valor porque ella se dirige muy probablemente más bien á pólipos que á matrices en estado de inversión.»

Más tarde tenemos á Galeno, quien dando una gran nitidez á sus descripciones anatómicas no se ocupa directamente de la inversión, pero hace una disertación sobre las facultades de expulsión y de retención de ciertos órganos y entre ellos la matriz y emite una teoría fisiológica sobre el mecanismo de la inversión.

Desde entonces hasta el siglo VII tenemos únicamente á Paúl D'Eginuse y más tarde á Actuarius que muy pocas luces agregan y termina con ellos el período griego.

En el siglo XI comienza el predominio de la escuela árabe, que se inicia con Rhazes quien esclarece mucho la difinición de la inversión y Avicena en el siglo siguiente nos conduce hacia el diagnóstico diferencial.

A mediados del siglo XV Ambrosio Paré da un gran impulso á los conocimientos al respecto con su tratado sobre perversión y precipitación de la matriz y da la verdadera definición de la inversión cuando dice que: «queda invertida como un saco».

Casi un siglo después Mauriceau establece el diagnóstico diferencial entre el descenso y la inversión de la matriz; llama descenso al prolapsus incompleto y caída de la matriz cuando ésta hace su aparición por fuera de la vulva; establece dos clases de caídas: primero, cuando la matriz cae por fuera de la vulva sin que sú fondo sea visible (prolapsus completo) y segundo, cuando es visible el fondo del útero y no existe el orificio del cuello. Levret á mediados del siglo XVIII establece más claramente aún los caracteres del prolapnus que son negativos en la inversión.

En cuanto á la diferencia con los pólipos fué Guillemeau, contemporáneo de Paré, quien primero la realizó. Dionis da á los pólipos el nombre de *cercosis.* Mauriceau habla de ellos y Saviard relata un caso cuya autopsia le sirvió para describir un pólipo uterino que había resistido á las tentativas de extracción.

A pesar de todo, en el año 1744, Puzós confunde con inversión uterina ciertos pólipos y después de esta última duda, Levret, basándose en una serie de observaciones, establece de una manera neta y difinitiva los caracteres de los pólipos. En 1784 Laumonier de Rouen; en 1787, Desault; en 1797, Bardol

d'Antibes; en 1799, Allan y Piot; en 1881, Baudelocque, contribuyen con observaciones y con saber al esclarecimiento completo de esta afección.

Pero es de notarse que mientras los primeros autores estudian con preferencia lo concerniente al diagnóstico de la inversión, se ocupan más adelante en explicar su etiología y patogenia emitiendo teorías más ó menos apoyadas en observaciones y en la actualidad dirigen sus conocimientos al perfeccionamiento de las teorías sobre mecanismo de producción y á la creacción de métodos operatorios de los más diversos en las inversiones irreductibles.

FRECUENCIA

La inversión uterina es una afección rara. En las estadísticas de las maternidades es común encontrar que al lado de un elevado número de partos (71.000 en el Hospital General de Viena, 150.000 en la estadística de Braun) no existe un solo caso de inversión.

Respecto á la proporción entre partos é inversiones hay diferencias en las estadísticas publicadas.

Crosse	da	1	caso sobre	140.000	partos
Maddeu	»	1	» »	190.000	»
Reeves	»	1	» »	140.000	»
Beigel	»	1	» »	190.000	»

La relación de frecuencia entre la inversión puerperal y la producida por tumores, Küstner la establece en la proporción de 9 por 1. Cross sobre 400 inversiones consecutivas al parto, encuentra 50 debidas á pólipos, sea la proporción de 7 por 1.

La frecuencia de la inversión tiende á disminuir desde que se recomienda con tanta insistencia de no practicar tracciones sobre el cordón en el momento del alumbramiento. Las dos mujeres asistidas en el Hospital Rawson fueron atendidas en el público por la misma partera, lo que da lugar á suponer que las mismas causas actuaron en las dos enfermas; tal vez tracciones sobre el cordón.

En la Maternidad del Hospital Rawson, sobre 4000 partos, no ha habido ninguna inversión. En la Mater-

nidad del Hospital San Roque, sobre 1.295 partos habidos durante los años 1905 y 1906 tampoco ha habido un solo caso de inversión.

Las dos enfermas asistidas en el Hospital Rawson ingresaron con el útero invertido.

División.—Se admiten con Lroux, de Dijon, tres grados en la inversión.

Primero.—En el primer caso el fondo del útero está simplemente deprimido.

Segundo.—El fondo del útero está profundamente deprimido, pudiendo descender hasta el nivel del orificio interno del cuello y sobrepasarlo.

Tercero.—El útero está completamente dado vuelta y su fondo hace saliencia no solamente en la vagina sino también hacia afuera de los órganos genitales.

ETIOLOGIA Y MECANISMO DE LA INVERSION

Un útero vacío y en estado normal de involución es imposible que se invierta debido al espesor de sus paredes y á la pequeñez de su cavidad. Para que la inversión se produzca, dice Denucé: «es necesario que el útero sea transformado en un saco de paredes delgadas, por el desarrollo gradual de un producto interno, y que este saco se vacíe súbitamente de su contenido.» ¿En qué circunstancias se realizan esta condiciones?

Leblanc d'Orleans y Sabatier creen posible la inversión cuando por existir una imperforación del himen ó una estrechez atrésica del cuello la sangre menstrual se acumula en el útero y más tarde, al ser evacuada, las paredes de este órgano se deprimirian quedando constituída así la inversión; apoyan su opinión con dos observaciones, pero los autores actuales dudan de la posibilidad de casos semejantes.

La totalidad de casos observados son debidos á dos grandes causas: Tumores intrauterinos (pólipos, fibromas) pediculados, ó submucosos sésiles, haciendo saliensia en la cavidad del útero, el cual, trabajando de una manera activa para expulsar su contenido acompaña con su pared al tumor que progresa hacia afuera; la segunda categoría, y su proporción más frecuente, son las inversiones puerperales; es decir,

aquellas que se producen al terminar el parto, durante el alumbramiento ó en el comienzo del puerperio.

¿Mediante qué mecanismo se produce la inversión puerperal? Examinando las condiciones establecidas por Denucé, se ve claramente que el conjunto de ellas puede producir la inversión, pero no se puede adoptar ese conjunto para la explicación de todos los casos, pues es muy raro, más raro que la inversión misma, que todas esas condiciones se encuentren reunidas en los partos y alumbramientos que terminan con el útero invertido. En primer lugar, es verdad que en el embarazo el útero se transforma en un saco de paredes delgadas, pero este saco no es bolsa inerte, es una bolsa muscular que se contrae con tal energía que reuniendo su fuerza á la de la contracción de los músculos abdominales se convierten en los agentes más poderosos é indispensables para la realización del parto espontáneo. Sería necesario, para que la inversión se produzca, que exista lo que Schauta llama una inercia total y el parto se realizaría así por el solo esfuerzo de los músculos abdominales; así la presión se ejercería sobre el fondo y las caras del útero, el cual se deprimiría en las porciones menos resistentes, en las proximidades de su fondo. Al salir el feto van quedando porciones cada vez menos voluminosas y como las paredes uterinas, en virtud de su inercia, no disminuyen en extensión, se ven obligadas á plegarse para compensar así la desproporción cada vez mayor entre el contenido y el continente.

Suponiendo que la inercia no sea total, que el útero conserve su tonicidad, entonces sus paredes irían retrayéndose sobre porciones fetales cada vez menores y como las probabilidades de inversión dis-

minuyen á medida que el útero se achica y que el expesor de sus paredes aumenta, tendríamos que terminando el parto la inversión no se produciría á menos de tracciones violentas ejercidas sobre el cordón y presiones limitadas sobre el fondo del útero; sin la intromisión de estos dos últimos elementos la inversión se producirá inmediatamente con la salida del feto, cuando, como dice el doctor Remy, la rapidez en la expulsión y en la evacuación uterina debe obrar sobre el útero por sorpresa, entonces este órgano, que no puede retraerse con la misma brusquedad con que el feto sale, se vería obligado á deprimirse para seguir al feto, para llenar así el espacio vacío dejado por éste.

Durante el alumbramiento ocurre que cuando la placenta está muy adherida y con el objeto de apresurar este tiempo del parto, se llega á cometer la imprudencia de ejercer tracciones del cordón á la vez que se hace presión en el fondo del útero, se da lugar á la unión de dos fuerzas que obran en el mismo sentido, de arriba á abajo, y si las paredes uterinas no están muy retraídas y resistentes tienen forzosamente que invertirse.

Hasta aquí vemos que en estos tres modos de producirse la inversión el útero hace un papel hasta cierto punto pasivo, sus contracciones, su actividad propia, las energías que le son inherentes no han concurrido por su actuación sino más bien por su ausencia, por su negación, más ó menos absoluta, á que el útero se invierta.

Existe otro género de inversión en la cual las contracciones del músculo uterino desempeñan el rol más importante.

Pozzi admite que para que la inversión se produzca, es necesario que una parte del cuerpo, vuelta

inerte, sea tomada por las contracciones uterinas de la porción de músculo situada debajo de ella. Esta parte inerte del cuerpo del útero se encuentra después del parto, en el sitio de implantación de la placenta, que es lo que Rokitauski llama *paralisis de la zona placentaria*, alrededor de ella el resto del útero se ha retraído y forma como un anillo contráctil que abraza esta zona; sería entonces cuestión de que la placenta y su sitio de inserción se encuentren más alto ó más bajo que el límite de la parte contráctil, para que según eso se forme un encastillamiento de la placenta ó una inversión del útero.

Cuando el partero interviene extrayendo la placenta encastillada, la porción de útero correspondiente se retrae y todo entra en lo normal; pero cuando la zona placentaria se ha deprimido en *fondo de botella* por los esfuerzos de la paciente, por tracción del cordón ó por el simple peso de la placenta, se producen dos circunstancias que hacen que la depresión sea estable; en primer lugar la parte de útero deprimida con la placenta que puede estar adherida hace las veces de cuerpo extraño, las contracciones uterinas se hacen más enérgicas y al querer expulsar su contenido muerde la parte deprimida y la atrae cada vez más hacia su cavidad; la segunda circunstancia es mencionada por H. Treub y consiste en que las fibras musculares longitudinales, que serían las únicas capaces de hacer desaparecer la depresión se encuentran paralizadas por la codadura que sufren en el sitio de la flexión de la pared.

Una vez desprendida la placenta, la parte de útero deprimida, volviendo á adquirir sus propiedades contráctiles, la forma primitiva del órgano se restablece si la depresión no ha sido muy marcada, pero si esta zonó placentaria está muy deprimida y si la

contractilidad del útero no se despierta en esta zona es tomada por la porción contráctil y la inversión se acentúa cada vez más.

Considerando estos diversos mecanismos mediante los cuales se produce la inversión uterina puerperal se puede establecer una clasificación.

Brindeau agrupa en cuatro clases las inversiones según su mecanismo.

Primera. «*Inversión espontánea y pasiva.*— En este caso habría inercia uterina total. Las paredes del órgano son absolutamente flácidas y la menor presión obrando sobre el fondo de la matriz puede producir la inversión (esfuerzos, tos, estornudos, etcétera).»

Segunda. «*Inversión espontánea y activa.*—Aquí la inercia no es sino parcial y tiene lugar al nivel de la inserción placentaria. Se produce una depresión en este punto, después la contracción uterina interviene; se asiste entonces á la inversión más ó menos completa del órgano.»

Tercera. «*Inversión artificial y priuitiva.*—Hay como en el primer caso inercia total del útero; después inversión del órgano por tracciones sobre el cordón ó por tentativas de alumbramiento por expresión.»

Cuarta. «*Artificial y activa.*—Encontramos aquí la inercia parcial de la pared uterina al nivel de la superficie de inversión placentaria. Esta región flácida es atraída hacia abajo por tracciones intempestivas sobre el cordón y el primer grado de inversión, estando así producida, la contracción uterina sobreviene y termina de dar vuelta al órgano.»

Respecto á la época en la cual se produce la inversión las más favorables son: durante el parto, durante el alumbramiento y después del alumbra-

miento. El momento más fecundo de todos es el alumbramiento, porque á más de las circunstancias favorables naturales que pueden existir se agregan otras artificiales, como tracciones del cordón, expresión etc.

ANATOMÍA PATOLOGICA

En las inversiones puerperales recientes, puede la placenta quedar adherida ó desprenderse y ser arrojada al exterior por delante del tumor; en el primer caso, la placenta forma un capuchón al útero invertido, siendo la parte convexa y visible constituída por la cara fetal de la placenta; el amnios y el corión forman colgajos flotantes por fuera de la vulva ó quedan adheridos siguiendo las inflexiones de la pared uterina. El aspecto del tumor es el que ofrece la placenta mirada por su cara fetal.

En el segundo caso, cuando la placenta ha sido expulsada, el tumor se presenta del tamaño de una naranja ó más grande, llenando el interior de la vagina; es de color rojo carne y en algunos puntos violáceos, debido al estancamiento sanguíneo provocado por la retracción del cuello. Su superficie húmeda puede tener adheridos pequeños restos de cotiledones ó membranas ó sino coágulos de sangre.

Estos son los caracteres que á simple vista ofrecían los úteros invertidos de las mujeres que he tenido ocasión de observar en la Maternidad del Hospital Rawson; pero estos caracteres varían cuando se los considera en los diferentes grados de inversión.

Primer grado.—En el momento en que la inversión se ha producido, el fondo del útero sufre una depresión que es limitada á la región placentaria,

razón por la cual la forma de la matriz se modifica de tal manera que su fondo, que al estado normal es convexo por el lado abdominal, se hace cóncavo como una cubeta y rodeada de un borde ó rodete más levantado, que corresponde al sitio en que la pared del útero se ha flexionado.

Del lado de la cavidad uterina, la depresión tiene una forma convexa y se aproxima al cuello, que en este caso constituye el obstáculo para que el cuerpo del útero salga á la vagina. Ordinariamente es hacia la mitad de la altura de las paredes que se detiene la flexión. Estas inversiones parciales cuya existencia no se tiene en duda, se transforman á menudo inmediatamente (como en las observaciones de Lebret, Leroux y de Baudelocque) ó tardíamente en inversiones completas ó incompletas. Algunas veces se reducen espontáneamente durante el período de involución.

Cuando el útero no se ha reducido espontáneamente ó no se ha hecho la reducción artificial, puede la inversión pasar al estado crónico, el volumen del útero disminuye casi hasta adquirir el tamaño normal, pero conservando siempre la depresión superior que le da un aspecto que Denucé compara á la forma de un hongo en cáliz.

Este grado de inversión es más frecuente de lo que comunmente se cree, pues según Barnes, Crosse reunió 400 casos.

Segundo grado.—Vencida la resistencia que opone el cuello, el cuerpo del útero hace su aparición en la vagina, á la vez que la inflexión de su pared desciende poco á poco hasta llegar á la altura del cuello donde se detiene.

Lo común es que la inversión no se acentúe más; es decir, que no pase á ser de tercer grado ó com-

pleta, pero cuando esto sucede, no solamente el cuello se invierte sino que al arrastrar consigo las inserciones vaginales, los fondos de saco siguen el movimiento y se forma así una inversión úterovaginal más ó menos completa.

Examinando la inversión por el lado abdominal, tenemos que en vez del útero se encuentra en el espacio vésicorectal una profunda excavación á cuyo interior se dirigen los ligamentos anchos y las trompas y donde pueden encontrarse también los ovarios, ansas intestinales y á veces la vejiga. Esta cavidad apenas estrechada en el sitio de la flexión, está recubierta por el peritoneo.

El tumor es plriforme, con su extremidad engrosada hacia abajo y va estrechándose insensiblemente hacia su parte superior, donde puede tocarse el cuello y el surco que lo separa del cuerpo del útero. Este surco no es igualmente profundo en toda su circunferencia; en la parte anterior él es más hondo por cuanto los ligamentos úterovesicales, dando un punto de apoyo á la pared uterina, hacen que ésta se flexione más arriba que en la parte posterior donde dicha pared no está tan sólidamente retenida.

La superficie uterina se presenta muy irregular, tomentosa y entre estas asperezas se encuentran, cuando se buscan con cuidado, los horificios donde desembocan las trompas.

Cuando la inversión en reciente, todos los órganos abdominales contenidos en la excavación superior del útero son completamente movibles; pero cuando la inversión data de algún tiempo, sobrevienen inflamaciones que hacen que se establezcan adherencias del útero con los intestinos, epiplón, etc., que dificultan mucho la reducción por maniobras de taxis. El volumen del útero disminuye mucho, de-

bido á su involución; la neocavidad se empequeñece, su cuello se estrecha y bien pronto forma únicamente un pequeño agujero; es en estas circunstancias que debido á la falta de circulación suficiente el útero se ulcera y se gangrena. Por otra parte, la orina moja con frecuencia el órgano y contribuye á mantener un estado inflamatorio propicio para la adquisición de infecciones graves. La hemorragia, en el momento que la inversión se produce y aun en los días siguientes, es intensa y disminuye ó desaparece cuando la involución se acentúa.

Tercer grado—Llama la atención en este grado de inversión la saliencia que hace el útero por fuera de la vulva; cuando el cuello á pesar de tomar parte en la inversión queda en su sitio, entonces la saliencia del útero es notable al principio, en la inversión reciente, pero por poco que la matriz se retraiga tiende á desaparecer en la vagina. No sucede lo mismo cuando los fondos de saco vaginales toman parte en el movimiento de descenso; en estas condiciones el grado de inversión de la vagina depende de la violencia con que el útero ha sido expulsado al exterior. Si el sitio de flexión de las paredes vaginales se encuentra muy abajo, los órganos abdominales de la pelvis han sufrido violentas tracciones y de ahí desgarraduras peritoneales y dislaceración de tejido, que ocasiona fatalmente la muerte de la enferma.

Pero ordinariamente, la inversión de la vagina encuentra una resistencia en la tensión misma de los ligamentos laterales de la matriz, y cuando estos no ceden bruscamente puede quedar limitada y no ser sino parcial.

Si la vagina no se ha invertido completamente, sucede, á veces, según Denucé que los órganos ab-

dominales se precipitan en la cavidad peritoneal formada por el útero invertido y descendiendo cada vez más por los esfuerzos de la paciente tienden á hacer completa la inversión vaginal y á aumentar el volumen del tumor.

Llegado á este grado el tumor se nos presenta con una gruesa extremidad inferior, que es dura y de color rojo carne ó más obscuro, es el útero; más arriba encontramos un collar circular completo que es el cuello, y más arriba una parte cónica con su extremidad más delgada hacia abajo y que se inserta alrededor del cuello, y la otra extremidad más gruesa que se inserta al contorno de la vulva; este cono es la vagina; su color es rosado, es más blando y depresible que el útero.

Por el lado interno abdominal se encuentran los intestinos, epiplón, trompas, ovarios , ligamentos anchos, vejiga y recto.

En todas estas inversiones completas del útero, el cuello toma caractcres que servirían en el diagnóstico, para diferenciar las inversiones de tercer grado de las de segundo. En las completas, la cara externa del útero continúa con las paredes vaginales de una manera casi insensible, pues el cuello forma un rodete poco saliente, mientras que en las inversiones incompletas el cuello forma un rodete bien perceptible y situado entre dos surcos; el interno que lo separa del útero, y el externo de la vagina.

Abandonada á sí misma una inversión de tercer grado, puede ser de fatales consecuencias para la enferma, como también puede, á semejanza de la de segundo grado, pasar á un período de estadio. Pero hay que tener en cuenta que en las inversiones de tercer grado, tanto la lesión inicial, como las consecutivas revisten un carácter de gravedad mayor que

en las de segundo, pues aparte de que los ligamentos y órganos pelvianos sufren una dislocación mayor, el útero, por el hecho de estar fuera de la vulva, está en mayor contacto con el medio exterior y todos sus agentes mórbidos: infecciones, traumatismos, etc.

Llegado el período de estadio, el útero puede estar, ya sea en el fondo de la vagina ó fuera de la vulva, sagún que la vagina haya tomado ó no parte en la inversión. En el primer caso, la matriz se retiene y forma un tumor del tamaño de un útero normal, y que está suspendido por un pedículo más estrecho en el fondo de la vagina. En el segundo caso, el útero sobresale más ó menos por fuera de los órgunos genitales, ó cuelga entre los muslos por un pedículo que es la vagina invertida. El cuello al retraerse divide la cavidad peritoneal úterovaginal en dos compartimentos unidos por un conducto más estrecho situado al nivel del cuello; el compartimento inferior uterino encierra los ligamentos anchos, las trompas, y uno ó los dos ovarios; el superior ó vaginal contiene algunas ansas intestinales, epiplón y algunas veces la vejiga y el recto.

SINTOMATOLOGÍA

Al estudiar los síntomas que acompañan á la inversión uterina puerperal, consideraremos á estos por separado en los tres grados en que dichas inversiones pueden presentarse.

Primer grado—Puede suceder aquí, que la inversión esté constituída únicamente por una simple depresión de la pared uterina en el sitio de inserción de la placenta; en este caso los síntomas subjetivos son casi nulos, la enferma no experimenta dolor alguno ni tiene sensación de pesadez en la región sacra y solamente cuando el alumbramiento ha sido muy laborioso y que se ha producido alguna hemorragia de cierta intensidad, la enferma sufre ó presenta los mismos síntomas que acompañan á las pérdidas copiosas, sudores, vómitos, desvanecimientos, etcétera.

Después de los trabajos de Rokitanski, de Tyler, Smith y de Gueniot, se sabe lo frecuente que son estas inversiones parciales y probablemente muchas de ellas pasan desapercibidas debido á su sintomatología tan pobre y que raramente reviste una gravedad tal que haga sospechar su sxistencia.

Otras veces la depresión es mucho más marcada, la pared uterina llega á ponerse en contacto con el orificio interno del cuello, que la forma barrera; la enferma no tiene dolor.

Examinando el útero por la vagina, se nota si el

cuello está suficientemente dilatado una superficie rugosa de aspecto carnoso, que es la pared uterina, en el sitio de la inserción placentaria.

Si practicamos el tacto al mismo tiempo que la palpación abdominal, encontramos que el útero tiene su fondo deprimido y que esta depresión, cuyo plano puede estar inclinado hacia adelante, atrás ó á uno de los lados, presenta su parte central más baja y que su borde es más alto, más saliente, á veces casi cortante, aún á traves de la pared abdominal. Se asemeja á un fondo de botella mirada por fuera.

Estas depresiones uterinas pueden hacerse crónicas cuando han pasado desapercibidas, Leroux las reconoció y dió la primera descripción. «La mujer afectada de depresión puede quedar sujeta á dolores lumbares, á pérdidas que ningún remedio puede detener, y en que las consecuencias pueden ser funestas..... Yo he conocido una mujer que murió en el marasmo. Se tocaba el fondo de la matriz, introduciendo el dedo en el orificio del cuello, á una media pulgada de profundidad.»

Segundo grado—Con mucha frecuencia las depresiones tratadas anteriormente no son sino el preludio de las inversiones incompletas, ó de segundo grado. Baudelocque ha estudiado las transformaciones que sufre el útero para pasar de uno á otro grado. Una vez deprimido el útero, su fondo comienza á franquear el orificio del cuello y bien pronto forma un tumor, apenas pediculado y que hace saliencia hacia la vagina; al mismo tiempo se percibe, por encima del pubis, la saliencia que forma la parte anterior del útero, en el sitio de flexión de su pared; basta entonces los esfuerzos de la enferma para que el cuerpo de la matriz se precipite en la vagina. La mano, aplicada por encima de esta saliencia, dice

Baudelocque, cae en una fosa que se deprime profundamente.

Haciendo el tacto vaginal, se nota entonces el grueso tumor uterino; más arriba, se encuentra el rodete formado por el cuello que puede estar afectado en su continuidad por una desgarradura, como sucedía en la mujer de la observación número I, que tenía el cuello dividido por dos desgarraduras laterales y simétricas, y que como hace notar el doctor Samual Gache, en su publicación de la *Semana Médica*, del 1º de noviembre de 1906, contribuyeron á que el cuello del útero no fuese extrangulado, y, por lo tanto, no se esfacelase á pesar de que la inversión databa de cinco días.

En los casos en que subsiste la integridad del cuello, al retraerse éste, deprime las paredes venosas, mientras que las arterias quedan permeables, de donde resulta una fuerte ingurgitación venosa; las hemorragias son frecuentes, abundantes, y conducen á la enferma á un rápido agotamiento.

El dolor en el momento que la inversión se produce es intenso, las enfermas de las dos primeras observaciones lo manifestaban, la de la tercera observación perdió el conocimiento.

Quedando estas enfermas en reposo, el dolor no reaparece sino por intervalos, lo que es debido, probablemente, á las contracciones intermitentes del útero. Cualquier maniobra que se intente despierta vivos dolores en la región lumbar, sacra y bajo vientre.

La sensación de pesadez en la región sacra es constante.

En la parte inferior y redondeada del tumor se encuentran, cuando se buscan con cuidado, los agujeros de desembocadura de las trompas, este signo presenta un gran valor diagnóstico.

Otro de los signos de gran importancia es la constatación de la ausencia de la matriz que puede hacerse con mayor seguridad cuando, como lo aconseja Lisfranc, se hace el cateterismo vesical con una sonda rígida y curva introduciendo al mismo tiempo el dedo pulgar de la mano izquierda en la vagina y el índice en el recto profundamente; llevando entonces la extremidad de la sonda al sitio que debía ocupar la matriz si ésta no existe la sonda va á chocar por el intermedio de las paredes vesicales y rectales con la extremidad del dedo introducido en el recto. Malgaigne, Dubois y Desormeaux se declaran muy partidarios de este signo, que se aplica en los casos de inversión crónica y para diferenciar el útero de un tumor uterino.

Tercer grado. Las inversiones completas presntan los mismos síntomas que las incompletas, pero mucho más exagerados.

Lo común es que la matriz salga por fuera de la vulva, pero se presentan casos en que la totalidad del útero esta contenida en el interior de la vagina siendo entonces la pared posterior de ésta rechazada contra la cara anterior del sacro.

Por el tacto vaginal se comprueba que el cuello está reducido á un simple rodete intermediario entre la vagina y el útero, mientras que en las inversiones incompletas éste es netamente percibido con sus surcos interno y externo.

Tomados en *conjunto* todos estos síntomas se presentan más ó menos completos en todos los grados de inversión, pero con diferencias marcadas de intensidad.

Las falsas posiciones del órgano determinan tironeamientos sobre el útero mismo, sobre el peritoneo que lo dobla y también el peritoneo en general. Las

trompas, ovarios, ligamentos anchos, mesenterio, intestinos, vejiga, recto, etc., sufren las consecuencias de estos tironeamientos y de ahí ese dolor profundo, pongitivo generalizado en la región lumbar, sacro, hipogastrio, caderas, ingles, etc., que hacen que la enferma llegue pronto á tener un aspecto gripal, contracturado que la lleva á un profundo agotamiento. A fin de evitar todo dolor la enferma permanece inmóvil, encorvada, trata sobre todo de no caminar y de impedir cualquier movimiento que imprima á la matriz movimientos inoportunos.

La mucosa uterina hecha exterior sufre las influencias del medio exterior, se irrita con suma facilidad y toma el aspecto de un pólipo y como estos tumores da sangre por cualquier motivo, con suma facilidad y casi siempre hemorragias de consideración; pero lo que las hace más graves son su frecuencia que llevan á la enferma á un estado caquéctico ó al marasmo.

Otras de las consecuencias de la nueva posición de la matriz es el frote con los vestidos; la orina se escurre sobre su superficie y ocasion aun estado inflamatorio que unido á la circulación defectuosa contribuyen al esfacelo, á la ulceración del órgano. Barnes cita la observación de Ramsbotham que se refiere á un útero ulcerado que hacía comunicar al exterior con la cavidad peritoneal. Sobre esta ulceración se había declarado un cáncer.

DIAGNOSTICO

En el conocimiento de los síntomas y de las consecuencias graves que trae consigo la inversión uterina puerperal, podemos darnos cuenta de la importancia que tiene el diagnosticarla, si es posible, inmediatamente después de su producción.

Los errores de diagnóstico han traído algunas veces consecuencias fatales. El útero invertido ha sido confundido con una segunda placenta, con un trombus vulvovaginal (Contouly).

Bartholin cuenta un caso en el cual una partera arranca el útero. Se lo encuentra bajo el lecho después de la muerte de la mujer.

La enferma de la observación I me decía que cuando la examinó el médico, le practicaba fuertes tracciones que le originaban dolores atroces. Vino al Hospital Rawson con el diagnóstico de tumor uterino. Otro tanto aseguraba la enferma de la observación III con la diferencia que á consecuencia de los fuertes dolores perdió el conocimiento.

Las hemorragias profusas á que da lugar la inversión se interpretan, cuando no se está sobreaviso, como producidas por una inercia uterina. Este error puede evitarse si se tiene la precaución *a*) de constatar por el tacto la presencia de un tumor que llena el interior de la vagina; *b*) de asegurarse por medio de la palpación abdominal si existe el tumor formado por el útero retraído y en caso de no ser

encontrado constatar la existencia de una depresión ó excavación en el sitio que normalmente ocupa la matriz.

Si por el espesor de la pared abdominal ó la tensión de la misma no fuese posible la palpación, se recurre entonces con ventaja al procedimiento indicado por Listranc, y que menciono en el capítulo referente á Sintomatología.

Establecida la existencia de un tumor en el interior de la vagina y de una depresión ó excavación en el sitio de la matriz, no podremos confundir inversión con *tumor uterino*, porque si se trata de un tumor intrauterino contenido en totalidad dentro de la matriz, ó contenido en parte en la vagina, el útero permanecerá en su sitio, no existe la excavación.

Del *prolapsus* se distingue porque en esta última afeccion se encuentra en la extremidad inferior del tumor el orificio del cuello, mientras que en la inversión se encuentran á los lados los dos pequeños orificios de las trompas.

Otro elemento de diagnóstico diferencial entre el tumor uterino y la inversión es el dolor; en efecto, la matriz invertida es sumamente sensible, mientras que el tumor no lo es.

PRONOSTICO

La inversión uterina es una complicación grave del alumbramiento. Producido un primer grado de inversión puede transformarse en una inversión completa con todas sus consecuencias. El útero puede esfacelarse en totalidad ó en parte, la gangrena es frecuente por la dificultad aportada á la circulación por la retracción del cuello.

La muerte puede ser la consecuencia inmediata de la inversión, sea por la hemorragia, sea por el choc nervioso. En los casos que la muerte no ha sobrevenido en el acto, la enferma se agota lentamente por las hemorragias sucesivas; la mucosa uterina por sus contactos está expuesta á la infección, sobre todo de forma flebítica.

Pasada al estado crónico se hace necesario la intervención cuyo pronóstico es difícil, no solamente por su rareza sino también por la tendencia á relatar únicamente los casos graves. Según Crosse, éste accidente produciría la muerte 2 veces sobre 3. Sobre 109 mujeres no tratadas, 72 murieron en la primera hora, 8 después de una semana, 6 en los dos primeros meses, etc.

No solamente el choc, las hemorragias y las otras complicaciones son graves, sino también las tentativas terapéuticas son dañosas. Todo es serio en la inversión, comprendido el tratamiento (Depaul).

Se han observado algunos casos de inversión que se redujeron espontáneamente. Es muy raro.

TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta que el útero no pierde sus propiedades fisiológicas aunque haya estado invertido mucho tiempo, es que se debe ser conservador en la medida de lo posible. *La reducción manual ó instrumental* sería el principal objetivo del tratamiento.

En presencia de una inversión reciente puede la placenta estar adherida ó haber ya sido expulsada. En el primer caso, como medida previa, hay que abstenerse de practicar tracciones del cordón. Respecto á la conducta que se debe observar con la placenta las opiniones se encuentran divididas: Puzos es partidario de practicar el alumbramiento antes de la reducción. Jacquemin y Burns prefieren lo contrario y sostienen que la placenta forma una especie de tapón que proteje el útero contra las violencias involuntarias del operador. El procedimiento á seguir dependerá del estado del útero y de su cuello; en los casos de útero relajado y cuello blando la reducción con la placenta en su sitio, y lo contrario cuando el cuello está retraído.

Cuando la placenta ha sido expulsada, se procede á una antisepsía rigurosa del útero y vagina y luego la redución manual. Esta debe hacerse no por presión central sino por presión periférica; al mismo tiempo una mano deprimiendo el hipogastrio sostiene el útero apoyándolo por el rodete de flexión de la pared.

Lo común es que el útero se reduzca.

Cuando la inversión data de algún tiempo y el útero se resiste á reducirse, se recurre á practicar esta operación varios días seguidos ó sino se coloca un balón (colpeurinter) lleno de aire ó de agua.

Thomas propuso para los casos rebeldes practicar la laparotomía, buscar el embudo formado por el útero invertido y ayudado del divulsor de Sims ó con los dedos, dilatar esta cavidad y luego hacer la reducción desde la vagina. El procedimiento fracasó en manos del mismo Thomas.

Cuando la inversión es crónica y el útero está completamente involucionado, sucede que á menudo la reducción no es practicable y para subsanar este incomveniente se han ideado diversos métodos de histerotomía, entre los cuales merecen citarse los de Doyen, Kustner, Piccoli y Oui. Todos ellos permiten la reducción del útero desde la vagina, conservándolo íntegro.

M. A. Fargas, en su «Tratado de Ginecología» se declara partidario de la colpohisterotomía, posterior; método de Kustner modificado por Piccoli.

En cuanto á las inversiones cuyas historias inserto en este trabajo, fueron tratadas por medio de la reducción manual, que dió excelente resultado.

En los casos de las observaciones I y II se tuvo especial cuidado al practicar la reducción de no hacer una compresión central, sino la compresión periférica y circular en las vecindades del cuello. Este proceder tiene la ventaja de evitar las rupturas fáciles de producirse en un útero friable como lo es en una inversión reciente.

La presión central tiene además el inconveniente de que en el curso de la reducción llega un momento en que á la altura de la parte más estrecha del útero

(cuello) se encuentran: la pared de la parte de útero que queda invertido, la pared de la parte de útero que ha sido rechazada, reducida, más la mano del operador. La reducción no puede hacerse en totalidad á menos de una distensión considerable del cuello.

HISTORIAS CLINICAS

Durante el tiempo que tuve el honor de ser practicante interno del servicio de la Maternidad del Hospital Rawson, asistí personalmente, siguiendo las instrucciones del Dr. Gache, á dos mujeres con inversión uterina incompleta, cuyas historias copio de los boletines existentes en dicho servicio.

Observación I

Antonia Rega, española, plurípara, 38 años, ingresa á la Maternidad del Hospital Rawson el día 25 de Junio de 1906. Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia, y los personales indican que ha tenido en su infaacia sarampión y viruela. Regló á los 14 años y siempre lo ha hecho normalmente. Ha tenido siete embarazos; de éstos, el segundo, tercero y cuarto han terminado por abortos de 5, 6 y 7 meses; el sexto hijo murió, los demás viven. Con motivo de los abortos ha tenido fuertes hemorragias. Su embarazo actual llegó á término. El día 20, á las 2 p. m., sintió los primeros dolores de parto; llamó á una partera del barrio y ésta rompió las membranas, á pesar de lo cual el trabajo no adelantó. A las 3 de la mañana siguiente la vió un

médico, quien resolvió practicar una aplicación de forceps, la que dió por resultado la extracción de un feto á término; abundante hemorragia. No da detalles acerca del alumbramiento. Durante los días siguientes no se encontraba bien; sentía fuertes dolores de vientre y dificultad para orinar. Llama nuevamente al médico y éste solicita una consulta. El examen fué seriamente doloroso, y después de tactos repetidos se diagnosticó un fibroma uterino, y posiblemente se supuso que fuera pediculado, pues dice la mujer que se le hicieron fuertes tracciones sobre el tumor, tracciones que eran en extremo mortificantes.

Se le aconsejó ingresar en la Maternidad, y así lo hace, siendo traída al Hospital Rawson el 25 de Junio á las 9 p. m.; es decir, 5 días después de producido el accidente. Su estado en ese momento era el siguiente: se queja de fuertes dolores de vientre, la vejiga está enormemente distendida; se le aplica el cateterismo y se extraen de 2 1/2 á 3 litros de orina; el alivio fué inmediato. Temperatura normal. Al día siguiente, nuevo y detenido examen del vientre. Al tacto se encuentra que llenaba completamente los dos tercios superiores de la vagina un tumor grueso como un puño, blando, de superficie rugosa, con todo el aspecto de la cara interna del útero, con pequeños puntos duros, de forma esférica; los fondos de saco están libres.

Diagnóstico.—Inversión uterina.

Tratamiento.—Previa anestesia, se hace reducción manual del útero, y se coloca un taponamiento. El tacto hecho nuevamente demuestra que el cuello uterino está dividido por dos desgarraduras laterales y simétricas. Debido á esta circunstancia, el cuerpo del útero no fué estrangulado por el cuello.

Al día siguiente se extrae el taponamiento, se hace inyección intrauterina y vaginal. Temperatura normal.

En los días 28, 29 y 30 se practican nuevos lavajes, y se eliminan algunas partículas de tejido uterino. La enferma orina expontáneamente; se le administra un purgante. Temperatura normal. El 7 de Julio sale de la Maternidad en completa salud.

Observación II

E. S., española, de 27 años, casada, ingresa á la Maternidad del Hospital Rawson el 20 de agosto de 1906.

El padre murió tuberculoso y la madre sufría de nefritis.

Los antecedentes personales dicen que tuvo sarampión en su infancia y reumatismo articular agudo á los 26 años, del que curó. Ha tenido tres embarazos que evolucionaron normalmente; todos sus hijos viven.

Enfermedad actual.—Consecutiv aalcuarto parto. El día anterior á las 8 a. m. sintió las primeras contracciones, y el trabajo terminó 5 horas más tarde; feto á término y vivo. Dice la enferma que al efectuarse el alumbramiento la partera le introdujo la mano en la vagina y le recomendó hiciera fuerza, y que en ese momento ella sintió un fuerte dolor en el bajo vientre, que desapareció luego para dejar una sensación de peso en la región sacra. Supo entonces que el dolor era debido á que la matriz había descendido por fuera de la vulva. La partera extrajo algunos restos de placenta que quedaban adhe-

ridos al fondo del útero y trató de reducir el órgano á su posición normal, consiguiendo solamente introducirlo en la vagina, donde lo mantuvo mediante un taponamiento. Doce horas más tarde se llamó un médico, quien aconsejó se enviara la enferma á esta Maternidad. Ingresó, efectivamente á ella el 20 de agosto, en un estado anémico muy marcado, pulso frecuente (120), pequeño, blando. Hay ligera disnea. La inspección del vientre revela que éste se encuentra abultado; hay ligeras grietas blancas en la piel. A la palpación la pared abdominal es flácida; hay dolor en el hipogastrio; ausencia del tumor uterino Hay ligero timpanismo.

Al practicar el tacto, inmediatamente después de entreabrir la vulva, se comprueba la existencia de un tumor de color rojo obscuro, de superficie rugosa y de forma esférica; su consistencia es dura y solamente en su parte central se deja deprimir; es muy doloroso.

En las partes laterales no se encuentra ninguna adherencia con las paredes vaginales y haciendo el tacto más profundamente se ve que lo que parece pedículo ó inserción del tumor es en realidad el cuello uterino. La inversión del útero es evidente.

En vista de esto se trató de hacer la reducción manual sin cloroformo, pero no fué posible. Practicada la anestesia se consigue después de bastante empeño, reponer el útero en su sitio. Se hace lavaje intrauterino con formol, taponamiento con gasa simple, dermoclisis, inyección de cafeína. A la noche se repite la dermoclisis, enemas, y se le coloca un supositorio de morfina para calmar el tenesmo debido á la rectitis. La enferma orina sin dificultad. Entre el 21 y el 28 se continúa el tratamiento casi en la misma forma, pero en ese último día hubo

que poner ventosas en los pulmones y se comprueba la existencia de un flegmón en el brazo izquierdo, producido por una inyección de ergotina que se le había hecho en su casa; fomentos.

El 29 se continúan los lavajes; incisión y contraabertura del flegmón drenaje.

El 4 de septiembre se le practica el tacto y se le nota en el fondo de saco posterior una colección purulenta; se hace una incisión y se evacúa el pus; se colocan dos tubos de drenaje. En los días siguientes se hacen lavajes en el útero, en la cavidad del absceso y en la vagina.

E. S. sale de la Maternidad el 23 de septiembre en buen estado de nutrición; ha recobrado sus fuerzas, las conjuntivas están coloreadas, el pulso es regular, hay apetito y las digestiones son buenas.

El útero tiene un cuello pequeño, movible; no hay dolor y el fondo del saco posterior está cicatrizado y libre.

Observación III

Sala XI.—Hospital San Roque.

J. G., española, 24 años, primípara.

A. H. Sin importancia.

A. P. Sarampión en su infancia, fiebre tifoidea á los 12 años. Regló á los 14 años; menstruación escasa, dolorosa é irregular.

Enfermedad actual.—Embarazada á término, sintió los primeros dolores el 21 de enero á las 7 a. m. rompiendo las bolsas poco después realizándose el parto á las 6.30 a. m. del día 22. Durante el alum-

bramiento, que tuvo lugar en seguida, la partera le recomendó á la enferma que hiciera fuerza, notando entonces ésta, que conjuntamente con la placenta salía un tumor que la partera se apresuró á introducir de nuevo. Los dolores que experimentó fueron tales que poco después perdía el conocimiento.

Fué trasladada al Hospital San Roque en un profundo estado de debilidad, consecutivo á las fuertes pérdidas sanguíneas.

Se hizo reducción manual, lavaje caliente, taponamiento.

Había una desgarradura en el cuello.

Lavajes en los días siguientes.

El 18 de febrero la enferma se encuentra perfectamente bien.

CONCLUSIONES

Las causas más importantes de la inversión uterina puerperal son: las tracciones sobre el cordón, la inercia del útero y las contracciones del mismo, obrando sobre una zona paralizada de su pared.

Diagnosticar la afección en seguida de haberse producido es de capital importancia con respecto al pronóstico.

El mejor tratamiento es la reducción manual.

ANTONIO ORTELLI.

Buenos Aires, marzo 27 de 1907.

Nómbrase al Consejero doctor Juan A. Boeri, al profesor titular doctor Samuel Molina y al profesor suplente doctor Miguel Z. O'Farrell para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
Decano.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, abril 9 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1716 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
Decano.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cuándo y cómo se puede administrar el cornezuelo de centeno para facilitar la expulsión del feto?

II

¿El embarazo en la retroversión uterina es causa de aborto?

III

Tratamiento quirúrgico de la inversión uterina.

BIBLIOGRAFÍA

Tarnier.—*Traité de l'art des accouchements.*

Ribemout, Dessaines.—*Précis d'obstétrique.*

Dennée.—*Tratte clinique de l'inversión uterine, 1883.*

Miguel A. Fargas.—*Tratado de Ginecología 9106.*

H. Treubt.—(*d'Amsterdan*) *Le Mecanisme de l'inversión uterine.—Revue de ginecologie Pozzi; 1906.*

Labadie, Lagrave, Legneu.—*Gynecologie 1904.*

Hegar y Kattenbach. — *Traité de gynecologie operatoire 1885.*

Doctor Samuel Gache.—*Sobre dos casos de inversión uterina, «Semana Médica», noviembre 1o 1906.*