Año 1908 N.° 1877

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LAS

MALFORMACIONES UTERINAS

(UN CASO DE UTERO BICORNE UNICERVICAL)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

E. MARTIN JAUREGUIBERRY

Ex-practicante interno por concurso del Hospital Rawson
Años 1905—1906—1907

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MEDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI
737 — CALLAO — 737
1908

La Facultad no se hace solidaria de la opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO (con lic.)
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA (con lic.)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO A. ALFARO (con lic.)
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ (con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS 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 M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ (con lic.)
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana.	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica.	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON (en ejerc.) » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE (en ejerc.) » DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.....	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (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 Obstetrica	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MARIO ACEVEDO

A LA MEMORIA

DE MI PADRE Y DE MI HERMANO JUAN

A MI MADRE

A MIS HERMANAS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presento á vuestra consideración este trabajo que al dejar satisfecha la última formalidad que la Facultad exige, me pondrá en condiciones de que me sea otorgado el título de doctor en Medicina.

Al abandonar mi puesto en las filas estudiantiles, dejo constancia de mi agradecimiento á todos aquellos maestros que, verdaderamente dignos de ese nombre, han contribuido poderosamente á la formación de mi criterio médico.

Al Dr. Insúa Dorrego, digno Director del Hospital Rawson, por las atenciones recibidas en mis tres años de internado, gratitud; á los Dres. Rubiera, Acevedo, Reibel, Comolli y Risso Dominguez á cuyo lado he hecho mi práctica, mi reconocimiento por los beneficios obtenidos y por la amistad que me dispensaron.

Me resta solo hacer mención especial del doctor

Jakob por su colaboración en el capítulo de Embriología; gracias á él me es permitido presentaros algo digno bajo el punto de vista científico y de la novedad que representa.

EMBRIOLOGÍA

Considerando al hombre dentro de la série animal no es un hecho que pueda llamar mayormente la atención la existencia de un útero doble que es lo normal en algunos animales. Hay entonces semejanzas sacadas de la anatomía comparada, que si no la explican dan al menos razón de la existencia de esta anomalía.

En los vertebrados inferiores notamos la ausencia completa de un útero; esta falta tiene su explicación porque en éstos, con raras excepciones, el gérmen al separarse de la madre para terminar su desenvolvimiento fuera del organismo materno, trae consigo las substancias indispensables para su vida independiente, no precisando para su ulterior desarrollo la existencia de un órgano especial. Ya en ellos se nota la presencia de los oviductos ó canales de Müller, que en los vertebrados superiores darán lugar por sucesivas transformaciones á la

formación del útero. Estos oviductos son dos canales más ó menos ensanchados que comunican la glándula sexual. con la cloaca, recibiendo en su trayecto los productos de segregación de ciertas glándulas (cáscara, albúmina, mucus), necesarios para el desenvolvimiento del embrión.

Recién en los mamíferos encontramos una constitución superior. En los más inferiores, (monotremos, ornitorincos) (ovíparos) todavía persiste el estado primitivo: dos úteros ú oviductos que separadamente desembocan en la cloaca; pero ya en los *marsupiales* se nota la aparición de una vagina doble en su mayor parte, dejando por tal de estar en comunicación con la cloaca, y á medida que ascendemos en la escala animal á mayores gerarquías, vamos encontrando la unión de ambos oviductos de abajo hacia arriba para dar lugar á la formación del útero más ó menos grande.

Lo mismo pasa en los animales placentarios en los que hay fusión de ambos canales de Müller. En el chancho y carnívoros existe ya el útero divisus (fusión de la mitad inferior de ambos úteros) mientras que en los roedores todavía persiste el útero doble (como en los marsupiales); en los rumiantes constatamos el útero bicorne (donde ya las dos terceras partes se han fusionado).

En los proximios y murciélagos los cuernos ya se achican más, miéntras que el útero propiamente se

alarga, y recién en los primates (monos y hombres) lo vemos único, sin cuernos y en comunicación directa con las trompas.

En la ontogenia del hombre nos hallamos con una verdadera recapitulación del recorrido que hemos descripto anteriormente en la série animal. Tambien en éste lo que primerameramente se desarrolla completamente son los canales de Müller que van de las glándulas sexuales á la cloaca. El origen de estos canales que se desarrollan con entera dependencia de los uréteres y canales de Wolf, partes dependientes del intestino primitivo caudal está en el epitelio celómico. Por delante del canal de Wolt, este epitelio se modifica dando lugar á la formación de una túnica dura, en forma de canaleta que desde el polo superior del ovario va hacia abajo. «Presentamos (fig. I) un corte de un feto de los primeros días antes de la formación de los canales de Müller. Notamos el principio del celoma entre las dos hojas somatopleuras y esplanopleuras; separándose estas hojas más y más dan origen á un espacio que más tarde será la cavidad pleuro-peritoneal.

En la región donde el somatopleura y la esplanopleura se tocan, acercándonos al eje central del feto, notamos una ligera prominencia revestida del epitelio celómico algo espesado en esa región y debajo de ella un canal alargado (canal de Wolf) y una aglomeración de células mesodérmicas y va-

sos (el futuro cuerpo de Wolf ó riñón primordial) El epitelio celómico arriba mencionado, va sucesivamente en períodos ulteriores á dar origen, tanto á la glándula sexual, el ovario, como á su canal secretor, el canal de Müller. Y es por eso que Waldeyer ha dado á ese epitelio el nombre de germinativo.

Sobre la relación entre el origen del canal de Wolf y el de Müller hay muchas discusiones y todavía no hay uniformidad de opiniones. Lo que resulta de cierto es que no en toda la serie animal, la formación del canal de Wolf es la misma, y que en los de gerarquía superior se evidencia una indiscutible diferencia en ambos canales, mientras que en los grados inferiores tienden á confundir su origen».

Dicha canaleta por medio de multiplicaciones celulares se cierra arriba para formar un canal y por su parte inferior á la manera de un brote, de un cordón sólido va creciendo poco á poco hasta llegar al seno uro-genital al cual penetra· Más tarde la luz va haciéndose en el mismo sentido lo que terminará por ahuecarlo en toda su extención.

Estos canales que ya en el feto humano de ocho semanas están en su extremidad superior completamente desarrollados, se acercan por su parte inferior poco á poco, y ya hacia el fin del segundo

mes corren completamente paralelos en su última parte. El tabique que los separa, se separa, se adelgaza y se reabsorbe por fin en totalidad, transformando de esa manera al útero doble primitivo en un útero único, pero que todavía hacia arriba presenta grandes cuernos.

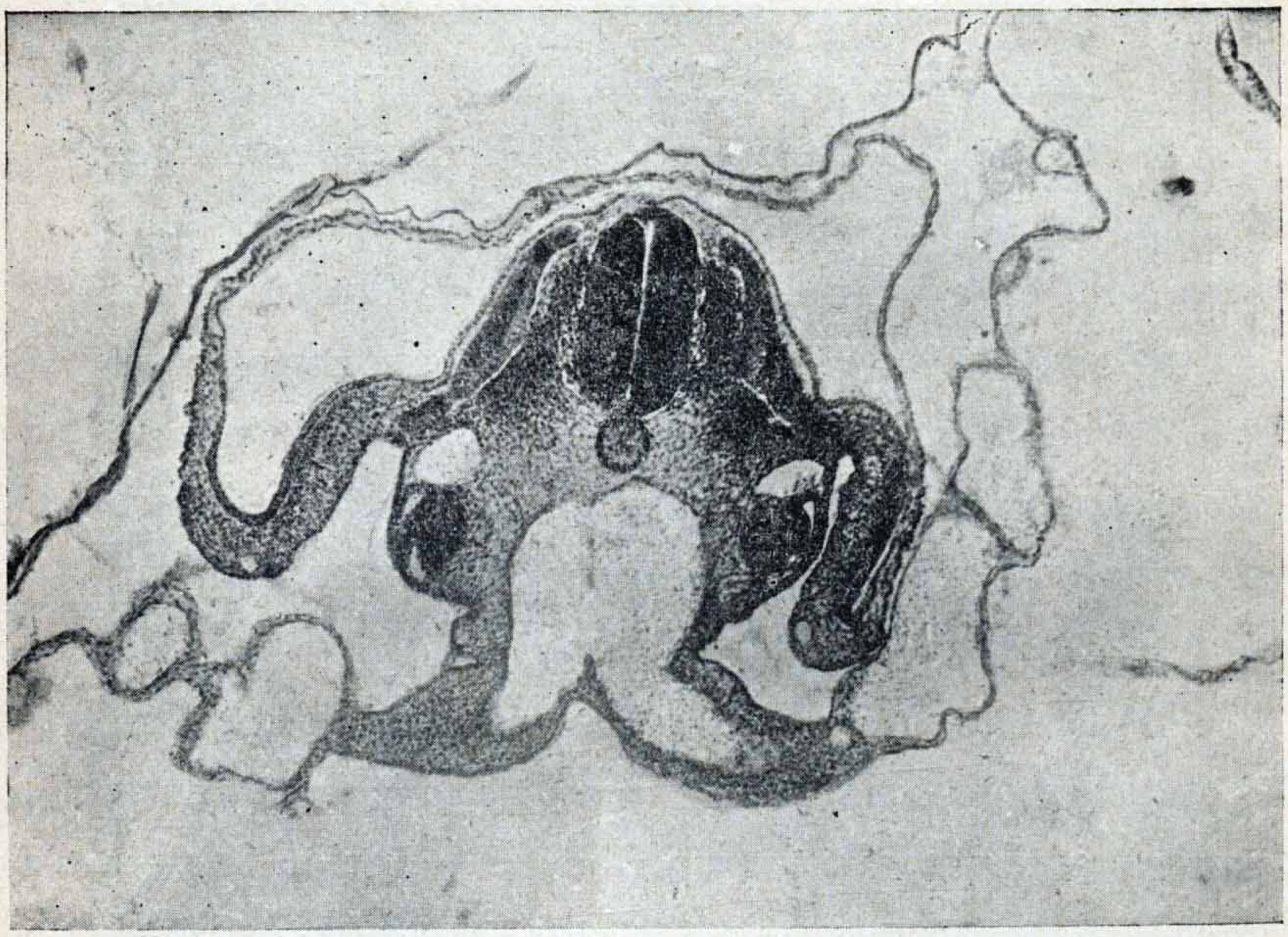


FIG. I

Los canales de Müller están en su primera aparición formados exclusivamente por una pared celular dermoepitelial, epiteliogerminativo; es esa pared que se transformará sucesivamente en la mucosa y glándulas de la trompa y útero, mientras que el tejido muscular que reviste el órgano adulto, no deriva de esa capa epitelial, sino de un revesti-

miento de células mesodérmicas que poco á poco rodea al tubo primitivo epitelial.

Esa capa de tejido mesodérmico empieza á transformarse en la muscular lisa recién á principios del quinto mes (Werth y Grusdew) 6.° ó 7.° Jakob, antes de ese término está constituido por células redondas embrionarias sin diferenciación, y ese tejido se multiplica sobre todo en la parte inferior, donde ambos canales empiezan á juntarse en mayor escala, de manera que ya desde el tercer mes embrionario en adelante, los canales de Müller están rodeados de un tejido celular espeso, que formará más tarde la masa total del útero, separándose esa capa celular en dos zonas, una interna, la futura submucosa (células redondas,) y otra externa, la futura muscular (células fusiformes).

«Presentamos (fig. II) para ilustrar este período un corte de un feto humano de ocho á nueve semanas donde vemos hacia abajo el borde anterior de una vértebra sacra; delante de ella el corte transversal del recto con su mucosa y su pared muscular en estado de bastante adelanto, rodeado hacia adelante y costados por el espacio peritoneal. En el centro de la figura vemos la existencia de cuatro canales colocados unos al lado de los otros, dos medianos más grandes y dos laterales más pequeños, los primeros que en su pared media se tocan completamente son los de Müller en el mismo mo-

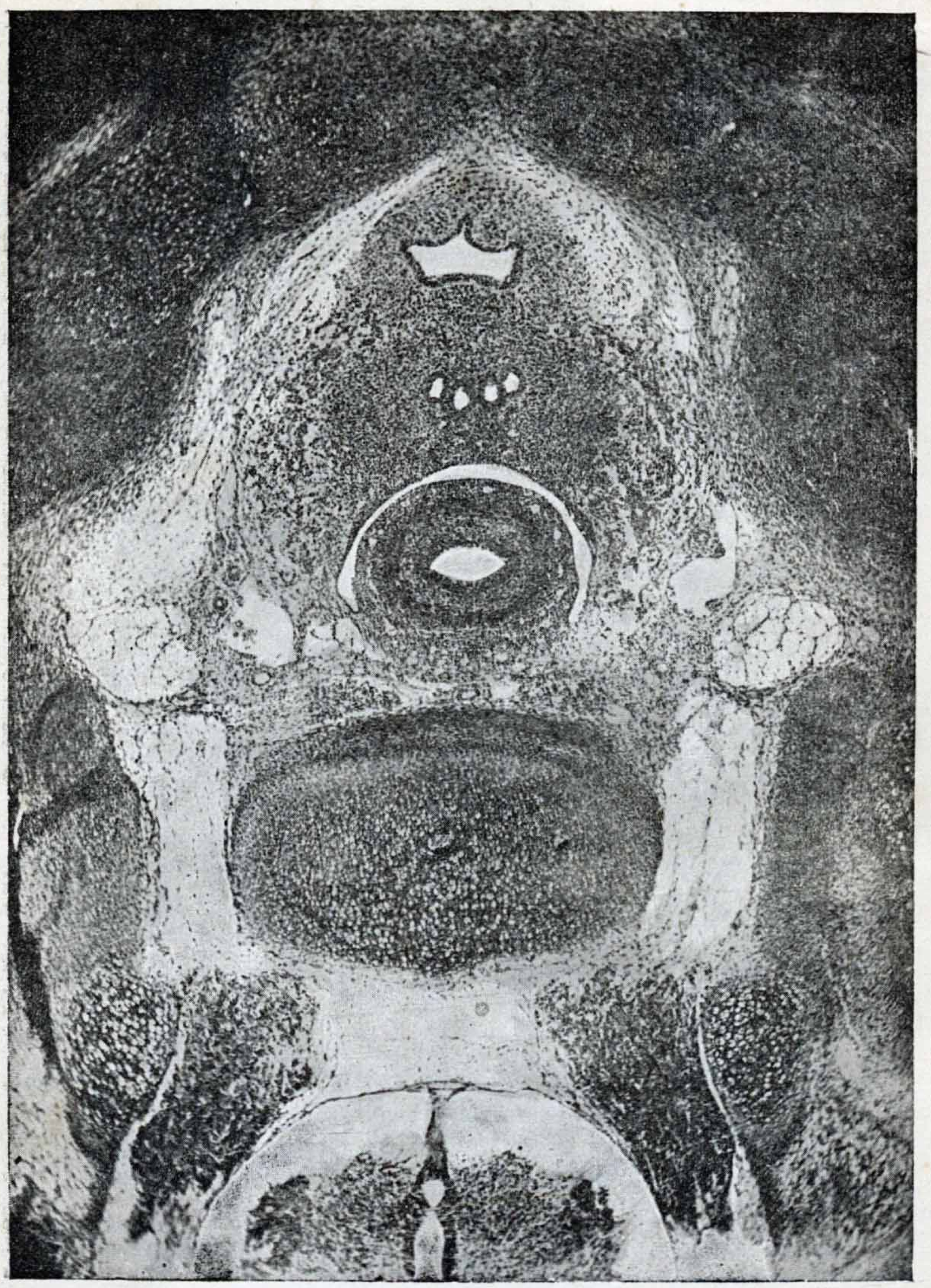


FIG II

mento en que empieza la fusión para un canal uterino, notándose ya que el epitelio de la pared septal es menos alto que en el resto·

Los canales laterales son los de Wolf ya algo rudimentarios que poco á poco van á atrofiarse hasta perderse por completo.

Los cuatro están rodeados por una zona densa de tejido mesodérmico no diferenciado, sin capas, sin límite neto hacia su periferia haciendo sospechar ya el futuro cuerpo del útero.

Siguiendo hacia arriba vemos un canal grande revestido también de una capa mesodermal, es el ouraque, que en esa región se tranformará en vejiga, y por último siguiendo siempre la misma dirección el tejido cartilaginoso del hueso pubis y de la sínfisis».

Solamente en la parte mediana de ambos canales de Müller donde tiene que efectuarse la fusión de ambos para formar uno solo, en la región que ya hemos descripto donde tal cosa se efectúa constituyéndose el septu ó tabique epitelial que se reabsorverá más tarde; en ese punto no entra nunca tejido mesodérmico.

Este tejido epitelial privado de elementos nutritivos que solo los posee el mesodermo el vaso portador del útero, degenera y su reabsorción es completa.

Un período más adelantado mostramos en la fi-

gura 3, donde presenciamos justamente el acto de la fusión de ambos canales de Müller para formar una cavidad uterina. El corte proviene de un teto humano de tres meses y un cuarto, y notamos, el

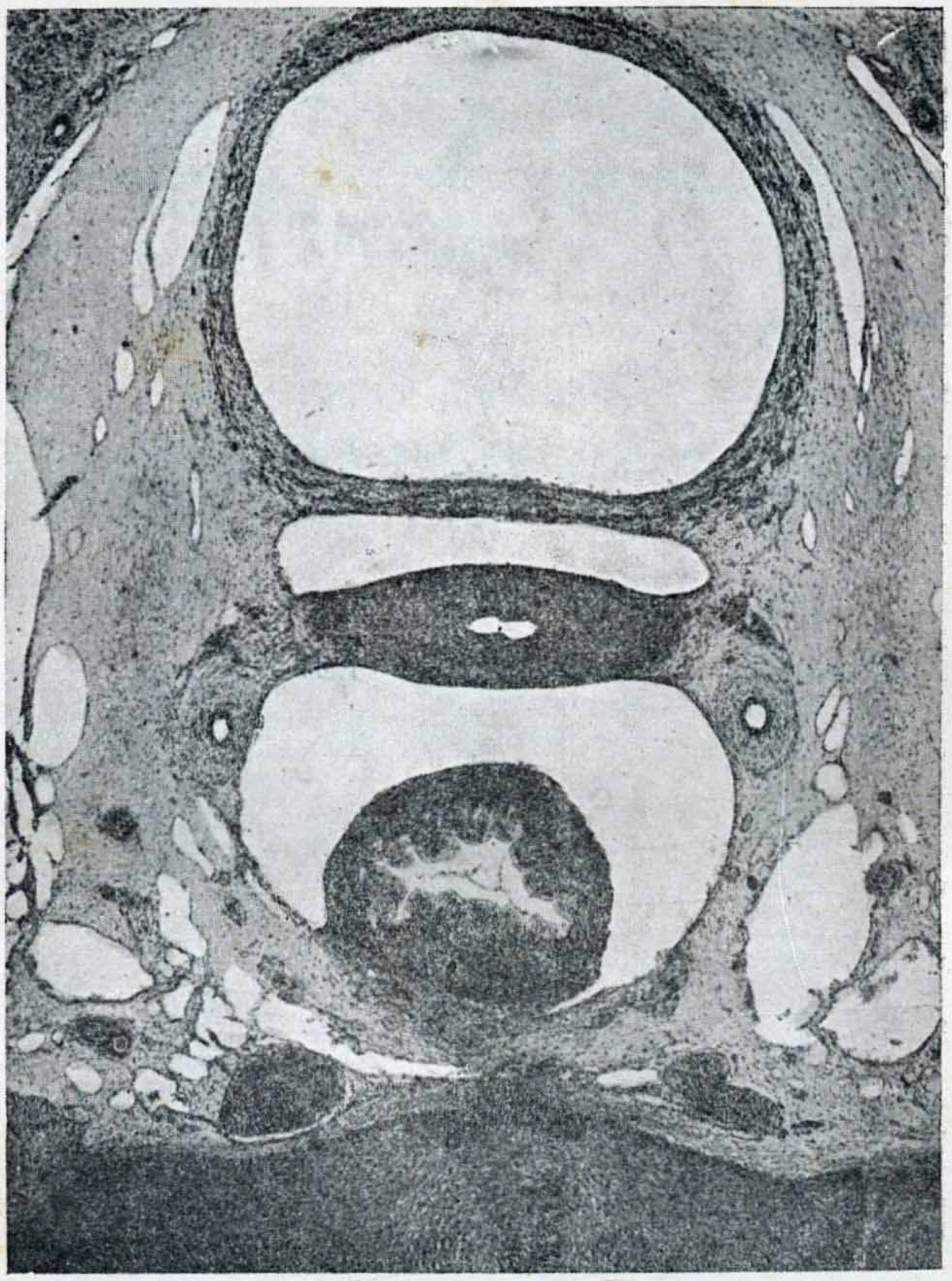


FIG. III

útero de una extensión transversal mucho más largo que en espesor extendiéndose ese órgano á través de la cavidad peritoneal formado en su masa más grande por el tejido mesodermal mencionado.

En el centro del órgano, formando una sola cavidad tenemos los dos canales de Müller fusionados lo que se manifiesta por la presencia de una cresta anterior y otra posterior que en la mitad de la luz hacen proeminencias hacia adentro. Las mucosas de ambos lados se han unido y rechazan el mesodermo hacia atrás y adelante respectivamente. Con aumento mayor se ve claramente lo que acabamos de decir en la fig. 4.

Los canales de Wolf (los futuros de Gartner) están bastante separados de la luz del útero, pero envueltos en el mismo tejido mesodermal uterino; mientras que el uréter queda completamente hacia afuera envuelto en el tejido laxo pelviano.

En el feto humano de $3\,^1/_2$ meses, ya tenemos el útero completamente formado con todos sus componentes. Véase fig. 5, notamos una luz uniforme; las crestas han desaparecido; el tejido mesodermal hace ver ya dos capas, una central más densa y una periférica más laxa (la futura submucosa y muscular respectivamente). Los canales de Wolf persisten todavía y la forma del útero ya es más globulosa, redonda y macisa. En su período empieza también la formación de vasos sanguíneos.

Si por aberraciones en el desarrollo normal en esa región septal se presenta el tejido mesodérmico entre ambos canales, queda por tal hecho constituido un obstáculo que impedirá el fusionamiento.

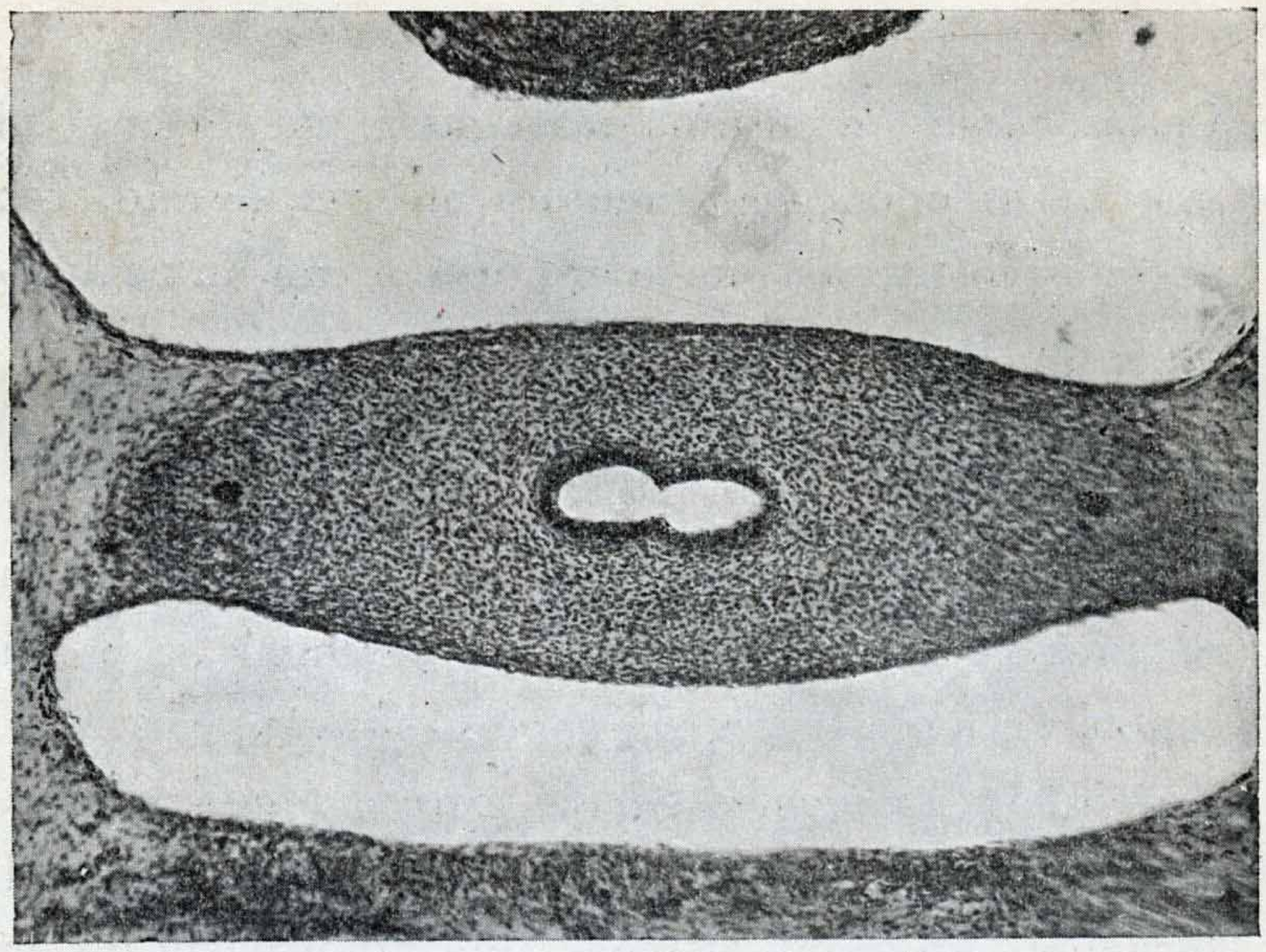


FIG. IV

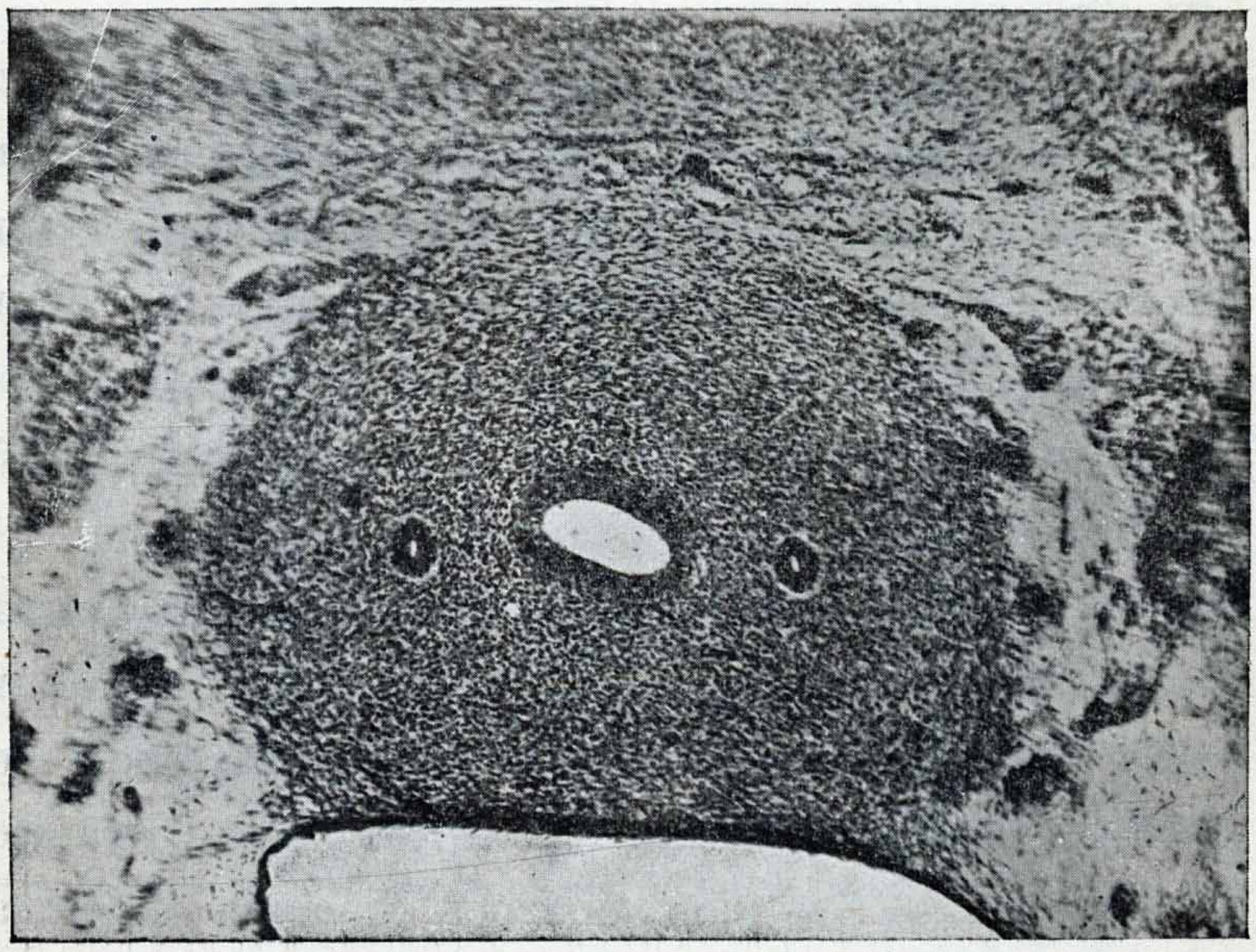


FIG. V

Cada canal de Müller proseguirá su desenvolvimiento independientemente y en vez de uno, tendremos dos úteros, que no representarán en realidad más que la mitad del órgano normal.

El útero duplex queda por tal hecho constituido y explicado.

La causa directa entonces de la no fusión de los canales de Müller no es en primer lugar la persistencia del epitelio en esa región *sino la penetración de tejido mesodérmico en esa parte donde normalmente no debia existir;* hay en este tejido una proliferación anormal atípica, una hiperplasia de sus elementos celulares cuya causa productora aún nos es desconocida.

Este trastorno en la evolución normal cuyo causante es el mesodermo y que en su más alto grado produce el útero duplex, nos da la explicación de todas las anomalías uterinas que nos las explicaremos haciendo intervenir más ó menos dicho tejido según la clase é importancia de la monstruosidad.

Ateniéndome solamente al caso motivo de mi tesis, diré, que solo en el $^1/_5$ inferior el proceso normal se ha verificado; más arriba la persistencia del espolón primero (véase la Historia) y la separación completa de los dos cuerpos uterinos después, marcan toda la extensión en que la influencia perturbadora del mesodermo se ha hecho sentir,

Esta manera de encarar el tan debatido asunto de las malformaciones uterinas sobre el que tanto se ha escrito, constituye una novedad científica. El hecho de ser yo quien tenga el honor de hacer pública en esta forma esa teoría, se debe á la amabilidad y fina cortesía de su autor el eminente sabio doctor Jakob, que de esa manera ha contribuído tan poderosamente ha realzar el mérito de este humilde trabajo.

Las láminas, productos de su dedicación y competencia, tienen para nosotros el inestimable valor de ser de fetos humanos, permitiéndonos ver en éstos lo que hasta ahora nos lo figurábamos de una manera esquemática ó por analogía con embriones de otra naturaleza.

Por mucho tiempo reinó en la ciencia la creencia que las anomalías uterinas eran simples caprichos de la naturaleza; los trabajos de Meisser, Fusch y más que éstos los de Kussmaul las hacían depender de una detención en el desenvolvimiento; Fusch contribuyó á la imposición de esta teoría, marcando á cada anomalía la época exacta de su producción en el desenvolvimiento embrionario.

Al atavismo reproduciendo en una especie las formas de otra por efecto de lo que Darwin llama fenómeno de reversión, se le ha hecho intervenir como causa productora sin que en ninguna época consiguiera imponerse científicamente.

Por procesos patológicos en la vida embrionaria ha querido explicarse ciertas anomalías como ser: las bridas vaginales y también la brida peritoneal que de la cara posterior de la vejiga va á la anterior del recto, que se vɔ en muchísimos casos de útero bicorne, constituyendo cuando existe la principal causa de distocia en el parto.

Hoy se acepta que su existencia se debe á un efecto de la malformación y no que ésta sea una causa de aquélla.

Y aunque nada tenga que ver con mi trabajo, creo digna de figurar en él, la nueva teoría de Reiterer. Este hace del desenvolvimiento del útero y de la vagina, dos cosas completamente independientes; ya no considera á ésta formada á expensas de la parte inferior del canal de Müller, como lo creen la mayor parte de los autores, para él su origen está en el seno urogenital por tabicamientos que en éste se efectúan.

Como agregado y complemento de lo anterior, solo me resta añadir: Que el proceso de la reabsorción del tabique que ha empezado hacia la octava semana, en la duodécima está terminada; la diferenciación entre útero y vagina comienza entonces; la parte superior se ahueca, la inferior queda obstruida por un tapón epitelial. Por otra parte, un rodete circular aparece, en el centro del cual se en-

cuentra el orificio externo del cuello, este rodete dará nacimiento más tarde á los dos labios anterior y posterior.

La separación entre útero y vagina está concluida en el quinto mes. Las transformaciones que va á experimentar el primero (solo de interés para nosotros), son bastantes simples; sus paredes se espesan de abajo á arriba paulatinamente, el cuello que primeramente es más espeso y el más desarrollado ($^2/_3$ partes del total) es largo, cilindroide y resistente, mientras el cuerpo es pequeño, estrecho y aplastado, delgado y flexible. Al noveno mes, su largo es de 25 m.m., su espesor de 2 m.m., en las paredes, aumenta hasta 5 en el cuello.

Las columnas y los pliegues del árbol de la vida aparecen en el 5.° mes y llenan toda la cavidad del útero y las glándulas uterinas recién al fin de la vida embrionaria.

Tal es el estado del útero en el nacimiento y el que conservará durante los primeros años de la vida pues, su crecimiento no acompaña al del resto del cuerpo. La vida de este órgano queda por así decir, latente hasta la pubertad, entonces se producirán cambios rápidos en su volumen y forma.

El rápido crecimiento del cuerpo le dará un predominio considerable sobre el cuello; éste se convertirá en un apéndice dos veces menor con paredes mucho menos desarrolladas que el resto.

Al mismo tiempo los pliegues de la cavidad uterina se borran y empieza á señalarse el orificio superior del cuello.

Para terminar con este largo capítulo inserto aquí lo más resumida posible, dándole preferencia, la clasificación adoptada por Poirier en su clásica obra de anatomía:

- **1er. grupo**
  - Ausencia total (muy raro).
  - » aparente, útero rudimentario.
- **2.º grupo** — Anomalías de número. El útero didelfo.
- **3.º grupo — Anomalías de formas y de tabicamiento**
  - Bicornes....
    - Doble, uterobicornes doble con vagina septa
    - Doble, unicervical
    - Doble, arqueado
  - Biloculares.
    - Bilocular total (útero septus duplex)
    - » corporal
    - » unicervical
    - Conduplicidad del orificio externo del cuello
    - Utero cordiforme
  - Unicornes..
    - El unicorne propiamente dicho
    - » » con cuerno rudimentario del lado opuesto
- **4.º grupo — Anomalías del canal**
  - Imperforación total
  - Obliteración congénita de la cavidad del cuello
  - Imperforación ó extenosis del canal cervical
  - » del orificio interno del cuello
  - Tabicamiento completo del cuello
  - Obliteración congénita del orificio externo del cuello
- **5.º grupo — Anomalías de volumen**
  - Atrofias....
    - Primitivas.
      - Fetal
      - Infantil
    - Evolutivas.
      - Pubescentes
  - Hipertrofias
    - De todo el órgano. (Gigantismo uterino de Polaillón)
    - De la parte inferior. (Hipertrofias sub-vaginal del cuello)
- **6.º grupo — Anomalias topográficas**
  - Uteros en lateroposición.
  - » oblícuos.....
  - Desviaciones congenitales
    - Retroflexión
    - Anteflexión (más comunes)
    - Retroversión
  - Hernias congénitas.....

ANATOMÍA DEL ÚTERO

CARACTERES MORFOLÓGICOS

El útero es el órgano destinado á recibir de las trompas el óvulo fecundado, á mantenerlo y nutrirlo durante su desarrollo y en fin á expulsarlo una vez llegado á su madurez.

Al hacer su estudio anatómico tendremos en cuenta el de la mujer virgen y nulípara, dejando para más adelante el señalar las modificaciones que le imprime la parturición.

El útero, ocupando la parte media de la excavación pelviana ó más claramente, el espacio comprendido entre el recipiente urinario y el segmento terminal del tubo digestivo; situado dentro de las trompas á las cuales continúa; por arriba de la vagina que se inserta en su parte inferior, y debajo del paquete intestinal que ocupa no solo su fondo sino la mayor parte de su superficie exterior, es un ór-

gano de forma conoidea, de vértice inferior truncado, aplastado en el sentido frontal. Un ligero estrechamiento circular situado un poco por debajo de la parte media, hacen distinguir una base, verdadera parte conoidea y un cuello más corto, menos ancho y casi cilíndrico. Esta línea de demarcación recibe el nombre de istmo.

Configuración exterior.—Se le consideran para su estudio una cara anterior, una cara posterior, dos bordes laterales, un borde superior y tres ángulos, dos supero-externos y otro inferior que corresponde al vértice del cono uterino.

Las caras, anterior y posterior, convexas ambas en toda su extensión están recubiertas por el peritoneo y en contacto con órganos importantes; la primera con la vejiga y que nos ofrece la característica de una ligera depresión,—impresión vesical,—y separada de ella por el fondo de saco vésico-uterino y la segunda con el recto del que lo separa el fondo de saco recto-vaginal, ofreciéndonos como característica una cresta sobre la línea mediana y que la divide en dos mitades laterales.

Los bordes laterales, considerados en el sentido antero-posterior se muestran espesos, redondeados y nos presentan dos labios, anterior y posterior separados por un intersticio; en el sentido vertical algo cóncavos de arriba á abajo; ambos responden á la inserción de los ligamentos anchos, están re-

corridos en toda su extensión por la arteria uterina y el plexo venoso que la acompaña. El borde superior es rectilíneo ó ligeramente convexo depasa en dos milímetros el sitio de implantación de las trompas.

Los ángulos laterales—supero-externo del útero y tubario—dan inserción á las trompas de Fallopo, á los ligamentos redondos y á los del ovarío.

El ángulo inferior se confunde con el istmo.

El cuello del útero (ángulo inferior del útero para algunos autores) si lo consideramos independientemente de sus conexiones con la vagina nos ofrece para su estudio, una cara anterior ligeramente convexa que nos presenta una cresta que se continúa sobre la bóveda vaginal; una cara posterior un poco más convexa y semejante á la correspondiente del cuerpo; sus bordes laterales redondos y espesos; su extremidad superior que se continúa con el cuerpo uterino y su extremidad inferior (hocico de tenca) en forma de cono truncado, hendido en su vértice por un orificio—orificio externo del cuello—ordinariamente redondo ó algo elíptico de gran diámetro transversal, limitado por dos labios, anterior y posterior, de aspecto liso y uniforme. Para Testut el estudio de esta parte la subdivide en tres segmentos, extra-vaginal, vaginal é intra-vaginal.

Su consistencia variable en el cadáver ó en la vi-

da, se nos muestra en este último estado blando y de consistencia elástica.

Su peso varía entre 40 y 50 gramos, siendo el peso específico del tejido uterino 1.052 (Hushke).

Los anatomistas asignan á este órgano en largo y ancho las dimensiones que varían en las proporciones siguientes: de 70 milímetros (Aran y Henle) hasta 62 (Lappey) y desde 30 milímetros (Aran) hasta 46 (Dubois) respectivamente. Un término medio á estos límites nos darían 6 á 7 centímetros para el largo y 4 para el ancho.

Configuración interior.—El útero hueco en toda su extensión, aplastada esta cavidad de adelante á atrás,—canal uterino,—comprende dos partes: las cavidades del cuerpo y la cavidad del cuello reunidas por una porción intermediaria llamada istmo de Calza ú orificio interno del cuello.

La cavidad del cuerpo de forma triangular, nos presenta para su estudio dos caras, tres bordes y tres ángulos.

Las caras, anterior y posterior planas y lisas estan en perfecto contacto, limitadas en su unión por una capa de mucus y solo en algunos órganos puede notarse la existencia de un rafe, signo de la dualidad primitiva de la matriz.

Sus bordes, superior ó base y laterales, son gruesos redondeados, convexos hacia adentro, y formados estos últimos al interceptarse con el superior

un segmento triangular, el ángulo supero-externo de la cavidad uterina.

Sus ángulos se distinguen en superiores é inferiores; los primeros responden á la desembocadura de las trompas, se continúan con el ostium y están provistos de pequeños repliegues mucosos y que para Graaf y Wharton serían verdaderas válvulas; el inferior está formado por la parte vertical de los bordes laterales, menos agudos que los precedentes se continúa con el orificio interno y que Guyon describe con el nombre de *porción intermediaria á las dos cavidades.*

La cavidad del cuello ó canal cervical constituye una cavidad real, fusiforme, es decir, hinchada en su parte media y estrechada hacia sus extremidades y ocupada totalmente por un tapón mucoso. Sus caras, anterior y posterior, ya no son lisas, se ven surcadas por una serie de pliegues irregulares á cuyo conjunto se les da el nombre de lira ó *árbol de la vida.* Cada cara tiene el suyo y lo forman pliegues transversales que se agrupan alrededor de uno más importante, dirigido verticalmente, ejes ó columnas principales. Esta disposición corresponde á su parte media, pues en la extremidad inferior los pliegues desaparecen bruscamente para ser reemplazados por otros que continúan el eje principal acercándose á la línea media. En el tercio superior el relieve que forman cesa también á la entrada de la cavidad del cuerpo.

El orificio interno del cuello ó istmo uterino interno, el que más bien que orificio podemos considerarlo como simple hendidura, hace comunicar ambas cavidades por sus partes más estrechas; está ocupado en su totalidad por los ejes ó columnas principales del árbol de la vida, su capacidad no excede de 3 mm., y este punto de resistencia corresponde al istmo ya descrito en la cara externa.

La capacidad de la cavidad uterina ha sido valorada de 2 á 5 cm. cúb.; su *dimensión* en largo es 55 mm., de los cuales corresponden al cuerpo 25 y 5 al istmo, el ancho 24 mm., entre las dos trompas va disminuyendo de arriba abajo para ser de 4 en el istmo y ocho en el tercio medio del cuello. Todas estas cifras indican un término medio.

Las variaciones que la parturición imprime á este órgano lo diferencia del de la mujer vírgen ó nulípara en los siguienles caracteres:

En la forma el cuerpo se hace más globuloso y la extremidad inferior del cuello se ensancha; los bordes laterales se hacen convexos, los ángulos laterales é inferior del cuerpo se redondean llegando á borrarse, el borde superior se redondea fuertemente en el sentido antero-posterior llegando á sobrepasar en 1 cm. la inserción de las trompas; muchos ginecólogos, debido á esta variación dividen el cuerpo uterino en dos partes, una *cuerpo uterino propiamente dicho* colocada por encima de la línea inter-

tubaria, y otro *fondo* situada por debajo de la misma; en la extremidad inferior del cuello, en las primíparas, es menos puntiagudo, menos consistente, su orificio se convierte en una hendidura transversal de 3 á 4 m.m.; en las multíparas este orificio es ensanchado, abierto, de 1.1 $^1/_2$ ctms., en sentido transversal, los labios se hacen desiguales, abullonados y hasta invertidos y presentan una coloración violácea. Si la mujer ha tenido 8 á 10 hijos parece que el cuello fuera absorvido por el cuerpo, siendo reemplazado por un ancho orificio lleno de tubérculos y depresiones que dan al tacto, una sensación análoga al cáncer, (de Sinety); disminuye en flexibilidad aumenta en peso y dimensiones.

En la cavidad interna conserva aunque no tan regular la forma de triángulo, hay un descenso, un alargamiento de los cuernos del útero á expensas de la cavidad intermediaria (Guyón). La cavidad del cuello pierde su forma regular, los árboles de la vida pierden su disposición armoniosa y no llegan al orificio externo dol cuello y comunmente faltan en todo el tercio inferior de éste; la capacidad, el espesor y las dimensiones se ven aumentadas aunque puede creerse que existe en este órgano una tendencia muy marcada á adquirir sus dimensiones primitivas.

POSICIÓN (SITUACIÓN Y DIRECCIÓN) DEL ÚTERO

He aquí uno de los puntos de la anatomía del útero sobre el que más se ha escrito sin que se haya llegado aún á una solución definitiva dentro de las distintas opiniones de los autores que de ella se han ocupado. La divergencia á este respecto tiene su explicación por tratarse de un órgano que flota como suspendido en medio de los órganos de la pequeña pelvis, que siendo á su vez movibles y susceptibles de cambios en sus dimensiones, tienen necesariamente que influenciar en la estática de aquél. En efecto, la matriz en contacto arriba con las ansas del intestino delgado, continuándose abajo con la vagina y el periné, interpuesta entre el recto y la vejiga, no solo obedece á los cambios en la capacidad y conformación de éstos, sino que sobre ella accionan otros agentes como la gravedad, la presión intra-abdominal y la constitución de la pelvis ósea. Por otro lado, comprobado que la muerte en muchos casos altera la posición que tenía en vida y que no es idéntica tampoco, tratándose de una matriz vírgen ó una de una multípara, por éstas y aquéllas razones, nos explicamos satisfactoriamente que á pesar de las numerosas memorias llenas de observaciones recojidas en sujetos de toda edad y estudiadas con toda la com-

petencia deseable, persista aún el desacuerdo y que el problema no tenga solución.

Para Velpeau, Bouillard, Arau, Virchow, Panas, Schultze, Waldeyer, Bardeleben, Negel, Delbet y Poirier la antecurbadura, el útero en anteversión y antiflexión es la posición típica, primitiva, normal primaria de la matriz en la mujer viva, vírgen ó multípara, considerada en la estación de pie, la pelvis con su inclinación y dimensiones habituales. el piso pelviano con su configuración y consistencia fisiológica, en fin, con la vejiga y recto vacíos ó medianamente distendidos (Poirier). Este último anatomista antes de llegar á esta conclusión ha formulado primeramente las dos proposiciones siguientes para su aceptación:

1.ª El útero es un órgano eminentemente móvil; toda disminución, toda supresión, ó al contrario, toda exageración de esta movilidad fisiológica es un hecho mórbido y

2.ª No hay una, sino varias posiciones normales del útero y para no generalizar tanto añade con Waldeyer: hay una posición normal típica ó primaria y hay posiciones normales secundarias del útero.

Esta opinión que considera la antecurbadura como situación primaria, está defendida por numerosos argumentos sacados:

1.º De constataciones anatómicas y biopsias (Waldeyer y Schultze).

2.° De la anatomía comparada (Bland, Sutton).

3.° Por su existencia ya en el estado fetal (Nœgel).

4.° Por ser tal la posición del órgano en el primer tiempo de la gestación, (Waldeyer y Sellheim) y la que toma una vez efectuado el parto (Credé, Dohrn).

5.° Caso radiográfico (caso de Tintrelin).

6.° Caso de Testut.

Para Cruveilhier, Sappey, Langer, Bland y Kolliker el eje del útero se confunde con aquel de la escavación; Claudius, Luschka, Braune y Rúdinger lo consideran inclinado hacia atrás en contacto con el recto y para Tschanssow estaría hacia adelante en la niña y mujer nulípara, hacia atrás en la multípara.

De lo dicho se desprende que el desacuerdo es y no puede ser más completo y esto tratándose de fijar la posición de un órgano tan voluminoso solo se explica por su extrema movilidad, por falta de medios de fijación é insuficiencia de los que posee, que neutralicen la acción de los órganos vecinos que obrando sobre él, concluyen por hacerle adoptar *posiciones normales secundarias*, (llamadas así por no obstaculizar su funcionamiento, ni el de los órganos vecinos), tan variadas é inconstantes.

La vejiga por delante, según esté ó no distendida por la orina, y según su repleción sea llevada al

máximo, modifica la situación primaria, enderezando la matriz y haciéndole adquirir una posición diametralmente opuesta por la inclinación del cuerpo atrás y del cuello hacia adelante.

El recto, repleto de materias fecales influencia en sentido contrario. Estas dos fuerzas obrando conjuntamente lo enderezan y elevan.

Las ansas intestinales por su peso sobre la base del útero pueden aumentar su antecurbadura normal y por su colocación al nivel de los fondos de saco vésico-uterino y recto-vaginal modificarla.

Menos importancia tienen la configuración é inclinación de la pelvis ósea, la gravedad, la posición del sujeto: la influencia de la respiración y presión abdominal deben tenerse en cuenta, pues es un hecho comprobado que según intervengan ó no, su acción se deja sentir sobre todo en el plano vertical por movimientos de ascenso ó descenso.

Y para terminar citaremos la influencia del piso pelviano, la tonicidad de éste, su contractilidad (músculos, aponeurosis) desempeñan un rol importante. En el cadáver el relajamiento del periné, la supresión de la circulación, las modificaciones del parénquima uterino y las alteraciones de la presión abdominal permiten á la gravedad actuar más directamente sobre el órgano en decúbito dorsal y echarlo hacia atrás, posición en que generalmente se encuentra en estos casos.

FIJACIÓN Y SUSPENSIÓN

Conocemos ya las situaciones que puede ocupar el útero en el estado normal, ahora nos resta solo exponer porqué medios se mantiene en posición y cómo vuelve á ella cuando ha sido momentáneamente desviado. Ya en el capítulo anterior hemos puesto de manifiesto la movilidad de este órgano; ahora diremos que ella tiene sus límites fisiológicos por la existencia de medios que entran en acción impidiendo que éstos sean sobrepasados.

Si bien puede admitirse á priori que todos los órganos en relación de continuidad con la matriz deben de contribuir á su fijación,—el piso pelviano, la vagina, la vejiga, el peritoneo, los ligamentos, etc., etc.,—el asignarle á algunos de ellos un papel primordial y preponderante, se hace difícil dada la gran diversidad de criterios entre los anatomistas y ginecólogos.

No puedo yo por la naturaleza de este trabajo, hacer otra cosa que presentar en síntesis una mera reseña de todo lo que se ha escrito, dando cabida en ella á todas las opiniones para su mayor ilustración.

En la mayor parte de las obras no se estudian como medios de fijación del útero más que los ligamentos anchos, redondos y útero-sacros y si éstas están de acuerdo respecto á su número, varían en

el modo de considerarlos cuando se pregunta cual de ellos tiene mayor influencia en la estática del órgano. Así mientras para Fehling y Fritsch ellos no tienen ninguna importancia para la fijación en la antecurbadura, en cambio Aran y Sappey se los dan y muy grande. Schultze, habla de una acción armónica de los ligamentos úteros sacros y redondos, los primeros retractores debían llevar al cuerpo detrás del nivel del orificio interno del cuello; los segundos con los vésicos-uterinos accionarían en sentido inverso». Scröeder, al contrario, niega la influencia de estos ligamentos vésico y retro-uterinos sobre la situación del cuerpo de la matriz, por su atadura en el cuello y solo considera á los anchos é inguino-pubianos como medios de sostén. Hogde y Kustner opinan que los verdaderos agentes son los redondos y útero-sacros y Gerlach, hace de los primeros ligamentos de contensión (arrêt).

Si así, tomados en conjunto, los autores tanto se contradicen, en el estudio particular de cada uno de los ligamentos sucede idéntica cosa. Los redondos para Aran suspenden el útero; para Lappey y Debierre mantienen el fondo delante y lo llevan hacia la sínfisis. Tal afirmación la apoyan basados en las operacíones ginecológicas del acortamiento de estos ligamentos en las retro-flexiones; por la excitación eléctrica que inclina la matriz hacia adelante,

(experiencia de Sherrgtón sobre gatos, de Spiegelberg, sobre una decapitada de 27 años). Mackenrodt no cree que tenga más que una significación embriológica: Delbet y Pichevin, opinan que solo en los casos de vaciamiento de la vejiga pueden éstos llevar el fondo hacia adelante, hecho que explica Poirier por las conexiones del peri-metrium con la matriz. Para éste y Tillaux la acción de los redondos es muy secundaria y de ninguna manera obstaculizan los desplazamientos.

El valor de los ligamentos anchos para Sappey está en oponerse á las *ante* y sobre todo á las *retro* versiones; Richet ve esta oposición en el plano sagital y en las latero desviaciones; Poirier piensa que si bien no es nula, su acción es insignificante, acordándole para las trompas y ovarios, les niega tanto á éstos como á los redondos toda importancia en el rol que desempeñan en la estática uterina, fuera de la preñez y de los estados mórbidos.

Para este último anatomista «la fijación del útero se hace esencialmente al nivel del cuello, el cuerpo infinitivamente más móvil se mantiene en una posición de una manera pasiva». Ocupa éste una situación indiferente obedeciendo pasivamente á los movimientos del cuello por intermedio del que está fijo, sin que sea necesario invocar la intervención de ninguna acción ligamentosa (Penrose), está man-

tenido en anteversión flexión, por su propio peso, por la presion intra-abdominal (Mackenrodt) y por la adherencia particular del peri-metrium (parte del peritoneo visceral que tapiza la matriz); cree que pueda intervenir también la configuración de la matriz, lo delgado del cuerpo, lo grueso del cuello (Kolliker) y los ligamentos útero-sacros que hace depender de una ancha aponeurosis de la que no son más que partes más desenvueltas, artificialmentes aisladas.

El cuello en su porción supra-vaginal, por cuyo intermedio se hace la fijación del útero, está suspendido por cordajes, partes diferenciadas de la tela cérvico-pelviana (membrana cérvico-vagino, aponeurosis *cache-vasseaux*. Farabeuf soutien visceres, enveloppe visceres. Petit). Esta membrana, condensada alrededor del cuello y de la vagina *parametrium* da nacimiento, por delante á las fibras pubo-vésico-cérvico vaginales; hacia atrás á las útero-vagino sacras, fibras que van á aislarse en ligamentos ó aponeurosis y hacia los lados la vaina hipogástrica representa un espesamiento análogo. Los cordajes mencionados, los antero-posteriores, *puvo-vésico-útero-vagino-retro-sacros* y los laterales, útero-vagino-vásculo-pelvianos de Farabeuf, tienen al cuello dentro de la pelvis en estado de equilibrio y accionan como antagonistas recíprocamente los unos de los otros.

La vagina es también un medio de sostén para el útero, pues como dice Pierre Delbert, los dos órganos útero y vagina están íntimamente asociados siendo los mismos agentes los que contribuyen á sus fijaciones.

La lámina fibrosa cérvico-pelviana, que acabamos de citar, podemos también considerarla como vagino-pelviana por sus prolongamientos hacia adelante y atrás, á los fondos de saco vésico y retro-vaginales y por los que envía hacia los lados, donde estas adherencias se muestran más estrechamente unidas y mucho más sólidas.

Agregaremos aún la intervención en la fijación del cuello uterino y de la vagina del músculo coxi-perineal (Farabeuf); las adherencias entre la vagina y la aponeurosis uro-genital y finalmente las de la vulva con los planos más superficiales del periné y basándonos en el conjunto de estas conexiones podemos decir que el periné *todo entero* es un poderoso medio de sostén del cuello del útero. En la estática pelviana nada de mayor importancia que una buena configuración de la vagina y un periné elástico y sólido; Bell y Duncan hacen del *tonus* vaginal el factor determinante de la situacióu del útero y Bouilly dice: «para que el periné llene activamente su rol de piso debe de presentar una resistencia y una tonicidad tal, que la vagina no sea más que una cavidad virtual, habiendo contacto

perfecto y constante entre las paredes vaginales anterior y posterior. El sostén es aún asegurado mejor cuando el orificio es cerrado y retraído y cuando el plano de la pared vaginal posterior se levanta hacia la horquilla, de manera que haya una oblicuidad marcada de la horquilla hacia la vagina de arriba abajo y de adelante atrás. En estas condiciones el esfuerzo, la presión abdominal, aplican más íntimamente la una contra la otra, las paredes vaginales anterior y posterior haciendo bombera el periné sin que la mucosa de la vagina tenga tendencias á salir fuera del orificio vulvar».

VASOS Y NERVIOS

Arterias.—El útero está irrigado por tres arterias que son: la uterina, la espermática interna y la del ligamento redondo.

La uterina (uterina hipogástrica de Luschka; génito vesical de la mujer, Farabeuf), constituye en el plexo sanguíneo que irriga este órgano la vía más esencial y podría llamarse la arteria constitucional del útero. Su origen es de ordinario en el tronco anterior de la hipogástrica, algunas veces nace de la hemorroidal media (Poirier) desciende á lo largo de la pared pelviana lateral hasta el nivel de la espina ciática á los 5 ó 6 cent., por debajo de su origen se incurva penetrando en la base del

ligamento ancho y sigue casi horizontal hacia la parte subvaginal del cuello, vuelve á subir á lo largo del borde lateral del útero hasta el fondo donde se incurva y penetra en el meso-salpinx; poco sinuosa en esta que llamaremos primera porción, sus fluctuosidades se hacen muy notables más adelante, poco notables en la mujer vírgen y en la nulípara, se hacen sumamente pronunciadas en la multípara.

Ramas colaterales.—En su porción parietal no da ninguna; en la horizontal hasta la unión cérvico-vaginal da: ramales al ligamento largo, una arteria uretérica, la arteria cérvico-vaginal y ramales vesicales (vésico-vaginales de Ricard); en su porción marginal da: ramas para el ligamento ancho, ramas largas para la parte superior del cuello, ramas cortas para el cuerpo del útero y ramas para el ligamento redondo.

Ramas terminales.—Para Poirier no hay más que una, la anastomótica sub ovariana; Negei indica dos; tubaria y ovárica; Broeckaret, Davidsohn, Fredet y Charpy, describen tres y que son: la *rama interna ó uterina* especialmente destinada al fondo de la matriz; la *rama anterior ó tubaria* (salpigiana media de Richard) que es la arteria principal del oviducto y la *rama posterior ú ovariana* que anastomozándose en pleno canal con una rama de la espermática interna forma la anastomosis útero-

ovariana que irrigan la mitad interna del ovario.

La espermática interna, ovariana, ovaro-salpingiana. Esta arteria está contenida en el ligamento suspensor del ovario, es flexuosa como la uterina, pero de un calibre mucho menor, irriga solamente la mitad externa de la trompa y del ovario, se divide en tres ramas que son: *la rama tubaria* ó tubaria externa, la *rama ovárica* y la *rama anastomótica*.

La arteria del ligamento redondo,—funicular, cremasteriana ó espermática externa del hombre.—Vaso insignificante que desprendiéndose de la epigástrica desciende por el canal inguinal donde da una arteria ascendente, continúa por el interior del liganento redondo para ir finalmente á anastomosarse con la rama terminal tubaria y una colateral de la uterina.

Venas.—Las venas notables por su número y su volumen desprovistas de válvulas, nacen en las redes capilares de las túnicas serosa, muscular y mucosa. En la capa muscular media se coleccionan en un sistema de canales especiales muy voluminosos (sobre todo en la preñez) reducidas á su revestimiento endotelial: son los llamados senos uterinos. Estos senos dirigiéndose á los bordes laterales del útero forman dos importantes plexos. los plexos venosos uterinos derecho é izquierdo, que alojándose en las dos hojas del ligamento ancho se extienden sin interrupción del plexo ovárico al vaginal. Estos

plexos dan nacimiento hacia abajo á las venas uterinas que acompañan la arteria de ese nombre y se echan en la hipogástrica; hacia arriba, á una serie de ramas que unidas á las salidas del ovario y del ligamento ancho constituyen el plexo útero-ovariano que se echa á la derecha en la vena cava inferior, á la izquierda en la renal y tercero á las venas del ligamento redondo que desembocan en parte en la hipogástrica, en parte en la femoral.

Linfáticos.—Los linfáticos toman nacimiento en las distintas túnicas de la matriz, anastomozándose los unos con los otros.

En la *mucosa* su origen aún no es conocido. Para Leopold, Sinéty, Pryor, Bruhns nacen de lagunas y espacios situados en el *corium*.

En la *muscular*, la linfa circula en verdaderos canales que forman una red ricamente desenvuelta, aún más en el cuello que en el cuerpo; más voluminosos y flexuosos en la periferia (Troupe), hacen comunicar los linfáticos del cuerpo con los del cuello. En el *perimetrium* su origen es como en el resto del peritoneo.

Los *troncos eferentes* son gruesos, cubren ambas paredes sobre todo la posterior y su abundancia es mayor hacia el fondo de la matriz.

Los del *cuello* se coleccionan en dos á tres troncos que desembocan en los ganglios hipogástricos en su grupo superior; los del cuerpo son anchos

grupos la mayor parte reunidos en dos ó tres troncos van á formar el plexo sub-ovárico debajo de este órgano, yendo á echarse en los ganglios lumbares medios: otros siguen el ligamento redondo; los de la parte media del cuerpo uterino para Poirier, van á los ganglios lumbares, Sappey y Bruhns los llevan al grupo superior de los ganglios hipogástricos; aún hay otro pequeño grupo que se reparte en la mitad externa de la trompa.

Todos ellos están unidos por numerosas anastómosis entre sí, con los de la vagina y por intermedio de éstos con los del recto. Los del ligamento redondo los comunica con los de la pared abdominal.

Nervios.—La inervación de este órgano se efectúa por medio de dos plexos (latero-cervicales) derecho é izquierdo que se anastomosan entre sí formando una red.

La constitución y la explicación de este plexo ha dado lugar á grandes controversias entre los anatomistas, así para Remak, Lamballe, Kilian y Sharpey está formado por nervios de volumen variable, sobre el trayecto de los cuales no se encuentra ningún ganglio: para Boullard, Beck, Polle, Tiedemann, Körner y otros, estos nervios atraviesan numerosos pequeños ganglios y finalmente para Lee, Frankenhaüser, Rein y Robinson, cuya opinión es actualmente admitida de una manera general, este

plexo está constituido por un conjunto de células y de fibras que forman el *ganglio cervical de Robert Lee y Frankenhaüser* que se describe como una lámina ganglionar de forma triangular; horadada, atravesada por tejido celular, venas y ramificaciones arteriales; colocado en la parte postero-lateral del cuello en el fondo de saco correspondiente á la vagina, prolongándose por atrás hacia el recto en el repliegue recto-uterino, estando alojado por su masa esencial en el punto de entrecruzamiento del uréter y los vasos uterinos.

El plexo latero cervical particularmente destinado al útero, envía filetes á la trompa, vagina, vejiga y también al recto. Los ramales que van al útero son en parte fibras mielinizadas, en parte fibras de Rumak.

Los filetes terminales se distribuyen en musculares y mucosos. Los primeros terminanse en el seno de la capa muscular por extremidades libres ó en forma de botón. Los mucosos forman debajo ó en el espesor del *corión* una red provista de células nerviosas; las fibras que parten de esta red terminan por arborizaciones libren en las glándulas y en el epitelio.

HISTOLOGÍA

Tres túnicas constituyen el útero: *peritoneal*, *muscular* y *mucosa*.

La *túnica peritoneal* ó *perimetrium* pasa de la cara posterior de la vejiga á la anterior del útero, abordando á éste al nivel del istmo tapiza exactamente la cara antero-inferior, el fondo del órgano, la cara postero superior del cuerpo, la porción supra-vaginal posterior del cuello y desciende sobre la cara posterior de la vagina 15 ó 20 mil. Deja de recubrir por lo tanto la cara anterior, los bordes laterales del cuello y los laterales del útero. Sus relaciones son más íntimas al nivel del fondo donde es imposible su separación, tal es su adherencia entre la serosa y el parénquima. La hoja anterior y posterior unidas al nivel de los bordes laterales constituyen los ligamentos anchos.

La *túnica muscular*, *músculo uterino* ó *myometrium* está formada por células y fibras lisas sin ele-

mentos contráctiles. Son pequeñas (40 á 60 micro milímetros) se agrupan en pequeños haces separados por tabiques conjuntivos y su entremezclamiento es tal, que hace imposible su estudio fuera del estado de preñez en que aumentan á la vez en número y volumen.

Tres capas se describen: la *externa* formada por fibras longitudinales y transversales, las primeras forman un haz, el ansiforme de Helie, sus fibras primero transversales venidas de la parte lateral del útero se enderezan y se hacen ascendentes, en el fondo del útero algunas se dirigen hacia las trompas; otras al cruzar la línea mediana para ir al lado opuesto al que han nacido, constituyen las fibras llamadas en Z.

Las *transversales* situadas debajo de las anteriores recorren el órgano de un borde al otro horizontalmente, yendo de una cara á la otra siendo atravesada por vasos arteriales y venosos; hacia las partes laterales desaparecen en el espesor del ligamento ancho.

Capa media, es la más espesa de las tres. La forman un conjunto de haces de anchura variable, dirigidos y entrecruzados en todo sentido, es la *capa plexiforme* de algunos autores. Está caracterizada por los numerosos canales venosos contenidos en sus mallas que forman el *Stratum vasculare* de Kritzer.

Esta capa pertenece exclusivamente al cuerpo.

Capa interna, constituida por dos clases de fibras longitudinales con la base hacia arriba, extendida de una trompa á otra. Sus fibras primeramente transversas á semejanza de la capa externa adoptan la disposición en Z del mismo modo. También esta capa envía hacia las trompas prolongamientos.

Hay también un plano más externo que el anterior de fibras circulares que recorren ambas caras y que espesadas al nivel del cuello forman un anillo que algunos designan con el nombre de esfínter del istmo. Al nivel de los ángulos del órgano se disponen en una serie de anillos concéntricos los más pequeños rodeando el orificio interno de la trompa, los más grandes adosados á los del lado opuesto.

Estas dos clases de fibras de la capa interna se prolongan sobre el cuello, las longitudinales (más internas) forman dos haces medianos que levantan la mucosa determinando la formación de los árboles de la vida: las circulares forman una capa cubriendo toda la altura del cuello y constituyendo por sí sola la casi totalidad del hocico de *Tenca*.

Túnica mucosa ó *endometrium*.—Estudiaremos la del cuerpo y la del cuello.

La del cuerpo reviste toda la cavidad del órgano continuándose con la de las trompas y la del cuello, de color gris rosada, de milímetro y medio de es-

pesor en su parte más gruesa, de resistencia débil y su superficie interna está recubierta generalmente por mucus; se adhiere íntimamente á la capa muscular interna, *no hay submucosa.*

La forman un corión y un epitelio, glándulas y elementos vásculo-nerviosos. El epitelio es cilíndrico con cilias vibrátiles. El corión lo forma el tejido conjuntivo, con células planas, estrelladas, fusiformes de la misma naturaleza. Las glándulas son en tubo y reposan sobre la túnica muscular, atraviesan la mucosa perpendicularmente ó con ligera oblicuidad, el fondo ensanchado generalmente se muestra bi ó trifurcado, están tapizadas por células prismáticas con cilias vibrátiles.

La del cuello en el canal cervical es muy semejante á la del cuerpo, es más espesa y de mayor resistencia y presenta los árboles de la vida, cuya formación la hemos explicado. En su constitución entran células epitelíales, tejido inter-glandular y glándulas. Las diferenciaciones de estos elementos con los ya descriptos en el cuerpo son tan insignificantes que no merecen la atención de ser citados.

Al nivel del hocico de *Tenca* el epitelio es pavimentoso estratificado; hay entre los dos una zona de transición cuyo límite es variable en la niña, la vírgen y la multípara.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

Es un capítulo pobrísimo de este estudio. De la lectura de los innumerables casos que se conocen llega uno al convencimiento de que más deben ser los ignorados que los descriptos hasta la actualidad. Es que no conocemos aún un solo signo seguro que nos permita su sospecha; su existencia no imprime ningún sello especial á la mujer, así vemos que hasta en casos de úteros rudimentarios, con falta completa de vagina y de función menstrual, «ni la forma del cuerpo, ni el desenvolvimiento de los senos, ni la voz, ni los caracteres psíquicos se modifican». (Pozzi).

No conozco un solo caso en la literatura médica en que se halla llegado á un dignóstico anticipándose á todo proceso patológico, ó sin previa observación de alguna otra malformación de los órganos genitales externos que tan frecuentemente acompañan á las del útero. Perfectamente sorpor-

tables en la mujer núbil, permanecen ocultas aún para quien las lleva; la preñez y el parto, desarrollándose de un modo normal en tantísimos casos, prueban la poca influencia que tienen en la vida ordinaria.

La casualidad es el principal factor que interviene en el diagnóstico de las malformaciones.

Generalmente un error de diagnóstico que ha originado una intervención, ó la exploración de los órganos genitales externos hecha con otro objeto, ha permitido sospecharlas, y hasta diagnosticarlas con exactitud. Así vemos que son abundantes las observaciones en que se las ha encontrado, yéndose á buscar, un tumor del ligamento ancho, un hemato-salpix, un hemato-ovario, un embarazo extra uterino, ó previa una laparatomía exploradora por tumores sin especificar localización, ni naturaleza.

La coexistencia de malformaciones vulvares y vaginales, con las del útero; la imperforación del hímen, la atresia vaginal que generalmente la acompaña, la vagina doble, etc., etc.; los hematocolpos, las hematometrias y los hemato-salpinx que originan; lo difícil del coito, el dolor al efectuarlo, ó la imposibilidad de hacerlo, traen la enferma al facultativo quien puede entonces relacionarlos á su verdadera causa.

Las reglas, dejando de lado los casos de úteros rudimentarios, sumamente raros, en que general-

mente faltan, no constituyen un medio seguro de poder diagnosticar los anomalías. Se han visto casos de sobrevenir dos veces por mes; reglas abundantes alternando con otras poco copiosas. Gratelet en su tesis cita un cierto número de observaciones en que eran tardías, irregulares y sumamente abundantes.

Es cierto que esta función fisiológica se trastorna muchas veces, generalmente, antes de su aparición, ya se hace sentir por dolores agudos y continuos que se continúan todo el tiempo que ella dura; casos se han observado de fuertes menorrágias y metrorragias con el mismo carácter (Croisier, Revista de Gin. y de Cir. Abd, Paris, Stbre., 1905), (Foisy, id., id., Marzo), (Duyon, id., id., Noviembre 1907), de formación de hematometros en mujeres que reglaban con alguna irregularidad es cierto, pero la confirmación de una sospecha se obtuvo después de la intervención quirúrgica en busca de otra cosa.

No hay por cierto manera ni porqué establecer una ley general sobre esto, tal es la variedad en las reglas; á más la función menstrual está bajo la dependencia de tantas y tan variadas influencias personales que su alteración no nos hace sospechar la existencia de una anomalía, pues generalmente, sino van acompañadas de otros fenómenos más graves son perfectamente soportables por las enferma s

Solo en caso de embarazo confirmado y persistencia de la menstruación, tiene ésta un valor absoluto para el diagnóstico de un útero doble. (Henderson Glasgow Med. Journ, Abril 1883, tomo XIX).

Poseemos ciertos medios de exploración que siempre que nos sean permitidos, con su empleo podemos llegar á un diagnóstico seguro en la mayoría de las veces.

Así la palpación simple ó combinada, vaginal ó rectal en la posición dorso sacra, declive ó semideclive, nos servirá para el primero, para el quinto y sexto grupo.

Para el segundo y tercero á más de este medio recurriremos:

1.º A la exploración con estiletes ó histerómetros, notando al hacerla si producimos ó no el contacto de sus extremidades internas.

2.º A la inyección de líquidos separadamente ó simultáneamente por ambos orificios (vaginales ó del cuello) observando si su salida se efectúa por el mismo sitio de su introducción.

El cateterismo vesical y el tacto hipogástrico pueden servir.

Para el cuarto nos será suficiente con el examen visual ayudados por el cateterismo.

MALFORMACIONES UTERINAS Y EMBARAZO

Estudiaremos separadamente los puntos siguientes:

La fecundación, el desarrollo de la preñez, los trastornos que pueden originarse, el diagnóstico y su importancia, el parto y el puerperio.

La fecundación tiene lugar como en los casos normales; hay necesidad de pensar en movimientos migratorios del óvulo para poder explicar hechos como el descrito por Lewers (obst. Society of. London, Mars 1905) preñez en un útero rudimentario ovario correspondiente sin cuerpos amarillos. Ciertas características quedan explicadas teniendo en cuenta la clase de malformación, y la existencia de vagina doble que generalmente se ve.

En lo que va á seguir nos referimos á los úteros dobles de cualquier clase que sean; no haciendo diferenciación entre didelfos, bicornes unicervicales y bicornes propiamente dichos.

Puede la fecundación hacerse siempre en el mismo útero, ó indiferentemente en cualquiera de ellos; en ambos á la vez y en períodos de tiempos distintos. Cuando la vagina es simple, el hecho no requiere aclaración, siendo doble es preciso admitir ó bien que el coito pueda efectuarse indiferentemente por cualquiera, ó que exista una comunicación interna entre ambas ó sea doble solamente en su parte inferior.

La fecundación puede efectuarse para cada útero en épocas distintas dando por resultado una preñez doble, con fetos de edad diferente. Tal es el caso de Sotschwha (Gaceta de Med. de Moscou 1878, número 25). Una mujer con dos úteros y dos vaginas expulsa un embrión de un mes poco más ó menos y tres días más tarde otro que tenía tres meses. Fürst ha relacionado según Schultze y París, dos casos de útero y vagina dobles, con preñez doble; en estos dos casos los gemelos fueron expulsados con muchos meses de intervalo (Tarnier).

Observaciones existen como la de Gontermann, en que la preñez ha parecido efectuarse alternativamente en cada uno de los cuernos, (Berlín Klinc-Woch 1879) con la particularidad de que todas las preñeces del cuerno derecho en número de nueve han dado lugar á abortos, salvo una en que el niño nació á los siete meses; las tres preñeces del cuerno izquierdo llegaron á término. (Charpentier traité

practique des accouchements). Pruvost, cita el caso de una mujer que ha tenido cinco preñeces sucesivas alternando, una en el derecho, la siguiente en el izquierdo y así sucesivamente (Lucien Beasse, Tesis, París 1903.

No solo el embarazo es posible sino que la repetición de éstos es generalmente lo que se observa. Son innumerables las observaciones que lo comprueban; en casi todas las conocidas se trata de mujeres paridas á término repetidas veces y sin inconveniente alguno. En las maternidades donde las mujeres son mejor examinadas, han sido descubiertas estas anomalías recién en la segunda preñez, (Jour. Amer. Med. Assoc, Agosto 1890); de Reamy, cita una mujer en la cual su útero doble se reconoció recién en el cuarto embarazo. (Transaet Obst. Soc. Cincinnati, Febrero 1891). Tarnier nos habla de una mujer con útero doble habiendo tenido seis preñeces sucesivas; en mi caso sucede idéntica cosa. Y por su número alto citaré la observación de Bayard, catorce fecundaciones seguidas de otros tantos abortos. (Charpentier, Traité de accouchements).

Como se ve entre úteros dobles y preñeces sucesivas no hay incompatiblidad alguna.

La preñez gemelar es rara. Por mi parte no he podido recojer ninguna nueva observación. En la tesis Beasse, (1903) se describen los tres únicos casos habidos en espacio de diez años y cuya des-

cripción inserto aquí por creerla de interés. El de Tarnier 1894; el de Maire de Vichy; presentado á la Soc. Obs. de París en 1902: ambos terminaron por abortos, el primero á los $4\,^1/_2$ meses; el segundo á los cinco meses, expulsando un huevo contenido en un útero que primero se tomó per un fibroma; ella prolonga hasta término su segunda preñez y tiene un niño vivo. El último es el de Treub; se trata de una mujer de 34 años, que se cree preñada de $4\,^1/_2$ meses; para abortar hácese inyecciones vaginales de agua caliente. Ocho días después siente dolores vagos y pérdida de un poco de sangre.

Al examen, á derecha é izquierda de la línea mediana dos tumores blandos ligados hacia abajo por una ancha banda de tejido; el izquierdo remontando cuatro traveses de dedo más arriba que el derecho. Sensación de peloteo percibido en cada una de las masas.

Dos vaginas conteniendo cada una un cuello; el derecho es aquel de una nulípara y permeable para un dedo; el izquierdo es cerrado y desgarrado.

Principió el trabajo el 13 de Marzo al medio día. La bolsa de las aguas es ya rota. El útero izguierdo va hasta el reborde costal, el derecho queda á dos traveses de dedo.

Doble presentación de vértice; el feto derecho muy encajado, el izquierdo todavía en el estrecho superior; cuello derecho dilatado 3 ó 4 centímetros, cuello izquierdo innacesible.

Contracciones irregulares haciéndose tanto en uno tanto en los dos útero. Las del derecho se traducían por dolores en los riñones, aquéllos del izquierdo, por dolores en el bajo vientre. Trabajo lento. El 17 el cuadro de los latidos fetales se modifica, forceps. Extracción de un niño de 2030 gramos. Alumbramiento por el método de Credé. El útero izquierdo presenta una dilatación de 2 á 3 centímetros. La bolsa está intacta, los dolores van desapareciendo y el segundo parto se hace todavía esperar. (Soc. Obs. de Francia, sesión del 3 de Abril de 1902).

La preñez doble cuando tiene lugar aloja cada feto en un compartimento distinto ó ambos están juntos, permaneciendo el otro cuerno vacío.

La preñez simple se efectúa ó bien en el mismo útero, ó ya alternativamente en el uno ó en el otro, como ya se dijo. Que la fecundación debe hacerse generalmente en el mismo sitio parece ponerlo de manifiesto el hecho de que en su inmensa mayoría las observaciones de anormalidades en la preñez que han motivado la intervención del cirujano sobrevinieron en mujeres cuyos embarazos anteriores se hicieron con toda felicidad.

Dejando aparte los casos de preñez en cuernos rudimentarios que generalmente acompañan á los unicornes y cuya evolución y accidentes en nada se diferencian del de los embarazos extrauterinos.

¿No podríamos atribuir estos accidentes á la localización del embarazo en un cuerno que hasta entonces era vírgen? ¿No parece atestiguarlo así, la observación de Paul Mantel de los Anal. de Gin. y Obst. de París 1907, correspondiente al mes de Febrero, donde vemos una mujer que en sus cuatro embarazos anteriores y sus correspondientes partos no ha tenido perturbación alguna y que recién en su 5.ª preñez, no solo siente dolores, sino que ve su vientre desemvolverse de un modo distinto?

Por lo expuesto concluiremos en que la fecundación hecha, el embarazo es posible y el parto á término observado en el mayor número de los casos. ¿Aceptaremos con Pruvost una preñez habitualmente simple, normal, que hace pasar desapercibida la deformación, ó con Beasse que teme la exageración de esta opinión, y hace observar que son pocos los casos en que habiendo habido preñeces sucesivas en alguna de ellas no se notara cualquier alteración? Por mi parte al principio de mi trabajo manifesté que la existencia de las anomalías uterinas en su mayor parte pasan inadvertidas, y que más, muchas más, deben ser las ignoradas que las conocidas en la actualidad. Precisamente, hacia esa observación basándome en lo poco constantes que son los transtornos á que dan lugar, y que si estos existen, cuando tal sucede, es á ellos que debemos el descubrimiento de aquéllas.

Pasemos revista ahora á estos trastornos.

Conocemos el caso de Henderson de persistencia de las reglas, y todo el valor que hay que atribuirle para el dianóstico del útero duplex. Su rareza lo hace despreciable, como también no tienen valor ni el edema de los miembros inferiores, ni los vómitos sin albuminuria que Gratolet hace especiales á esta clase de deformidades.

Las hemorragias en el curso de la preñez son más graves y de mayor frecuencia. La inserción viciosa de la placenta al nivel de la parte inferior ó en el tabique, lugares en que las fibras lisas poco abundan, es su causa, y su repetición y abundancia, pueden dar motivos á casos graves, siendo el aborto y el parto prematuro su consecuencia más general.

Estas hemorragias no son fatalmente nocivas para el desarrollo de la preñez. Se ha visto llegar á término á pesar de ellas, explicándose este hecho, por la persistencia de las reglas que perdieron su regularidad. Pruvost cita el caso de una mujer que perdía sangre irregularmente, y que sin embargo parió un chico vivo y á término; y en los Anal. de Gin. y Obst. de París 1906 Julio. G. Bouffe de Saint Blaise y A. Couvelaire describen un caso que consideran único, en la literatura médica; una mujer que á los cinco meses y medio expulsa una caduca de un útero y continúa en el otro el embarazo hasta

el término. Esta mujer á los cinco meses sin causa aparente tiene dolores y abundantes pérdidas sangníneas. Sometida á tratamiento no puede evitarse que á los diez días hubiera una especie de trabajo que diera por resultado la expulsión de una caduca como lo comprobó el examen microscópico. Lo curioso é interesante de esta observación dicen ellos, es su rareza y que un medio útero entre en trabajo y expulse una caduca, trabajo acompañado de contracciones dolorosas y pérdidas de sangre, etc., etc., y esto, sin que el otro medio útero grávido reaccionara de alguna manera. En efecto, en el momento de los dolores localizados á la izquierda no se perciba ninguna contracción en el útero derecho».

El aborto, es la consecuencia más general de las anomalias; los casos en que se produce son abundantísimos y ya en el curso de este trabajo hemos tenido ocasión de citar ejemplos. Por no entrar en repeticiones no serán citados nuevamente, como tampoco vemos la necesidad de mencionar otros; bástenos saber que en algunas mujeres es lo general y en otras un accidente que puede sobrevenir sin causa que lo justifique, siendo tan difícil asegurar su producción, como explicarlo una vez producido.

DIAGNÓSTICO

El embarazo es causa frecuente de que las anomalías puedan diagnosticarse, ó que se piense en su existencia. Casos hay como veremos más adelante en que ni aún entonces pueden ser descubiertas.

Los hechos más salientes en la sintomatalogía son los siguientes: la forma y la localización del útero grávido, las modificaciones que la preñez imprime al vacío.

En efecto la mitad del órgano que no encierra el feto participa de las modificaciones generales que la preñez ocasiona á la otra mitad: su pared se hipertrofia, su mucosa también y se forma una caduca. El vientre presenta entonces un desenvolvimiento desigual, la mitad vacía queda siempre mucho menos voluminosa que la otra, sin embargo, esta apariencia desigual y bilobada no existe siempre.

La forma del útero grávido deja de ser globular

se le encuentra alargado, tubular, ligeramente arqueado (unícornes) su colocación está por fuera de la línea media á un lado ú otro y en algunos casos como el de Pruvost ya citado, en unos embarazos se le veía á la derecha y en otros á la izquierda.

Los mismos métodos de que antes habláramos nos servirán para el examen de la mujer embarazada. Desterraremos por completo el cateterismo del cuello que en ningún caso nos permitiremos emplear.

La palpación abdominal, por sí sola, muchas veces nos alcanzará para constatar la forma especial del útero y su colocación; el tabique en los didelfos, la escotadura ó separación de los cuernos en los bicornes. Frecuentemente al lado del útero grávido constataremos un tumor más pequeño, correspondiente al vacío. Esto obtendríamos en los casos más favorables pero generalmente es insuficiente y debemos ayudarnos con el tacto rectal ó vaginal.

Si la vagina es doble se caerá sobre dos cuellos, el uno correspondiente al útero grávido, el otro al vacío; esto es al menos lo que pasa en los bicornes propiamente dichos, en los unicervicales se concibe que el error sea más fácil, y más aún si la vagina es simple. El útero bilocular aún es más difícil de diagnosticar, la preñez lo hace globuloso y nada hace sospechar su constitución. Budin cita el caso en que al hacer una cesárea el operador ignoran-

do la malformación cayó en la cavidad del útero vacío.

Se ve cuán dificultoso puede ser el diagnóstico. El tacto en caso de vagina doble practicado siempre por la misma es un motivo más de error si aquella corresponde al cuerno vacío. Además, la colocación de este cuerno no es siempre lateral movimientos de torsión pueden llevar al grávido hacia adelante quedando aquél en un plano posterior.

Cuando esto sucede es casi imposible el descubrirlo.

Según Kussmaul, «cuando se encuentran en una mujer preñada dos vaginas, dos cuellos y una marcada inclinación lateral del útero hay fuertes presunciones en favor de un útero doble».

Ahora bien ¿tiene para nosotros mucha importancia el descubrimiento de la anomalía uterina en la mujer embarazada? nada diremos de las preñeces en los cuernos rudimentarios, en los que la intervención quirúrgica se impone y que son por otra parte generalmente tomados por preñeces extauterinas; en los demás su valor es nulo y nuestra actuación frente á un caso semejante muy insignificante: nos concretaremos á exigir de la mujer, mayor rigurosidad en el régimen á que sometemos á todas las embarazadas en general, tanto más cuanto más cercano esté el término de la preñez.

PARTOS

El embarazo como dijimos antes por la forma especial y por la localización del útero puede muchas veces descubrir una anomalía ó hacer que pensemos en ella.

El principio del trabajo nos proporciona á menudo importantes elementos de diagnóstico; nos ocuparemos de ello primeramente antes de entrar á tratar la distocia del parto tan frecuente y tan variable, nuestro principal ayudante en el descubrimiento de las anomalías.

En el útero bilocular en el momento de las contracciones puede sentirse más acusada la presencia de un surco en el globo uterino Kemarski relaciona en 1885 á la Sociedad Médica de San Petersburgo el siguiente caso: una mujer preñada en la mitad izquierda de un útero bilocular. Durante los dolores se percibía claramente la presencia de un surco yendo de la parte superior derecha á la inferior izquierda, este surco dividía el útero en dos partes, la izquierda siendo mucho más voluminosa que la derecha. En los bicornes y especialmente en los didelfos pueden sentirse al lado de las contracciones del útero grávido las del cuerno vacío. En una enferma del Dr. Pruvost se sentía en cada dolor un pequeño tumor ovoide, á gran eje, oblicuo de abajo arriba y de izquierda á derecha venir á

hacer salida arriba del estrecho superior endurecerse y tenderse como el resto, se trataba de una preñez izquierda en un útero didelfo». Schatz hace notar que durante el parto, el cuerno grávido muy voluminoso tiene una forma en huso, mientras que el otro mucho más pequeño sufre un movimiento de elevación análogo á la ascención de los tumores fibrosos, haciendo salida arriba del estrecho superior y hacerse así accesible á la palpación.

Estos movimientos de ascenso del útero vacío deben siempre ser tenidos en cuenta. Casos hay en que siendo dos los cuellos, solo uno no es permitido tocar por el lado vaginal.

Al hacer el tacto vaginal tendremos la precaución de observar si hay ó no una vagina doble para utilizar ambas en la exploración. Lo contrario suele dar lugar á errores de diagnóstico. Kuissonauls, narra el hecho de dos observadores de los que el uno afirmaba que una mujer estaba en trabajo mientras que el otro lo negaba terminantemente. Cada uno de ellos había practicado el tacto por una vagina diferente. En otro, bien que la mujer tuviera síntomas de trabajo, dos médicos buscaban en vano modificaciones del cuello, sin encontrarlas. Ellos practicaban el tacto por la vagina correspondiente al útero vacío. (J. W. Taylor). Reynes, (Tesis de Beausse), dice que en un caso de útero y vagina dobles, la partera anuncia una dilatación completa, el niño

estaba en O. I. G. A., ella juraba haber sentido los cabellos. Reynés toca en la otra vagina, constata la cabeza flexionada pero sus dedos quedan separados de ella por un tabique muy grueso. Llega con trabajo á sentir el cuello pequeño, ablandado, cerrado».

Las causas de distocia son numerosas he aquí las principales que tenemos:

Viciaciones pelvianas, pelvis estrechas que muy frecuentemente se observan en los casos de malformaciones uterinas. *La brida peritoneal* que acompaña generalmente á los úteros bicornes, el descenso del útero no grávido que obstruyendo una parte de la pelvis estrecha por consecuencia la excavación. Acomodación del feto al gran eje de un útero que en lugar de ser longitudinal se ha hecho transversal, esto es al menos para los úteros bicornes con un solo cuello. Inserción viciosa de la placenta en el segmento inferior ó en el tabique.

La presentación es de lo más á menudo anormal.

Los de hombro son frecuentes. Schatz, sobre 23 casos señala 10 transversos en los bicornes cuyas cavidades comunicaban anchamente. Polaillón, en una observación ha atribuido una implantación viciosa de la placenta sobre el cuello y una presentación de hombro á la forma del útero que era cordiforme con espolón saliente en el fondo de su cavidad.

Estas presentaciones de tronco son graves tanto más cuanto la versión por maniobras externas es muy difícil y hasta imposible por la disposición misma del útero.

Las presentaciones de nalga son frecuentes y lo mismo puede decirse de O. I. D. P.

La ruptura prematura de las membranas es un hecho frecuentemente observado cualquiera que sea la presentación.

La inserción viciosa de la placenta es la culpable de las hemorragias casi siempre tan graves por su abundancia y repetición. Motivos de hemorragias son también las rupturas del tabique ya al nivel del cuello ó de la vagina; éstas carecen de interés pues son en general insignificantes.

El tabique constituye un motivo serio de distocia. «Si bien á veces se distiende ó dejándose rechazar, permite el pasaje del feto, otras veces la cabeza de éste no pudiendo penetrar en la excavación por la estrechez del segmento inferior de este semiútero puede quedar arriba del área del estrecho superior, ó bien el polo fetal puede dirigirse oblicuamente y no verticalmente y apoyándose sobre el tabique mediano deprimirlo y obligarlo á hacer salida al nivel del otro orificio, haciendo así indirectamente remontar el orificio del útero grávido». (Tarnier)

Lo más general es que se rompa. Se le ha visto

tan resistente que el periné ha cedido antes que él. Tomo de la tesis de Beasse observaciones que lo atestiguan.

Entre los accidentes graves hay que citar la ruptura uterina Wepane ha publicado un caso y Bar y Secheyron han observado la ruptura de un útero bífido. Es raro sino tenemos en cuenta los que sobrevienen en los cuernos rudimentarios de que antes habláramos y que se producen á los cuatro ó seis meses de la preñez. La causa de su producción reside en las presentaciones viciosas, en la lentitud del trabajo, en las contracciones irregulares, en el obstáculo al descenso opuesto ya por una brida ó por el tabique. etc.

Son estas también las causas que requieren la intervención del partero para terminar el parto ya seccionando el tabique vaginal, haciendo una aplicación de forceps, una versión ó mismo una embriotomía, ó levantando el útero vacío que obstruye la cavidad. Sobre una estadística de quince casos de malformaciones de úteros observadas en la Maternidad de San Petersburgo, Grinew hizo seis intervenciones, tres forceps, dos extracciones de nalgas, y una craniotomía. Borniski, se ha visto obligado á hacer una céfalotripsia en un caso en que no pudo rechazar el útero vacío.

ALUMBRAMIENTO

Todo lo que va á imprimir algún sello particular á este acto, ha sido ya anteriormente tratado. Ya se ha dicho que la inserción viciosa de la placenta en el tercio inferior ó en el tabique, producía hemorragias y era la causa principal de los abortos y partos prematuros. Es ella también la que en el alumbramiento ocasiona estas hemorragias que suelen ser tan graves.

Otro hecho que caracteriza el alumbramiento en los úteros dobles: la formación de una caduca en el cuerpo vacío. Si bien no es un hecho constante él es frecuentemente visto. Cuando existe su expulsión se hace en el momento en que la placenta sale, pero también suele retardarse dos, tres, seis y más días. Vuelvo á mencionar aquí la observación de Bouffe de Saint Blaise y Couvelaire ya descripta, en que la caduca se expulsó varios meses antes del parto acompañada de dolores y hemorragias que simulaban un trabajo verdadero. Es un caso hasta hoy único.

En el mejor de los casos el alumbramiento se hace con toda felicidad; sin embargo no es lo común y debemos estar prevenidos contra las retenciones de las membranas ó de la caduca del cuerpo vacío que generalmente tienen lugar.

El alumbramiento artificial es una intervención corrientemente practicada.

PUERPERIO

Las intervenciones á las cuales es menester recurrir tanto en las diversas variedades de malformaciones, nos explican porqué el puerperio es tan pródigo en fenómenos patológicos. Las causas de infección son numerosas no solo por lo anterior, sino que á más, se agregan la retención de la caduca en el cuerpo vacío y de restos de membranas al nivel de las múltiples anfractuosidades que posee el tabique. Por eso Pinard aconseja el alumbramiento artificial y dice que «no es menester jamás confiar el alumbramiento á la naturaleza».

Sobre los quince casos citados por Grinew, ocho mujeres se enfermaron después del parto, y otras cinco sucumbieron.

La conducta nuestra á seguir, es la siguiente: en las intervenciones emplearemos la mayor asepsia posible, haciéndolas seguir de abundantes irrigaciones de un líquido antiséptico caliente.

La aparición de hemorragias y loquios fétidos en los días siguientes con más ó menos temperatura nos obligarán á hacer una exploración manual de la cavidad si se sospechara la existencia de restos de membranas, ó un raspado uterino seguido de lavajes.

Budin dice «que esta intervención debe hacerse cuando á pesar de los lavajes intrauterinos los lo-

quios quedan aún fétidos al cabo de tres días, el útero doloroso, la temperatura más ó menos elevada arriba de la normal. Aún si la temperatura es de 37.° esta intervención está justificada todas las veces que hay algo anormal en el útero».

HISTORIAS CLINICAS

HOSPITAL RAWSON.—SERVICIO DE LA SALA XII

N. N., mujer de 26 años de edad, argentina, natural de Corrientes. Sus antecedentes son sin importancia, los padres viven y son sanos; tiene varios hermanos sanos sambién.

Mujer de temperamento esencialmente histérico. A los 14 años regló por vez primera y la impresión que este acto fisiológico le ocasionó, se tradujo por la supresión de las reglas durante tres meses al cabo de los cuales le volvieron sin dolor, como la vez primera, manteniéndose normales hasta su primer preñez.

Tres días después de haber menstruado se casó, teniendo 18 años de edad; al cumplir el primer mes de casada tuvo nuevamente la regla, suspendiéndosele definitivamente. A los ocho meses 20 días dió á luz su primer hijo, (mujer), el parto fué feliz, pero desde entonces las reglas volvieron dolorosas, tuvo metrorrágias hasta tres por mes. Ha tenido cinco

hijos más, en el segundo hubo retención de placenta durante seis horas; después del último parto, (hace seis meses) ha menstruado tres veces, la última en el servicio.

Su enfermedad actual aparece con su último hijo; desde esta época comenzó á sentir en la fosa ilíaca derecha á la altura del ovario un tumor duro y resistente, doloroso á la presión, sin irradiaciones. Como este tumor le molestara mucho, consultó á un distinguido médico de Corrientes quien le diagnosticó un tumor del ovario, aconsejándole su internado en un hospital á fin de ser operada.

Tal hizo la enferma, ingresando al servicio de Ginecología de este hospital el día 11 de Agosto, (1906).

En el examen hecho de la enferma se constató la presencia de un tumor, duro, alargado, de consistencia fibromatosa, liso, movible, pero cuya localización y naturaleza era difícil hacer. La palpación combinada indicaba los fondos de sacos lateral derecho y posterior ocupados por el tumor que la mano abdominal palpaba y hacía desplazar. No era doloroso.

El útero desplazado en sentido contrario, mirando el cuello hacia la izquierda y arriba; el cuerpo no se palpaba.

Con estos datos clínicos y con diagnóstico de tumor sin especificar origen ni localización el doctor

Reibel, médico agregado á cargo del servicio decide operar la enferma, hecho que se lleva á cabo el 22. Bajo el sueño clorofórmico hace la laparotomía medio suprapubiana. Abierto el peritoneo se constata la presencia de dos úteros, uno á la derecha, más voluminoso que era el que daba la sensación de tumor y otro más pequeño á la izquierda, vírgen, unidos los dos por un cuello común y teniendo cada uno un cuerno con su trompa y ovario correspondiente.

El ovario izquierdo escleroquístico.

Se hace resección cunciforme, procediéndose á cerrar la cavidad peritoneal por sutura en dos planos, comprendiendo el primero el peritoneo y el segundo, músculos y piel. Cicatrización por primera.

La histerometría da las siguientes cifras:

Para el útero derecho ocho centímetros, para el izquierdo seis y medio; el cuello mide tres centímetros, estando en el medio de la luz de su canal la unión de los cuerpos traducida por un espolón.

La enferma abandona el hospital el 6 de Septiembre, sugestionada por la creencia que en la operación se le había extirpado un tumor.

Se sentía bien, los dolores habían desaparecido volviendo otra vez á dominar en ella la vida normal.

Sus reglas reaparecieron nuevamente á los tres

meses de la operación sin molestias de ninguna especie, abundantes y de cuatro días de duración. Continuó en este estado de salud perfecta hasta que á mediados de Febrero de 1907 siente un fuerte dolor en el bajo vientre muy acentuado hacia el lado derecho, que comienza durante el período menstrual desapareciendo por cortos intervalos cada vez menores.

Ingresa nuevamente al hospital.

Examinada se nota por el tacto combinado: fondo de saco lateral izquierdo indoloro, no se alcanza á tocar ni la trompa, ni el ovario, (lado en que se hizo la primera intervención); en el fondo de saco derecho donde se queja actualmente de grandes dolores se palpa una gran tumefacción que comprende el fondo de saco lateral, formando un solo tumor. La trompa y el ovario muy dolorosos á la presión.

Por la violencia de su aparición la forma del tumor y sus antecedentes se diagnostica hematosalpinx. Se le instituye como tratamiento reposo en cama, opio, hielo al vientre, óvulos de ictiol. Pasado el período agudo y calmados los dolores, se resuelve una nueva intervención (laparatomía que se practica el 14 de Abril. Salpingo ovariectomia D, colpotomia posterior, drenaje vaginal).

Alta el 7 de Marzo en perfectas condiciones.

Se encontró la trompa y el ovario muy aumentados de volumen, llenos de coágulos sanguíneos.

Acompaña un esquema del caso en cuestión.

Esta historia fué levantada en colaboración con mi distinguido amigo el Dr. Leónidas Jorge Facio practicante mayor del servicio en ese entonces.

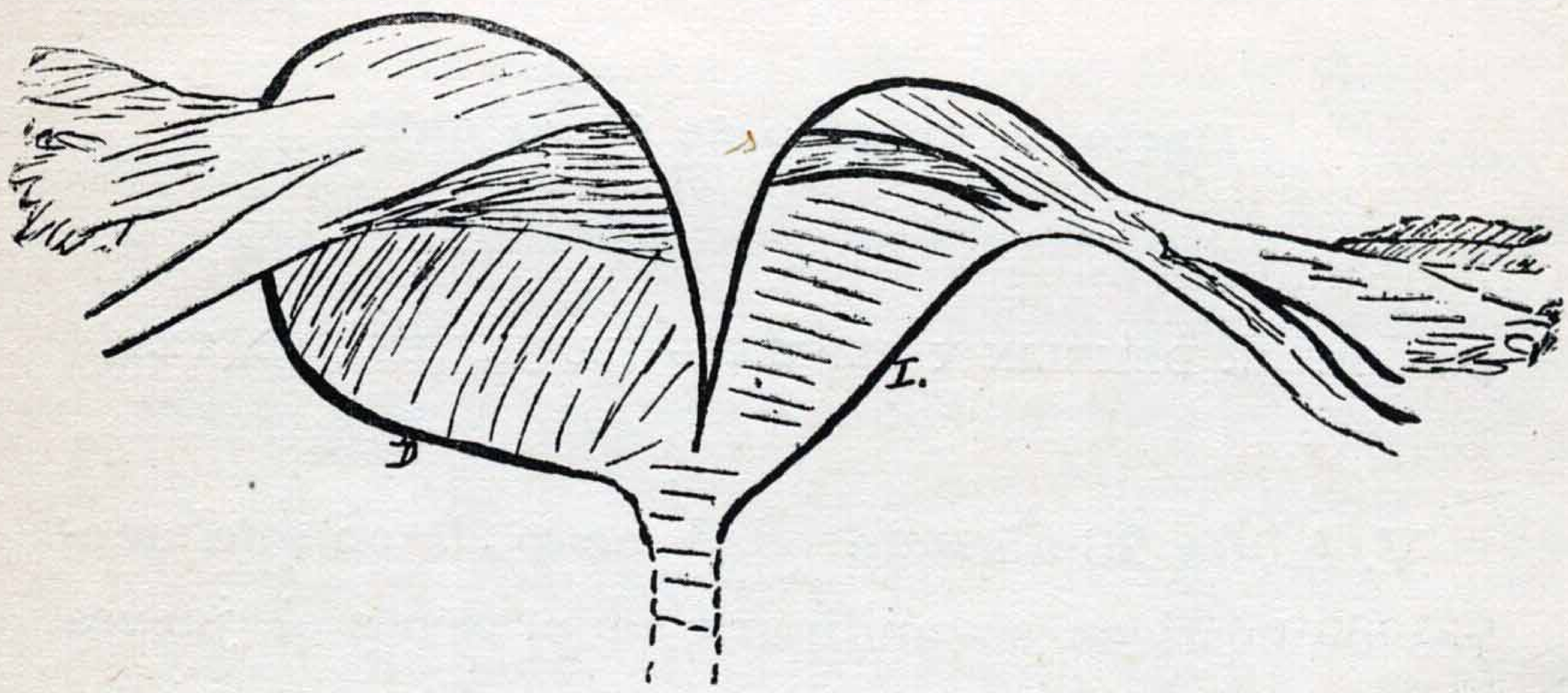


FIG. VI

Parto en un caso de útero doble

POR M. M. DEMELIN Y PERRET.—(LUCIEN BEASSE, TESIS)

V. A., de 23 años de edad, ocupada en quehaceres domésticos, secundípara; se presenta el jueves 6 de Febrero al consultorio de mujeres en cinta. El ayudante de guardia habiendo constatado una presentación de hombro la admite inmediatamente.

Examinándola la partera, encuentra por al tacto un tumor obstruyendo parcialmente la pelvis y ocupando el fondo de saco posterior. M. Demelin observa la enferma; al examen encuentra una brida vaginal espesa anteroposterior que el dedo puede enganchar y sacar fuera de la vulva, es el primer indicio que invita á buscar la duplidad uterina. El cuello está abierto, tiene un orificio externo que es único; introduciendo el dedo lo más alto posible se llega á lo lejos sobre el orificio interno y las mem-

branas y es esto todo lo que da el tacto practicado con el índice derecho.

Haciendo el tacto con la otra mano y metiendo el índice en el cuello la pulpa del dedo percibe á dos centímetros más ó menos por debajo del orificio interno un agujero que admite apenas la extremidad del índice pareciendo abierto á la izquierda de la mujer y un poco por detrás. En el fondo del saco posterior existe un tumor redondo regular, grueso como una mandarina, fácilmente reductible por encima del estrecho superior como un útero en retroversión que se volviera á poner en buenas posiciones. Es en efecto un útero vacío, ligeramente aumentado de volumen por la preñez de su congenere y basculado hacia atrás por retroflexión.

No hay en este momento más que un solo orificio externo: el trayecto cervical es en Y y no es más que bajo la influencia del trabajo que el cuello ha podido aparecer netamente dividido en dos. Antes del parto hubiera sido necesario penetrar bastante arriba por encima del orificio externo para encontrar la abertura conduciendo al útero vacío retroflexionado. Este útero vacío es aquel del costado izquierdo.

Se trata pues de un útero duplex; los dos cuerpos estando separados pero desembocando en un solo cuello.

Al otro día la mujer comenzó á sentir los prime-

ros dolores á las 9 a. m. Se la transporta inmediatamente á la sala de trabajos donde es examinada por eljefe de clínica M· Perrét.

Los antecedentes hereditarios no dicen nada. Su padre murió por una flexión de pecho á los 44 años; la madre de 49 años goza de buena salud, cuatro hermanas y tres hermanos sanos.

La parturienta nos dice que ella es gemela y que su hermana ha muerto á los tres meses, no da ningún otro dato sobre esta muerte. En cuanto á ella ha sido criada con pecho, empezó á caminar á los 11 meses, recuerda haber tenido sarampión en la infancia, se resfria con frecuencia en los inviernos.

Sus antecedentes genitales nos dicen que sus primeras reglas aparecieron á los 14 años de una manera irregular al principio pero á los 15 años comenzó á regularizar su período menstrual.

Reglas siempre abundantes sin dolores, nos dice que una que otra vez tuvo algunas pérdidas blancas.

Los antecedentes obstetricales nos revelan una primera preñez que tuvo lugar hace más ó menos un año. Esta preñez no ha presentado ningún accidente serio durante todo su período. Aparte de vómitos tenaces que duraron cinco semanas ella gozó de buena salud. Esta preñez llegó á término pero después de cuatro dias de penoso trabajo expulsó un feto muerto, probablemente durante el trabajo.

La preñez actual llega apenas al octavo mes. La mujer hace remontar la preñez á los primeros días del mes de Junio. Ella vió sin embargo aparecer sus reglas durante tres meses después del principio de su preñez lo que se explica fácilmente por la presencia de un segundo útero pegado al útero grávido. Ella no ha tenido vómitos tan tenaces como la primera vez, no hay edema y sus orinas son normales.

Si se examina esta mujer se recojen los detalles siguientes: No hay estigmas acusados de raquitismo; cuerpo bien conformado, miembros inferiores rectos. La separación de las dos espinas ilíacas antero-superiores es de 23 $^1/_2$ cets. No hay desviación de la vulva. Hay que notar sin embargo una brida bastante espesa dirigida en el sentido anteroposterior y remontando un centímetro y medio más ó menos en la vagina. Vientre voluminoso extendido transversalmente.

Si se palpa, se puede sentir fácilmente en el intervalo de las contracciones una masa fetal dura, regular, ovoidea, ocupando la fosa ilíaca derecha; del costado opuesto, el otro polo fetal es más elevado en el hipocondrio izquierdo pero la masa es irregular, menos dura y carnosa. Entre estos dos polos se puede sentir los pequeños miembros fetales. La presentación es en hombro derecho, en posición ilíaca derecha, el dorso hacia atrás.

Si se practica el tacto se reconoce luego en la vulva una brida espesa tendida en el sentido vertical; más profundamente se siente una bolsa de las aguas muy saliente que se puede mismo percibir separando los pequenos labios.

A más á la izquierda y atrás se constata la presencia de un segundo cuello en la cavidad del cual se puede hacer penetrar un dedo pero sin entrar muy arriba. En fin se nota que la pelvis es ligeramente estrechada en el sentido antero posterior, el promontorio sacro es accesible.

La dilatación es completa á las doce y media; una bolsa de las aguas muy voluminosa llena toda la vagina.

Se trata de intervenir rápidamente, las contracciones hácense de más en más frecuentes. Perret, decide pues, practicar una versión por maniobras internas. La auscultación del corazón fetal hecha cada cinco minutos da buenos datos de la vitalidad del feto.

Después de una toilette vaginal minuciosa se cloroforma la enferma, se rompe la bolsa, se escapa líquido amniótico bruscamente y en gran cantidad. El segundo útero que está á la izquierda es rechazado hacia arriba y la mano se introduce en la cavidad uterina que hace versión y se extrae un chico que nace algo *etonné*, que rápidamente grita bajo la influencia de fricciones enérgicas.

El alumbramiento tuvo lugar algunos minutos después, se hizo espontáneamente.

El útero retraído vuelve sobre sí mismo. Es entonces cuando se puede constatar la presencia de dos globos uterinos separados por un surco bastante profundo. El globo uterino de donde ha salido el feto está lateralmente colocado á la derecha de la linea media y su masa no roza esta línea más que por su borde izquierdo. El otro útero es palpable á la izquierda y un poco hacia atrás. Practicando el tacto de nuevo, se constata de una manera mucho menos precisa que antes del parto los dos cuellos igualmente blandos, los dos también permeables á tal punto que introducidos dos dedos paralelamente pueden penetrar al fondo en cada cavidad uterina.

Después de la expulsión de los coágulos se da una inyección yodada de tres gramos por litro, una en cada útero.

Se hace toilette de la enferma y todo marcha bien.

A los cuatro días después del parto el útero del lado derecho se ha retraído, el del lado izquierdo no es casi perceptible y al tacto no se siente más que el orificio externo único.

Madre y niño cotinúan bien.

OB. VIII.—(TESIS DE BEASSE), RESUMIDA

Utero doble.—Preñez en cada útero.—Aborto en uno de ellos.—Parto prematuro en el otro

POR M. LEÓN MAIRE (DE VICHY)

Se trata de una primípara de 35 años que me vino á ver en Vichy, en Agosto de 1899 con un retardo de un mes. Era casada por segunda vez como así mismo su marido, ni uno ni otro tuvieron hijos en el primer matrimonio.

Al examen yo encuento una vulva normal presentando sin embargo una depresión en dos centímetros en la cual habían tenido lugar relaciones sexuales. La vagina está dividida en dos por un tabique muy grueso, el tacto se hace penosamente con el dedo pequeño.

A la palpación yo encuentro dos masas del tamaño de un puño, movibles, independientes, la una muy blanda, la otra pastosa. Esta me hizo emitir mi

diagnóstico de esta manera: útero doble, el uno fibromatoso, el otro grávido.

En Vichy, yo suprimí el tabique vaginal de un tijeretazo después de haberme asegurado para contener la hemorragia que me podría haber traído un trastorno en el parto.

En Octubre ve á mi maestro Demelin que confirma mi diagnóstico, pero en Diciembre aparece un hecho nuevo.

La enferma aborta un huevo contenido en el útero que yo pensaba fibromatoso. No os puedo dar ningún detalle sobre este trabajo.

En fin, en Mayo de 1900 yo practiqué el parto á esta joven bajo el cloroformo á la reina; el niño pesaba 2480 gramos, fué extraído por una aplicación de forceps; hice el alumbramiento artificial para darme cuenta de la relación de los dos úteros; pude así constatar que los dos cuellos estaban adosados como los caños de un fusil y no tabicados; los cuerpos estaban completamente independientes. (Societé d'Obstetrique, París 1902, p. 2).

OBS. VI.—(POR M. SCHWAAB)

Utero doble con cuello tabicado y vagina única

(TESIS DE BEASSE), RESUMIDA

Regló la primera vez á los 11 años y medio, reglas abundantes y regulares.

Preñez actual. Ultima regla 1.º de Enero de 1900. La preñez fué siempre normal, no hubo hemorragias durante el embarazo. Entró á la clínica Tarnier el 12 de Octubre de 1900 á la 1 a. m. El trabajo empezó á las 7 de la mañana y la ruptura prematura de las membranas se hizo el 12 de Octubre á la una de la tarde. A su entrada se encuentra un vértice encajado en O. I. G. A., niño vivo; dilatación 6 cts. Nada de particular se constata del lado del útero. La expulsión del feto ha tenido lugar expontáneamente.

Después del parto la placenta tarda en desprenderse. A las dos horas bruscamente la mujer pierde mucha sangre y el ayudante de guardia hace

rápidamente el alumbramiento artificial. El no constata nada de particular ni en la vagina ni al nivel del cuello ni en el útero, fuera de un poco de retracción del anillo de Bandl.

El alubramiento hecho, el útero se retrae bien, el niño pesa 3200 gramos; la placenta 450. No ofrece nada de particular.

Yo tuve ocasión después del parto de examinar á la enferma y la palpación abdominal me hizo constatar: de un costado un útero alargado remontando un poco por encima del ombligo, rechazado fuertemente á la derecha. El ancho de este útero parece menos grande que lo normal. Pero en el flanco izquierdo se encuentra un tumor que parece insertarse sobre el borde izquierdo del útero al nivel de su segmento inferior, este tumor es pediculado, grueso como una naranja y el pedículo tiene 3 ó 4 centímetros de ancho; su consistencia es absolutamente semejante á aquella del útero vecino; es bastante movible.

Mi diagnóstico estaba entonces entre un cuerno uterino y un fibroma pediculado; la consistencia del tumor me hacía, más vale, pensar en un cuerno uterino rudimentario, á pesar de no haberse constatado nada anormal durante el parto y el alumbramiento del lado de la vagina y cuello.

Al otro día el tumor no pudo ser encontrado en un momento dado, lo que me hizo confirmar más el

diagnóstico de malformación uterina. El 15 de Octubre, es decir al tercer día después del parto la temperatura subió á 38º4, el útero era doloroso. Yo procedí al examen de éste; por el tacto encontré un cuello con dos orificios, el tabique que divide el cuello desciende hasta cerca del orificio externo; el cuello del costado derecho da acceso al útero que ha sido grávido, la cavidad uterina de este costado está vacía, es larga pero poco ancha esta cavidad.

El cuello del costado izquierdo da acceso á un pequeño útero de 8 á 10 cts. más ó menos, con paredes bastante gruesas, en la cavidad de éste se encuentran coágulos y caduca poco adherente é infectada. Hice el curetaje digital de esta cavidad uterina seguida de un lavaje copioso. Así pues se trata de un útero doble, uno grávido y el otro no, pero hipertrofiado. Hubo formación de caduca que fué la que se infectó. El cuello es único y tabicado y un poco más allá los dos úteros se separan.

El 16 de Octubre la temperatura baja á 37º. Después todo continúa bien, se siguen haciendo lavajes en ambas cavidades uterinas.

La enferma se retira de la Clínica en excelente estado.

(Societé d'Obs., 15 Noviembre 1900, París).

OBSERVACIÓN II.—(TESIS BEAUSSE)

POR M. PAUL BAR (RESUMIDA)

Mujer de 30 años, de vigorosa constitución, no presenta ninguna anomalía exterior, su esqueleto es bien conformado, las dimensiones transversas de la pelvis no son agrandadas.

Regló á los 17 años; lo ha hecho siempre con toda regularidad: nada de reglas dobles en el mismo mes, nada de alternativas entre reglas copiosas y miserables; el escurrimiento sanguíneo apareció en día fijo, era sensiblemente igual á todas las reglas, jamás fueron dolorosas.

Casada hace un año, regló por última vez el 8 de Septiembre; entró en trabajo á término el 25 de Junio después de una preñez normal. El trabajo se siguió regularmente y su duración total fué de 27 horas. El período de expulsión prolongándose, la enferma fué llevada al hospital donde el diagnóstico de vagina doble fué hecho enseguida.

Al examen de la enferma, Bar no nota á la palpación ninguna anomalía del útero; el cuerpo uterino es mediano, nada de tumor lateral formado por el cuerpo uterino vacío.

La vagina está separada en dos por un tabique grueso descendiendo hasta la vulva. El espesor aumenta hacia la extremidad interior que lleva el segmento interno de dos hímenes,

El tacto vaginal derecho llega sobre la cabeza flexionada en O. I. G. A.; la vagina derecha es espaciosa, la izquierda es igualmente pero el tacto practicado en ésta no permite llegar al cuello uterino, se siente la cabeza fetal al través del tabique.

Aplicación de torceps, extracción fácil de un niño de 3330 gramos, bien constituido, alumbramiento placenta normales.

El examen practicado después del parto muestra el tabique vaginal desgarrado en su tercio inferior y es el lugar de una hemorragia que pinzas aplicadas en los bordes detienen.

Al tacto las dos vaginas parecen separarse arriba. Del lado derecho, cuello anchamente abierto; á la izquierda, cuello muy blando en el cual el dedo puede penetrar hasta el orificio interno.

La palpación combinada al tacto muestra el útero vacío á la izquierda y atrás pero se le delimita mal y no se le siente como un tumor aislado del útero

grávido. Sin embargo los dos cuellos están bien separados y móviles el uno sobre el otro.

Puerperio febril pero sin complicaciones.

Diez días después del parto, la enferma echa una caduca; el útero derecho es grueso, está sobre la línea mediana; el izquierdo fuertemente inclinado hacia la fosa ilíaca izquierda, simulaba un fibroma.

(Boletín de la Soc. Obst. de París, 1902, p. 277).

E. Martin Jaureguiberry

Buenos Aires, Mayo 30 de 1908

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Pedro N. Árata, al Profesor titular Dr. Fanor Velarde y al Profesor suplente Dr. Alberto Peralta Ramos, para que, constituidos en comision revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Cantón
R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Junio 26 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis según consta en el acta n.° 1877 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón
R. S. Gómez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Los cuernos rudimentarios deben ser operados?

II

Inconvenientes del parto en las vaginas tabicadas.

III

¿Es posible admitir que la oblicuidad y torsión del útero durante el embarazo, sea la resultante del proceso mismo del desarrollo del órgano?

BIBLIOGRAFÍA

Poirier.—Traité d' Anatomie humaine.

Testut.—Anatomie humaine.

Pozzi.—Traité de Gynécologie.

Tarnier y Budin.—Traité des acconchements.

Bar.—Leçons de Patologie Obstetricale.

L. Beasse.—Contribución á l' etude des malformations.

Jenitaux.—(Tesis, París 1903).

Sardá.—Deformaciones congénitas del útero. (Tesis, Buenos Aires, 1903.)

«Revue de Gynecologia et de Chirurgie abdominale».—París.

«Anales de Gynecologie et d' obstetrique».—París.