AÑO 1909 — Nº 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVERSIÓN UTERINA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO CÉSAR BERRI

Ex-practicante externo de los Hospitales Norte y Clínicas. (1904)
Ex-interno de los Hospitales Pirovano y Alienados. (1905 á 1908
Médico del Hospital J. A. Fernández. (1909)

«LA CIENCIA MÉDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

INVERSIÓN UTERINA

AÑO 1909 Nº 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVERSIÓN UTERINA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO CÉSAR BERRI

Ex-practicante externo de los Hospitales Norte y Clínicas. (1904)
Ex-interno de los Hospitales Pirovano y Alienados. (1905 á 1908)
Médico del Hospital J. A. Fernández. (1909)

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de la opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

Académicos Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
« « MARTIN SPUNH
« « TELEMACO SUSINI
« « EMILIO R. CONI
« « OLHIUTHO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » JUVENCIO J. ARCE

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» Vacante
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 ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» 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
» Médica	ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» LLISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Fisica Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia Patológica	» JOSÈ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. 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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Zoologia Médica	DR.	D. J. GREENWAY
Física Médica	»	ALFREDO LANARI (en ej
Botánica Médica	»	RODOLFO ENRIQUEZ
Histologia	»	JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriologia	»	JUAN CARLOS DELFINO
	»	LEOPOLDO URIARTE
	»	ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	»	FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	»	JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	»	ELISEO V. SEGURA
Patologia externa	»	CARLOS ROBERTSON
	»	RICARDO S. GÓMEZ
Patologia interna	»	RICARDO COLÓN
Clínica oftalmológica	«	PEDRO LABAQUI
	»	ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	»	FRANCISCO LLOBET
	»	MARCELO VIÑAS
	»	M. HERRERA VEGAS
	»	JOSÉ ARCE
» Neurológica	»	MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	»	PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	»	LUIS AGOTE
	»	DAVID SPERONI
	»	JUAN J. VITON
» Obstétrica	»	ENRIQUE A. PARDO
	»	ENRIQUE ZÁRATE
	»	ARTURO ENRIQUEZ
	»	A. PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	»	MANUEL R. SANTAS
	»	MAMERTO ACUÑA
	»	GENARO SISTO
» Génito-urinaria	»	BERNARDINO MARAINI
« Psiquiátrica	»	JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogia	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posologia razonada.	» 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	
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» FRANCISCO P. LAVALLE
	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognósia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ (en e

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomia, Fisiologia, Patologia	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal. .	» N. ETCHEPAREBORDA

Padrino de Tésis

Doctor PEDRO BERRI

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

Á LA MEMORIA DE MIS PADRINOS

Señorita OLIMPIA BOLANO y PEDRO MOLINARI

AL DOCTOR CÉSAR BLAYE

Señores Consejeros.

Señores Profesores.

Presento á vuestra consideración este modesto trabajo contando de antemano con vuestra benevolencia, capaz de disculpar las deficiencias que en él encuentre.

Al elegir como tema la inversión uterina, tratando particularmente su forma puerperal he querido, al propio tiempo que cumplir con la última prueba que la Facultad nos exige, aprovechar la oportunidad para interiorizarme, de mucho de lo ya escrito, sobre un punto de tanto interés para el médico partero.

He logrado reunir cinco observaciones y adjunto sus historias clínicas.

Dos de ellas las debo á la amabilidad del inteligente especialista, Dr. César Blaye, que me inspira en esta tesis.

La tercera observación, data de pocas semanas y su historia me fué facilitada en la Estación sanitaria «San Bernardo». Se refiere á una mujer

que fué llevada agonizante al Hospital San Roque; su pieza anatómica muy interesante, cuya fotografía lamento no poder publicar, he visto y estudiado en el Museo de la Clinica Obstétrica del profesor Dr. E. Cantón.

Durante mi internado en los hospitales, he tenido ocasión de ver la enferma de la observación IV en el Hospital Pirovano.

La observación V se refiere á una inversión incompleta en una alienada.

Este pequeño número de casos de inversión uterina tiene su interés por su etiología, diversa en su forma aunque no en su fondo:

Tracciones inmoderadas sobre el cordón. (Ob. I y III).

Brevedad natural de cordón. (Ob. II).

Tracciones sobre el cordón, combinadas á la presión abdominal y favorecidas por la inercia uterina. (Ob. IV).

Tracción sobre el cordón por el peso del niño, en un parto en posición de pié. (Obs. V).

Al despedirme de las aulas universitarias, quiero dejar constancia de mi agradecimiento á los que fueron mis profesores, por su asiduidad, sacrificios y desinterés al llenar su noble misión.

Al Dr. Arturo Uriarte, Director del Hospital J. A. Fernández en cuyo establecimiento inicié mi

carrera hospitalaria, mi más profundo reconocimiento.

Al Dr. Jaime Darquier, cuya enfermedad nos lo privó de la dirección del Hospital Pirovano, mi gratitud.

Al Dr. Fortunato Canevari, mi verdadero maestro, á quien mucho le debo, por su amabilidad y distinciones, recuerdo imborrable.

A los Dres. Agustín Vigliano, Juan B. Emina, Gervasio Sierra, José B. Abalos, Nicolás Ramallo, Daniel R. Molina, Horacio G. Piñero y Lucas Ayarragaray por sus sabias enseñanzas, mi sincero agradecimiento.

A los Dres. F. Fernandez Hidalgo, Eduardo L. Dávila, Leopoldo Carelli y Rodolfo P. Leguía, mi cariñoso saludo.

A mi tío el Dr. Pedro Berri, que me dispensa el alto honor de acompañarme en esta tesis, y á quien tanto debo, lo reconoceré una vez más.

Definición

Grados de inversión - Frecuencia

La inversión uterina es la invaginación, más ó menos completa, del órgano en el inferior de su cavidad ó de la vagina, pudiendo franquear la vulva y hacerse extravaginal, de tal modo que su cara interna se hace externa y viceversa.

Es el fondo del útero que principia y que por etapas sucesivas, alcanza el orificio interno y externo del cuello, la vagina, la vulva y el exterior.

Existen varios grados de inversión uterina, según el punto donde el fondo del órgano se detiene. Para algunos autores habría tres, para otros cuatro. Por mi parte creo suficiente establecer tres grados:

1$^{er.}$ grado — Depresión de la pared uterina en fondo de botella, según Mauriceau, pudiendo llegar hasta el cuello sin atravesarlo.

2.º grado — El fondo del útero muy deprimido

atraviesa el cuello y llega á la vagina; hay una mayor porción de útero invaginado, es intravaginal.

3er. grado — El útero está total ó casi totalmente invertido, según que el cuello haya ó no tomado parte; el tumor constituído por el útero ha franqueado la vulva y se ha hecho extravaginal.

La inversión completa, que es poco frecuente, es aquella en la que el rodete, constituido por el cuello, ha desaparecido por haberse invertido á su vez y el pedículo del tumor se continúa con la pared de la vagina.

Las inversiones uterinas son en su casi totalidad de origen puerperal y en efecto según Crosse sobre 400 casos de toda naturaleza, 350 son de ese origen ó sea $^{7}/_{8}$ del total. Siendo así y habiéndose divulgado el conocimiento de las medidas profilácticas, que consisten en efectuar racionalmente el alumbramiento, se explica que hoy día sea poco frecuente esta afección.

Las diversas estadísticas no están de acuerdo y helas aquí:

Beigel	1	caso de invers. uterina	sobre	190.000	partos
Madden	1	»	»	»	»	190.000	»
Crosse	1	»	»	»	»	140.000	»
Reewe	1	»	»	»	»	140.000	»
Bar	1	»	»	»	»	120.000	»
Auvard	1	»	»	»	»	10.000	»

Hay estadísticas de 150.000 y de 75.000 partos sin un solo caso de inversión.

Utilizando estas cifras, tendríamos un promedio de 1 inversión sobre 169.200 partos.

Sin duda, el porcentaje sería mayor si se tuvieran en cuenta algunos casos de inversión incompleta, de 1er. grado, que prsarán desapercibidos, como también si se incluyeran otros, rápidamente reducidos por la oportuna intervención de un médico hábil ó partero.

Según Mantel, la inversión uterina es poco frecuente en las maternidades; en cambio, en la campaña los casos son más comunes. Pinard participa de esta opinión y dice no haber visto un solo caso en los servicios donde fué interno, jefe de clínica ó director; esto es, sobre un total de más de 60.000 partos. Todos los casos por él observados, han sido traidos de afuera ó los ha visto en la clientela civil, llamado por colegas ó parteras.

Etiología

Experimentalmente ha sido imposible dar al útero, en estado de vacuidad, la disposición que presenta en los casos de inversión y es que en efecto, su cavidad estrecha, casi virtual y sus paredes muy espesas, se oponen á su invaginación.

Para que pueda producirse la inversión, se necesita que este órgano se encuentre transformado en una bolsa con paredes delgadas, por el desarrollo de un producto ínterior, que siendo sólido es más apropiado, y se evacue rápidamente.

Estas condiciones se observan reunidas en los siguientes casos:

I. Al final del embarazo, en el momento de la expulsión del feto.

II. Cuando tumores que se han desarrollado lentamente en la matríz, son de súbito expulsados; esto sucede con los fibromas.

En lo que se refiere á estas dos circunstancias, todos los autores están de acuerdo.

No sucede así, para la posibilidad de inversiones por acumulo de sangre ó serosidad en la cavidad uterina, ó el depósito de grasa en sus paredes ó en los alrededores.

En apoyo de esta etiología se citan dos observaciones, no irrefutables, de Le Blanc por acumulo de sangre en el útero.

En la imperforación del himen, la sangre menstrual se acumula, llegando á distender el útero y provocar dolores expulsivos violentos.

En caso de estrechez ú obliteración del orificio del cuello, la sangre menstrual no teniendo facil salida, se acumula en el útero y produce los mismos fenómenos.

Por otra parte, hay casos bien observados como los de: Denucé, Mauriceau, 1687; Roberts, 1873; Burrouys, 1876; Clay, 1878. Un total de 7 observaciones en las que, una vez dado salida á la sangre acumulada, nada anormal se ha producido.

Se concibe que á no mediar la punción, el tumor llegaría á desarrollar la matriz, de tal modo, que aparecerían dolores expulsivos, que podrían llegar á ser convulsivos y hacer estallar el himen. La inversión sería posible; aunque la ciencia no registre caso semejante.

Hay una observación de Benevoli, que por lo voluminoso del tumor merece consignarse. Se trataba de una atrepsia del cuello uterino y por retención de orina se debió hacer el cateterismo; pero, la sonda mal dirigida penetró, con dificultad, en el útero y dió salida á una colección sanguínea, avaluada en 32 libras, sin que se haya producido la inversión como consecuencia.

En cuanto á la inversión por acumulo de serosidad en la cavidad del útero, no se registra un solo caso.

Una observación de Thatcher es interesante, porque se refiere á un útero dilatado por una masa de quistes hidáticos, cuya expulsión determinó su inversión.

Existen tres observaciones de inversión, cuya etiología sería únicamente la obesidad de la mujer. Los casos en referencia eran mujeres que en período alejado, en años, de su último parto y sin mediar esfuerzos, han presentado la inversión del útero. En uno de ellos, el de Chavarnac 1867, quedó la duda, sinó existiría un pólipo sexil inserto en el fondo del útero.

Me ocuparé ahora del parto, como etiología de esta afección, que es la que da mayor porcentaje, pués sobre el total de 400, según la clásica estadística de Crosse, 350 son puerperales, que representan $^{7}/_{8}$.

Dadas las condiciones que necesita el utero para invertirse, se consibe facilmente que el parto á termino es el más favorable y en efecto, muy pocos casos se citan en que el accidente se ha producido á raíz de abortos ó partos prematuros y solo á partir de los 4 meses de gestación. Las observaciones registradas son las siguientes:

Le Blanc ocasionada por un aborto de 3 meses. (Existen dudas).

Skal y Woodson » » » » » 4 »

Spaë y J. Brady » » » » » 5 »

Brown » » » » » 6 »

En cuanto al momento del parto, la inversión se puede observar: 1º durante el parto, 2º antes, 3º durante, 4º después del alumbramiento.

La 1ª y 4ª son raras, frecuentes la 2ª y 3ª.

En los 3/4 de los casos, se produce entre el parto y el alumbramiento.

¿Cuáles son las causas de la inversión uterina, en el parto á termino ó prematuro?

Se dividen en predisponentes y determinantes.

Entre las primeras, debemos considerar todas aquellas que son capaces de preparar ó hacer posible las inversiones.

1º La edad. No pueden producirse, sinó en la edad de la menstruación; es decir, de los 15 á los 50 años; más común entre 18 y 40.

2º La debilidad. Por cualquier causa que la origine, largas enfermedades, perdidas de sangre, preñeces repetidas; en una palabra, cualquier causa que quite la fuerza á los órganos, facilita la inercia primitiva de la matriz y expone á la inversión.

3º Induración del cuello, estrechez de la vagina y de la vulva, obesidad, posiciones viciosas del feto; es decir, todas las causas que hacen un parto laborioso, provocan inercia secundaria del utero y pueden conducir á la inversión.

4º Temperamentos vigorosos, indóciles y todo lo que puede ocasionar una terminación precipitada del parto, haciendo agregar la acción de los músculos abdominales á la del utero.

5º Las depresiones, que suelen pasar desapercibidas durante el parto.

6º Las inversiones incompletamente reducidas.

7º Una primera inversión, predispone para otro parto.

8º Las adherencias anormales de la placenta ó su inserción en el fondo del utero (Pinard).

Las causas determinantes son:

1º Las tracciones ejercidas sobre el fondo del utero, por su cara interna.

2º Presiones sobre el fondo del utero, por su cara externa.

3º Contracciones del musculo uterino mismo.

Como factor necesario, la inercia parcial ó general.

Las causas determinantes son las más importantes y merecen tratarlas en detalle y por orden.

Las tracciones intrauterinas se ejercen en los últimos tiempos del parto y tienen por intermediaria la placenta, inserta de ordinario en estos casos, sobre la parte culminante de la cavidad uterina y al cordón que lo reune al feto.

Se ejercen estas tracciones en las siguientes circunstancias:

1º Para obtener el alumbramiento: *a*) tracciones prematuras ó muy prolongadas para facilitar el desprendimiento de la placenta. *b*) muy energicas ó mal dirijidas para vencer sus adherencias, cuando existen. Estas tracciones muy energicas ejercidas por manos inexpertas, constituyen la causa más común de la inversión. *c*) tracciones moderadas y necesarias á veces para el alumbramiento pueden, actuando sobre el sitio de inserción placentaria, determinar al menos la depresión del fondo, que una vez producida facil le es completarse, aún sin tracciones, actuando solo la presión abdominal.

2º Cuando la parturienta está de pié ó sentada sobre el borde de una silla ó mesa y el niño al ser expulsado, queda suspendido por el cordón y tira

con todo su peso sobre la placenta y por su intermedio sobre el fondo uterino.

3º Brevedad de cordón, natural ó por estar contorneando alguna parte fatal ó anudado sobre si mismo. La brevedad de cordón no determina siempre la inversión, pués en muchos casos no ha sido observada, á lo sumo ocasiona la depresión del utero; pudiendo entonces actuar una segunda causa: tracción directa sobre el cordón ó la presión abdominal, que obraria sobre la superflcie externa del utero.

4º Cuando manos inhabiles practican el desprendimiento artificial de la placenta, ya por demasiado adherencias ó por haberse roto el cordón.

INVERSIÓN POR PRESIÓN SOBRE LA CARA EXTERNA DEL UTERO.—Según la teoría de Galien, desarrollada con precisión por Leroux de Dijón, en el momento del parto el feto hace las veces de un embolo y produce un vacío en el interior del utero, el que en ciertas condiciones cede á la presión abdominal, determinada por la contracción del diafragma y de los músculos de las paredes abdominales, produciéndose una inversión cuya caracteristica es la de hacerse durante el parto, antes de toda tentativa de alumbramiento, y de aparecer al exterior con la placenta adherida, inmediatamente después de la expulsión del feto.

Esta clase de inversiones llamadas por algunos expontáneas, se observan:

1º Cuando la matriz cae inerte por debilidad, ó fatigada por esfuerzos repetidos é impotentes; sus contracciones faltan entonces, siendo remplazadas por las de los musculos abdominales.

2º Cuando las contracciones uterinas en plena actividad se vuelven convulsivas, efectuandose sinergicamente la de los musculos abdominales, con un poder tanto más considerable por lo que la voluntad no las regla ya.

La inversión por inercia total tiene de característico que el tumor sale al exterior, es blando y muy flácido cuando se palpa.

La inercia parcial es causa de inversión uterina y ataca de preferencia el sitio de inserción placentaria.

Es además, la condición que predispone más á la depresión en fondo de botella, sin la cual los grados más avanzados no pueden producirse.

Como causas que actúan sobre la superficie externa del utero y que determinan su inversión, fuera del esfuerzo voluntario en el momento de la expulsión del feto ó de la placenta, se debe tener en cuenta: la tos, estornudos y los vómitos.

El método de Credé, para el desprendimiento

de la placenta por la expresión del fondo del utero, puede ser una causa de inversión.

Inversión por la contracción propia del musculo uterino.—Se atribuye la inversión á contracciones irregulares y convulsivas del fondo del utero, coexistiendo con el relajamiento del cuello uterino.

Radfort, Paul Dubois y Astruc, resúmen la teoría de estas inversiones uterinas espontáneas, en tres términos:

1° Excitación y contractilidad espasmódica ó irregular del cuerpo del utero.

2° Relajamiento concomitante del cuello.

3° Inversión del cuerpo del utero, bajo la influencia de estas contracciones irregulares, al través del cuello relajado.

Esto es inaceptable y en oposición con los datos más elementales de geometría y los anatómicos, poseídos sobre la estructura uterina.

La contracción uterina no puede obrar en la producción de una inversión, sinó como factor secundario y solo una vez que por la presión abdominal, se ha producido un principio de ella, es decir, la depresión en fondo de botella, favorecida por la inercia del utero.

En resúmen, las inversiones uterinas provienen

de tres causas primordiales: las tracciones directas sobre el cordón ó la placenta; las contracciones abdominales y las contracciones uterinas combinadas con diferentes grados de inercia del utero, total ó parcial.

De otro modo se puede decir existen dos especies principales de inversión: 1° las inversiones mecanicas ú obstetricas, ocasionadas por intervenciones obstetricas; es decir, debidas á tracciones intrauterinas, ejercidas sobre el feto, cordón ó placenta. 2° inversiones espontaneas, que ofrecen dos variedades y que son originadas por las contracciones abdominales, ó presiones extrauterinas, combinadas lo más comunmente, con la inercia total ó parcial del utero. Variedad a), no necesita inercia completa, basta que las contracciones abdominales sean más energicas que las uterinas, para llegar á producir la inversión; ésta puede presentarse asi, bajo la forma pasiva ó activa. Variedad b), las contracciones uterinas, no llegan jamás por si solas á producir la inversión; al principio son necesarias las contracciones abdominales para ocasionar una depresión y en su segundo período evolutivo, son llamadas á prestar un concurso sinérgico á las contracciones uterinas.

En la primera variedad, no se encuentran sinó inversiones rapidas ó inmediatas, que se producen

durante el mismo trabajo del parto. En la segunda variedad se asiste al contrario á inversiones de marcha lenta ó tardía y cuyo caracter es producirse un cierto tiempo después del parto.

INVERSIONES CONSECUTIVAS Á LA EXPULSIÓN DE TUMORES INTRAUTERINOS.—Según la estadística al principio mencionada, esta clase de inversiones representa el 12 % del total de casos; 50 en 400 inversiones.

Los fibromas son causas de la casi totalidad y el cancer juega un rol muy restrinjido.

Sobre 100 inversiones; 88 son puerperales, 11 por producciones fibromatosas y 1 por cancerosas.

Baudelocque ha demostrado, que el polipo por su volumen determina movimientos expulsivos del utero y en ese momento es rechazado al exterior, por una especie de parto y que puede arrastrar con él, por su peso á veces considerable á la parte del utero donde se inserta, por un pedículo siempre corto.

Pueden contribuír en gran parte, las maniobras quirurgicas para llevar al exterior el tumor. Por un mecanismo analogo al de la tracción del cordón, se puede deprimir la parte del utero donde se inserta el pediculo, que debido al desarrollo del tumor se ha adelgazado. Es una condición indispensable la

inserción en los 2[3 superiores del cuerpo del utero y se comprende que la inserción en el cuello ó en el segmento inferior, traerá un descenso total del organo ó como máximo, una depresión lateral.

Causas predisponentes.—Las causas predisponentes son:

1° La edad. Se observan con mayor frecuencia al fin de la epoca menstrual, esto es entre 45 y 50 años.

2° Insercion del polipo. Mayor es la predisposición, cuanto más arriba está inserto.

3° La actitud de la enferma; la posición de pié, marchas, sacudidas, etc., obran acentuando la acción del peso del tumor.

4° El volumen del polipo. Predispone más cuanto mayor es su volumen.

5° La brevedad del pediculo.

6° Las perdidas de sangre y todas las causas de debilitamiento, conducen á la inercia del utero.

7° Las fatigas habituales, choques repetidos, caidas y golpes, por los tironeos que ocasionan.

Anotomia Patologica

Los caracteres de la inversión varian, según se trate de una inversión úterina aguda ó crónica.

En la inversión reciente, generalmente de origen puerperal, el útero invertido se presenta bajo forma de un tumor más ó menos grande, según el grado á que pertenece; piriforme á gruesa extremidad inferior, adelgazandose hacia arriba, para constituir el pediculo que en las inversiones incompletas penetra al través del cuello, pudiendose entre uno y otro introducir el dedo que llega á un fondo de saco que lo contornea.

Cuando es extravaginal, esta masa carnosa ha sido comparada, por su aspecto rugoso é irregular, á un ananás. (Pinard).

En las de origen puerperal y reciente, puede conservar adherida la placenta; que se presentaria por su cara fetal caracteristica por sus flexuosidades venosas y la inserción del cordón. Mas ó me-

nos cubierto de cuagulos sanguineos, de color rojo parduzco, sangrando facilmente, los restos de caduca le dan un aspecto rugoso, es blando y doloroso á la presión; se reduce en parte facilmente, cuando se ejerce alguna presión sobre él, pero se reproduce conforme esta cesa. Sobre la extremidad del tumor, que es el fondo del útero, se puede apercibir de uno y otro lado un orificio, que es la abertura de ambas trompas, *ostia úterina;* á veces están ocultos por los repliegues de la caduca úterina.

Del lado del abdomen, se encuentra un infundibulo que corresponde á la parte de útero invaginado, en cuyo interior se encuentran los anexos: trompas, ovarios y ligamentos; pudiendo verse ansas intestinales. Organos que pueden contraer adherencias con el útero y que hacen dificil la reducción. Esa cavidad, va disminuyendo de volumen á medida que la inversión se hace crónica, debido al trabajode in volución que sufre el útero y consecutivamente, el contenido se elimina.

A partir del primer momento, el útero se congestiona por obstaculo á la circulación venosa, de retorno; sin que él exita en la circulación arterial. Este fenomeno, para algunos autores, es debido á la contricción que el cuerpo del organo sufre al nivel del rodete muscular del cuello y que es tanto más duro cuanto mas dias pasan; para otros, es

ocasionado por el estiramiento que sufren los ligamentos y especialmente el infundibulo pelviano, que se acodan y con ellos, los pediculos vasculares en los cuales las venas á paredes delgadas estarián sometidas á una presión periferica, que no pueden soportar sin adosarse sus paredes, en tanto que las arterias conservarían su luz.

Los ligamentos úterinos arrastrados en la inversión se hacen salientes y tensos. Los ligamentos anchos se pliegan sobre si mismo y son incluidos en el infnndibulo; del mismo modo los otros ligamentos; redondos, útero-sacro, pubio-útero-vesicales, y los repliegue de Douglas.

El útero y la vagina quedan detenidos, en su descenso hacia afuera de los organos genitales, merced nó á los ligamentos de detención más arriba mencionados, sinó al infundibulo pelviano tambien llamado: ligamento redondo superior de Rouget ó infundibulo pelviano de Henle. Es un repliegue peritoneal, que partiendo de los lados de la región lumbar gana el ovario, de donde el nombre de ligamento suspensor del ovario de His y Waldeyer. Este ligamento se abre en abanico sobre la pared posterior del útero, en una serie de fibras que se entrecruzan en la linea mediana con las del ligamento del lado opuesto y con las fibras longitudinales del cuerpo del útero.

Bar, los considera como los verdaderos ligamentos de detención, lo cual resulta comprobado por los estudios anatomicos y experimentales, practicados sobre el cadaver.

La hemorragia depende del grado de contracción del musculo uterino. Es nula ó moderada, cuando está totalmente contraido; violenta cuando hay inercia del organo, el tumor es blando, flascido, á paredes delgadas; muy profusas, cuando el cuello está contraido y el cuerpo inerte, estado que determinando el estrangulamiento de la base del tumor favorece su congestión.

Puede existir un prolapsus de la vagina y del utero, acompañando la inversión completa; vuelto posible por el relajamiento de los ligamentos.

En la inversión cronica el tumor es más pequeño, del tamaño de una mandarina, de color rojo palido, duro esclerosado, poco doloroso á la presión, no sangra bajo la influencia de examenes y tentativas de reducción, orificio de las trompas invisible. Tiene el aspecto y la consistencia de un polipo fibroso, su superficie es vellosa. La mucosa presenta las lesiones de la endometritis crónica y á la larga, su epitelio cilíndrico se transforma en pavimentoso.

Cuando la inversión crónica es total y que debído al prolapsus el utero es extravaginal, su su-

perficie se irrita y se ulcera por los continuos roces que sufre.

Los estudios anatomo-histológicos practicados por Francesca Venturini, sobre un utero invertido desde hacia 9 meses, le han permitido las siguientes conclusiones: el espesor de la pared uterina está aumentado, la mucosa aspera é hiperhemiada. Examinados al microscopio los cortes de esta mucosa, muestran glandulas aumentadas de volumen, transformadas á veces en pequeños quistes; muchas glandulas son muy sinuosas y su pared está revestida de epitelio proliferante. El tejido conectivo interglandular está en parte infiltrado de pequeños elementos leucocitarios.

En otros puntos se constata una proliferación activa de elementos fijos. Este tejido conectivo está recorrido por numerosos vasos sanguíneos. Se notan, vasos y lagunas línfaticas en algunos puntos donde el endotelio ha proliferado, de tal modo, que la luz de los vasos está obstruída.

En cuanto á la pared muscular, el examen muestra que en las capas más próximas á la mucosa, hay hipertrofia de elementos musculares, lo que no existe en la proximidad de la serosa peritoneal; pero lo que llama más la atencion, es el crecimiento del tejido conjuntivo; los hacecillos conjuntivos están hipertrofiados, formando una red tra-

becular que separa los hacecillos musculares. Esta hipertrofia es sobre todo acusada en el tejido conjuntivo perivascular y muy particularmente alrededor de las venas.

En las capas más superficiales de la musculosa, bajo la mucosa, se observan lagunas linfaticas bastante considerables par que los tejidos revistan en ciertos puntos, un aspecto cavernoso.

La hiperplasia del tejido conjuntivo va aumentando de la mucosa á la serosa; es á este nivel que el tejido conjuntivo es más considerable.

La trompa presenta las mismas lesiones perivasculares que el utero.

En el ovario, que está sensiblemente aumentado de volumen, espesamiento de la albuginea y aumento hiperplasico de todo el estroma del ovario. La hiperplasia se lleva sobre las capas superficiales. En la profundidad del organo, el tejido conjuntivo ha tomado una disposición radiada. Las mallas de este tejido que tienen una apariencia mixomatosa están infiltradas de serosidad. En el centro de la glandula, anchos espacios con persistencia de gruesos cuerpos amarillos.

En medio de estos tejidos, secciones de vasos sanguíneos espesados y de foliculos vacios, ó conteniendo un ovulo en evolución.

En resúmen :

La mucosa está poco modificada, hiperhemiada; pero su revestimiento epitelial ha conservado sus caracteres, por todo donde él existe. El epitelio glandular ha proliferado, conservando su forma cilíndrica.

Las fibras musculares están hipertrofiadas en la vecindad de la mucosa; ligeramente atrofiadas al contrario en la vecindad de la serosa. Es este lugar en donde se encuentran más acentuados la hiperplasia del tejido conjuntivo y la esclerosis perivascular.

En cuanto á las lesiones del ovario parece bien que no se trate, sinó de un edema causado por las perturbaciones circulatorias, que provoca la inversión uterina al determinar la fuerte tracción sobre los ligamentos y los vasos que ellos contienen.

Son las lesiones perfectamente curables de la metritis glandular y al mismo tiempo, lesiones de esclerosis ligadas sin duda á perturbaciones circulatorias.

Sintomas-Evolución

Los sintomas varian según la forma y el grado de la inversión.

Considerando la más común que es la puerperal aguda que sobreviene, durante el parto, antes ó durante el alumbramiento; en su primer grado ó inversión en fondo de botella de Mauriceau no se revela sinó por signos objetivos.

El dolor y la hemorragia es nula solo la palpación abdominal permitirá apreciar al través de los tejumentos, la depresión del fondo del utero.

En los demás casos de inversión los sintomas son tanto más acentuados cuanto más completa es. Dada la rapidez como se produce, el dolor aparece bruscamente y tan fuerte que obliga á gritar á la parturienta; es un dolor más angustioso que atroz, no comparable con los de expulsión, más semejante con los dolores enervantes del período de dilatación sin ser del mismo orden, más comparable á los do-

lores por presión del ovario ó testículo, en relación evidente con la irritación de la inervación especial á estos organos. Este dolor se percibe en el bajo vientre, riñones y se irradia á las ingles y muslos. Es tal la agudez de estos dolores que las enfermas suelen presentar un estado sincopal, palidez, lipotimias, á veces verdaderos sincopes: enfriamento de las extremidades, dilatación pupilar; originados por reflejo ó inhibición. Este estado puede ser más alarmante que real.

Con una de las tantas frases expresivas, el doliente caracteriza el dolor «son dolores que tironean el corazón».

El enfermo está en un estado de shoch que recuerda al traumatico; el pulso es frecuente y poco tenso, el dedo que lo toma deprime facilmente la pared arterial y el pulso desaparece. Este estado no depende de la hemorragia que puede ser insignificante como veremos; sinó más bien de tironeamientos sobre los plexos nerviosos uterinos y sobre los ligamentos peritoneales; ocasionados por la inversión.

Sensación de peso, nauseas, vomitos y aún sintomas de estrangulamiento por el rodete cervical que comprime al cuerpo del utero ó algun ansa intestinal metida en el infundibulo.

La hemorragia á veces terrible que puede ma-

tar en poco rato, sinó se socorre á tiempo; á veces abundante pero que se detiene de por sí sola; otras veces es de poca importancia. Cuando la placenta permanece adherida la hemorragia es nula. Cuando está parcialmente desprendida, hay hemorragia aunque moderada, á no ser que el musculo uterino esté bien contraido. Si la placenta está totalmente desprendida y el utero inerte la hemorragia es muy abundante.

La sangre que se derrama es venosa y debido al obstáculo circulatorio que experimentan las venas por la presión periferica.

Sin embargo, el Dr. Mantel llega en sus observaciones personales, á la conclusión que la hemorragia no tiene la importancia que le atribuyen todos los autores y cree que es un gran factor, nó en las inversiones obstetricas sinó en las quirurgicas ó inversiones crónicas, debido á que persisten durante mucho tiempo y se agravan durante la epoca menstrual, trayendo á la larga una anemia grave.

A la palpación abdominal se nota la falta del globo úterino y en condiciones favorables. vientre blando y pared delgada se puede reconocer más ó menos profundamente en la excavación, el reborde del infundibulo úterino ó sea el punto de reflexión de la pared úterina por el hecho de su invaginación.

Al tacto rectal combinado con el cateterismo

vesical y llevando el uno al encuentro del otro se reconoce la punta de la sonda, lo que demuestra la falta del útero interpuesto entre la vejiga y el recto.

El examen de la vulva puede no revelar nada anormal en el caso que la inversión haya permanecido intravaginal; por el tacto se reconoce un tumor voluminoso, piriforme, á gruesa extremidad inferior, adelgazado hacia arriba y constituyendo el pediculo del tumor que se encuentra rodeado por el cuello úterino más ó menos retraido. Se puede penetrar entre el pediculo y el cuello, en un fondo de saco circular, más profundo átras que adelante. La superficie del tumor es rugosa, vellosa, cubierta de cuagulos; más ó menos duro según el grado de contracción, ó se endurece bajo los dedos. Se reduce en parte bajo presión. Si la placenta está adherida se reconocerá al tacto por los caracteres propios á la cara fetal, lisa, da inserción al cordón, de donde las venas se distribuyen irradiandose.

Cuando el tumor es extravaginal difiere según que la placenta esté adherida ó nó. En el primer caso se reconocen los caracteres de su cara fetal, su color particular puede estar más ó menos disimulado por cuagulos de sangre, se ve el punto de inserción del cordón, de donde parten irradiando los vasos venosos. En el segundo caso el tumor tiene

el aspecto de una masa carnosa ó de un ananás (Pinard), de color rojo violaceo.

A uno y otro lado de este grueso polo del tumor se pueden distinguir dos pequeñas aberturas triangulares, que son los orificios de las trompas.

En la inversión incompleta la vagina conserva su largo normal, mientras que se encuentra acortada en la inversión completa, porque siempre hay, al menos, un ligero grado de prolapsus. En aquella el cuello no ha seguido al cuerpo del útero y conserva su situación fisiologica; en ésta el cuello se ha invertido á su vez y el rodete ó anillo ha desaparecido ó solo existe en parte hacia atrás, la mucosa úterina se continua directamente con la mucosa vaginal.

A simple vista es posible notar en los primeros momentos un aumento de su volumen debido a la congestión venosa.

Sensible á la presión, ocasiona un dolor especial que es «algo punzante y va al corazón» Denucé.

El dolor tiene su origen en el tejido úterino, periteneo y ovarios, pero esta sensibilidad puede faltar.

Los casos de inversiones puerperales recientes, es decir aquellos que se producen después del alumbramiento, desde el primer dia hasta antes de terminar la involución úterina, se originan ya de un

modo brusco á raiz de un esfuerzo de la enferma, ó lentamente; dán los siguientes sintomas: dolor, que puede aparecer de golpe ó de un modo insidioso; hemorragia, puede ser persistente aunque poco abundante, agravandose durante las reglas; el aspecto del tumor, tanto más semejante al del útero normal cuanto más se aproxime á la fecha de la terminación de la involución; leucorrea y todas las perturbaciones locales ó reflejas del sindroma úterino; trastornos de compresión del lado de la vejiga y el recto; sensación de peso; dificultad de la micción y defecación; deseos de pujar.

Evolución.—La inversión úterina es uno de los accidentes más terribles en las parturientas.

Las inversiones agudas abandonadas á sí mismo, ocasionan la muerte casi inmediata en 2/3 de los casos. A veces á pesar de haber hecho con éxito el tratamiento inmediatamente, la muerte sobreviene bien pronto á pesar de haber detenido la hemorragia.

Los casos que pasan al estado crónico permiten vivir un largo tiempo; pero las hemorragias repetidas y reagravadas en cada período menstrual, ocasionan una anemia grave.

La afección no tiene tendencia á la reducción expontánea, si bien se citan algunos casos de cu-

ración como los de: Katscher, Baudelocque, Meighi, Spiegelberg, Brewis y Tuffel.

En cuanto á la curación por atrofia del útero es muy rara.

Un útero crónicamente invertido está expuesto á muchas complicaciones. Sufre por el roce continuo irritaciones, puede ulcerarse é infectarse. La contricción puede provocar el esfacelo, que pondría en peligro la vida por peritonitis ó septicemia; la curación por eliminación del útero esfacelado es excepcional, se cita el caso de Husson. Puede ocurrir un estrangulamiento intestinal.

Diagnóstico - Pronóstico

Fácil será el diagnóstico cuando la inversión se produce en presencia del médico que está atendiendo una parturienta. No siempre así fácil cuando es llamado á examinar la enferma después que el accidente se ha producido.

En el primer caso, la aparición de un dolor brusco con el carácter ya conocido, la hemorragia, el estado sincopal, la falta del globo uterino en la proximidad del ombligo ó en el hipogastrio, la presencia de un tumor por fuera de la vulva ó en el interior de la vagina son elementos para el diagnóstico; los dos últimos constituyen un sindroma patognomónico.

En el segundo caso, se puede uno encontrar en presencia de una enferma que tenga un tumor extravaginal ó no, acompañado de síntomas generales graves o no. Cuando el estado general es grave, el estado de shoc, la hemorragia, el ante-

cedente de un parto reciente, las condiciones en las cuales se ha efectuado, hacen pensar en este accidente y encaminan á un examen local, del cual se obtiene un dato precioso, la altura del fondo del útero; éste puede haber desaparecido ó se reconoce una depresión. Con este sintoma uno está obligado hacer el tacto vaginal y luego el tacto rectal, combinado al cateterismo de la vejiga. Por el tacto vaginal se podrá reconocer la existencia del tumor con sus caracteres propios; á veces se llega en un momento en que la placenta no se ha desprendido aún. Por el tacto rectal se puede apreciar la sonda que una débil distancia separa del dedo, lo que implica la falta de interposición del cuerpo del útero.

Si al estado general, grave ó no, acompaña un tumor visible al exterior, una vez hecho el examen que sirve para orientarlo se hace la palpación abdominal en busca del signo patognomónico.

A falta de tumor visible y de síntomas generales graves, el diagnóstico es más dificil y suele ser obra de la casualidad; en efecto, muchas veces la dificultad á la penetración de la sonda vaginal es lo que ha producido la alarma. Son estos los casos que suelen pasar desapercibidos, lo que constituye su gravedad porque las mujeres que la llevan están expuestas á muchas complicaciones: la

hemorragia persistente, erosiones é infecciones, que las agotan paulatinamente.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el prolapsus uterino, cuerpo fibroso (pólipo), con la cabeza de un feto gemelar, con una segunda placenta, con una ruptura uterina ó hemorragia intrauterina.

En el prolapsus uterino se encuentra al tacto vaginal un tumor que tiene el aspecto de un útero descendido, se reconoce en su vértice la existencia del orificio del cuello más ó menos abierto y libre; los fondos de saco vaginales han desaparecido, se notan pliegues transversales de la mucosa vaginal descendida; acortamiento de la profundidad de la vagina y el histerómetro nos muestra la dimensión del útero, normal ó aumentada. A la palpación abdominal, el fondo del útero descendido pero no ausente.

Con relación al fibroma, pueden suceder varios casos: una inversión diagnosticar fibroma, un fibroma diagnosticar inversión y en una inversión desconocer la presencia de un fibroma.

Veamos los elementos para el diagnóstico de fibroma pediculado: el tumor es más claro y más duro que el tejído uterino; siguiendo su pedículo sino es muy voluminoso se podrá llegar al interior del útero y reconocer el sitio de implantación muy

limitado; alrededor del pedículo no se encuentra un surco poco profundo limitado hacia afuera por el cuello; el histerómetro penetra bastante profundamente y da las dimensiones normales ó aumentadas. En una inversión el histerómetro penetra desigualmente hacia adelante y atrás del pedículo y tanto menos profundamente cuanto más acentuada es la inversión. La sensibilidad del tejido uterino es muy distinta de aquella de fibroma; hay observaciones que ponen bien de manifiesto este hecho; así un caso de fibroma sexil que había ocasionado la inversión uterina no diagnosticada; resuelta la ligadura, una vez hecha hubo necesidad de quitarla en vista del dolor irresistible que le provocaba á la enferma; examinada de nuevo se constató que una parte del tumor no era doloroso, fibroma y otra parte lo era en extremo, útero invertido. Sin embargo existe quien niega la sensibilidad especial del útero (Leprévot, Poláillon, Berger, Ribemont).

El diagnóstico diferencial de la inversión con una segunda placenta ó una cabeza de un feto gemelar se hará por el examen directo del tumor y la falta del globo uterino á la palpación abdominal en caso de inversión.

En presencia de síntomas generales graves se puede pensar en una ruptura ó una hemorragia intrauterina.

En el primer caso, que puede ser debida á una maniobra de Credé durante el alumbramiento, los síntomas locales faltan.

En caso de hemorragia intrauterina, si bien á la palpación abdominal, el útero por estar sumamente blando y relajado puede dar la impresión de que falta, en cambio no hay tumor saliente en el interior del útero ni en la vagina.

Pronóstico—En general es una afección muy grave y que la terminación depende de la precocidad del diagnóstico y del momento en que se haga el tratamiento.

Un gran número de enfermas mueren sin que se haya tenido el tiempo de hacer el tratamiento y otras á pesar de haberlo hecho.

La hemoraagia es tan abundante á veces que mata en poco tiempo. El estado de shoc es en general muy grave y en efecto se presentan casos de inversión aguda en los que la hemorragia es nula ó de poca importancia y sin embargo la depresión es tan acentuada que el tratamiento general es impotente. Los dolores agotan al enfermo y lo ponen en malas condiciones al punto de vista operatorio.

La reducción expontánea es una excepción con la cual no se puede contar y según Cross mueren las $^{2}/_{3}$ partes de los casos de inversión abandonados á sí mismos.

Las complicaciones de la inversión crónica constituyen la gravedad de esta forma.

La mortalidad global es elevada y según Crampton alcanza á 25 %.

Teniendo en cuenta la necesidad de un tratamiento rápido, Pinard piensa que las inversiones de 2° grado ó intravaginales son más graves, que las extravaginales porque aquellas pueden pasar desapercibidas.

Tratamiento

La inversión reciente de origen puerperal, con su variedad aguda es decir aquellos casos observados en un lapso de tiempo que principia con el parto y que termina con la aparición de las primeras reglas, momento en el cual se considera terminada la involución uterina son de la competencia del partero; mientras que aquellas de origen puerperal que aparecen ó se observan después de este momento y las inversiones debidas á tumores intrauterinos son del resorte del ginecologo.

La primera indicación que se debe tratar de llenar es la reducción de la inversión.

Tratamiento de la inversión de origen puerperal.—Ante todo se debe considerar el tratamiento profilactico que comprende todas las medidas necesarias á tomar para evitar que la inversión se produzca. Sabemos ya que el partero será respon-

sable de todas aquellas que se produzcan por tracciones intempestivas sobre el cordón, así como por una extracción manual de placenta, mal practicada.

De lo que antecede resulta pués que no se deben ejercer tracciones sobre el cordón sin antes estar totalmente desprendida la placenta, lo que implica vigilar el utero. En cuanto á la extracción manual de placenta, se debe practicar introduciendo en el utero una mano, derecha, mientras la otra, izquierda, se encuentra aplicada al través de la pared abdominal sobre el fondo del utero.

El tramiento curativo comporta llenar dos indicaciones: la 1ª ya enunciada es efectuar la reducción, la 2ª evitar su reproducción y combatir los accidentes que puedan persistir después de reducida.

En presencia de una inversión que acaba de producirse debemos tratar de reducirla sin perdida de tiempo, pués es tanto mas dificil conseguírlo cuanto más tiempo trascurre.

Existe una estadística muy interesante á este respecto y es la de Hunt, de Buffalo. Sobre 67 observaciones da 35 reducciones operadas inmediatamente después del accidente y 32 fracasos en los cuales las tentativas fueron realizadas después de 24 horas.

Para el caso de una intervención inmediata-

mente después de producido el accidente, hay dos cuestiones importantes á resolver.

1º Si la placenta está aún adherida al utero ¿debe desprenderse antes de tentar la reducción?

2º ¿Es necesario recurrir á la anestesia general?

En cuanto á la primera pregunta á resolver, si bien todo el mundo está de acuerdo para el caso en que la placenta está parcialmente adherida, en el cual no hay sino ventajas en completar el desprendimiento, aunque más no fuera para evitar la hemorragia que se produciría, después de efectuada la reducción y además porque su presencia dificultaría la retracción uterina, no sucede lo mismo cuando la placenta está totalmente adherida. Nœgele, Velpeau, Gardien, Schrœder, Pinard, Ribemont-Dessaignes y Lepage son partidarios del desprendimiento preliminar á toda tentativa de reducción y en cambio Denman, Yacquemier, Cazeaux, Lusk, Dürhssen y Varnier piensan lo contrario.

Los que como estos últimos piensan se basan en que la placenta no aumenta las dificultades de reducción y que al contrario garante al utero contra las presiones que debe sufrir y por último, que previene las hemorragias en el caso de persistir la inercia uterina, después de la reducción.

Oui, opina que la reducción de una inversión,

no es tal fácil como muchos afirman y que tentativas sin éxito se observan, cuando la placenta está desprendida, con mayor razón cuando se encuentra adherida, que por poco que sea es siempre un obstáculo á la intervención, por lo que encuentra mucha ventaja en recomendar el alumbramiento previo, que dice no tiene inconvenientes, pués el peligro de las presiones ejercidas sobre la pared uterina es hipotetico y no conoce casos de accidentes sérios. En cuanto á la hemorragia por inercia uterina, persistiendo después de la reducción no la encuentra citada en muchas observaciones que ha consultado: que si bien se puede objetarle que se han obtenido hermosos resultados con la reducción en masa, del utero y placenta adherida; en manos de Tarnier, Matth, Duncan etc., ello prueba que en esas condiciones la reducción es posible, pero no más fácil. Agrega además, que el alumbramiento practicado bajo el control de la inspección, es más perfecto que si se efectúa después de la reinversión.

Por las consideraciones que anteceden, prefiere el desprendimiento de la placenta antes de toda tentativa de reducción.

Por mi parte y de acuerdo con la opinión personal del Dr. Blaye creo muy ventajoso el alumbramiento previo, pero este debe ser hecho por la

persona que está resuelta á intervenir, es decir que la partera ó el médico de cabecera, si este no se anima á intervenir deberán respetarla hasta que llegue el que lo haga. Con esto se evita la hemorragía durante el tiempo de espera y que el utero se retraiga.

Para resolver la segunda cuestión, se debe tener en cuenta el estado general de la enferma; en efecto las mujeres con inversión uterina se encuentran en estado de depresión nerviosa, de shoc, de tal modo pronunciado que á menudo ocasiona su muerte; ya antes de ser socorrida ó después de efectuada la reducción.

Por otra parte las maniobras empleadas son muy dolorosas y agravan la depresión.

El anestésico puede por sí agravar el estado.

Cuando se interviene pocos instantes después del accidente, el utero está bastante blando, el cuello poco resistente, la reducción se puede operar sin mucha dificultad y con rapidez suficiente, para que el elemento dolor sea casi despreciable; la anestesia es acaso inútil.

Cuando la inversión dada de muchas horas, las maniobras son más prolongadas, más dolorosas y puede haber gran ventaja en recurrir á la anestesia general. En tal caso el eter es preferible al cloroformo.

La reducción de una inversión puede ser manual ó instrumental.

La reducción manual ó taxis, consiste en ejercer presiones sobre el útero al nivel de su fondo, sobre sus caras laterales ó sobre el pediculo en todo su contorno. Se puede pués ejecutar de tres modos que son; 1°. taxis central, 2°. taxis lateral y 3°. taxis periferico.

Taxis Central.—El taxis central ó método de Viardel está indicado en caso de intervención inmediata. Se coloca la mujer en posición obstetrica; la mano izquierda aplicada sobre el hipogastrico deprime la pared abdominal y fija así el embudo de inversión. Con la mano derecha cerrada ó más bien con la extremidad de los dedos aproximados y reunidos en cono, el partero rechaza poco á poco el fondo del útero, al través del cuello. La mano penetra en el interior de la cavidad úterina á medida que él se reforma y se asegura que la reducción es completa; se mantiene en el interior del útero hasta que el organo se haya completamente retraido.

Taxis lateral ó mètodo de Deleurye.—Su autor lo emplea en inversiones recientes mientras que Sims y Nœggerath; de New York lo emplean en inversiones antiguas. Denucé lo describe «el globo úte-

rino abrazado por la mano, los cuatro últimos dedos se encuentran aplicados sobre la pared postero-lateral derecha, que mantienen fija por una presión suficiente; mientras que el pulgar, apoyado sobre la parte inferior de la pared antero-lateral izquerda la deprime y por presiones sucesivas de abajo arriba, el pulgar encajado en la foseta así producida, hace deslizar ésta pared, gracias á la membrana serosa ó peritoneal que dobla el saco úterino, sobre la pared opuesta. La pared sobre la cual actuá el pulgar remonta, llegando hacer salida hacia la parte correspondiente del orificio del saco úterino, que aumenta gradualmente bajo la presión continua del pulgar y lleva así poco á pocó el útero en la cavidad úterina».

Taxis periferico ó mètodo de Astruc.—«Para realizarlo se bajará el tronco de la mujer y se elevarán las nalgas después de lo cual, habiendo engrasado bien la mano derecha, se introducirá en la vagina hasta poder tocar el pediculo que se rechazará suavemente al interior del vientre al través del cuello; comenzando por los lados como se tiene costumbre de hacer en las hernias, hasta poder introducir el fondo del útero que se acompañará con los dedos hasta su verdadero sitio».

Hay alguno de estos tres métodos que goce de superioridad sobre los otros? Parece que no; sin em-

bargo el taxis central es el de elección en los casos de intervención inmediata ó muy rapida.

Reducción instrumental.—Ella comprende dos clases de instrumentos; los repositores de Aveling, Mme. Boivin y Depaul. 2º. los balones intravaginales: pesario de Gariel, balón de Champetier de Ribes y el colporynter de los alemanes; además los taponamientos vaginales.

Entre los primeros, el repositor de Aveling que tiene una doble curva pelviana y perineal y que por medio de ligaduras elasticas puede actuar durante varias horas, es el mejor.

Los balones intravaginales pueden ser para inflarlos con aire ó llenarlos con agua. El pesario de Gariel se útiliza inflado con aire.—El de Champetier de Ribes, que se presta para ser útilizado indistintamente; es muy recomendado por Pinard y Mantel quienes prefieren llenarlo de aire.—El colporynter de Braun, útilizado en Alemania es un balón que se llena de agua.

Todos estos instrumentos están basados en un principio idéntico, la presión elastica prolongada, sobre el útero. Han dado resultado muchas veces y fracasado otras tantas.

Entre todos el balón de Champetier de Ribes es el mejor y que dá un resultado más constante.

A parte de que en muchos casos no se obtiene éxito por este procedimiento, se debe agregar que no es inofensivo y en efecto; West ha visto morir de peritonitis a una de sus enfermas á consecuencia de la aplicación del pesario con aire. Lawson Tait ha tenido igualmente un caso funesto. En otros casos, el pesario ha sido mal tolerado y se han observado hipertermias á pesar de las precauciones antisepticas tomadas; en otras enfermas, dolores y aún necrosis de la mucosa vaginal (Trelat, Netzel, Salin etc).

Además de estos serios inconvenientes, la reducción no se obtiene generalmente en seguida y necesita varios dias.

El taponamiento vaginal antiseptico, iodoformado, que debe renovarse cada 24 horas, juega el triple rol de desinfectante, hemostático y compresor.

Cual de estos dos procedimientos es preferible?

En presencia de una inversión que acaba de producirse se debe primero tentar la reducción por el taxis y si este fracasa tratar que la inversión si es extravaginal se haga intravaginal y una vez tomada las medidas de asepsia que el caso requiere aplicar un balón de Champetier de Ribes, gran modelo, lleno de aire. Este balón debe quitarse para facilitar á la enferma la micción y reponerse hasta obtener la reducción; después de la cual en las en-

fermas dóciles se podra retirar definitivamente, mientras que en las demás sé deberá dejar durante ocho dias para evitar su reproducción, tomando siempre las medidas de asepsia y facilitandole la micción.

Cuando los precedimientos de dulzura son ineficaces en el tratamiento de una inversión sea ésta reciente ó crónica, se debe recurrir á los procedimientos cruentos. La cirujia interviene para facilitar la reducción ó extirpar el tumor invertido.

La irreductibilidad de una inversión no la determina el tiempo trascurrido desde su producción. En algunos casos después de semanas, meses y años conserva su reductibilidad; en otros es irreductible desde un principio, pero por lo general adquiere este caracter después de un tiempo variable, debido á adherencias peritoneales.

Dando por descontado que en los casos de inversión uterina en que el tumor esté infectado ó esfacelado, la eliminación del organo es de regla, veamos si es ventajoso en los demás casos ser conservador ó si tratandose de una inversión crónica de muchos meses ó años, al proceder de este modo se expone la enferma sin mayores beneficios.

Para resolver este punto hay que basarse en los estudios anatomo-patológicos, sobre uteros cronicamente invertidos; así como, sobrelas historias de enfermas que en estas condiciones han sido operadas.

Por los estudios de Francesca Venturini, sobre un utero invertido desde hacia 9 meses, se deduce que las lesiones son mediocres y curables.

Los estudios de Stefano Francese, sobre un utero invertido desde hacia 4 años, permiten concluir que las alteraciones son tan marcadas que su conservación no ofrece interés y que la amputación del utero es legitima, y sin embargo en la enferma sobre la cual se han hecho estos estudios y que fué operada por Spinelli se restablecieron las reglas, lo que prueba que la mucosa uterina se regeneró.

Consultando el resultado de operaciones conservadoras en casos analogos, encontramos que en numerosas enfermas no solo su menstruación ha reaparecido, sino que, se han observado preñeces consecutivas; tales son los casos de: Barnes, Courty, Sims, Duret; y el muy notable de la enferma curada por Tyler Smith, que se embarazó después de haber llevado su utero invertido, durante 11 años.

En presencia de estos hechos que la clinica nos brinda, sacamos como conclusión, que podemos siempre esperar después de la reducción, el completo restablecimiento de las funciones fisiologicas y que las tentativas operatorias, cuyo fin es la reducción de las inversiones uterinas, están plena-

mente justificadas, cualquiera que sea el tiempo de la inversión.

Dos vías se ofrecen para realizar las operaciones conservadoras: vaginal y abdominal.

Intervenciones por la vía abdominal.—Gaillard Thomas en 1869 fué el primero en seguirla; obtuvo poco éxito.

Su idea fué dilatar el orificio del infundibulo, considerado como el principal ó único obstaculo á la reducción, que seria obtenida facilmente por presiones ejercidas sobre el fondo del utero, por vía vaginal. En la practica no dió resultado.

Otros operadores modificaron este método primitivo, sin mayores ventajas.

Everke, de Bochum, practica por esta vía, sobre el cuello dos incisiones, adelante y atrás y luego trata de reducir por presiones, hechas del lado de la vagina.

Everke, argumenta en su favor, que esta vía tiene la ventaja de permitir inspeccionar los ovarios y trompas, y poder actuar en consecuencia. Además que el éxito se obtiene practicando incisiones pequeñas sobre la pared uterina, con relación á las que se deben hacer cuando se opera por vía vaginal y que por consiguiente, el organo se encuentra secundariamente en condición más favorable en caso de una nueva preñez.

El primer argumento no tiene valor; pués, con la colpohisterotomia se puede facilmente darse cuenta del estado de los anexos.

En cuanto al segundo; su tesis podría sostenerse si las incisiones de Everke, se hubieran llevado unicamente sobre el cuello, pero las figuras que ilustran su memoria prueban que el éxito ha sido debido ha incisiones que no son menores que aquellas empleadas por la vía vaginal; fuera de que no es el largo de la herida de tanta importancia, como que su cicatrización se haga por primera.

Diez operadores han intervenido por esa vía y 13 operaciones han sido practicadas con este resultado: 2 muertes y 4 fracasos ó sea 30.47 %, fracasos y 15.30 %, de mortalidad. No es pués una vía practica, por las dificultades encontradas y por la duración de las intervenciones.

La vía vaginal es la de elección; veamos que operaciones se practican por esta vía:

1º Las incisiones, sobre el cuello unicamente. Esta operación debe rechazarse por su poco éxito y porque el tejido uterino se desgarra en el momento de la reducción. Ante el peligro real de una desgarradura es preferible una incisión á bisturí, dentro de los límites necesarios, por ofrecer ventajas para la cicatrización.

Los operadores que han hecho uso de este procedimiento son:

Barnes y Arbuckle, 3 incisiones sobre el cuello: 2 laterales y 1 posterior.

Wilson, desbridamientos multiples.

Kemp, dos incisiones.

Doyen y Barton Cooke Hirst, una sola incisión, el 1° sobre la parte anterior y el 2° sobre el labio posterior.

De todos estos métodos debe darse preferencia al de Doyen ó al de Barton Cooke Hirst, incisión posterior, mucha más inofensiva, si se tiene en cuenta el peligro de la uterina.

2° Desbridamiento del cuerpo uterino seguido de taxis y de reducción al través. La paternidad de este método es atribuída á Kustner, cuando en realidad fué Matt Duncan el primero en practicarlo, dando como razón de su conducta, que el cuello no juega sino un rol muy secundario en la dificultades, que encuentran las tentativas de reducción de un utero cronicamente invertido.

Las incisiones de Duncan no comprendían todo el espesor de la pared del utero y no tocaban el peritoneo; no podían entonces obtener las ventajas debidas á la movilidad relativa de la pared uterina para practicar el taxis lateral. Tuvo poco éxito en un caso; fracasó en otro, viendose obligado á recu-

rrir á la histerectomia á consecucncia de la cual murió la enferma.

Este método se abandonó en cambio de otros, de ejecución más facil y eficaz.

3° Procedimiento de Kehrer.—Incisión sobre la pared anterior del útero, en su línea media, desde el cuello al fondo del útero.

5° Procedimiento de Piccoli.- Ideado en 1894, es una colpohisterotomia posterior. Otros nueve la practicaron, entre ellos: Kustner, Westermack 1897, Duret 1898.

5° Procedimiento Spinelli—Modificado por Oui, es una colpohisterotomia anterior.

Reuniendo todos los casos operados, por estos procedimientos, anteriores ó posteriores, tenemos un total de 13 operaciones, de las cuales 12 con éxito y 1 fracaso. Este es el caso de la enferma de Josephson que tenía su útero invertido desde hacía 17 años; caso desfavorable y en el cual el operador recurrió al taxis después de las incisiones, en lugar de la maniobra más eficaz de despliegamiento y repliegamiento del útero.

La estadística mencionada da un porcentaje de 92.33 %. No hay ningún método con resultado tan brillante.

Cuando las maniobras manuales y los procedimientos de dulzura hayan fracasado, se debe recurrir á la colpohisterotomia.

Entre los métodos de Piccoli y de Spinelli, se debe preferir este último, es decir, la colpohisterotomia anterior, á pesar del peligro de herir la vejiga, del cual se pone al abrigo por la exploración digital del infundibulo, que siempre debe preceder. El fondo de saco vaginal anterior es menos profundo y mejor expuesto, da una vía de acceso más comoda.

Dos casos operados por este procedimiento han sido seguidos de preñez y el de Duret con parto á término; el otro, de Westermack, abortó á los 3 meses.

HISTERECTOMIA

Tratándose de una inversión uterina, parece que no debiera practicarse otra histerectomia, que la vaginal; aunque una vez se haya elegido la vía alta.

Se puede practicar, como Queirel, la histerectomia vaginal total ó como Segond y Pinard, lo que este último llama histeroctomia extravaginal.

CUIDADOS POSTERIORES Á LA REDUCCION

Efectuada la reducción de una inversión uterina, se impone un amplio lavaje intrauterino, antiséptico, caliente, á 50°; que al mismo tiempo que complementa la desinfección del útero, actúa estimulando las contracciones.

Inyecciones de 1 gramo de ergotina Yvon, siempre que los anexos se hayan desprendido ó en caso de que, la reducción haya sido hecha en masa con la placenta aún adherida, el alumbramiento haya sido manual. La ergotina actúa contrayendo el útero, es por eso hemostático.

Inmovilización de la enferma en el decúbito dorsal; evitar los esfuerzos durante la micción y defecación, la tos y estornudos.

Levantar el estado general, en algunas muy decaido, ya por la hemorragia ó el estado de shoc; con dermoclisis de suero Hayem ó fisiológico. Inyecciones de eter ó cafeina, contra la depresión nerviosa.

En general, á estas enfermas no se les debe abandonar á sus propias fuerzas, hasta que el pulso se haya regularizado y su tensión aumentada.

Cuando la reducción ha sido obtenida con el balón de Champetier de Ribes, se acostumbra de-

jarlo colocado durante unos días, sacándolo diariamente para su asepsia y la higiene vulvo-vaginal; solo en el caso que la enferma sea muy docil, se le quitará una vez conseguida la reducción y siempre que lo solicite por serle molesto su uso.

En los casos de reducción manual, se suele hacer un taponamiento del útero con gasa, de preferencia iodoformada, sobre todo cuando no se ha obtenido la reducción completa. El taponamiento se quita 18 ó 24 horas después.

Conclusiones

La inversión uterina ó invaginación del fondo del útero en su propia cavidad, es un accidente raro, que se observa la mayor parte de las veces, entre el fin del parto y del alumbramiento.

Tiene por etiología más frecuente, las tracciones inmoderadas del cordón, favorecidas por la inercia del útero, total ó parcial y las contracciones de los músculos abdominales.

Sus síntomas son: un dolor especial, como si le arrancasen las entrañas; la hemorragia; estado sincopal; la presencia de un tumor visible ó constatable al tacto vaginal; la desaparición del globo uterino que se aprecia por la palpación abdominal.

Se impone hacer un buen diagnóstico rápidamente, para hacer el tratamiento conveniente; los errores de diagnóstico han dado lugar á verdaderos desastres operatorios, entre ellos el arrancamiento del útero.

El tratamiento consiste en tentar la reducción, á necesidad bajo anestesia por el eter, conservando la placenta si está totalmente adherida hasta el momento de intervenir, por el taxis central combinado con el periférico, si se actúa inmediatamente. Si se interviene después de horas ó días de producida la inversión se hará el taxis periférico ó lateral. En caso de fracaso, recurrír al balón de Champetier de Ribes ó al taponamiento vaginal, con gasa iodoformada. Sí no se obtiene éxito, se recurrirá á la cirujía conservadora, en un principio, aunque se trate de inversiones antiguas, en atención á los resultados de la observación; practicando de preferencia el procedimiento de Spinelli Oui, esto es, la colpohisterotomia anterior.

Por último, en presencia de una inversión irreductible ó en presencia de un útero infectado ó grangenado, efectuar la histerectomia vaginal.

La reducción expontánea, es excepcional, como también la cura por eliminación del útero necrosado.

Obtenida la reducción manual, debe quedar la mano en el interior del útero hasta que se haya contraido bien; cuando se ha conseguído con el balón, conservarlo en posición durante unos días, para evitar su reproducción y en general vigilar la enferma, evitar los esfuerzos, hacer inyecciones intrauterinas, masajes, ergotina, etc.

Se debe hacer el tratamiento profiláctico.

Es una afección grave, el estado de shoc y hemorragia, matan á veces en pocas horas. Abandonadas á sí mismo hay gran mortal idad, atendidas á tiempo, hay casi seguridades de éxito.

Historias clínicas

Observación I.—Dr. C. Blaye

N. N. de 22 años sin antecedentes importantes, hereditarios y personales. Bien constituída. Tres hijos, ningún aborto, viven los tres sanos. Pertenece á clase acomodada, el marido es escribano.

Su cuarto parto normal. A las 10 de la noche la partera espera el alumbramiento, una hora después se hace; dice ella, espontaneamente; pero, según las personas que le observan, con grandes esfuerzos de ella sobre la pared del vientre y cordón. Se produce una hemorragía bastante abundante, resuelven llamar médico y acude el Dr. Pita, quien la examina y diagnostica inversión uterina. Pide otro colega para operar, siendo llamado el Dr. Blaye que comprueba el diagnóstico.

Se notaba por la pared del abdomen, el fondo de botella y en la vagina el tumor, rodeado por el cuello muy retraído sobre él.

Pulso filiforme, incontable, estado anémico acentuado, hubo necesidad de poner la cabeza lo más bajo posible, por los síncopes frecuentes que tenía.

El cuello uterino estaba contraído sobre el tumor piriforme; pero, examinado éste más atentamente, notó una pequeña porción cuya pared más delgada se dejaba deprimir y con mucho cuidado, hizo presión con la pulpa de los dedos sobre ella. Tan delgada era esa porción que temía perforarla á pesar de lo suave de dicha presión. La reducción se hace en esa parte facilmente (seguramente esa porción era donde había estado inserta la placenta) y la siguió el resto, quedando completamente reducido el utero.

La hemorragia se consiguió suprimirla; pero, el estado de anemia era tan grande, que casi no se notaba pulso.

Se le hicieron fricciones, cafeina y dermoclisis, sin que reaccionara y falleció una hora y media después de la reducción, por anemia.

Se examina la placenta, está completa; pero, llaman la atención lo delgado y la falta de nudosidades del cordón, lo que acusa tracciones sobre él.

Observación II.—Dr. C. Blaye

N. N. 31 años, primípara, sana; casada hacia 10 años, no había tenido familia y había estado en asistencia de su esterilidad, hasta que al fin vió coronados sus deseos.

Como único antecedente, se puede mencionar su dismenorrea, seguramente á causa de estenosis del cuello. Los tratamientos á que fué sometída, con ligeras variantes, eran para asegurar su dilatación.

El parto empieza á efectuarse normalmente, de vertice. Una vez salido el niño completamente, le llama la atención á la partera la brevedad del cordón y la hermorragía abundante é inmediata á la salida del feto. Cordón de 15 ctms. Mientras acude el médico llamado, corta el cordón y hace masajes al útero y lavajes muy calientes.

Con tal motivo, el Dr. Blaye, se hace cargo de la enferma y al tocar el fondo del útero, al través de la pared abdominal, le llama la atención su depresión y lo bajo de su nivel.

Hace el tacto vaginal y encuentra en la vagina, casi todo el tumor uterino más la placenta inserta en él, más arriba, el cuello sumamente retraído rodeando al tumor.

Intentan, inútilmente, la reducción con la pla-

centa; siguiendo el consejo de muchos parteros; la desprende entonces y en el punto donde estaba inserta, hace suaves presiones con los dedos, dejandose reducir facilmente esta porción; no así, el resto de útero, cuya pared es mucho más gruesa, pero, comprimido con toda la mano con más fuerza, consigue efectuar la reducción. Se hacen dermoclisis, cafeina, porque el pulso es muy frecuente. La enferma cura completamente.

Posteriormente, ha tenido un parto normal.

Observación III—Estación Sanitaria San Bernardo

Natalia R. 17, años, argentina, casada.

En su primer embarazo, vómitos y cefalalgias, son sus únicos malestares. Durante su parto es atendida por una vecina, que con el buen deseo de ayudarle, no mide la responsabilidad en que incurre por su ignorancia. En efecto; N. R. da á luz un niño vivo y viable y una vez seccionado el cordón, como la placenta no se desprendiera, ejerce tracciones violentas sobre el cordón, cuya resistencia, dió por resultado que las paredes del útero cedieran á la presión, antes que ésta consiguiera la desinserción

y desprendimiento de la placenta. El útero con la placenta adherida en su fondo, hizo saliencia al exterior, donde fué cubierto por papel de diario. Ante el cuadro de gravedad que presenta la enferma: dolor irresistible, hemorragia abundante, etc., piden auxilio á la A. Pública.

Al examen se constata un tumor volumi-noso extravaginal, placenta adherida en su polo inferior, superficie cubierta de coagulos, consistencia blanda, de color rojo parduzco, doloroso á la presión. A la palpacion, no se encuentra el globo uterino en su posición. Mucosas muy palidas, pulso filiforme. Se diagnostica, inversión uterina de 3er grado.

Conducida á la maternidad del San Roque, fallece poco rato después. En el museo se exhibe ésta notable pieza.

Observación IV—Hospital Pirovano

N. N., italiana, 28 años, casada, quehaceres domésticos, tiene dos hijos vivos.

Antecedentes personales.—Sarampión y coqueluche en su infancia; regló á los 12 años con regularidad, abundantes, duraban 4 días. Pulmonía á

la edad de 20 años. Se casó á los 21 años; 1° y 2° parto normal.

Su tercer embarazo sin incidencias; llega el momento del parto, el trabajo se prolongaba demasiado, la familia resuelve llevarla al Hospital Pirovano.

A su ingreso, dilatación completa, bolsa de las aguas rota desde varias horas, cabeza muy baja en el estrecho inferior, el feto no sufre. La mujer estaba en malas condiciones, había sufrido tactos numerosos y sin ninguna precaución. Contracciones uterinas débiles, se le da quinina y se espera.

Una hora más tárde, aparecen contracciones más fuertes y la mujer se ayuda, con lo cual el parto termina.

Diez minutos después, ligera hemorragía, se hacen masajes del vientre y tracciones sobre el cordón ¿moderadas?; produciendose una inversión uterina de 3er. grado, placenta adherida, que bien pronto es desprendida; se produce una hemorragia abundante. Ante esta gravedad, el practicante que la atendía hace llamar en su auxilio, al médico interno Dr. Abalos. Al examinar la enferma, se dió cuenta del estado de gravedad, casi sincopal, fuertes dolores, pulso muy frecuente y sin tensión; llenadas las condiciones de asepsia más indispensables, trató de efectuar el taxis, viendose obligado á

recurrir á la anastesia, á pesar de lo cual, no obtuvo éxito.

Teniendo ya anestesiada la enferma, con un útero en malas condiciones de asepsia y por no prolongar mucho la anestesia, resolvió prácticar una operación radical, la histerectonia vaginal, que realizó en pocos minutos.

Dermoclisis; aceite alcanforado, cafeina, calefacción artificial; todo fué inútil, dos horas más tarde la mujer felleció.

Observación V.—H. N. de Alienadas

Livia D. de A., Argentina, 23 años, casada.

Sana en su infancia, regló á los 13 años con regulidad.

Se casó á los 20 años; un año más tarde, su primer parto normal, el niño es sano y tiene actualmente 2 años.

Durante su segundo embarazo es recluida en el hospicio; donde, después de pasar por la sala de observación, es enviada al Servicio Gressinger.

El 29 de Diciembre se levantó como de cos-

tumbre y no habiendo revelado por ningún síntoma, la proximidad del parto; no guardó cama. A la tarde de ese día esta mujer, daba á luz un niño en el w. c., estando ella en posisión de pie; á los llantos de aquel acudieron las enfermeras y constatan, el nacimiento y alumbramiento terminados. Atendida inmediatamente, se intentó hacer un lavaje vaginal, notándose un obstáculo en la vagina, á la penetración de la sonda.

La hemorragia, insignificante; no acusaba dolor, estado general bueno, pulso de regular tensión y no muy frecuente. A la palpación abdominal, se encuentra muy bajo el globo uterino y deprimido. Al tacto vaginal, se reconoce un tumor piriforme, estrangulado hacia arriba por el cuello, con coágulos sanguíneos en su superficie; del tamaño de un puño y de consistencia dura. Se hizo el diagnóstico de inversión úterina, incompleta, de 2º. grado.

Inmediatamente se procedió á la reducción, después de asepsia de la región y lavaje vaginal. Se practicó el taxis periferico, mientras un ayudante fijaba con una mano, al través de la pared abdominal, el contorno del infundibulo, Una vez terminada; inyección intrauterina de solución íodo-iodurada, bien caliente, masaje del útero, con todo lo cual el útero se contrae bien y se puede reconocer el globo úterino, en buena posición.

Severa vigilancia para asegurar la inmovilidad, evitando los esfuerzos. Se retira la orina varias veces al día, se hacen lavajes intrauterinos, etc. Al 5°. día, todo normal.

El 14 de Enero. es decir, 25 días después del parto, se da de alta curada y mejorada de su estado mental.

JULIO CÉSAR BERRI.

Buenos Aires, Mayo de 1909.

Buenos Aires, Mayo 28 de 1909.

Nómbrase al señor Consejero, Doctor Enrique Bazterrica, al Profesor titular Doctor Samuel Molina, y al Profesor suplente Doctor José F. Molinari, para que, constituídos en comisión revisora dictaminen sobre la presente Tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario

Buenos Aires, Junio 2 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta Nº 2023 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la histerectomia vaginal, en las inversiones crónicas del útero.

ENRIQUE BAZTERRICA

II

Cual es el tratamiento mejor para correjir la inversión uterina.

SAMUEL MOLINA

III

Profilaxia de inversión.

JOSÉ F. MOLINARI

BIBLIOGRAFIA

Auvard A. — 4ª Edition.

A. Ribemont-Dessaignes — Précis d'Obstétrique, 1904.

A. Lutaud — Manuel de Gynécologie, 1900.

Barozzi J. — Gynécologie pratique, 1907.

Bar P. — La pratique de l'art des accouchements, 1907.

Boursier A. — Precís de Gynécologie, 1903.

Denucé — Traité de l'inversion uterine, 1883.

Fresson H. — Annales de Gynécologie y d'obstétrique, 1903.

Gangolphe M. — Precis des opérations d'urgence, 1901.

G. Spinelli — Annales de Gynécologie y d'obstétrique, 1900.

Gazette Medical de Paris — Dr. Mantel, 1904.

Hofmeier — Maladies des organes génitaux de la femme, 1899.

Lepage G. — Annales de Gynécologie y d'obstétrique, 1905.

Labadie-Lagrave — Traité medico-chirurgical de Gynécologie, 1904.

Maygrier y Schwab, 1909.

Pozzi — Gynécologie.

Pinard — Annales de Gynécologie y d'obstétrique, 1901

Oui — Annales de Gynécologie y d'obstétrique, 1901-1902.

V. Wallich.