AÑO 1910 Núm. 2168.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVERSIÓN UTERINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORA EN MEDICINA

POR

ANTONINA FREULER

EX - PRACTICANTE DEL HOSPITAL RIVADAVIA

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

INVERSION UTERINA

AÑO 1910 Núm. 2168.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVERSIÓN UTERINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORA EN MEDICINA

POR

ANTONINA FREULER

EX - PRACTICANTE DEL HOSPITAL RIVADAVIA

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

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

SECRETARIOS

Dr. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

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
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
» » . HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
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 (con lic.
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José 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 Dermatológica y 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
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
Patológia interna	» Ricardo Colón » Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce » Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Faustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña » Genaro Sisto
» Génito urinaria.	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisioiógico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» Uraldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéntica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología 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	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Domínguez

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR JOSE MARIA CABALLERO

Cirujano del Hospital Rivadavia

A LA MEMORIA DE MIS PADRES
Y DE MI HERMANA MARIA ELISA

A LOS MIOS

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Cumpliendo con la última prueba que la Facultad nos exige, elevo á vuestra consideración este modesto trabajo de tesis, que trata de Inversión Uterina, complicación poco frecuente del estado puerperal, pero de pronóstico sombrío.

Lo que me ha llevado á disertar sobre este tema ha sido un caso de Inversión Completa al estado crónico que tuve ocasión de observar en el Hospital Rivadavia (servicio del doctor Caballero), en julio de 1909.

Antes de terminar quiero hacer presente mi eterna gratitud al doctor José M. Caballero, que me honra acompañándome en este acto.

DEFINICIÓN

GRADOS—FRECUENCIA

Como un dedo de guante que después de haber estado en la mano ha sido sacado al reves, es decir, invaginado sobre sí mismo, presentando la pared interna como externa y viceversa, así se encuentra el útero cuando por diversas causas se ha producido la inversión, que según las etapas que atraviesa existen tres estados sucesivos : uterino, vaginal y vulvar.

Estos tres estados dan lugar á la formación de los siguientes grados.

1er. grado.—Cuando el fondo del útero se halla deprimido sin haber atravesado el orificio uterino, quedando, por lo tanto, en su propia cavidad.

2º grado.—Aquí el fondo ha conseguido atravesar el cuello uerino y se encuenra, por lo tanto, en la vagina ; este es el caso que más suele observarse cuando se produce una inversión, pues el primer grado pasa desapercibido y el 3º es muy raro.

3º grado.—Este es el caso de la inversión completa, es decir, que no sólo el cuerpo se ha deprimido y descendido, sino también el cuello ha seguido la misma evolución.

En este caso se encontraba la enferma de la observación I, de la cual relato la historia junto con algunas otras que he conseguido reunir.

FRECUENCIA

Es un accidente grave del estado puerperal, sobre todo del alumbramiento, pero que se observa muy raras veces, gracias á los cuidados que se tienen durante el parto, especialmente en los hospitales, donde existe un personal competente, pues según las siguientes estadísticas, se ve que los escasos casos que existen han sido atendidos en el público por personas poco competentes, sobre todo en la clase pobre, con especialidad en la campaña, donde falta toda clase de recursos y cuidados. Pinard dice que sobre 600.000 partos ha visto un solo caso.

Crosse y Reeves refieren un caso sobre 140.000 partos.

Braun, en el hospital de Viena, no ha visto jamás inversión en 150.000 partos.

ETIOLOGIA Y MECANISMO

Todos los autores están de acuerdo que la inversión uterina es producida á consecuencia del parto ó de tumores intrauterinos, ya sean pólipos ó fibromas, los cuales pueden ser pediculados, sesiles ó submucosos, haciendo saliencia en la cavidad del útero, el cual trabajando de una manera activa para expulsar su contenido acompaña con su pared al tumor que progresa hacia afuera.

Ahora bien: para que el útero se invagine es necesario que haya perdido su contractilidad y retractilidad por inercia y delgadez especial de sus paredes.

Esto sucede durante el estado puerperal ó cuando existen tumores intrauterinos, y en casos más raros por acumulo de sangre ó serosidad, debido

á la imperforación del himen ó á la estrechez atrépsica del cuello uterino.

Se ha observado también á consecuencia de abortos, pero esto sucede raras veces.

Pueden existir diversas causas que den lugar á que la inercia del músculo uterino se produzca, entre ellas tenemos las predisponentes y determinantes.

Causas predisponentes

1º Cuando la placenta se inserta en el fondo del útero ó cuando es muy adherente.

2º El estado de agotamiento causado por enfermedades de larga duración, embarazos frecuentes, pérdidas de sangre repetidas.

3º Una primera inversión no corregida predispone en un otro parto á una inversión completa.

4º Por estrechez de la vagina ó de la vulva ó induración del cuello del útero.

Causas determinantes

1º Cuando una brevedad absoluta ó relativa del cordón expone al útero á tironeamientos.

2º Las presiones hechas de arriba abajo para practicar el alumbramiento por expresión.

3º Cuando el parto se produce estando la mujer de pie.

4º Tracciones prematuras ó muy enérgicas para facilitar el desprendimiento de la placenta.

———

De qué manera se produce la inversión ?

El doctor Remy explica como se produce la inversión uterina, recordando que en el parto normal el útero se retrae á medida que el feto efectúa su salida.

Analizando el fenómeno se tiene que el feto descendiendo en el basinete y saliendo por la vulva, hace el vacío atrás de él, vacío que es virtual gracias á la aplicación inmediata del útero sobre el

niño, puesto que el saco uterino es retractil y contractil.

Durante la expulsión el esfuerzo abdominal que se agrega á la contracción uterina ó que suple á ella si esta falta empuja á la masa intestinal sobre el fondo del útero y sobre sus caras.

Esta fuerza sobreagregada obra en un sentido favorable, gracias á la forma convexa del órgano y á la tonicidad de las paredes que se opone á toda inflexión, gracias también al sostén que le ofrece el cuerpo mismo del feto.

Aunque el útero sea inerte ó activo se deja sorprender por el violento esfuerzo abdominal que domina en estos casos todo el acto de la expulsión, y se da vuelta como un dedo de guante que se invierte en seguida del dedo que lo deja.

De acuerdo con el doctor Remy se puede sostener que si alguna anomalía sobreviene en el juego de los factores que intervienen en el período de expulsión puede producirse una inversión uterina inmediata cuando el útero ha perdido su contractilidad y retractilidad por inercia, cuando el órgano tiene una delgadez particular cuando el esfuerzo vo-

luntario solo ó casi solo determina la expulsión del niño.

Observando entonces las condiciones necesarias para que se produzca la inversión uterina se comprende que al estado normal es imposible que se produzca, puesto que el útero está retraído, sus paredes son espesas, su cavidad pequeña, se encuentra en contacto inmediato la pared anterior con la posterior.

ANATOMIA PATOLÓGICA Y SINTOMATOLOGÍA

El útero invertido presenta modificaciones en sus relaciones y las lesiones son tanto más acentuadas cuanto más avanzado es el grado de la inversión.

1er. grado.—La región deprimida presenta el aspecto típico del fondo de botella.

2º grado.—El fondo del útero descendido en la vagina forma un tumor redondeado del cual la base retraída se encaja en el orificio uterino.

Este tumor es hueco y comunica por arriba con la cavidad peritoneal.

Los ligamentos uterinos acarreados en la inversión vienen salientes y tensos.

Los ligamentos anchos plegados sobre ellos mismos caen por su ángulo superior en el infundíbulo

lo mismo que los ligamentos redondos y los pubio-uterovesicales y los repliegues de Douglas.

La circulación del músculo uterino invertido es en efecto profundamente perturbada.

Es la congestión venosa que domina ; ella lleva un aumento de volumen rápido del órgano el edema de su pared y un escurrimiento sanguineo abundante.

Esto es debido á 2 causas :

1º A la contricción ejercida por el anillo de contracción sobre el pedículo del tumor.

2º A la compresión y á las acodaduras que se producen al nivel de los pedículos vasculares del útero, los cuales contenidos en los ligamentos del órgano son como ellos desviados y tensos.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas de la inversión son variables, según que ésta sea aguda ó que se haya producido de una manera lenta y por último según los grados.

La inversión aguda puede producirse bruscamente con dolor intenso, fenómenos reflejos graves, acercándose al síncope.

En otras ocasiones falta el dolor y la hemorragia es el síntoma más alarmante.

Cuando el útero se ha invaginado de manera lenta y progresiva sucede á veces que los síntomas no se diferencian en nada de los de un simple prolapso; sin embargo, las metrorragias se presentan con más frecuencia, siendo, por lo tanto, las que más llaman la atención.

Podemos observar cuando la inversión es crónica

los síntomas análogos á los que se observan en el sindrome uterino, tales como dolor, leucorrea, síntomas reflejos del lado del aparato digestivo, acompañados de síntomas nerviosos, compresión del recto y de la vejiga.

A la inspección podría confundirse con un pólipo, pero practicando la palpación bimanual no encontramos el útero en su lugar correspondiente.

Veamos ahora los síntomas de los diferentes grados :

1er. grado.—Puede suceder aquí que la inversión esté constituída únicamente por una simple depresión de la pared uterina en el sitio de inserción de la placenta ; en este caso los síntomas subjetivos son casi nulos ; la enferma no experimenta dolor alguno ni tiene sensación de pesadez en la región sacra y solamente cuando el alumbramiento ha sido muy laborioso y que se ha producido alguna hemorragia de cierta intensidad la enferma sufre ó presenta los mismos síntomas que acompañan á las pérdidas copiosas, sudores, vómitos, desvanecimientos, etc.

Otras veces la depresión uterina es mucho más marcada, la pared uterina llega á ponerse en con-

tacto con el orificio interno del cuello que le forma barrera, la enferma no tiene dolor.

Examinado el útero por la vagina se nota si el cuello está suficientemente dilatado, una superficie rugosa de aspecto carnoso, que es la pared uterina en el sitio de la inserción placentaria.

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

Se asemeja á un fondo de botella mirada por fuera.

Segundo grado.—Con mucha frecuencia las depresiones tratadas anteriormente no son sino el preludio de las inversiones incompletas.

Una vez deprimido el útero su fondo comienza á franquear el orificio del cuello y bien pronto forma un tumor apenas pediculado y que hace saliencia hacia la vagina al mismo tiempo se percibe por encima del pubis la saliencia que forma la par-

te anterior del útero en el sitio de flexión de su pared; basta entonces los esfuerzos de la enferma para que el cuerpo de la matriz se precipite en la vagina.

Haciendo el tacto vaginal se nota entonces el grueso tumor uterino; más arriba se encuentra el rodete formado por el cuello que puede estar afectado en su continuación por una desgarradura.

El dolor que la inversión produce es intenso, quedando estas enfermas en reposo el dolor no reaparece sino por intervalo, lo que es debido, probablemente, á las contracciones intermitentes del útero.

Cualquier maniobra que se intente despierta vivos dolores en la región lumbo-sacra y bajo vientre.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

El diagnóstico de la inversión es importantísimo, porque de él depende el tratamiento, pues puede suceder de confundir un útero invertido con un pólipo, lo que sería de un pronóstico más severo.

Por lo consiguiente, para llegar á ese fin se practica la palpación abdominal; cuando la inversión es de primer grado se encuentra una depresión por encima del pubis.

Por el tacto rectal se constata en la parte posterior del útero una bolsa y un cordón tenso, que son los ligamentos utero-sacros.

Colocando el histerómetro observamos una disminución de la cavidad del útero relacionada con los grados de la inversión.

Si se trata de una inversión de segundo grado

á la palpación abdominal acusa la ausencia del fondo del útero de la posición que ocupa normalmente.

Practicando el tacto vaginal nos da la impresión de un tumor redondeado, movible, doloroso á la presión, dando sangre con facilidad.

Si colocamos la sonda en la vejiga y al mismo tiempo practicamos el tacto rectal, encontramos la sonda introducida en la vejiga, lo que comprueba la ausencia del fondo del útero.

Con el histerómetro notamos que éste penetra entre el cuello y el pedículo nos hace comprender que es un infundíbulo cerrado completamente.

A la inspección el tumor se presenta de color rojo pálido, del tamaño de una mandarina.

Podríamos confundir la inversión con el prolapso simple del útero, pero observando que los fondos de saco vaginales han desaparecido, la existencia del orificio uterino y la posibilidad de hundir la sonda hasta una distancia que, por lo general, es exagerada.

El error más común es tomar una inversión por un pólipo ó inversamente.

Según algunos autores la mucosa que recubre un fibroma sería insensible, mientras que si fuera in-

versión guardaría su sensibilidad. Este signo no es de gran valor, pues otros autores dicen haber observado inversiones insensibles.

También se dice que el útero invertido es más blando, mientras que el fibroma es duro, pero la mucosa inflamada se vuelve espesa y puede caer en error.

Otro signo que sirve para el diagnóstico es el siguiente : Al practicar el tacto vaginal el dedo encuentra un surco completo y de igual profundidad si se trata de una inversión uterina ; si fuera un pólipo se encontraría también el mismo surco, pero no ya completo ni tampoco de la misma profundidad, pues llega un momento que el dedo queda interrumpido en su camino : es el sitio donde se inserta el pólipo.

PRONOSTICO

Podemos decir en cuanto al pronóstico que la inversión es una complicación grave del alumbramiento. Producida una inversión incompleta puede transformarse en completa.

Puede producirse la gangrena del útero por la dificultad llevada á la circulación por la retracción del cuello.

Puede también producirse la muerte á causa de la hemorragia si no se atiende á tiempo.

TRATAMIENTO

Su estudio se puede dividir, según la antigüedad y la variedad clínica, de la siguiente manera :

Tratamiento de la inversión reciente y antigua de origen puerperal.

Tratamiento de la inversión debido á tumores.

La inversión debe ser reducida desde que el diagnóstico es hecho.

Reducir la inversión es establecer el saco uterino en su lugar y su forma normal exactamente como un dedo de guante que se coloca en su posición ordinaria después de haber estado en sentido contrario.

Tratamiento de la inversión de origen puerperal.

Es necesario hacer el tratamiento preventivo, que consiste en observar todas las reglas que se siguen

durante el alumbramiento, es decir, no efectuar maniobras intempectivas y sobrevelar el útero.

Si se efectúan tracciones sobre el cordón se necesita que la placenta haya sido desprendida del órgano.

Ahora nos ocuparemos del tratamiento curativo, para el cual existen varios métodos, pero el primero que se debe tentar es el de la reducción manual ó taxis, que duede ser central, lateral ó periférico.

La taxis central se efectúa cuando se trata de corregir una inversión aguda, para lo cual se deprime la pared abdominal, colocando la mano izquierda sobre el hipogastrio con la punta de los dedos reunidos en cono se rechaza poco á poco el fondo del útero á través del cuello.

Puede presentarse el caso de una inversión aguda con placenta aún adherida ; lo primero que hay que tener en cuenta es si conviene ó no desprender la placenta antes de efectuar la reducción.

Cuando la placenta está parcialmente adherida se debe desprender antes de efectuar la reducción, pero en caso que se encuentre totalmente adherida conviene reducir el útero sin desprender la placenta.

Reducción *i*nstrumental.—Constituído por los repositores de Aveling los balones intravaginales, pesario Gariel, balon de Champetier, de Ribes y, por último, los taponamientos vaginales.

El repositor de Aveling es el mejor.

Los balones intravaginales son para llenados con aire ó agua.

El balon de Ribes es el más utilizado.

Todos estos aparatos están basados en el mismo principio: la presión elástica prolongada sobre el útero.

Todos estos medios no dejan de ser peligrosos, pues se han observado casos de peritonitis de resultas del pesario á aire, además la reducción necesita varios días.

El taponamiento vaginal antiséptico renovado cada 24 horas desempeña el rol de desinfectante, hemostático y compresor.

Si los procedimientos de dulzura no dan resultado se recurre á las operaciones conservadoras, que pueden efectuarse por vía vaginal y abdominal, pues según la clínica nos enseña que podemos esperar el completo restablecimiento de las funciones fisiológicas del órgano después de la reducción.

Intervención por la vía abdominal.—Esta no es una vía práctica por las dificultades encontradas y por la duración de las intervenciones.

La vía vaginal es la de elección.

Una serie de operaciones han sido tentadas por los diversos autores, pero las que más dan resultado son las siguientes :

Colpohisterotomía anterior (método de Kehrer). —Kehrer practicó esta operación por vez primera en el año 1898, en una mujer atacada de inversión crónica del útero.

Después de haber descendido el útero, hizo una incisión sobre la pared anterior desde el cuello hasta el fondo ; después, separando de cada lado los bordes de la herida fué posible rechazar en dedo de guante el fondo del útero en la vagina.

Procedimiento de Piccoli.—Data del año 1894, es una colpohisterotomía posterior.

Kustner, Westermack-Duret también la ejecutaron.

Procedimiento Spinelli, modificado por Oui, es una colpohisterotomía anterior, que comprende los tiempos siguientes :

Incisión del fondo de saco anterior.

Exploración digital del infundíbulo de la inversión.

Incisión del útero.

Reinversión del útero.

Sutura del cuerpo.

Reintegración del útero.

Entre los métodos de colpohisterotomía anterior ó posterior es preferible el primero, pues á pesar del peligro de herir la vejiga presenta el fondo de saco anterior menos profundo y mejor expuesto.

La histerectomía vaginal sólo se emplea en los casos de hemorragias incoercibles, de infección ó en los casos en que ha sido imposible conseguir la reducción por los otros métodos.

CONCLUSIONES

Como vemos, el único medio de evitar la inversión es hacer un tratamiento profilático durante el parto y del alumbramiento.

La invaginación del útero es un accidente poco frecuente que se produce la mayor de las veces á consecuencia de traciones inmoderadas del cordón ayudado por la inercia uterina y por las contracciones de los músculos abdominales.

Cuando se produce la inversión la paciente acusa un dolor muy vivo seguido de abundante hemorragia, síncope y aparición de un tumor, y por último, la desaparición del fondo del útero en su habitual lugar.

Conviene hacer un diagnóstico inmediato, pues de

él depende elt ratamiento y, por lo tanto, evitar un desenlace funesto.

Delante de un caso cualquiera de inversión es necesario ante todo tratar de reducirla por el método de reducción manual, y si esto no da resultado recurrir á los otros métodos ya enunciados, con preferencia del método de Spinelli.

La reducción expontánea no existe.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Servicio del doctor José M. Caballero.

Catalina Scaparoni, 24 años, casada, italiana.—

Q. D.

Ingresa al servicio el 20 de julio de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha tenido sarampión en la infancia.

Regló á los 16 años normalmente.

Desde que le apareció la menstruación tuvo leucorrea que persistió aún después de casada.

Se casó á los 21 años; ha tenido 2 hijos.

En su primer parto había rotura de la bolsa de las aguas con 10 días de anticipación y con dolor 20 días antes del parto.

El segundo ocurrido hace más ó menos 3 me-

ses duró 15 horas, pero según la enferma la expulsión se hizo bien, no así el alumbramiento, pues viendo la partera que la placenta no se presentaba creyó necesario hacer tracciones sobre el cordón recomendándole al mismo tiempo á la parturienta que hiciera la mayor fuerza posible; para esto le hizo morder un pedazo de la sábana mientras ella introducía la mano en la vagina para tomar el cordón y extraer la placenta.

La enferma sintió tal dolor que según se expresa ella, creía que le arrancaban la matriz, notando al mismo tiempo que perdía el conocimiento.

Sobrevino inmediatamente una abundante hemorragia, por lo cual el esposo llamó un médico, quien le practicó varias inyecciones con las cuales consiguió en algo apaciguar la pérdida.

Hubo retención de orina, pues las micciones no podían efectuarse si no se practicaba el cateterismo, siendo esta operación sumamente dolorosa.

Permaneció un mes en cama; durante este tiempo perdía sangre en pequeña cantidad; las micciones eran siempre dolorosas.

Encontrándose algo aliviada consiguió levantarse, sintiendo durante todo este tiempo dolores en

las caderas; en el hipogastrio gran pesadez en la pelvis.

La hemorragia había desaparecido, pero perdía un líquido serosanguinolento que se hacía más abundante cuando se ponía en movimiento para dedicarse á sus quehaceres.

La enferma nos refiere que en el acto de la defecación notaba que el útero descendía hacia la vulva, teniendo, por lo tanto, que sostenérselo.

Cuando se presentó la menstruación fué atacada de otra hemorragia, por lo cual decidió consultar con otro médico, quien le recomendó entrara al hospital, pues necesitaba una intervención quirúrgica.

Estado actual.—A la inspección se nota un estado de anemia avanzado de la piel y mucosas.

El vientre algo timpánico á la percusión á la palpación se nota en la región hipogástrica la ausencia del globo uterino.

A la inspección de los órganos genitales se nota un tumor periforme de consistencia dura de superficie rugosa que sangra con facilidad.

Diagnóstico.—Inversión Uterina al estado crónico.

Operación.—21 de julio 1909.—Operador: doctor José M. Caballero.

Reducción sangrienta (método Spinelli).

Después de la desinfección minuciosa de la vulva, vagina y útero se hace la tentativa de reducir el órgano por taxis forzada, como no se consiguió se procedió á extraer el útero al exterior por medio de pinzas y se procedió á efectuar los siguientes tiempos de la operación.

1º Incisión de fondo de saco anterior.

2º Incisión del cuerpo del útero sobre la pared anterior.

3º Reducción de la inversión de la siguiente manera: los pulgares rechazan adelante la cara posterior; los dedos separan é invierten afuera los bordes de la incisión.

4º Reposición del útero.

5º Sutura del fondo de saco, drenaje con tubo y gasa.

Cuidados consecutivos.—Al tercer día se retira el drenaje, dejándole una gasa por algunos días.

Al mes sale de alta curada.

OBSERVACION II

Servicio del doctor Samuel Molina.

María Segunda Virgo, 30 años, española, Q. D.

Ingresa al servicio el 1º de agosto de 1906.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en su infancia.

Regló á los 15 años, indoloras, de 4 á 5 días de duración.

Se casó á los 26 años; á los 2 meses se embaraza y éste sigue su curso sin complicación hasta llegar á término; parto muy largo, expontáneo, la expulsión se efectuó estando la mujer de pie, alumbramiento inmediato, al tercer día tuvo una abundante metrorragia; llamó un médico que le efectuó una operación por vía vaginal (la enferma no

sabe expresar qué clase de operación); á los 10 días abandonó el lecho; desde entonces está enferma.

Enfermedad actual.—Comienza hace tres años, al día siguiente de abandonar la cama; diez días después del parto tuvo una metrorragia no escasa que sin interrumpirse un solo día se ha repetido diariamente durante tres años; las reglas venían en su época normal, pero en lugar de durar 4 á 5 días, duraban 10 y 11, algunos coitos eran dolorosos otros no.

Estado actual.—Buen estado general, bastante panículo, mucosas y piel pálidas. Corazón sano; pulso regular, igual tenso 102 pulsaciones.

Aparato genital.—Periné sano, vulva entreabierta, vagina sana, la cavidad vaginal está ocupada por un tumor piriforme con la gruesa extremidad vuelta hacia la vulva; por la extremidad delgada se inserta en el centro de los fondos de saco vaginales.

El tumor es de consistencia blanda, de color rojo-violáceo, de superficie áspera; cuando se restrega da sangre en napa; tamaño igual al de un útero de multípara. El cuello del útero no se en-

cuentra en su sitio ; la superficie del tumor se continúa con la superficie vaginal, los fondos de sacos libres, el fondo del útero no se palpa en su sitio ; el tacto rectal combinado con el cateterismo vesical da la impresión del contacto del dedo en la extremidad del catete sin interposición del cuerpo uterino.

Diagnóstico.—Inversión uterina crónica.

Tratamiento quirúrgico.—Operador : Dr. Eduardo Belausteguy.

Se practica un raspado de la superficie del tumor con una gasa y se efectúa la operación de *Duret*.

Se deja un tubo de drenaje en el orificio de la colpotomía que se retira al cuarto día. A los 15 días sale de alta.

Al año siguiente vuelve á ingresar por un aborto de tres meses, á causa del cual pierde sangre.

Al examen se constata el cuello muy dilatado, permite fácilmente el paso del dedo en la cavidad uterina, donde se tocan unas masas que parecen coágulos ó restos ovulares.

El cuerpo del útero está un poco más grande que lo normal, blanduzco, movible en ligera re-

troversión ; en el labio inferior parte media el cuello está seccionado desde el orificio hasta el fondo de saco vaginal, las superficies de sección están cicatrizadas.

Diagnóstico—Retención de restos ovulares.

Tratamiento.—Raspado.

OBSERVACION III

Hospital de Clínicas.—Servicio del doctor Bazterrica.

M. O., 33 años, argentina, casada, procedente de Dolores (Provincia de Buenos Aires).

Ingresa al servicio el 21 de agosto de 1903.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha sido siempre sana. Casada á los 25 años ha tenido cuatro hijos, habiéndose producido el último parto el 18 de junio de 1900, sintiéndose enferma desde entonces.

Enfermedad actual.—La enferma nos relata que fué atendida por una mujer no profesional durante el parto.

Después de un día y medio de dolores tuvo lugar la expulsión de un feto á término, vivo, el que no fué seguido de la placenta, la cual permaneció

24 horas en la cavidad uterina y fué extraída haciendo tracciones sobre el cordón por la mujer que la atendía.

A las pocas horas (no sabe precisar bien el tiempo), sintió fuertes dolores en el bajo vientre y región lumbar, los que aparecieron súbitamente, siendo acompañados de fuertes escalofríos, cefalalgias y dificultades para orinar.

Permaneció un mes en cama, levantándose entonces por sentirse aliviada, sin embargo, los dolores lumbares persistieron, así como los del bajo vientre y los síntomas vesicales, aunque algo más atenuados.

Notó también la aparición de flujo abundante, blanco-amarillento.

La menstruación se presentó á los dos meses del parto, muy abundante, de cinco á seis días de duración, dolorosa y en forma de metro y menorragias.

Examen de la enferma. — Se nota una anemia acentuada de la piel y mucosas. Localmente existe una desgarradura incompleta del periné; en la vagina se encuentra un tumor redondeado del tamaño de un huevo de gallina, de consistencia dura,

de superficie lisa, no dolorosa, que sangra con facilidad, cuya parte posterior se estrecha en forma de un pedículo hacia el fondo de la vagina y cuya superficie se continúa sin línea de demarcación con la cara interna de la vagina, salvo hacia la izquierda, en que existe un pequeño surco de una profundidad de medio centímetro.

En la cavidad abdominal no se palpa tumor uterino.

Al espéculo se nota que el tumor es de coloración rojo-vinosa.

Operación.—3 de septiembre de 1903.

Operador: doctor Bazterrica.—Después de inútiles tentativas para reducir el órgano mediante taxis forzada, se hace una incisión transversal en el fondo de saco posterior, merced á la cual se puede explorar el infundíbulo uterino, dándose cuenta de que éste se encuentra libre.

Hace entonces una incisión vertical y mediana sobre el labio posterior del útero, incisión que llega hasta el istmo y trata entonces de reducirlo no consiguiéndolo tampoco, viéndose obligado á ejecutar el proceder ideado por Duret y Piccoli, que consiste en lo siguiente: Abierto el fondo de saco

posterior se hace una incisión media longitudinal en la cara posterior del útero, la que llega hasta el fondo del órgano.

Se reduce la inversión y se sutura con catgut y en dos planos la herida uterina, desde el fondo hasta el nivel del itsmo.

Se coloca el órgano en posición normal dentro de la cavidad abdominal y se termina suturando también con catgut la incisión del cuello.

Drenaje de la cavidad uterina y del fondo de saco con gasa.

Taponamiento de la vagina.

Examinada la enferma quince días después, durante los cuales se hicieron simples curaciones vaginales, se encuentra el útero en anteflexión normal, midiendo su cavidad seis centímetros y medio, el fondo de saco posterior cerrado.

OBSERVACION IV

Servicio del doctor Bazterrica.

L. E. de S., 24 años de edad, argentina, casada.

Ingresa al servicio el 26 de octubre de 1908. Procedente de 25 de Mayo (Provincia de Buenos Aires).

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia; la madre que tuvo 7 hijos, falleció repentinamente á los 39 años.

Antecedentes personales y enfermedad actual. — Ha tenido sarampión y otras enfermedades benignas en la infancia. Primera menstruación á los 12 años de edad. Sus reglas iban precedidas de dolores en el bajo vientre, cefalalgias y algunas molestias más que persistían generalmente durante los dos primeros días; eran muy abundantes y duraban de 6 á 8 días.

Desde que se estableció esta función tuvo leucorrea, pero únicamente algunos días antes del período, para cesar enseguida á los pocos días de haber desaparecido el flujo catamenial.

Después de casada disminuyó mucho hasta suspenderse casi por completo.

Hace más de un año y medio le extirparon de la mama derecha, con anestesia local, un tumorcito del tamaño de una nuez, un quiste según la enferma, y que atribuía á un traumatismo que sufrió cinco años antes, al nivel de esa glándula y desde cuya época había hecho su aparición.

Casada á los 22 años, quedó en cinta á los tres meses. No experimentó grandes incomodidades durante el embarazo y á los nueve meses se efectuó el parto.

Este fué laborioso, durando el trabajo dos días y dos noches. Dió á luz una niña viva, bien desarrollada á la que amamantó hasta su entrada en el servicio.

Después del parto, como el alumbramiento se retardara, la partera que la asistía, hizo repetidas tracciones sobre el cordón para apresurarlo, consiguiendo al fin de varios esfuerzos desprender la placenta,

no sin dejar de producirle en esos instantes vivos dolores que le daban la sensación de que le arrancaban la matriz, seguidos de náuseas, vómitos, desfallecimientos, dolor en el epigastrio y una abundante hemorragia que puso en cuidado á todos los que la rodeaban.

Por diversos medios consiguió la mujer que la atendía disminuirle la pérdida de sangre, la que se mantuvo no obstante en una forma alarmante, durante más de una semana.

Recuerda haber tenido también en esos días frecuentes mareos, enfriamientos, palpitaciones, malestar general, etc., y habiendo llevado sus manos á la vulva, por algo extraño que la molestaba, se apercibió que el útero salía afuera separando los grandes labios.

Después del alumbramiento tuvo una retención de orina que le duró dos días, siendo desde entonces dolorosa la micción.

Siguió poco más ó menos en el mismo estado, quince días más, aunque ya muy aliviada de sus dolores y habiendo acudido nuevamente á su partera, ésta le recetó ergotina por gotas, la que al principio le contuvo considerablemente la abundante

pérdida de sangre que sufría, pero bruscamente y á los pocos días de encontrarse relativamente bien, reapareció la hemorragia á chorros según la enferma, por lo que se determinó consultar un médico quien le prescribió una bebida que tomó sin ningún resultado.

A los dos meses y medio del parto recurre á otro médico que con una poción que le ordena consigue suspender por veinte días el derrame, pero que con la vuelta de éste le propone ejecutarle una operación, que consideraba necesaria para detener por completo las pérdidas sanguíneas, debidas, según dijo, á restos de placenta que habían quedado dentro de la cavidad uterina.

Aceptada la intervención un mes antes de entrar en la sala, que fué, según ella refiere, un raspado, no tuvo hemorragias durante quince días, es decir, durante el tiempo que le practicaron las curaciones, pero una vez terminadas éstas, empezó de nuevo á perder un líquido fuertemente teñido con sangre.

Por esta causa, y encontrándose además casi en las mismas condiciones de antes, y como le hicieran notar la conveniencia de que ingresara al hospital, así lo hizo.

Desde el parto había quedado postrada en la cama, pues su extrema debilidad y abatimiento, y conjuntamente con fuertes cefalalgias, dolores en la región lumbar, desfallecimientos y vahidos no le permitían abandonar el lecho.

Si bien siempre ha sido constipada, lo es más desde su enfermedad actual.

Ha perdido el apetito y se ha adelgazado.

Examen de la enferma. — Mujer bien constituída, con bastante panículo adiposo.

Tinte pálido de la piel y mucosas.

Pulso frecuente regular é igual.

La palpación del vientre es indolora y no se aprecia nada de anormal.

Al examen de la vulva se nota un pequeño desgarro incompleto del periné.

Por el tacto se encuentra el conducto de la vagina ocupado en sus 3/4 superiores, poco más ó menos, por el útero invertido, cuya superficie, salvo una ligera saliencia que corresponde al esfínter del orificio externo del cuello, se continúa casi directamente con la mucosa vaginal.

La involución uterina normal no ha sido detenida por esta posición del órgano, pues su volumen no

es superior al de la matriz de una mujer primípara.

No hay prolapso ni descenso del órgano, sino inversión simple.

Los fondos de sacos vaginales, de los cuales el posterior es menos profundo que el anterior, no son dolorosos á la presión.

Por la palpación bimanual se constata la ausencia del cuerpo del útero detrás del pubis y ninguna otra lesión del lado de los anexos que por otra parte no se palpan.

En algunos puntos la coloración de la mucosa uterina es semejante á la de la mucosa vaginal, pero en general es más roja y obscura. Su superficie, no es lisa sino rugosa, vellosa, húmeda, despulida y sin brillo, sangrando con facilidad.

Operada el 31 de octubre de 1908 por el Dr. Bazterrica.

Efectuó previamente algunas tentativas de reducción manual del útero, que no dieron resultado, por lo cual se resolvió ejecutar una colpo-histerotomía posterior, siguiendo el procedimiento ideado por Piccoli.

La enferma sale de alta curada á los 26 días de

la intervención, habiendo cicatrizado todo completamente.

Examinada en ese momento, se apreciaba una matriz normal con un ligero grado de retroposición algo fija sin haber perdido el órgano su antecurvatura.

OBSERVACION V

Hospital San Roque.

J. G., 24 años, primípara.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión en la infancia, tifoidea á los 12 años. Regló á los 14 años, menstruación escasa, dolorosa é irregular.

Enfermedad actual. — Embarazada á término, sintió los primeros dolores el 21 de enero á las 7 a. m., rompiendo la bolsa de las aguas poco después, realizándose el parto á las 6.30 a. m. del día 22. Durante el alumbramiento que tuvo lugar en seguida, la partera le recomendó á la enferma que hiciera fuerza, notando entonces ésta que junto la placenta salía un tumor que la partera se apresuró á introducir de nuevo. Los dolores que experi-

mentó fueron tales que poco después perdió el conocimiento.

Fué trasladada al hospital en sumo estado de debilidad consecutivo á fuertes pérdidas sanguíneas.

Se practicó la reducción manual, taponamiento, lavajes calientes. A los pocos días, la enferma sale de alta curada.

Antonina Freuler.

BIBLIOGRAFÍA

Auvard. — 4.ª Edition.

A. Ribemont. — Dessaignes. Precis d'Obstétrique, 1904.

A. Lutaud. — Manuel de Gynecologie, 1900.

Barozzi J. — Gynecologie practique, 1907.

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

Boursier A. — Precis de Gynecologie, 1903.

Denucé. — Traité de l'inversion uterine, 1883.

Fresson H. — Annales de Gynecologie d'obstétrique, 1903.

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

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

Lepage G. — Annales de Gynecologie y d'Obstétrique, 1905.

Lavadie - Lagrave. — Traité médico - chirurgical de Gynecologie, 1904.

Pozzi. — Gynecologie.

Pinard. — Annales de Gynecologie y d'Obstétrique 1901.

Oui. — Annales de Gynecologie y d'Obstétrique, 1901 - 1902.

Buenos Aires, Abril 22 de 1910

Nómbrase al señor consejero Dr. E. Bazterrica, al profesor titular Dr. S. Molina, y al profesor suplente Dr. R. S. Gómez, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Abril 30 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta Nº. 2168 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

¿Cuándo debe ser practicada la histerectomía vaginal, en los casos de inversión uterina ? (?)

E. Bazterrica.

II.

Método operatorio preferible en la inversión uterina.

S. Molina.

III.

Tratamiento de la metritis catarral.

R. S. Gómez.