AÑO 1909 N. 2104

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVERSIÓN UTERINA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN P. PÉRÉS

Ex - interno de los hospitales Frances y JuanA. Fernández

«LA CIENCIA MEDICA»

LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

INVERSIÓN UTERINA

AÑO 1909 N. 2104

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVERSIÓN UTERINA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN P. PÉRÉS

Ex - interno de los hospitales Francés y Juan A. Fernández

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

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

Artículo 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

Miembros Titulares

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
14 » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15 » » DANIEL J. CRANWELL
16 » » HORACIO G. PIÑERO
17 » » JUAN A. BOERI

Miembros Honorarios

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

Secretario

DR. D. DANIEL J. GRANWELL

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	» OSDULIO 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	» ELISEO 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
línica 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 Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » 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 ANGEL J. VILLA

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MIS TIOS Y PRIMOS

SEÑORES CONSEJEROS

SEÑORES PROFESORES.

Con este modesto trabajo presento á vuestra consideración el último requisito que nuestra Facultad exige para el doctorado en medicina.

Se trata de una observación hecha durante mi internado en el Hospital Juan A. Fernández, y que tiene interés no tan solo por tratarse de una entidad morbida muy poco frecuente, sino también por el tratamiento operatorio seguido, que nos ha llevado al convencimiento de ser el único racional en el tipo de Inversión que presentamos.

Y no por rutina, sino sinceramente agradecido, permitidme que no salga de esta casa sin dejar constancia de mi reconocimiento á todos vosotros que habeis sido mis maestros.

Enorme placer siento al poder manifestar mi gratitud al Doctor Angel J. Villa que me honra siendo mi padrino de tésis, y quien con sus consejos y sabias lecciones ha formado mi criterio médico.

A los Doctores Toribio Piccardo, Lucio Durañona y José Montellanos, mi amistad por las muchas atenciónes recibidas siendo su practicante.

A los Doctores Belisario D. Otamendi y Juan B. Bafico mis buenos compañeros, quienes en las horas de meditación y desaliento han sido mis consejeros, un abrazo que les demuestre el cariño que les profeso.

JUAN P. PÉRÉS

ETIOLOGÍA

Al estudiar en este capítulo las causas provocadoras de la inversión uterina, es conveniente para el mejor concepto, dividirlas en *Causas Predisponentes* y *Causas Eficientes.*

Antes de entrar de lleno en materia permítasenos recordar lo que servirá de epílogo al presente capítulo; nos referimos al Mecanismo á que obedece la *Invaginación Uterina*, mecanismo idéntico en todos los casos, que tiene derechos de autonomía, puesto que es obediente á sus propias leyes é invariable.

Así es que podemos sentar este principio que no necesita demostrarse, por consiguiente este axioma, *Causas Etiológicas varias* respondiendo á un mismo fin mediante un mismo mecanismo.

Al dedicar nuestra atención, al intentar la minuciosidad en nuestras investigaciones, que nos reportarán indicios y más tarde conclusiones fundamentales en la vasta Patología, en lo anormal; de-

bemos haber agotado ese mismo esfuerzo en el campo de lo normal, de lo Fisiológico. Es posible que un útero virgen, en su primitivo y natural ser, que nada lo haya influenciado, se invierta? Las múltiples experiencias hechas en úteros extraídos, por consiguiente colocados en las óptimas condiciones por efectuar tal evolución, dicen que nó, que es absolutamente imposible y esta imposibilidad es mayor estando el útero in situ.

No es indispensable mayor argumentación, pero robustezcamos lo que hemos afirmado con las dos siguientes consideraciones. La consistencia y espesor del útero fisiológico son factores que determinan resistencia. La forma, más voluminosa en su fondo y su cavidad virtual, apoyan palpariamente esta afirmación.

Terminaremos entonces, y estando en esto, conteste con todos los autores, que, para que una inversión se produzca es indispensable que cualquier proceso ponga al útero en condiciones predisponentes *(principio general en medicina)* y esta predisposición debe ser de tal naturaleza que aumentando su cavidad virtual adelgace su pared y que como consecuencia disminuya su resistencia.

Cuales son los factores preponderantes que acarrean disminución de espesor en la pared uterina

y aumento de su cavidad? La gestación y los procesos patológicos intra-uterinos.

La primera constituyendo un estado fisiológico en la vida activa de la mujer, nos facilita el mayor porcentage en la etiología de la inversión.

La segunda le sigue en frecuencia, teniendo en cuenta que si ciertos procesos son en sí benignos pueden no serlo bajo el punto de vista de las modificaciones que aportan al terreno en que se desenvuelven. La verdadera vida gestante de la mujer, respecto á su frecuencia, es entre los 18 y 40 años; la mayor actuación de los tumores intra-uterinos oscila entre los 35 y 40 años y es entre estos límites de edad que en la gran mayoría de los casos las inversiones uterinas reconocen una ú otra Etiología.

Muchos procesos y sobre todo estados patológicos, sin influir directamente en la etiología de las inversiones uterinas, nos colocan al sugeto en condiciones tales, que otras causas, que vienen á obrar después de ellas encuentran un terreno propicio á la producción de la inversión; nos referimos pues á las causas predisponentes.

Entre estos tenemos que justipreciar la menor resistencia que nos ofrece un terreno pobre, un terreno influenciado por el linfatismo, el raquitismo, las hemorragías repetidas, que debilitan al sumun

las energías que imposibilitan la inversión en un útero resistente y tónico; lo mismo debemos temer á un útero que ha estado sometido varias y repetidas veces á desempeñar su rol, aun cuando éste haya sido normal, con más razón aquellos sometidos á partos laboriosos que lo alteran, alternativas no extrañas á su decadencia y lógicamente á su predisposición patológica.

En las líneas que anteceden hemos pasado en revista las causas predisponentes de la inversión sintetizando podemos concluir:

Son causas predisponentes todas aquellas que debilitan el músculo uterino.

Hemos dicho anteriormente que la gestación y los tumores intra uterinos son dos factores que determinan mayor número de inversiones. En el parto y alumbramiento influyen como causa eficiente un gran número de factores, que se presentan espontáneamente ó debido á maniobras llevadas sobre el útero.

Los autores, para hacer más fácil y clara su exposición, la dividen en causas externas é internas. Como causas internas consideramos: 1.º La salida brusca del feto, que dejando un vacío detrás de él puede atraer el músculo uterino y producir la inversión. 2.º Todas las distocias, tanto más si obligan al partero á efectuar intervenciones, pues-

to que encuentran un útero fatigado, agotado por un trabajo largo y penoso, donde es suficiente que una maniobra cualquiera, obrando sobre la superficie interna del órgano, le proporcione el primer paso hacia la inversión, que terminará de *emble* ó por el mecanismo lento que ya explicaremos.

En las presentaciones viciosas debe el partero seguir al pie de la letra el tecnicismo de las maniobras, pues el apresuramiento puede dar lugar si no á un efecto inmediato la muerte del feto, á un accidente relativamente alejado, cual sería una inversión. 3.º La brevedad del cordón, ó bien por su acortamiento natural (lo que es raro) ó por las circulares que describe alrededor de ciertos segmentos del cuerpo fetal, pueden al hacer estiramientos extemporáneos y siempre perjudiciales, acarrear detrás de la placenta un segmento de pared uterina, segmento débil y extenuado por la inserción placentaria y que podría ser deglutido por las partes más resistentes que entrarían en contracción; en estos casos debe ser practicada inmediatamente la sección del cordón.

Cuando el alumbramiento espontáneo no se produce por una de las muchas causas que pueden determinar tal anomalía (inercia uterina, adherencias patológicas, encastillamiento, etc.) la extracción manual hecha con cierta brusquedad puede jugar

también el rol de pistón y producir esta grave complicación puerperal. En el mismo sentido obran las tracciones efectuadas sobre el cordón.

4.º Las posiciones que adoptan ciertas parturientas, principalmente en los países donde la obstetricia está poco difundida, como la posición de pie, predispone á los tironeamientos y depresiones de la pared uterina. depresión que de muy parcial puede constituír el primer paso hacia una inversión total.

Como causas externas reconocemos: 1.º El aumento de presión intra-abdominal. La parturienta no puede reglar los esfuerzos para desembarazarse de su placenta, ella contrae sus músculos abdominales con energía que sobrepasa el fin deseado, y entonces el musculo uterino puede (encontrando condiciones favorables) efectuar un acto de solidaridad con la placenta que se elimina.

2.º La maniobra de Credé practicada inmediatamente á la expulsión fetal, debe eliminarse del arsenal terapéutico obstétrico pues no solamente es causa eficiente de inversiones sinó tambien de otros peligros que complican el natural acto del alumbramiento. A grandes rasgos defenderemos tal afirmación. La expresión manual que se ejecuta en el fondo del útero siendo problemática la inserción placentaria, es sumamente dolorosa y tal tiene que

ser pues se somete á brutal compresión un órgano hiperemiado, en estado de surmenage más ó menos prolongado y de una riqueza extrema en poder reflejo; el mecanismo interno del desprendimiento placentario es inimitable y con la maniobra de Credé, no se respeta la hemostasia de los senos uterinos que interrumpida provocaría hemorragias quizá mortales. Al mismo tiempo, el trozo de pared uterina adaptado á la placenta puede aprovechar de tal compresión para introducirse en el poderoso anillo muscular que la rodea y tendríamos la pequeña invaginación necesaria para que una inversión se efectúe.

La inversión por tumores intra-uterinos es más rara, pues según las estadísticas de Cross sobre 400 casos de inversión encontramos 350 obstétricas y solo 50 debidos á esta causa. No todos los tumores son susceptibles de provocar una inversión, solo gozan de este privilegio los sólidos y entre éstos son los fibromas los que acaparan casi por completo el porcentaje, en cambio los epiteliomas casi no figuran al punto que Danuce que es quien con más detalles trata este asunto solo cita un caso.

Los tumores obran como causa eficiente en una forma análoga ó por lo menos muy parecida á las causas internas que acabamos de describir á propósito de las inversiones puerperales.

Los tumores séciles ó de pedículo muy corto, insertados por encima de la mitad superior del órgano sobre todo en el fondo del útero pueden, ya sea debido á los esfuerzos que hace el músculo para desembarazarse de ellos ó por las tracciones efectuadas sobre el tumor en el momento de su extracción producir la lesión que nos ocupa.

Vamos á terminar este capítulo como dijimos al principio con el mecanismo de la inversión uterina que quedará esplicado en pocas palabras desde que su concepción se hace ahora fácil después del detalle de las causas predisponentes y eficientes, puesto que cualesquiera que sean ellas el útero se invierte en una de las dos formas siguientes:

1°. En una forma lenta y progresiva en que una parte del útero presenta el primer punto débil, ya sea éste la incersión de la placenta ó la implantación de un tumor y ahí entonces comienza la inversión que luego la misma contracción uterina va á aumentar deglutiéndola en su cavidad á esta parte inerte que ha caído vencida y es incapaz de defenderse.

2.° Todo el útero está vencido, es el caso típico de la inercia uterina en las inversiones puerperales, el músculo se dobla sobre él mismo en dedo de guante, ya sea porque una mano inhabil va á dar el golpe de gracia en un terreno prepa-

rado ó que el órgano incapaz de sostenerse dado el relajamiento de sus ligamentos de sostén cae por sí solo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Vamos á pasar en revista el estado del músculo uterino, de sus anexos y de las víceras que lo rodean cuando él está afectado de la lesión que nos ocupa.

Antes de entrar á considerar los cambios de relación que afecta el músculo para con sus anexos y las viceras circunvecinas, es bueno tener presente que estas varían según el grado ó intensidad de la inversión.

Qué comprendemos nosotros por grado de inversión uterina? según que el útero se invagine más ó menos, los autores han ideado clasificar las diversas etapas por que el músculo pasa, hasta hacerse un tumor apreciable a la vista, bajo el rótulo de grados de inversión. En lo que los autores no se ponen de acuerdo, es en la apreciación de estos diferentes grados hasta el punto, que si nosotros dijeramos al clasificar esta afección, que se trata de un caso de 2º grado se prestaría á confusiones sinó agregarámos á que autor nos referimos.

Así es que después de enumerar las diversas clasificaciones, intentaremos formular una que á nuestro juicio tendrá la ventaja de indicarnos con su simple enunciado las posibilidades de un pronóstico así como el tratamiento aconsejado.

La clasificación más antigua y la más comunmente aceptada es la de Puzos, que hace una división en tres grados: Un primer grado ó depresión uterina y coincide en esto con Moriceau; el útero en su parte de menor resistencia, que varía según los casos, implantación de la placenta en casos de inversión puerperal ó en el punto donde se inserta el pedículo en los casos de tumores sólidos intrauterinos; se invagina á modo de fondo de botella pero sin llegar á pasar el orificio del cuello. Un 2º grado ó inversión incompleta coincide con el 2º grado de Luvet y de Lenoix; el útero se presenta en la vagina, haciendo salida su superficie interna por el cuello, pero quedando este en su posición normal formando un rodete en el fondo de la parte invertida y limitando entre él y la mucosa uterina un surco apreciable. Un 3º. grado ó inversión completa que es indudablemente el que ha producido más discusiones hasta el punto de ser negado por algunos autores de la talla de Boudelocque. El útero se ha invertido en su totalidad, cuello inclusive, al punto de venir á formar su pedículo la parte supe-

rior de la vagina, que acompaña el órgano en su decenso. La clasificación inglesa de Cross en tres grados: 1°. grado la simple depresión es decir que en el útero persiste una cavidad, ella no está sino disminuída; 2° grado ó introversión ó intersuscepción en este caso la cavidad ha desaparecido y el fondo del útero se presenta en el cuello sin atraversarlo, la cavidad es virtual; 3°. grado ó perversión, el útero franquea el cuello haciendo tumor dentro de la vagina. Este autor como Boudelocque no admite la inversión del cuello.

Pozzi clasifica las inversiones en simples y con prolapsus, entendiendo por inversiones simples, aquellas en que el útero habiendo franqueado el cuello queda colocaóo dentro de la vagina y por inversión con prolapsus cuando el útero se muestra al exterior. Este autor dice que las otras clasificaciones admitidas por los clásicos tienen solamente un interés teórico.

Bar clasífica la inversión en 4 grados, en el 1° y 2° corresponúen al 1° de la clasificación de Puzos, el 3° á la inversión incompleta del mismo y en un cuarto grado admite la inversión completa, es decir en la cual el cuello mismo partícipa del proceso.

Esta ligera enumeración de clasificaciones que creemos inutil continuar, puesto que con las enunciadas es suficiente para darse una idea de la con-

fusión que ellas enjendran, nos á llevado á proponer una clasificación que á nuestro juicio es suficiente dentro del campo de la patología de esta afección.

Es fácil darse cuenta en el cuadro que insertamos, que cualquier tipo de inversión que se nos presente tiene cabida en él; si también comprendemos las inversiones completas que otros niegan tenemos por base el caso clínico que nos ha sugerido el presente trabajo con el cual hemos llegado al convencimiento, de que ellas pueden producirse. Se nos podría objetar que en esta clasificación no comprendemos como Pozzi las inversiones con prolapsus pero es que á nuestro entender el prolapsus es una afección sobre agregada que nada tiene que ver con la inversión misma y que si entráramos en este terreno para clasificar podríamos también hablar de inversiones con cystoceles, con estrangulamiento intestinal que son nada más que complicaciones que agravan la lesión.

Inversión uterina	Intrauterina que comprende		1er. grado de Puzos
			1er. y 2º » » Cross
			1er. y 2º » » Bar
	Extra-uterina	incompleta	2º. gr. de Puzos
			3er. » » Bar
			3er. » » Cross
		completa	3er. gr. de Puzos
			4º. » » Bar
			negado por Boudelocques y Cross.

Como se ve en la presente clasificación incluímos en el termino de intra uterina los diferentes grados de inversión que puede alcanzar el útero sin franquear el cuello, puesto que á nada conduce respecto á pronóstico y tratamiento que aquella sea más ó menos pronunciado, mientras permanezca intra cervical.

Otro tanto podemos decir de las sub-divisiones de las extra uterinas en que el punto importante es que el cuello tome ó no parte en el proceso pues mientras la primera es pasible de un tratamiento *médico*, en el segundo no debe intentarse más que el *quirúrgico*.

Una vez el útero invertido se produce en él un proceso idéntico al que se verifica al estado fisiológico, es decir que sus fibras musculares que se habían hipertrofiado durante su estado de plenitud tratan de regresar á su estado normal en el sentido de producir su involución. De ahí dos divisiones fundamentales en aguda y crónica entendiendo por inversión uterina aguda todo el tiempo que dura esta involución, hasta que terminada produce el estado definitivo ó período de inversión crónica.

La involución uterina tarda más tiempo en terminarse en caso de inversión que al estado fi-

siológico, pero puede llegar á un grado mucho más avanzado, hasta alcanzar el útero un tamaño inferior al normal, lo que desde ya hace pensar en las dificultades que crea para su tratamiento puesto que á ello se agrega las adherencias que fijan este estado. Por otra parte las relaciones que el órgano contrae con las vísceras que lo rodean varían según que el útero haya ó no involucionado.

En cuanto á las modificaciones que sufre el útero y los órganos circunvecinos cambian según el tipo de inversión que se nos presente y nosotros para seguir un plan determinado las describiremos conforme á nuestra clasificación.

1° En la inversión intra uterina la superficie mucosa no alcanza á franquear el orificio del cuello, del lado de la cavidad pelviana se encuentra la superficie peritoneal escavada tratando de llevar consigo los ligamentos anchos con sus trompas.

2°. En las inversiones extra uterinas incompletas, se nota por abajo, la superficie interna del útero, formando un tumor globuloso, rojo, congestionado y con adema que sangra al menor contacto, sembrado de granulaciones con restos de caduca, (en el caso que no se trate de una inversión reciente con la placenta adherida); de cada lado de este tumor los orificios muy pequeños de las trompas; en la parte alta, el cuello del útero conserva-

do formando un anillo duro y resistente separado por un surco del resto del órgano. Del lado de la cavidad pelviana se encuentra una escavación profunda colocada entre la vejiga y el recto y en la cual se precipitan los ligamentos suspesores, las trompas, los ovarios, á veces la vejiga y ansas intestinales.

3º. En las extra uterinas completas del lado de la superficie peritoneal se observan las mismas modificaciones que en la anterior, pero del lado vagínal el anillo formado por el cuello uterino ha desaparecido continuando sin límite apreciable la superficie interna del útero con la pared vaginal.

SINTOMATOLOGÍA

El estudio de la Inversión uterina nos presenta un conjunto de síntomas semejantes, cualquiera que sea el tipo clínico que se examine, pero como es natural, dentro de un cuadro de intensidad variable que aumenta en razón directa al grado de la lesión. Es por ésto que todos los autores han tenido por conducta describirlos, conforme á su clasificación y teniendo presente la antiguedad de la lesión.

Nosotros no nos apartaremos de esta regla y describiremos los síntomas de acuerdo con nuestra clasificación.—En su período agudo la inversión intra-uterina es consecuencia inmediata al parto ó al alumbramiento y es por esta causa que se presenta siempre en el puerperio; la enferma se queja de dolores suprapubianos y lumbares, entuertos repetidos y sumamente dolorosos al punto que en algunos casos han hecho pensar en la posibilidad de un segundo trabajo; al mismo tiempo hemorragias

casi siempre abundantes traen como consecuencia la producción de síncopes y sudores profusos.

Si practicamos la palpación abdominal notamos que un punto de la superficie peritoneal, el globo uterino se ha deprimido en fondo de botella, limitado por un reborde bien neto, duro, que se continúa con el resto del órgano. El tacto intrauterino nos permite apreciar un tumor convexo, rugoso, con coágulos y á veces cotiledones (pues la parte invaginada es en la inmensa mayoría de los casos el sitio de inversión placentaria) y que corresponde á la depresión que se nota por la palpación abdominal. Colocando un especulo podemos apreciar cuando está el cuello todavía dilatado las impresiones suministradas por el tacto, es decir el tumor formado por la pared al insinuarse en la cavidad, que puede llenarla en parte ó en su totalidad; de superficie roja sangrante y sembrada de pequeños coágulos.

En algunos casos este cortejo de síntomas puede ser tan poco acentuado, que pase desapercibido, ó que en presencia de ellos no se haya hecho un tratamiento racional, entonces la involución fisiológica encontrando el útero en estas condiciones fija este estado y produce la lesión crónica, es en estos casos que hemorragias repetidas y rebeldes á los tratamientos hemostáticos comunes ter-

minan con la enferma. Los síntomas que nos permiten darnos cuenta de que existe la lesión crónica son: al tacto vaginal, el útero aplastado de arriba hacia abajo, que ejerciendo compresión del lado del recto y la vejiga constipan y dificultan la micción haciendo necesario el cateterismo así como los enemas evacuantes, al introducir la sonda intrauterina ésta alcanza muy pronto el fondo, lo cual ya hace pensar en una disminución de la cavidad, las hemorragias se acentúan sobre todo en el período de las reglas, y en el intervalo de ésta, una intensa leucorrea con dolores hipogástricos frecuentes y tenaces.

En las inversiones extra-uterinas incompletas al estado agudo, algunos de los síntomas locales anteriores se acentúan, otros se modifican y algunos nuevos vienen á unirse para caracterizar la lesión.

La palpación abdominal no nos permite ya apreciar el globo uterino, solo una pared muy plácida, dejandonos llevar profundamente la mano descubre en el fondo de la cavidad pelviana un anillo circular duro y resistente, movible en conjunto con el tumor, que al tacto encontramos ocupando la vagina, redondeado en forma de pera con la extremidad más delgada y que hace de pedículo, dirigida hacia arriba y como estrangulada en su terminación por el anillo redondeado, (formado por el

cuello) separado por un surco de profundidad variable en el cual es difícil penetrar; la superficie de este tumor varía según que la placenta se haya ó nó desprendido, en el primer caso es la mucosa uterina que se nos presenta, con su aspecto granuloso, sangrante, dejando descubrir, si examinamos con cuidado, los orificios de las trompas uterinas hacia cada lado de la parte globulosa y que son fáciles de sondar, signo de capital importancia para el diagnóstico de esta lesión. En el segundo caso cuando la placenta está todavía adherida, es ella quien se nos presenta por su cara fetal.

Las hemorragias siempre copiosas ponen en peligro la vida de la enferma; el dolor es desgarrante y causa en muchos casos Shocks mortales. Complicaciones graves suelen producirse, el útero al invertirse puede arrastrar dentro de su cavidad peritoneal, la vejiga ó una ansa intestinal y fácil es preveer las consecuencias de este accidente; el cuello mismo puede ser asiento de contracturas espasmódicas que comprimiendo al útero dificultan su irrigación y producen la gangrena. Si la enferma escapa á la hemorragia ó á las complicaciones posibles la involución se produce y la lesión se hace crónica. Las hemorragias se hacen menos frecuentes y hasta desaparecen cuando la madre amamanta su niño pues sabemos el efecto desconges-

tionante que tiene la lactancia sobre el útero, sin embargo ellas reaparecen en ocasión de la primera menstruación. El útero retrayéndose puede alcanzar su normal y aún hacerse más pequeño.

Un signo á veces muy característico consiste en el dolor que acusa la mujer cuando se le comprime el tumor, y que es comparable según Denucé, al que experimenta el hombre en la compresión del testículo.

En aquellos casos que la inversión llega á su extremo más avanzado, el cuello participa del proceso, como es natural los síntomas generales se hacen más acentuados y las complicaciones más posibles, pero la sintomatología en conjunto no varía. Solamente el cuello ha desaparecido y el examen nos revela que el tumor se continúa sin línea de demarcación con la vagina, lo que es suficiente, como veremas más tarde, para cambiar por completo el caso clínico en lo que á tratamiento se refiiere.

Quedan todavía á describir la sintomatología de las inversiones determinadas por tumores. Creemos innecesario entrar á detallarla en los diferentes gradós que esta lesión puede alcanzar, y nos contentaremos con hacerlo en un sentido general. Hemorragias frecuentes que se exacerban durante la menstruación. Cólicos uterinos debidos á la con-

tracción de las fibras lisas que tratan de desembarazarse del cuerpo extraño que albergan.

Al examen de la enferma la palpación abdominal nos muestra los distintos grados de depresión que el tumor ha hecho sufrir á la pared uterina en que se inserta. Al tacto encontramos sistemáticamente en los distintos grados de propulsión un primer tumor constituído por la formación patológica (fibroma mioma, epitelioma), un segundo tumor representado por la parte deprimida de la pared uterina. En este examen tenemos que ser minuciosos pues si bien es cierto que un tumor pediculizado nos da una demarcación bien neta, uno de grande y amplia implantación no nos permite apreciar la diferencia anterior.

DIAGNÓSTICO

Dejando de lado los errores groseros que se han cometido, de los cuales la mayor parte han sido en casos de inversiones recientes en las que se ha tomado el útero, bien por una placenta, la que se ha tratado de extraer (Bartolín), ó se ha creído estar en presencia de una segunda cabeza de un parto gemelar á la que se le ha hecho sufrir las diferentes maniobras de un feto que no avanza. El caso siguiente, de Jacquemier, ya clásico en que una partera por tracciones del cordón invierte una matriz, y que un médico llamado enseguida, desconociendo la enfermedad, toma esto por un pólipo sobre el cual se habia insertado la placenta, y después de desprenderla coloca una ligadura sobre el tumor para contener la hemorragia y rechaza todo en la cavidad vaginal.

La inversión uterina puede ser confundida con un útero prolapsado; sin embargo existe una diferencia fundamental en la forma del tumor pues

como ya hemos dicho en la inversión, la parte más gruesa está dirigida hacia abajo, mientras que aquí encontramos precisamente lo centrario: es la parte afilada la primera que se presenta, y en ella es fácil descubrir el orificio del cuello por más tumefactos y ulcerados que estén los tegidos.

El error más frecuente consiste en confundir una inversión con un pólipo al punto que Denuce cita 43 casos de este género; dos eventualidades son posibles: ya sea tomar un pólipo por una inversión (error sin consecuencia), ó bien tomar una inversión por un oólipo (error grave) ¿Cuáles son los síntomas que nos permiten afirmar que se trata de una inversión y no de un pólipo?

La diferencia más fundamental en estos casos consiste en la presencia del globo uterino, palpable en la cavidad abdóminal, qne nos permite desde el momento que notamos su desaparición, llevarnos casi de lleno al diagnóstico de una inversión. Es por esto necesario agotar todos los métodos de investigación que existen para estos casos antes de pronunciarse en uno ú otro sentido; el tacto vaginal y rectal, combinados con la palpación abdominal y el cateterismo de la vegiga nos permiten investigar la situación del útero; un dedo introducido en el ano tratando de insinuarse por detrás del tumor vaginal tocará si dificultad una sonda colocada en la vejiga

cuando el globo uterino ha desaparecido, no pudiendo hacerlo en el caso contrario.

La implantación del tumor, lateral en los casos de polipos y siempre central en las inversiones es otro signo de capital importancia.

Otro tanto pasa con la sensibilidad, el útero tiene como sabemos su inervacion especial que lo hace sensible á los traumatismos, en cambio el polipo es un tumor completamente indoloro.

La presencia de los orificios de las trompas, que por sí sola aunque hubiesen fracasado todas las investigaciones anteriores, es un síntoma decisivo en el diagnóstico diferencial de esta lesión.

La histerometría se encuentra disminuida en la inversión y por el contrario en los polipos es mayor á la normal.

Otra cosa que puede traer dificultades en los casos de inversión por polipos, es determinar el punto de unión, no hay un signo de un valor decisivo macroscopicamente, sin embargo, la sensibilidad nos puede servir de guía.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la lesión que nos ocupa es siempre más grave en su período agudo que en el crónico. La estadística de Cross es bastante demostrativa á ese respecto, sobre 109 inversiones abandonadas á ellas mismas 72 mueren en las primeras horas, 8 después de una semana, 6 en los dos primeros meses, 4 entre el octavo y noveno mes y 18 en diferentes épocas que varían entre un año y veinte.

Las abundantes hemorragias del primer momento así como el shock explican perfectamente la enorme mortalidad del período agudo. Todas las complicaciones que determina la lesión, las estrangulaciones intestinales, los fenómenos vesicales, las posibilidades de una infección en un útero colocado en las peores condiciones son otros tantos factores que ponen en peligro la vida de la enferma.

Algunas veces la inversión se reduce por sí sola, son estos casos excepcionales, la regla es que

ellas persistan hasta que un tratamiento adecuado corrija la lesión, y aun así queda el peligro de las recidivas, pues como hemos dicho al hablar de su etiología una inversión predispone á otra.

Dada la suerte que espera á la enferma abandonada á ella misma, se comprende que las diferencias de un pronóstico depende en gran parte, como dice Bar, de la precocidad de su diagnóstico así como de la rapidez del tratamiento.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la inversión uterina, comprende intervenciones diversas más ó menos enérgicas pero que en resumen, pueden ser comprendidas en dos grandes grupos, cuya característica diferencial consiste en que uno extirpa el órgano cualesquiera que sea su estado (Histerectómia), mientras que en el otro todos los esfuerzos tienden á su conservación.

Nosotros al ocuparnos del tratamiento vamos hacerlo bajo este último punto de vista, pues si bien es cierto que, en algunos casos tales como las grandes hemorragías incohercibles ó procesos destructivos hacen completamente inútil é imposible la conservación, creemos es de mala terapeútica seguir este procedimiento con un útero sano.

Infinidad de procedimientos tenemos para tentar la reducción de una inversión, desde los más simples hasta los más ingeniosos.

No es posible de antemano establecer con pre-

cisión cuales son los casos que indican la ventaja de cualquiera de estos procedimientos pues solamente es el estado del órgano enfermo quien nos dicta la conducta á seguir.

El pretender dividir y metodizar el tratamiento, como lo hacen muchos autores, según se trate de una lesión aguda ó cronica, no es práctico; pues si durante las primeras 24 horas de producida la inversión ésta no ha sido reducida, no es ya su antiguedad sino el estado del cuello lo que debe servirnos de guía.

Es por esto que al hacer la clasificación en anatomía patológica hemos insistido en la presencia del anillo constrictor formado por el orificio del cuello (inversiones incompletas) ó en su desaparición total (inversiones completas) pues en el primer caso el tratamiento se dirigirá á vencer el obstáculo creado por el cuello y serán por lo tanto racionales todas las maniobras que se efectuen para conseguir ese resultado; en cambio en el segundo tenemos el órgano constituído completamente en las mismas condiciones que un útero normal en el cual como ya hemos demostrado es imposible la inversión, siendo desde luego inútiles é intempestivas todas las maniobras que no tiendan por un método radical á la reconstrucción del órgano y su cuello.

Vamos ahora á describir en conjunto y suma-

riamente el tratamiento de las inversiones intra-uterinas y extra-uterinas incompleta, para detallar enseguida la operación ideal, concebida por Piccoli y que es para nosotros, repetimos, el único tratamiento racional de las inversiones extra uterinas completas.

Reducción manual—Antesepcia y anestesia—Desprendimiento de la placenta en los casos que ella esté adherida, se fija el reborde del cuello conservado con dos pinzas, que serán entregadas á un ayudante. El operador coloca la mano derecha ó solamedte tres dedos en la vagina, con la mano izquierda deprime la pared abdominal tratando de inmovilizar el útero, la mano que opera trata de ablandar el útero y enseguida lo reduce tratando con un taponamiento de sostener esta reducción. En cuanto á la forma de efectuar el taxis hay diversos procedimientos; el rechazamiento central de Viardet, el rechazamiento periferico y el rechazamiento lateral que empieza con un cuerno uterino terminando con el otro. Creemos que ninguno es de elección todos deben de ser practicados sucesivamente.

Métodos lentos de reducción—En estos procedimientos se propone reemplazar la acción manual más ó menos brusca por una presión continua ejer-

cida por un aparato dejado en la vagina durante varios días.

Con este objeto se han ideado diversos aparatos, entre ellos los pesarios á aire y á agua, el balón de Charpentier, el propulsor de Avelin y los taponamientos con gaza.

En resúmen dice Fresson todos estos métodos que no ofrecen sino una mediocre seguridad, están rodeados de grandes inconvenientes, desde luego su lentitud, son extremadamente dolorosos dificultan la micción y la defeccción y predisponen á la esfacele de la pared.

Reducción por vía abdominal—Este procedimiento ideado por Gaillard Thomas, consiste en una laparatomia infra-ombilical con el objeto de dilatar el anillo uterino, entrando por el saco piritoneal y facilitar en esta forma el taxis. Este procedimiento que parece á priori muy práctico no ha dado más que dos resultados sobre seis casos.

Reducciones por incisiones uterinas—Este procedimiento tiene por objeto vencer la resistencia del cuello por medio de incisiones.

Barnes y Marion Sims, practican dos ó tres incisiones que dividen las fibras circulares del ísmo en 2 centímetros de longitud y 1|2 de profundidad

aconsejando hacerlas más bien numerosas que aumentar las dimensiones.

Doyen hace una incisión anterior; pinza el cuello incinde transversalmente la mucosa vaginal y después de desprender la vegiga corta el anillo inertido longitudinalmente y asi facilita la redacción.

Barton Hirst ha hecho una intervención de este género con una incisión posterior.

Segond práctica dos amplias incisiones laterales que á la par de facilitar en mayor grado la reducción presentan la ventaja de ser siempre extraperitoneales.

Operación de Kustner—Esta operación comprende los tiempos siguientes que tomamos de Fresson.

1° Incisión transversal del Douglas.

2° El dedo penetra en el embudo de inversión y destruye las adhereucias.

3° Incisión longitudinal mediana de la pared posterior comenzando á 2 centímetros arriba del orificio externo del cuello.

4° Reinversión del útero fijando el embudo por el deoo introducido en el Douglas y rechazando el fondo.

5º Sutura de la herida uterina por hilos profundos y superficiales.

6º Sutura del fondo de saco de Douglar.

Se trata de una buena intervención pero en algunos casos no da resultado.

OPERACIÓN DE PICCOLI

Es este método operatorio el que se ha seguido en nuestra enferma, después de haberse intentado en ella el procedimiento de reducción lenta y el de reducción manual que fracasaron, lo que nos ha llevado al convencimiento de la necesidad de esta intervención en los casos de inserción extra uterina completa.

Vamos á detallar minuciosamente esta intervención que á nuestro entender no puede fallar y es por esto que, en los casos que el útero pueda ser conservado, debe ser practicada aun cuando la inversión parezca inrreductible.

Después de la antisepeia que puede ser complementada en los casos indicados con un raspado uterino el útero será tomado con una pinza erina y sacando fuera de la vulva, tratando de poner á la vista el fondo de saco posterior, donde con una incisión transversal se efectúa el, *primer tiempo*

de la intervención. Esta incisión que abre anchamente el fondo de saco de Douglas desde un ligamento útero-sacro hasta el otro permite una fácil exploración del infundíbulo uterino.

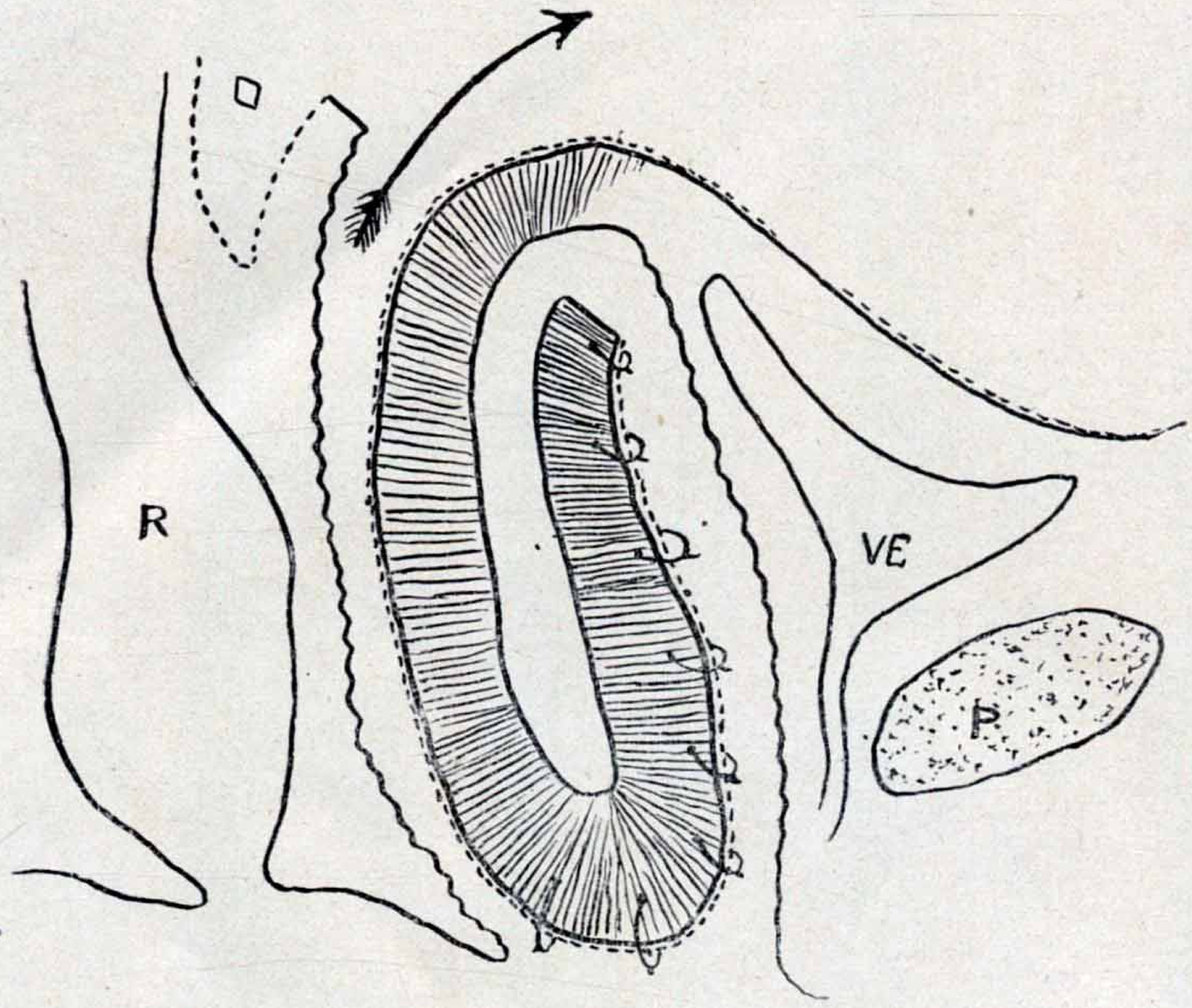
En un *segundo tiempo* se practica una incisión que partiendo de la parte media de la herida vaginal divide el cuello en todo su espesor y la pared uterina posterior hasta el fondo mismo del órgano poniendo á descubierto el peritoneo que tapiza el infundíbulo.

En un *tercer tiempo* se reduce la inversión colocondo los pulgares sobre la pared anterior del tumor que la rechazan hacia abajo y los otros dedos colocados en gancho toman los labios de la herida longitudinal y los llevan hacia adelante. La inversión queda así reducida.

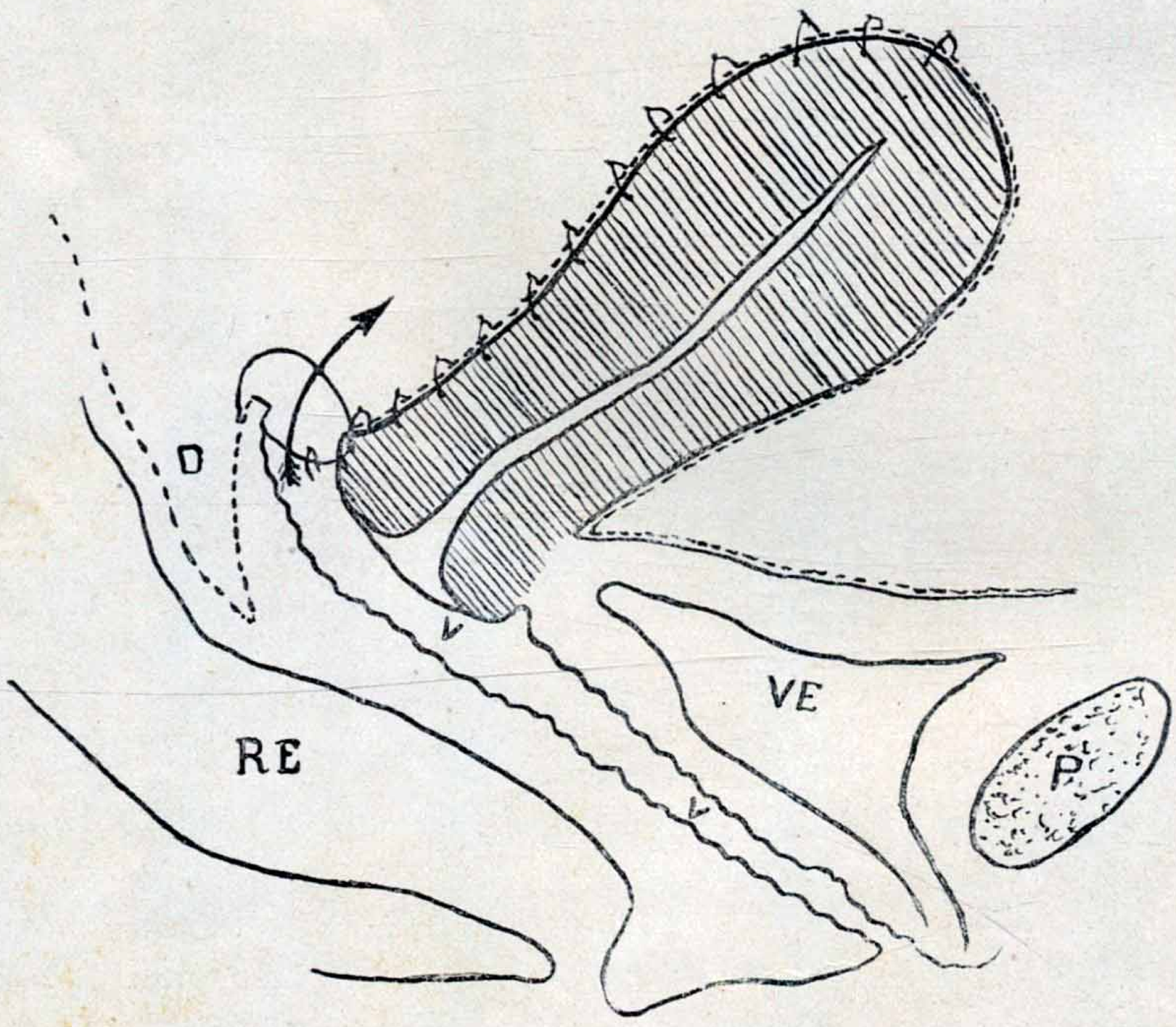
En un *cuarto tiempo* se coloca un plano de sutura profunda muco-mucosa y otro superficial músculo seroso.

En estas condiciones el útero debe hacerse bascular de abajo arriba para llevarlo á la cavidad pelviana á través de la incisión vaginal; ésto constituye el *quinto tiempo*.

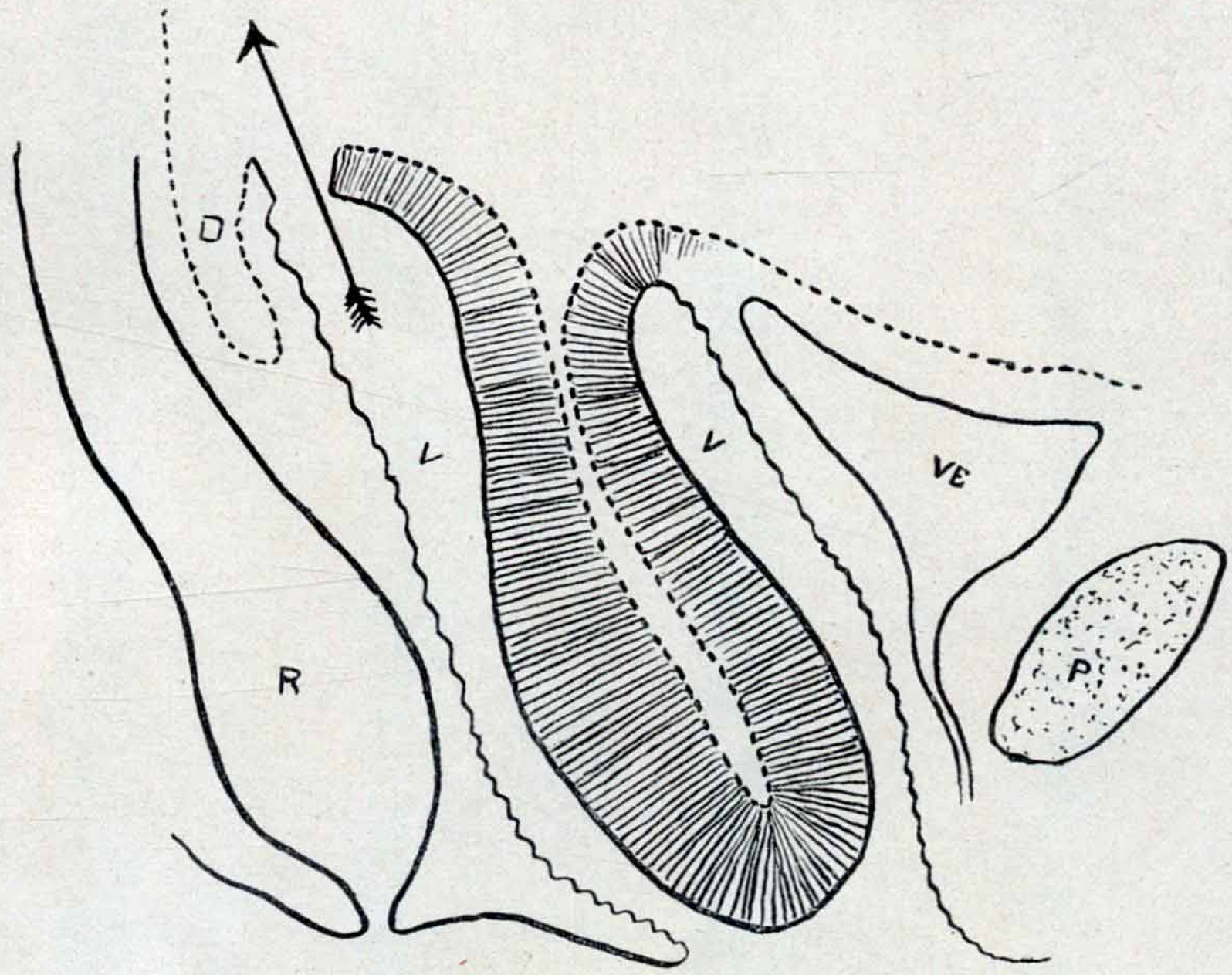
Queda ahora por reconstruir el cuello uterino que se hace por medio de una sutura en catgut, lo mismo que con la herida longitudinal de la vagina. En cuanto á la incisión transversal conviene dejarla abierta y colocar un drenage.



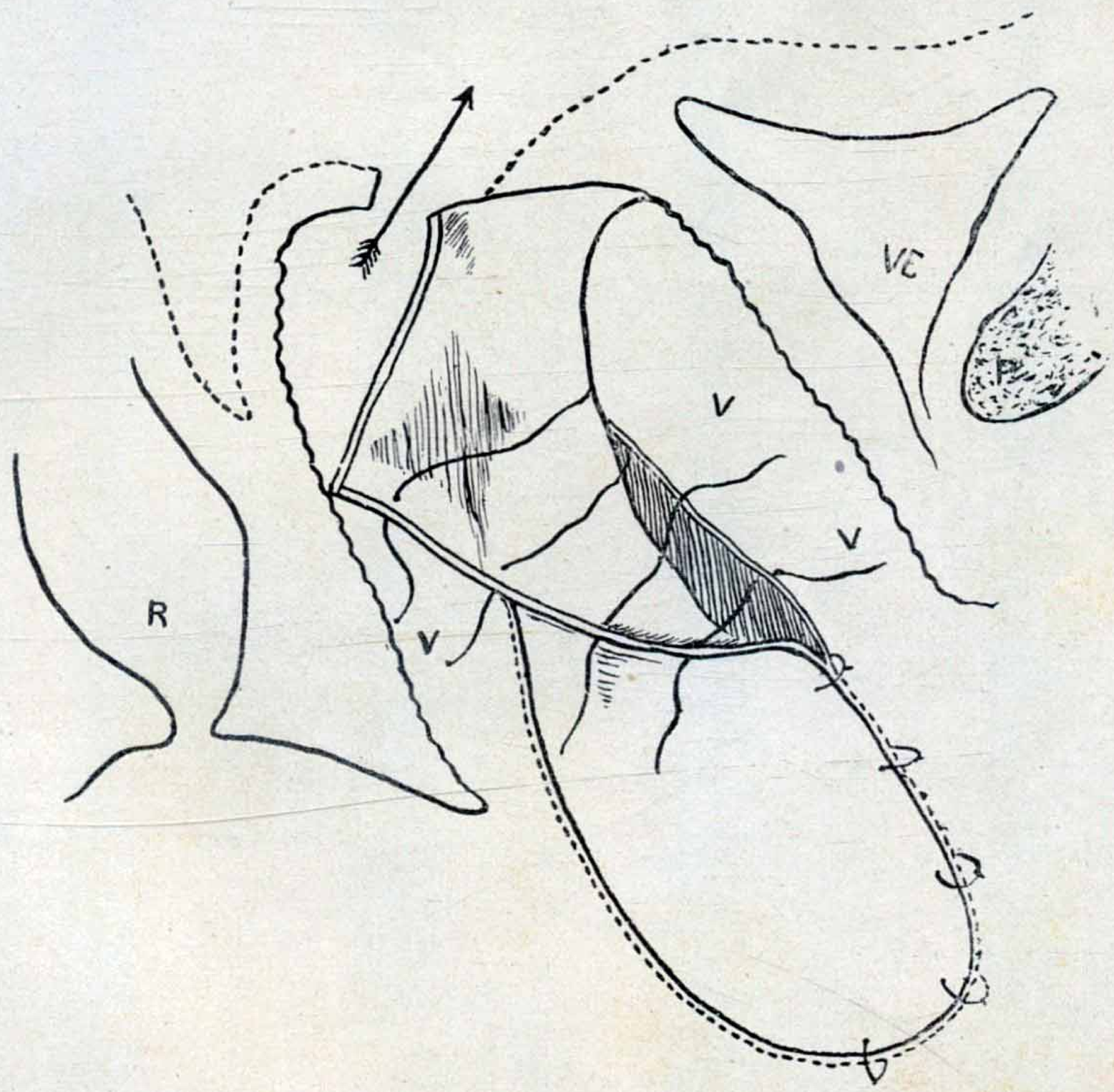
— 3 —



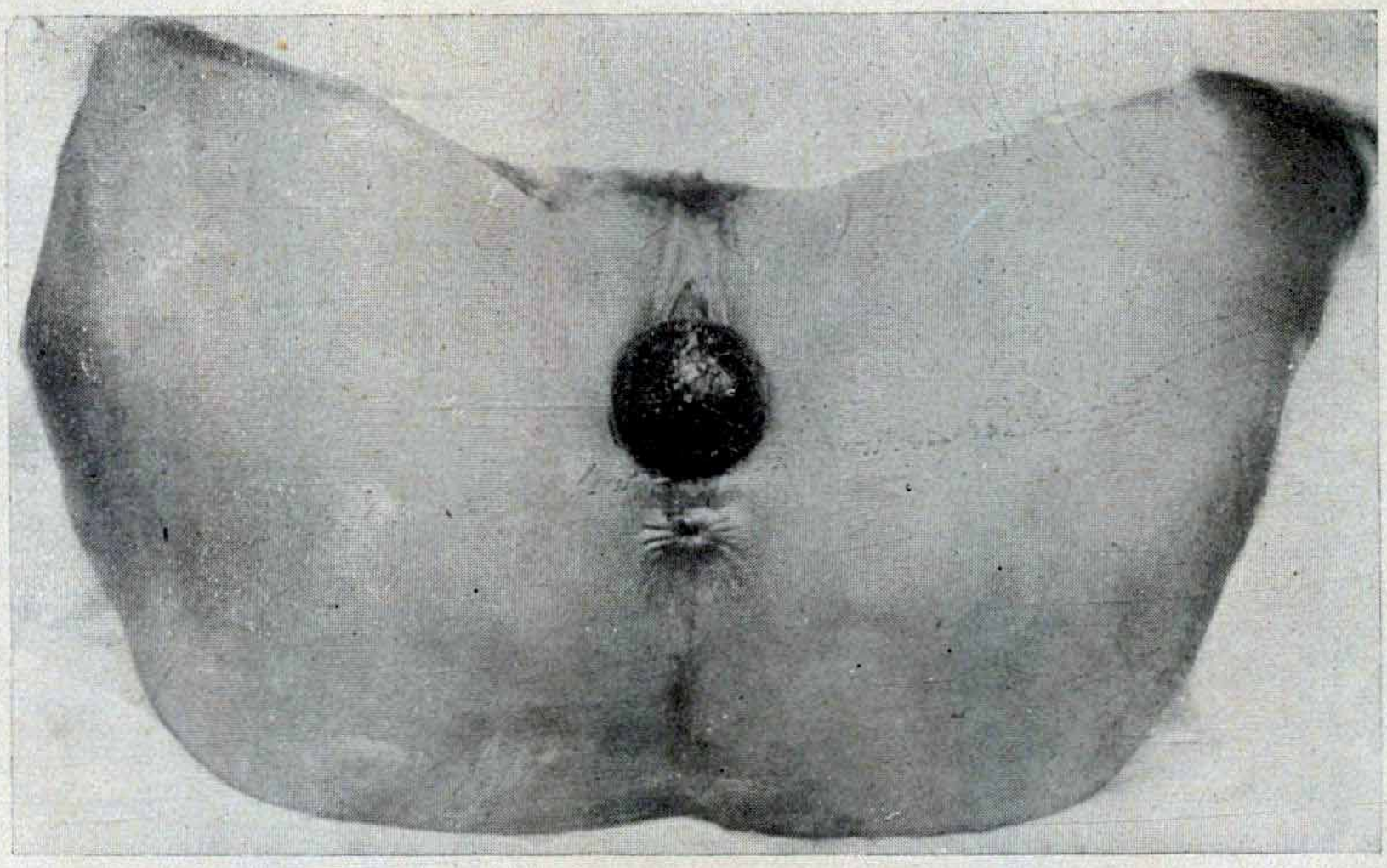
— 4 —



— 1 —



— 2 —



HOSPITAL J. A. FERNANDEZ

Sala núm. 1 Cama 19 — Servicio del Dr. Angel y Villa—Año 1908

Nombre—R. P. de A.
Fecha de entrada—81 de Agosto.
Diagnóstico—Inversión extra-uterina completa.
27 años — argentina — casada — quehaceres domésticos.

HISTORIA CLINICA

Antecedentes hereditarios—padres y hermanos sanos.

Antecedentes personales (fisiológicos). — Regla por primera vez á los 15 años, poco abundante — duración 2 días, con algunos dolores en los días que la precedieron, siguió reglando periódicamente siendo sus menstruaciones iguales á la primera.— Se casó á los 17 años.—Ha tenido cuatro partos á término y normales.—Puerperios normales. Patolócos.—No recuerda haber tenido sino influenza. Hace seis años que tiene flujo blanco.—Muy constipada.— Pasa hasta ocho días sin mover el vientre y lo hace ayudada por enemas.

Después de su tercer parto es decir del penúltimo (hace 6 años) se levantó al cuarto día dedicándose á sus ocupaciones habituales. A consecuencia de un esfuerzo que hizo para levantar un objeto pesado, cuenta, que sintió que algo descen-

día en su vagina é introduciendo en ella un dedo tocó un cuerpo blando y redondo, observando por medio de un espejo, vió que tenía un color rojo, «como carne». Una partera recomendole que estuviera en cama algunos días más, pero apesar de ésto el útero permaneció siempre descendido asomándose hasta la vulva al menor esfuerzo.

Se hizo ver después de cuatro años de seguir en estas condiciones en la sala 10.ª del Hospital de Clínicas donde le practicaron curaciones vaginales y lavajes no mejorando, dejó de concurrir al consultorio. (No ha usado pesario ni ha sido operada).

Embarazóse después de cinco años del último parto. Su embarazo fué normal pero su matriz permaneció siempre baja. El día 16 de Junio del corriente año, á las 7 1/2 de la mañana sintió los dolores de este nuevo parto y con él empieza su *Emfermedad actual.* La partera que la atendía practicó un tacto como á la una de la tarde y le dijo que «la matriz se presentaba primero» y que era necesario para evitarlo colocar los dedos dentro de la vagina y así lo hizo dejándolos allí sin sacarlos hasta las cinco de la tarde en que se efectuó el parto. Enseguida de salir el niño y una vez ligado el cordón la partera colocó una mano sobre el vientre de la enferma y la otra frente á

la vagina no pudiendo precisar si con ella tiraba del cordón. Empujó con fuerza sobre el vientre invitándola á pujar y con esta maniobra salió bruscamente la placenta; sintió entonces una sensaciónde vacío en su vientre dolor agudo y le sobrevino una abudante hemoragia que la dejó casi sin sentido. La partera empujando con un algodón colocó el útero dentro de la vagina pero como la hemorragia continuara llamó un médico y este le hízo lavajes calientes con solución de bicloruro de mercurio y le practicó un taponamiento.

Este mismo facultativo que ha seguido atendiéndola hasta hace pocos días le manifestó que tenía el útero invertido y le practicaba contínos taponamientos. Como esto no diera resultado le hizo construir un pesario de cautchu que tenía una forma de caliz y que se sostenía por medio de fajas exteriores. A pesar de que con este aparato la matriz se reducía según el médico le manifestó, las hemorragias se hacían tan contínuas y abundantes que hubo necesidad de suspender el tratamiento proponiéndele entonces una operación. En estas condiciones concurre al consultorio del Dr. Villa y este le aconseja entre á este servicio. Al ingresar presenta el siguiente *Estado actual.* Mujer bien conformada, regular panículo adiposo, buen esqueleto, tinte pálido de la piel. Aparato digestívo y

respiratorio normales; circulatorio, focos y tonos normales, pulso regular, débil y frecuente.

Aparato genital.—Perine normal.—Vulva normal.—Al introducir el dedo en la vagina llama enseguida la atención un cuerpo blando, globuloso, de superficie granulosa, de sensibilidad muy lucida y del tamaño de una naranja que ocupa casi por entero la cavidad, no pudiéndose encontrar en él, orificio de cuello uterino. Tratando de llevar el dedo en los fondos de saco vaginales no nos es posible determinar si existe rodete de cuello debido sobretodo á la indocilidad de la enferma.

Practicando la palpación bimanual no es posible encontrar el cuerpo del útero. Colocando el espéculun se percibe el cuerpo globuloso ya descrito de una coloración rojiza sembrado de granulaciones de aspecto de granos de semula hervida y que produce la superficie granulosa que hemos notado al practicar el tacto vaginal. Esta superficie sangra con gran facilidad. Durante los días que hace que está en el servicio da tenido hemorragias tan abundantes que ha sido necesario practicarle varios taponamientos é inyecciones de suero artificial.

Septiembre 7/908. — Anestesia escopolamina, morfina, cloroformo completa. Se vá á tratar de

hacer la reducción manual simple. A poco de empezar nos damos cuenta de la imposibilidad de la reducción.

El útero está en inversión completa, no hay absolutamente el menor reborde lo cual comprobamos no solamente por el tacto sinó también á la vista, una vez que prolapsamos el útero fuera de la vulva. Se resuelve entonces suspender la intervención pero antes practicamos un raspado uterino.

Setbre. 19.—Anestesia clorofórmica. Opera el Dr. Angel J. Villa. Operación de Piccoli conforme ha sido descripta en el capítulo de tratamiento. Los días que siguen la intervención no hay novedad digna de mención.

Octubre 15.—La enferma sale de alta, completamente sana.

JUAN P. PÉRÉS

Buenos Aires, 21 Octubre de 1909.

Nómbrase al señor Consejero, Doctor José R. Semprun, al Profesor titular Doctor S. Molina y al Profesor suplente Doctor Faustino J. Trongé para que, constituídos en comisión revisora dictaminen sobre la presente Tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Bazterrica.
R. S. Gómez.
Secretario

Buenos Aires, 30 Octubre de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta Nº 2104 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Bazterrica.
R. S. Gómez.
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento á la placenta prévia.

José R. Semprun.

II

Proceder operatorio de la inversión uterina.

S. Molina.

III

Causa más frecuente de la inversión uterina.

Faustino J. Trongé.