



Año 1918

N. 351

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INVERSION UTERINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ B. F. CAMPOAMOR

Ex-practicante menor y mayor por concurso del Hospital Rivadavia (1914)

Ex-practicante interno del Sanatorio Policlinico (1916-1917)

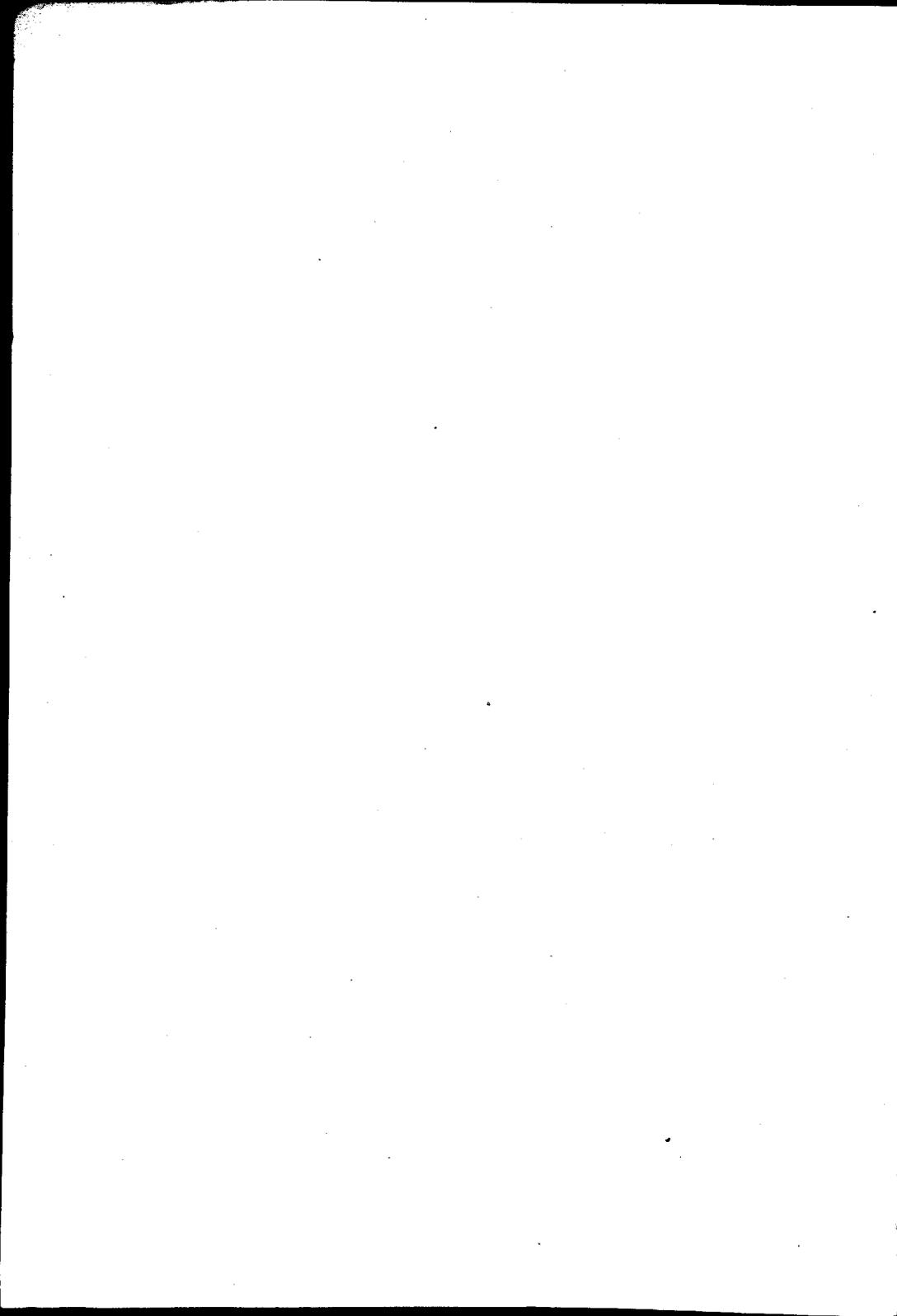


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

INVERSIÓN UTERINA



Año 1918

N. 3514

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INVERSION UTERINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ B. F. CAMPOAMOR

Ex-practicante menor y mayor por concurso del Hospital Rivadavia (1914)

EX-practicante interno del Sanatorio Policlínico (1916-1917)



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1918

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

Artículo 102 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

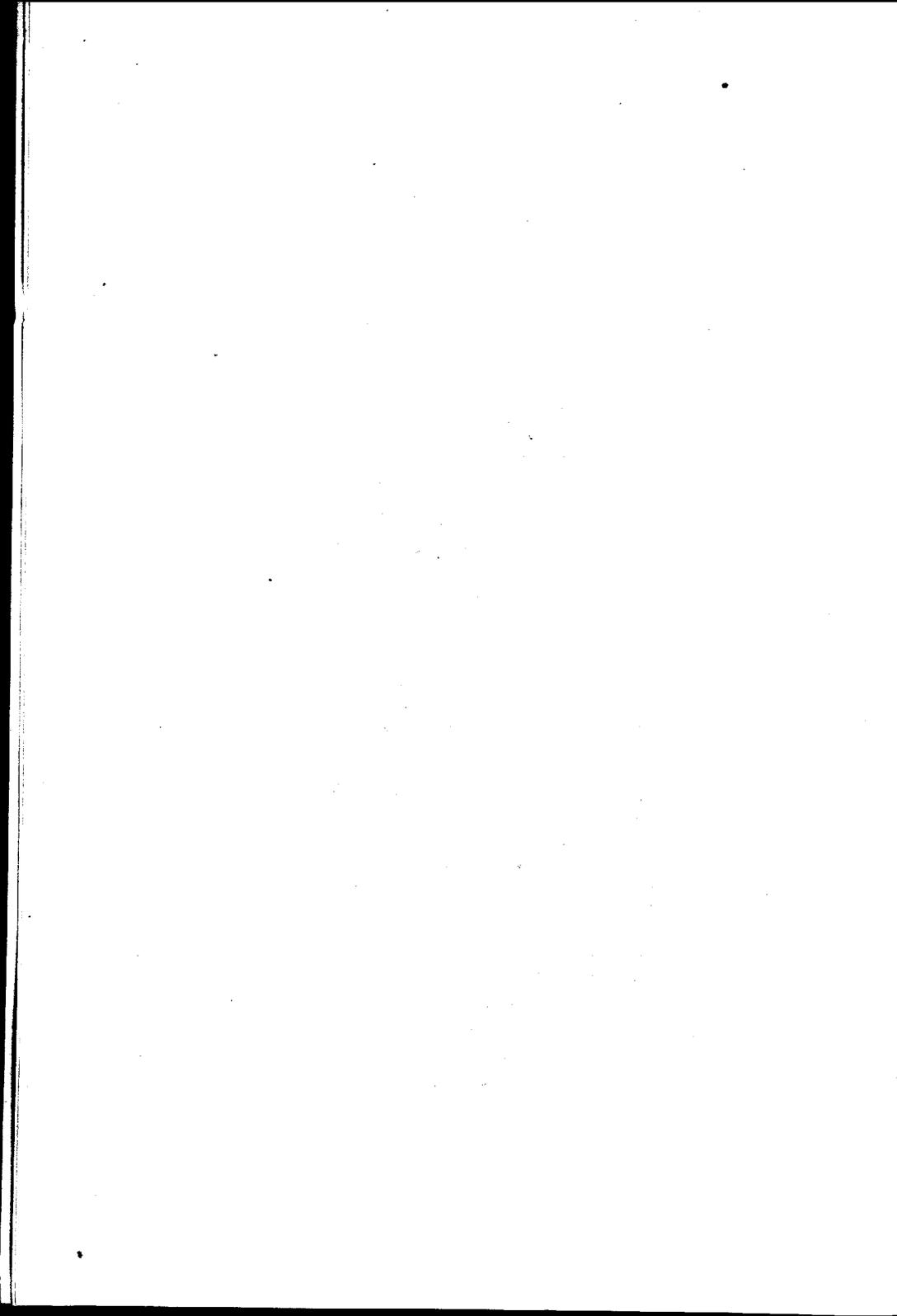
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » EDUARDO OBJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » PEDRO BENEDIT
24. » » Vacante
25. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD



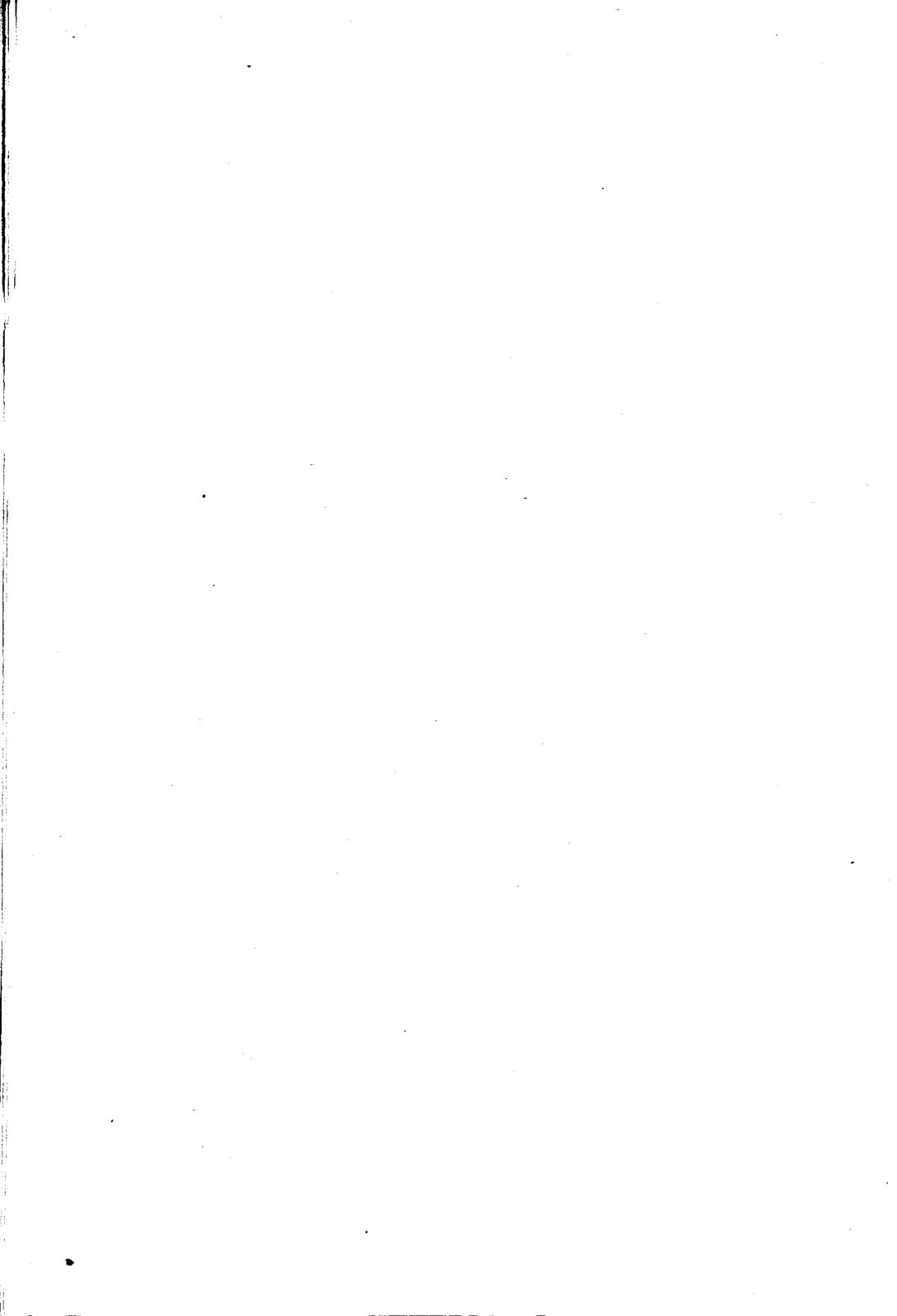
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

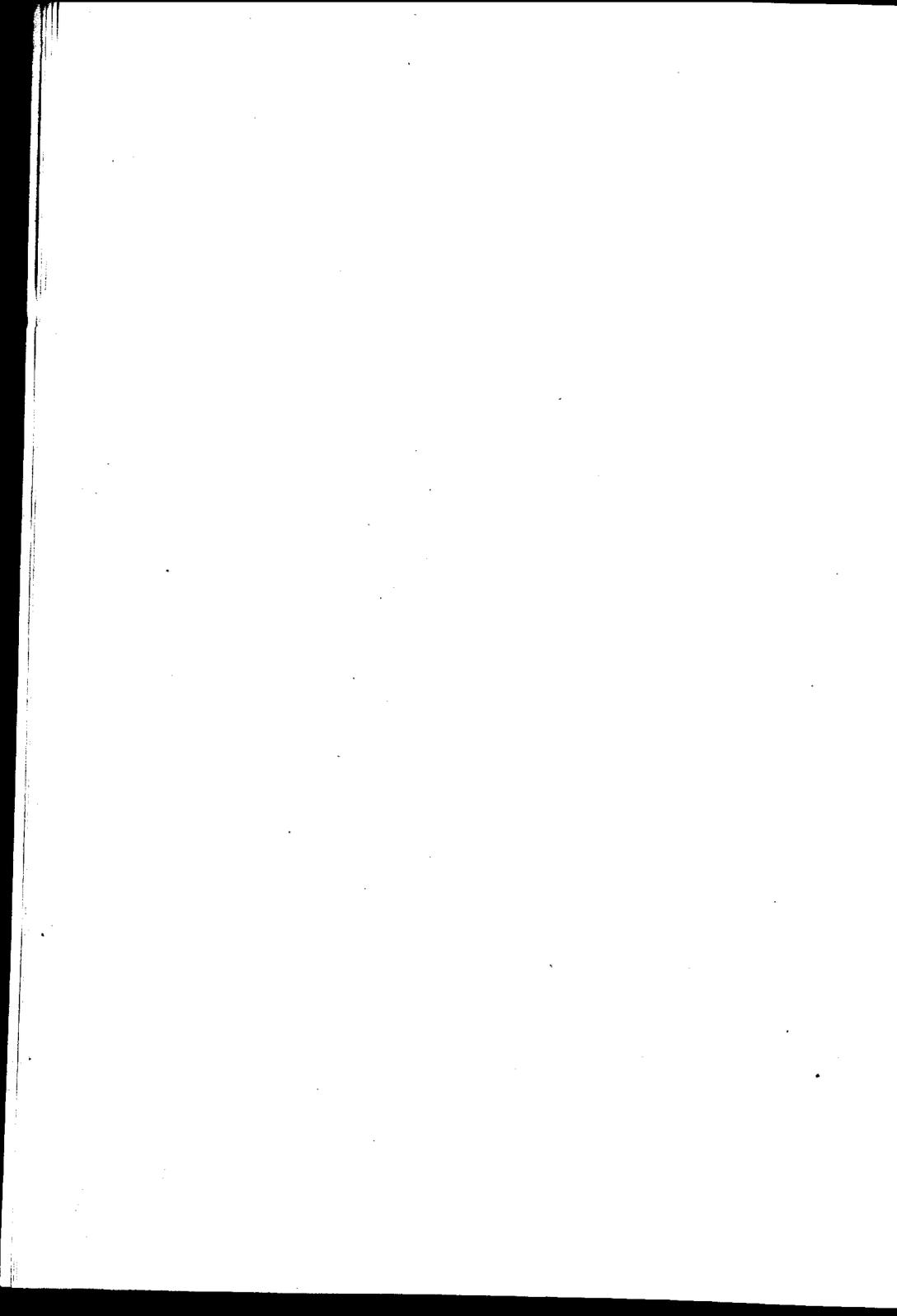
Decano interino

DR. JOSÉ ARCE

Secretarios Interinos

SR. JORGE V. MILLER

» FERNANDO G. RAMOS



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

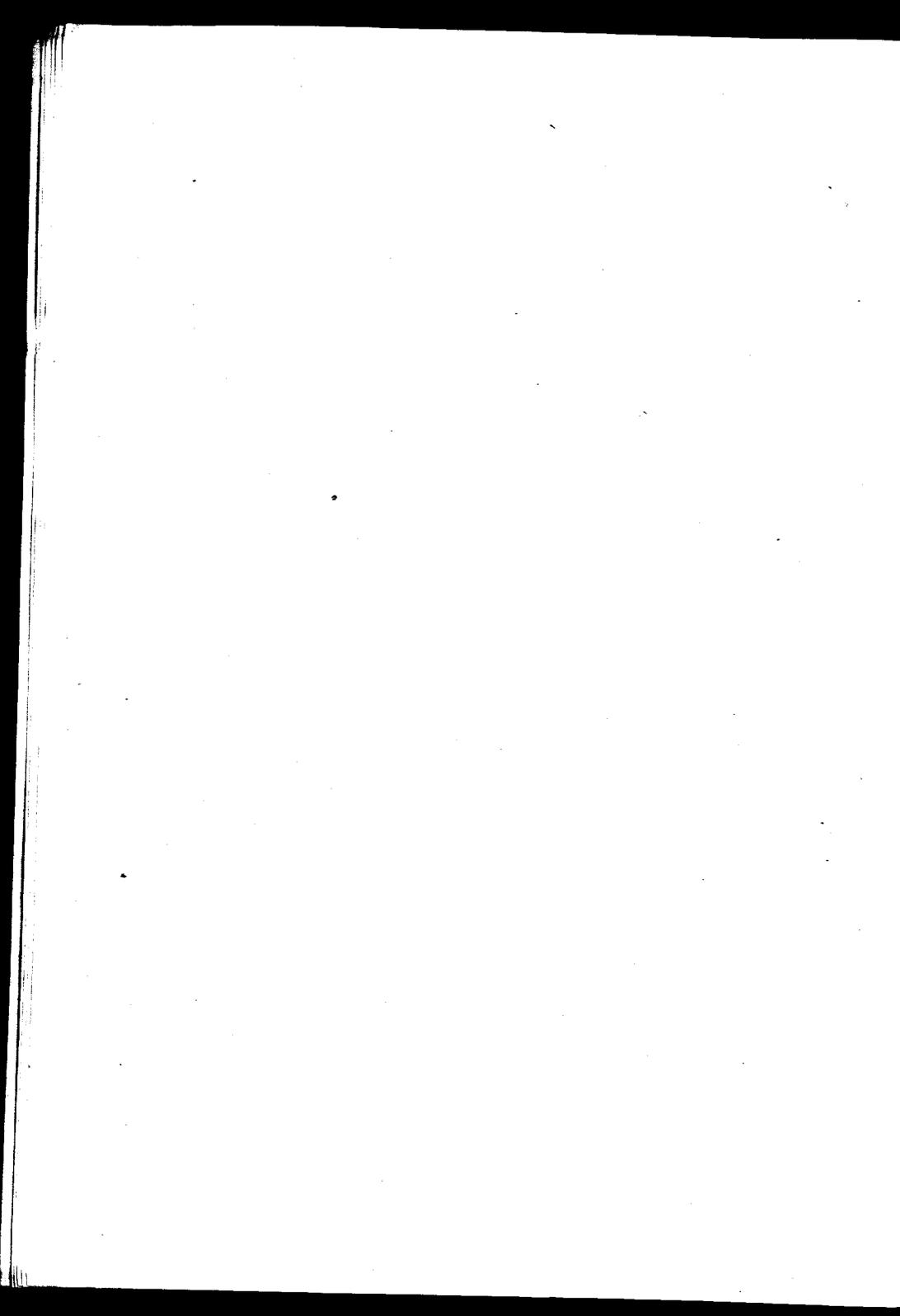
» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

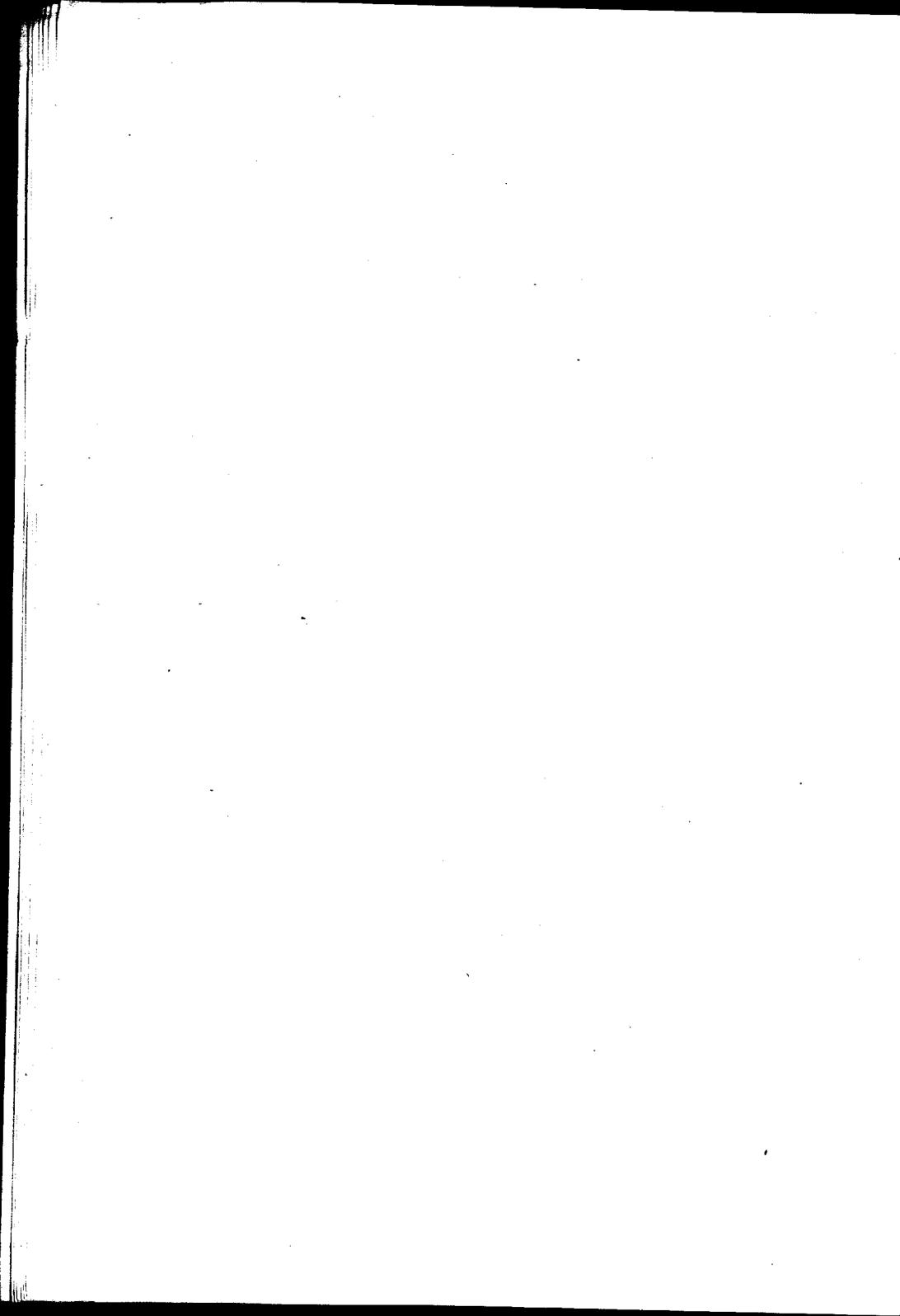
» TELÉMACO SUSINI

» ANGEL M. CENTENO



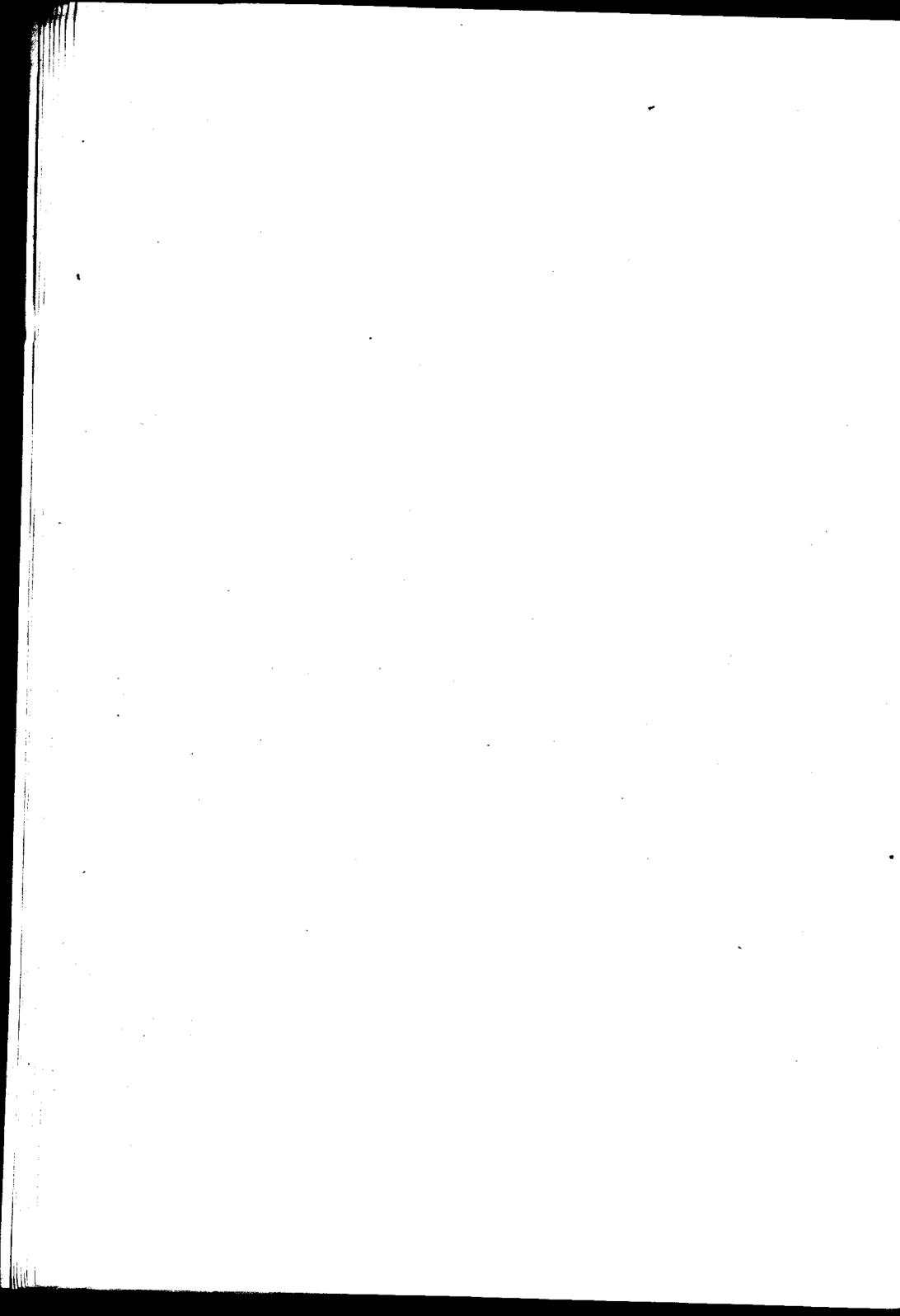
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia Médica y Terapéutica.	» Vacante
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» Vacante
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
	» MARIANO R. CASTEX
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» Vacante
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» Vacante
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» ARTURO ENRIQUEZ
» Pediátrica	» Vacante
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» Vacante



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clinica Dérmato-Sifilográfica..	« MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	« RICARDO COLÓN
Clinica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clinica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica obstétrica.....	
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING

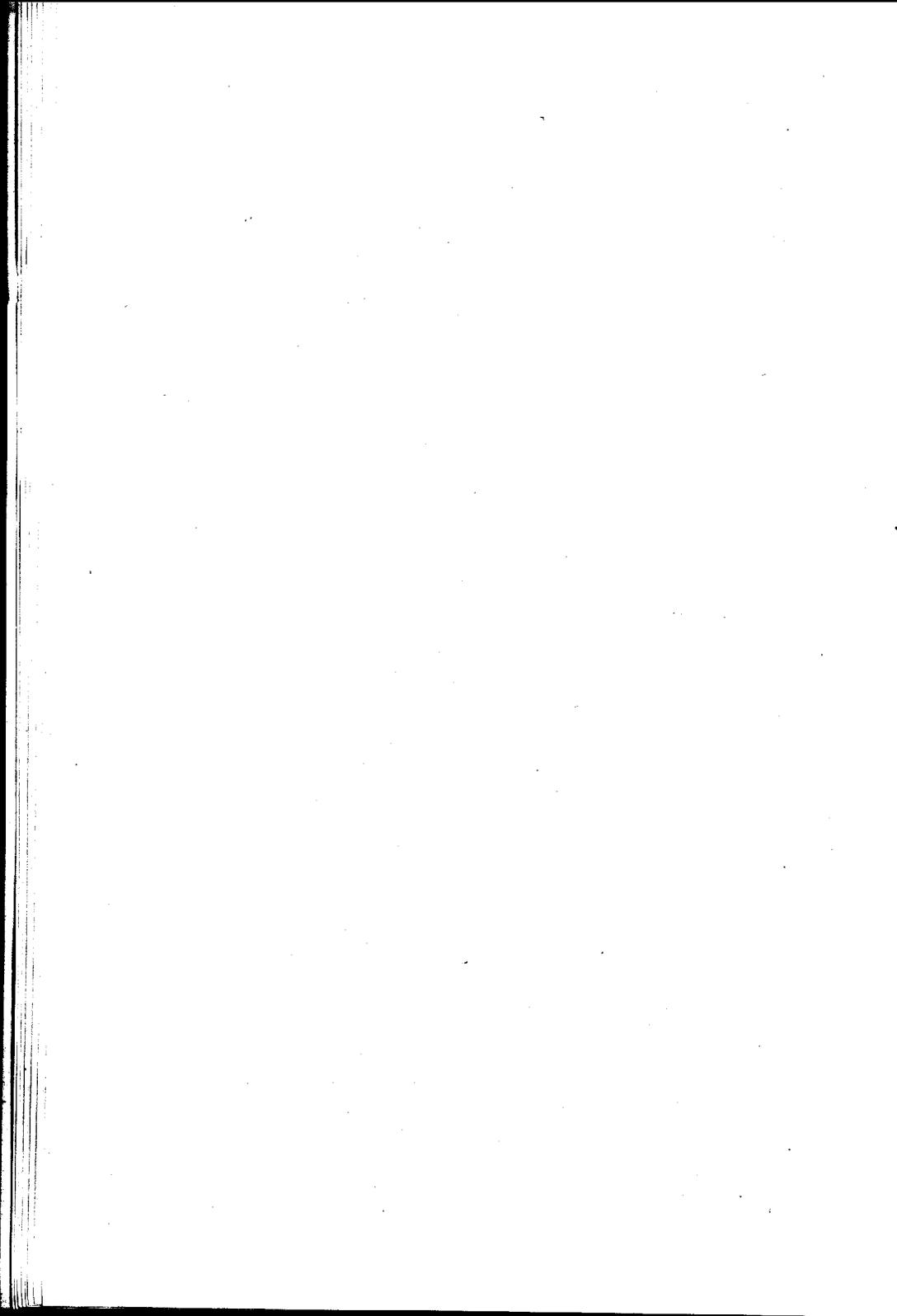


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEERRER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANCISCO ROHILLE
Higiene Médica.....	» FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	» BERNARDO HOSSAY
Anatomía patológica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Anatomía topográfica.....	» SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	» BENJAMÍN GALARCE
Medicina operatoria.....	» MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	» SANTIAGO M. COSTA
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
• Génito urinaria.....	» ALFREDO VITÓN
• epidemiológica.....	» PEDRO J. HARDOY
• oftalmológica.....	» ANGEL H. ROFFO
• oto-rino-laringológica.....	» PEDRO ELIZALDE
Patología interna.....	» ANGEL F. SAN MARTÍN
Clinica quirúrgica.....	» JOSÉ MORENO
• Neurológica.....	» PEDRO CASTRO ESCALADA
• Médica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
• pediátrica.....	» GUILLERMO BOSCH ARANA
• ginecológica.....	» GUILLERMO ZORRAQUÍN
• obstétrica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
Medicina legal.....	» CASTELFORT LUGONES
Clinica Psiquiátrica.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
Toxicología.....	» ALBAJANDRO CEVALLOS
	» NATAL LÓPEZ CROSS
	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALINA
	» JOAQUÍN CERVIERA
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» BERNARDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOCETTI
	» RAÚL ARGANARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAVILIBANO
	» ANTONIO R. ZAMBERINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» DIÓGENES MASSA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARRARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» AHMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPRILLO
	» ADOLFO F. LANDÍVAR
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
	» VIKENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BELLRICH
	» ISNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERGO
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOB O SPANGENBERG
	» TULLIO MARTINI
	» CÁNDDIDO PATIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDI
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CAMILO ALBERTO CASTAÑO
	» PAUSTINO J. TRONGE
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. HOBRO
	» JOSÉ A. BRUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» TOMÁS A. CHAMORRO
	» DOMINGO IBAETA
	» JOAQUÍN V. GRECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÀ
	» AMABLE JONES
	» ALFREDO BUZZO



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

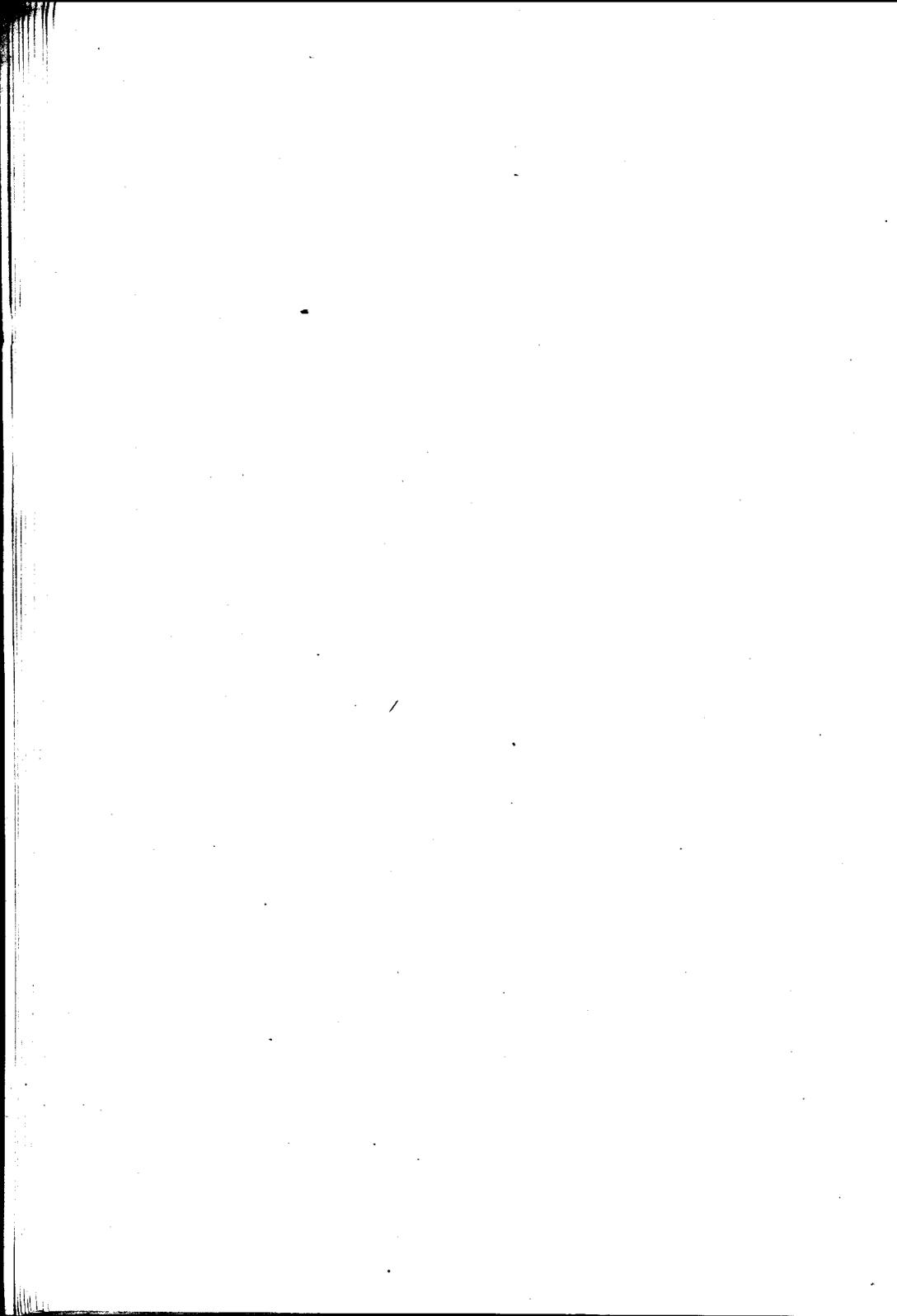
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica (1er curso)...
 Higiene, Ética y Legislación.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MUJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Sr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
 Dr. TOMÁS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 Sr. EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » PEDRO J. MÉSIGOS
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCUAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SANCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

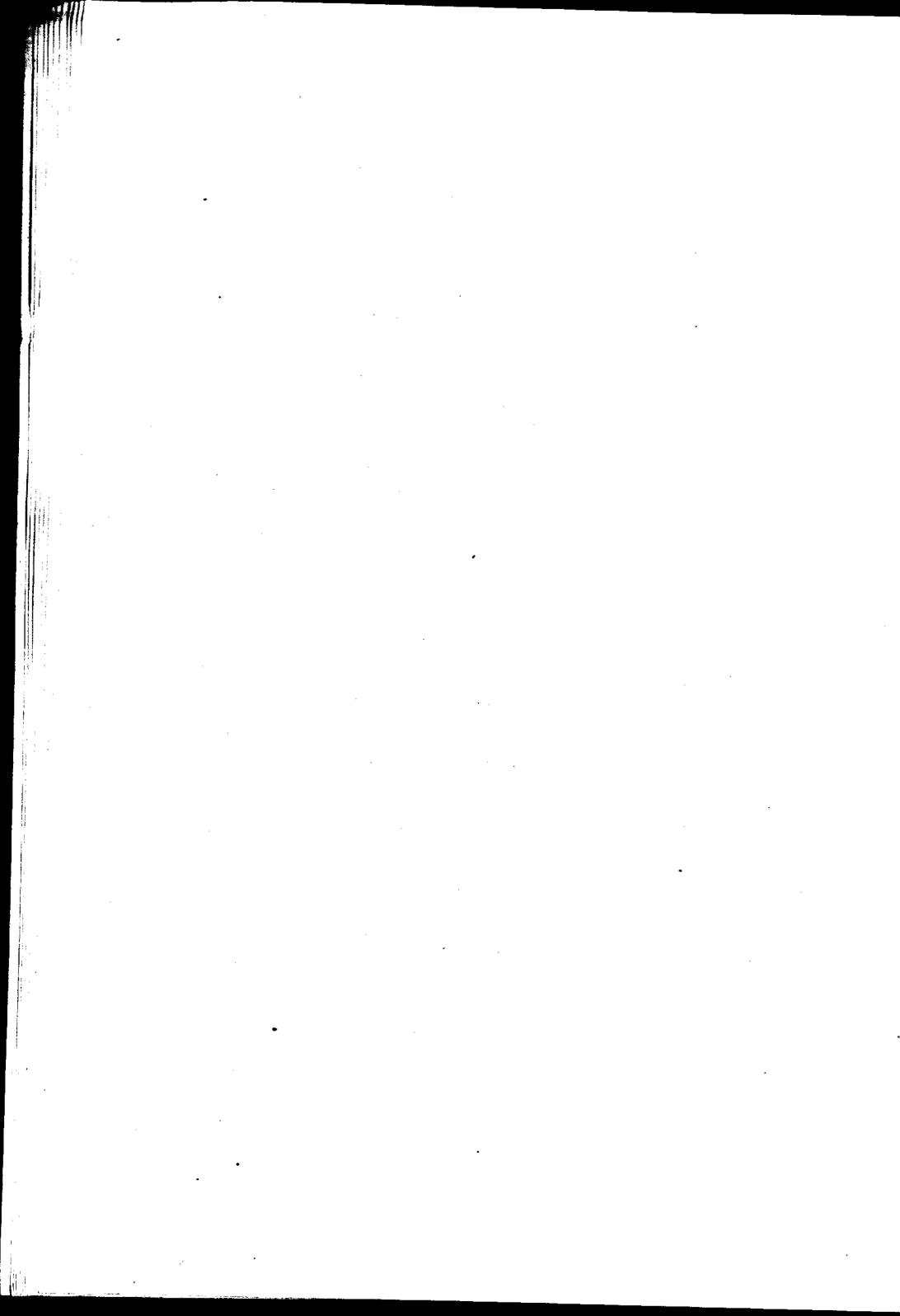
DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología.....
 Botánica (2. Curso; Bibliografía botánica argentina.....
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....
 Química biológica.....
 Química analítica aplicada (Bromatología).....
 Física general.....
 Bacteriología.....
 Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— — —
 — — —
 — — —
 Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)
 » PEDRO J. PANDO
 — — —
 — — —
 » CARLOS MALBRAN
 » JUAN B. SEÑORANS



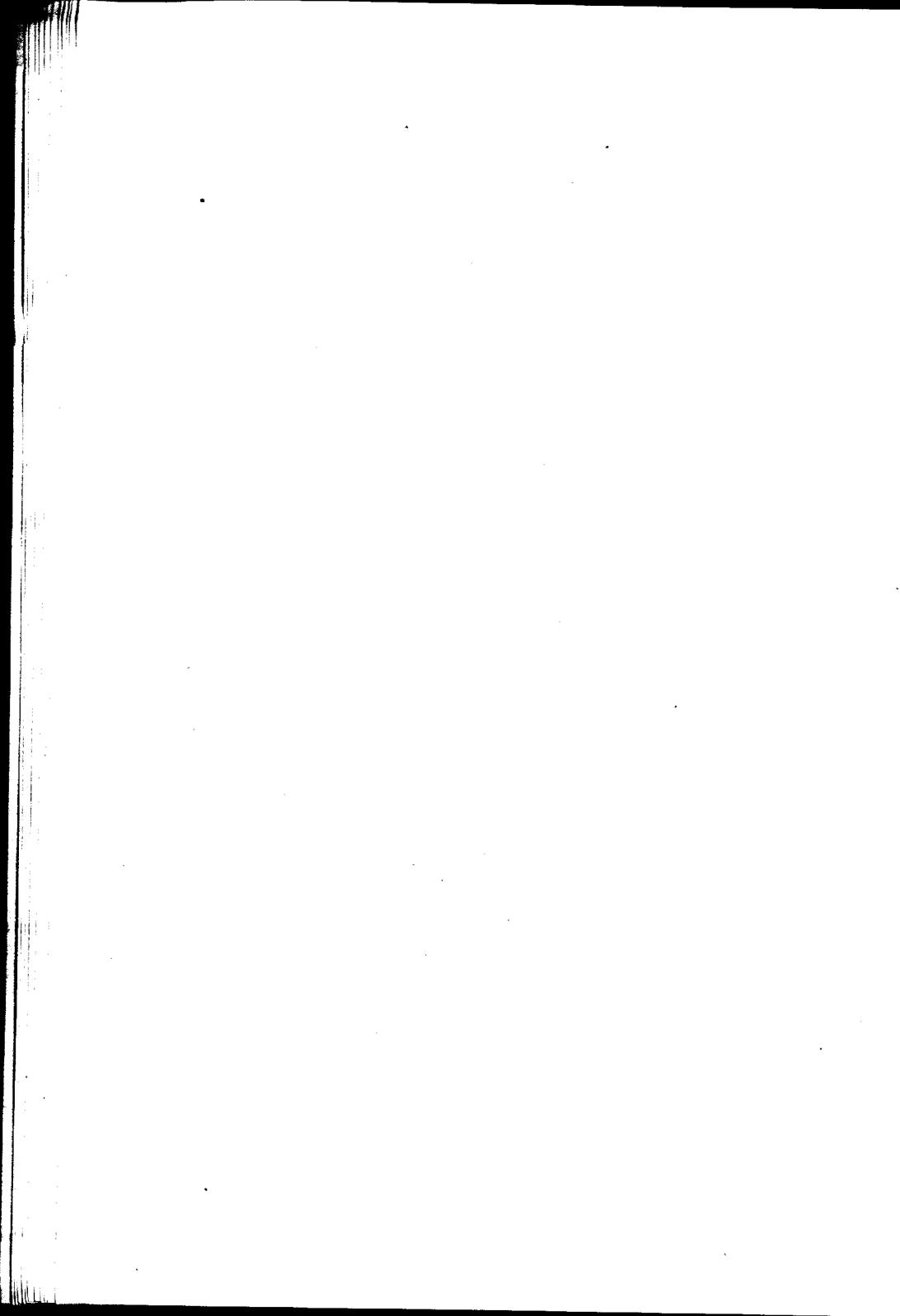


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

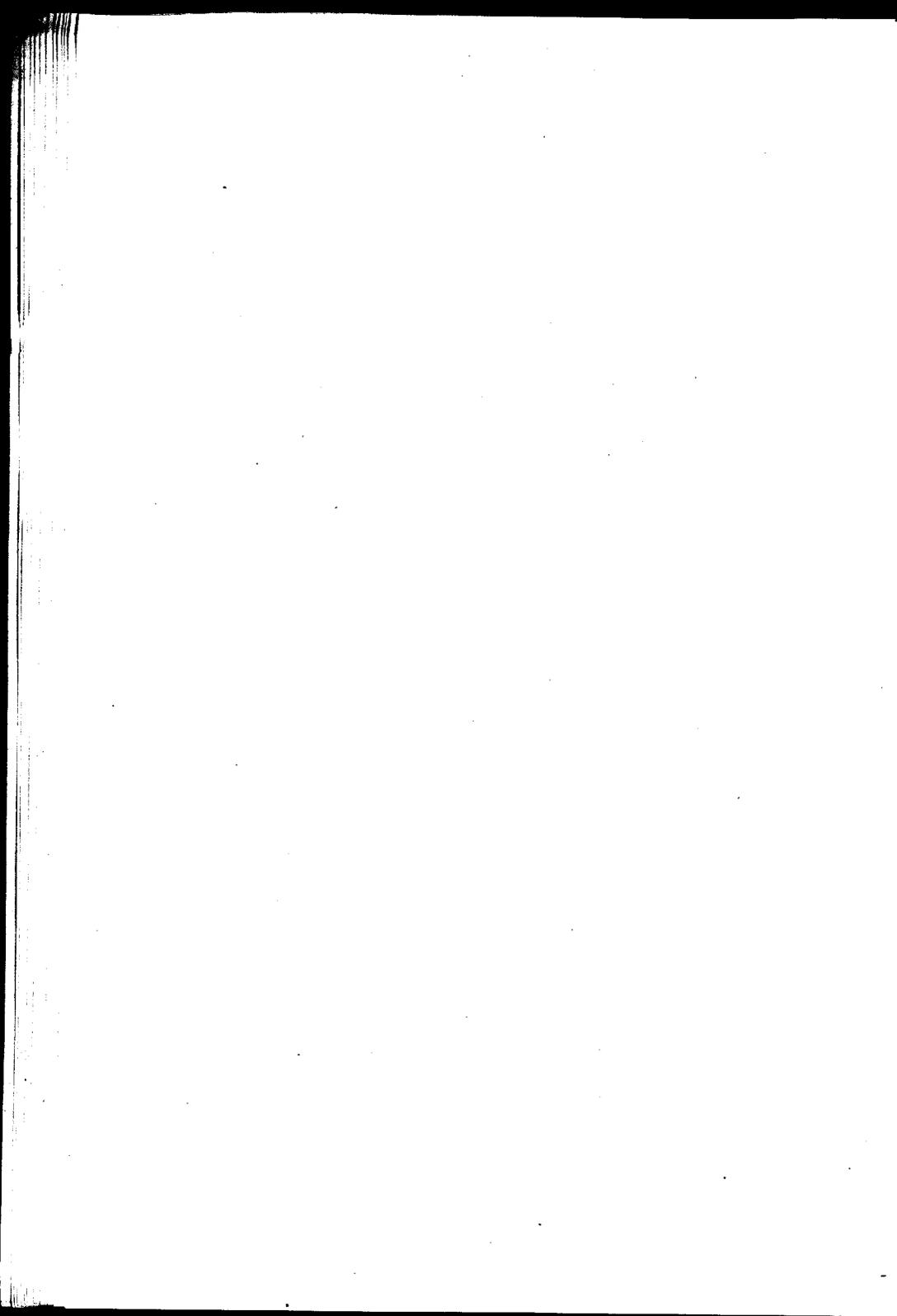
- DR. ALEJANDRO CABANNE
- » TOMÁS S. VARELA (2º año)
- SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
- » CORIOLANO BREA (»)
 - » CIRO DURANTE AVELLANA (1er. año)



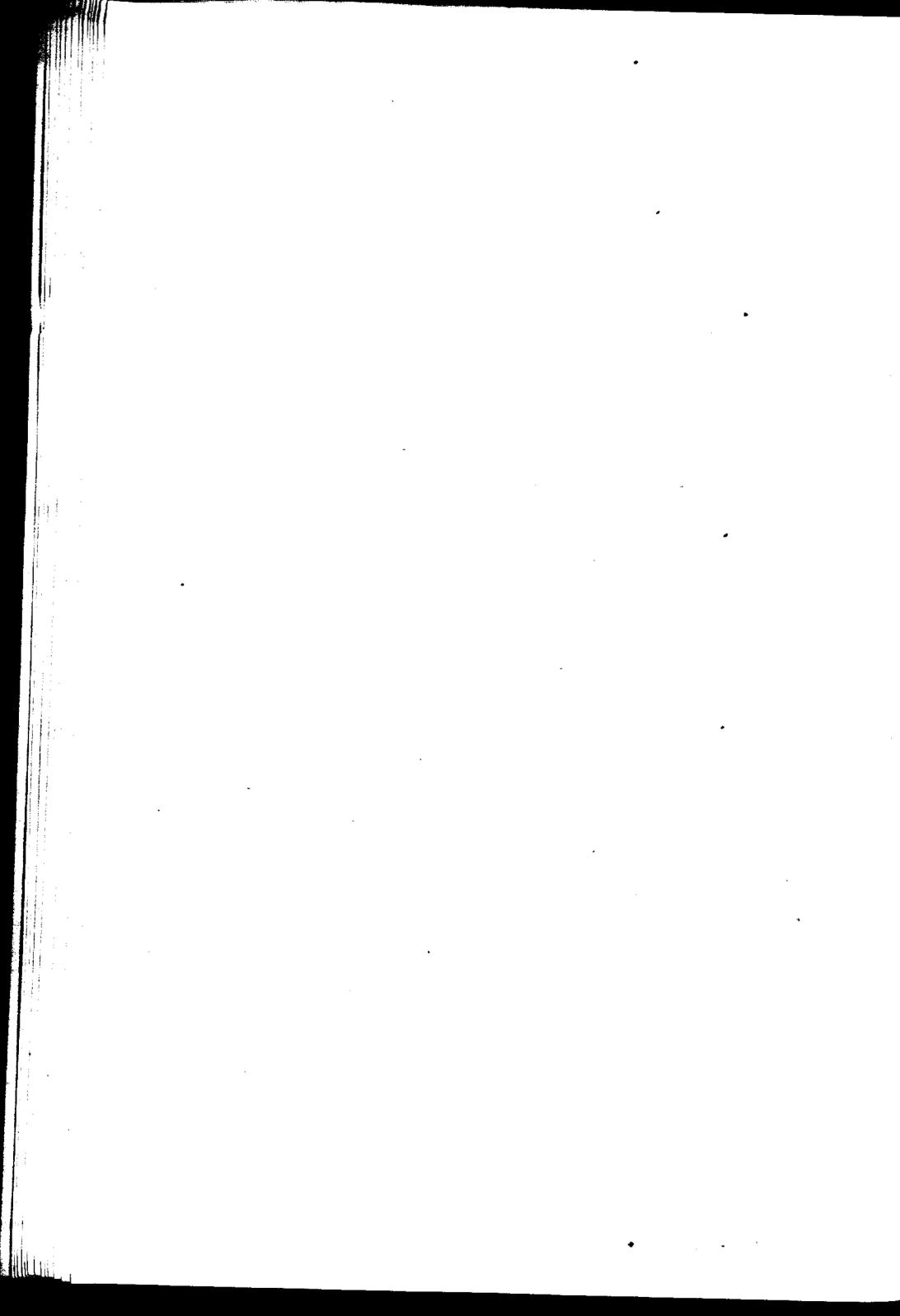
PADRINO DE TESIS:

Dr. EDUARDO A. FOX

Cirujano del Hospital Rivadavia

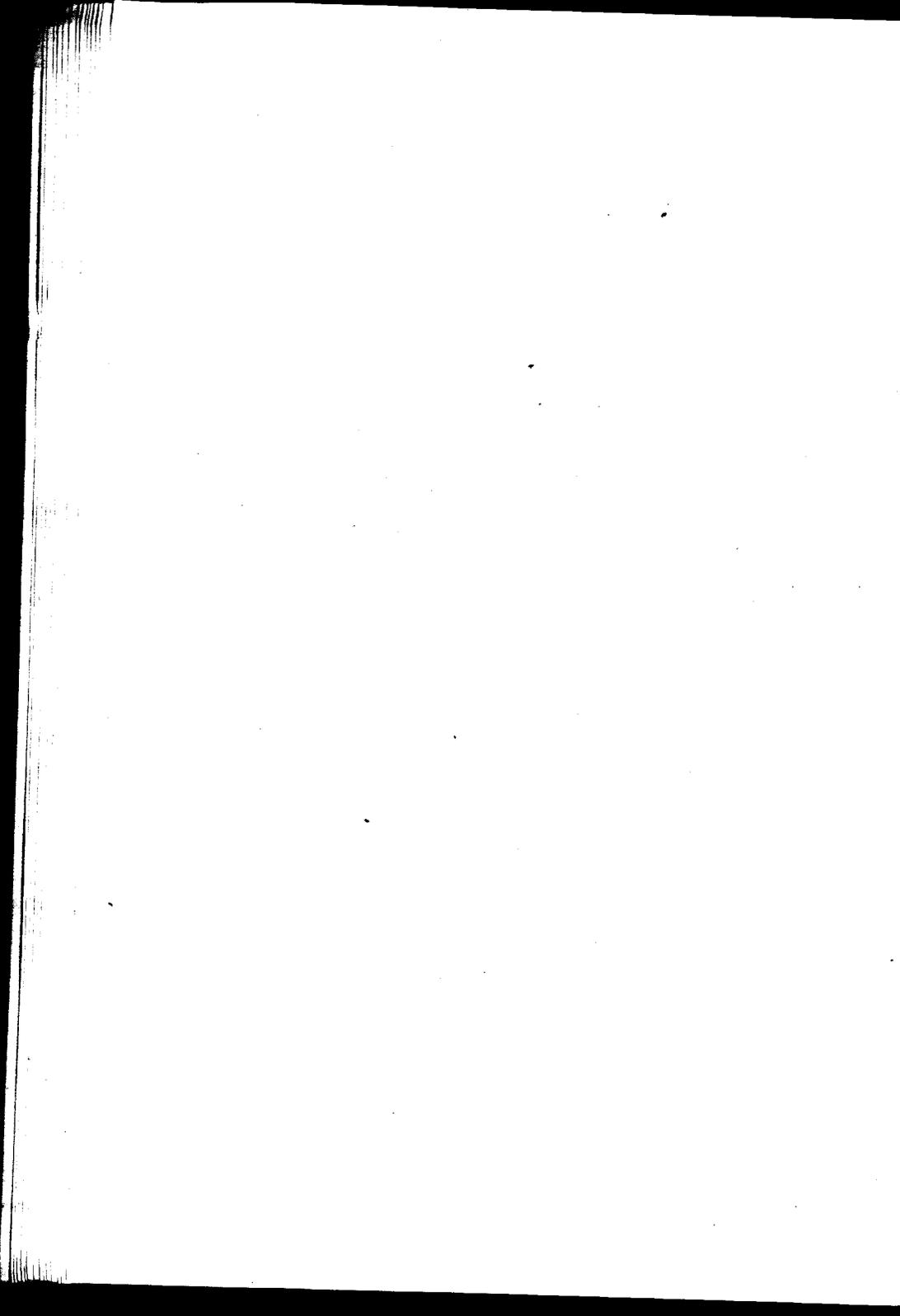


A MI ESPOSA

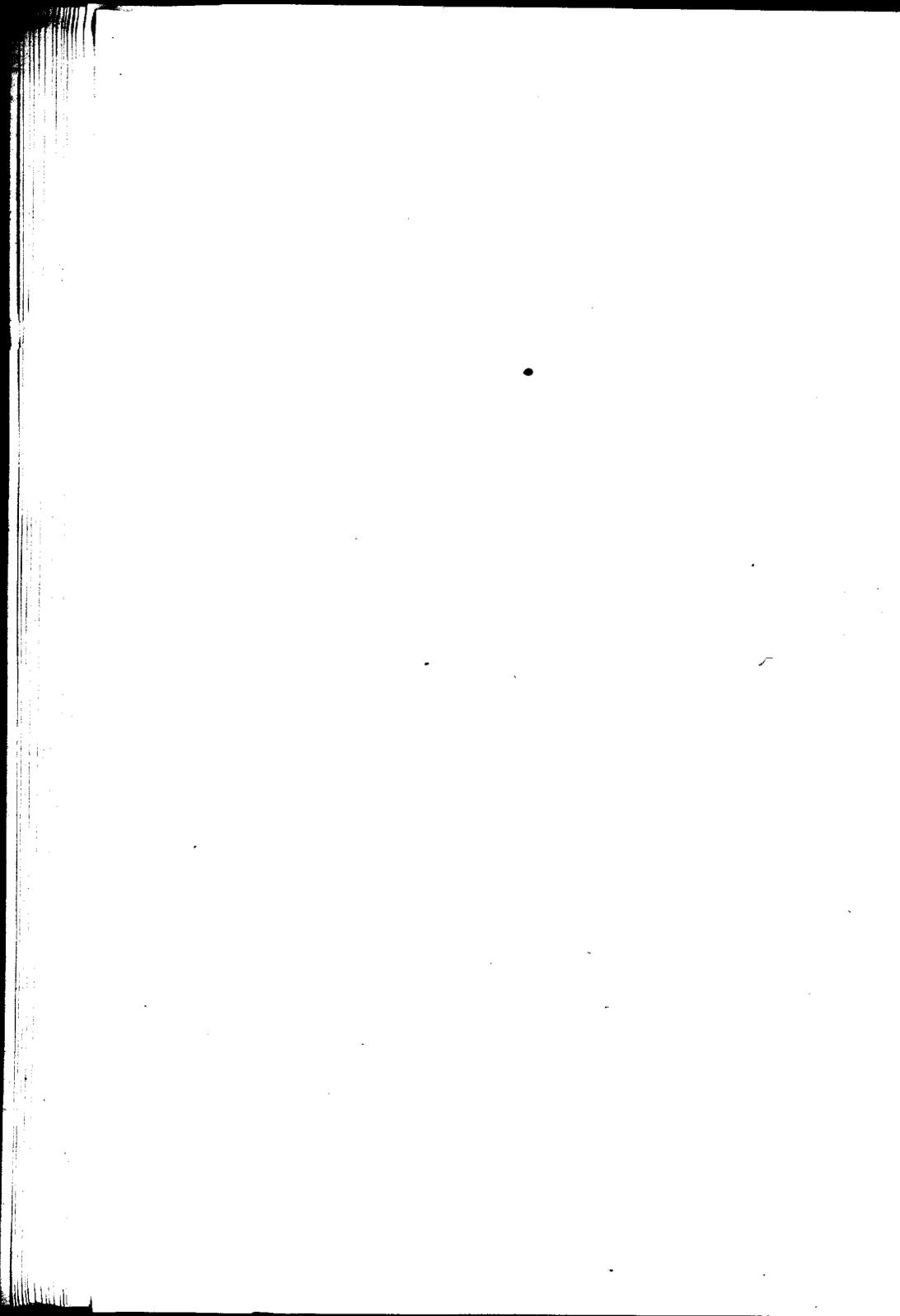


A MIS PADRES

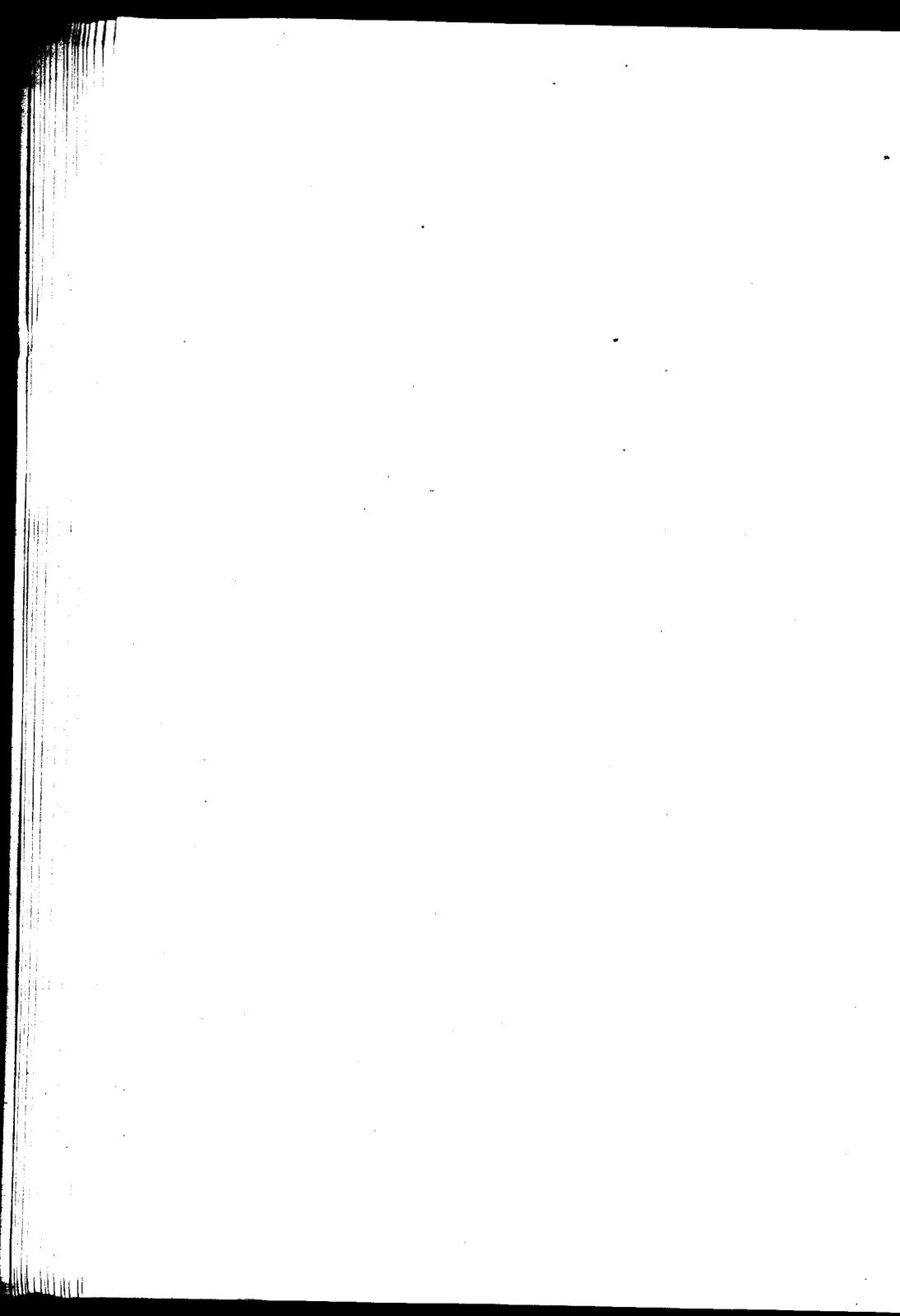
A MI ABUELA



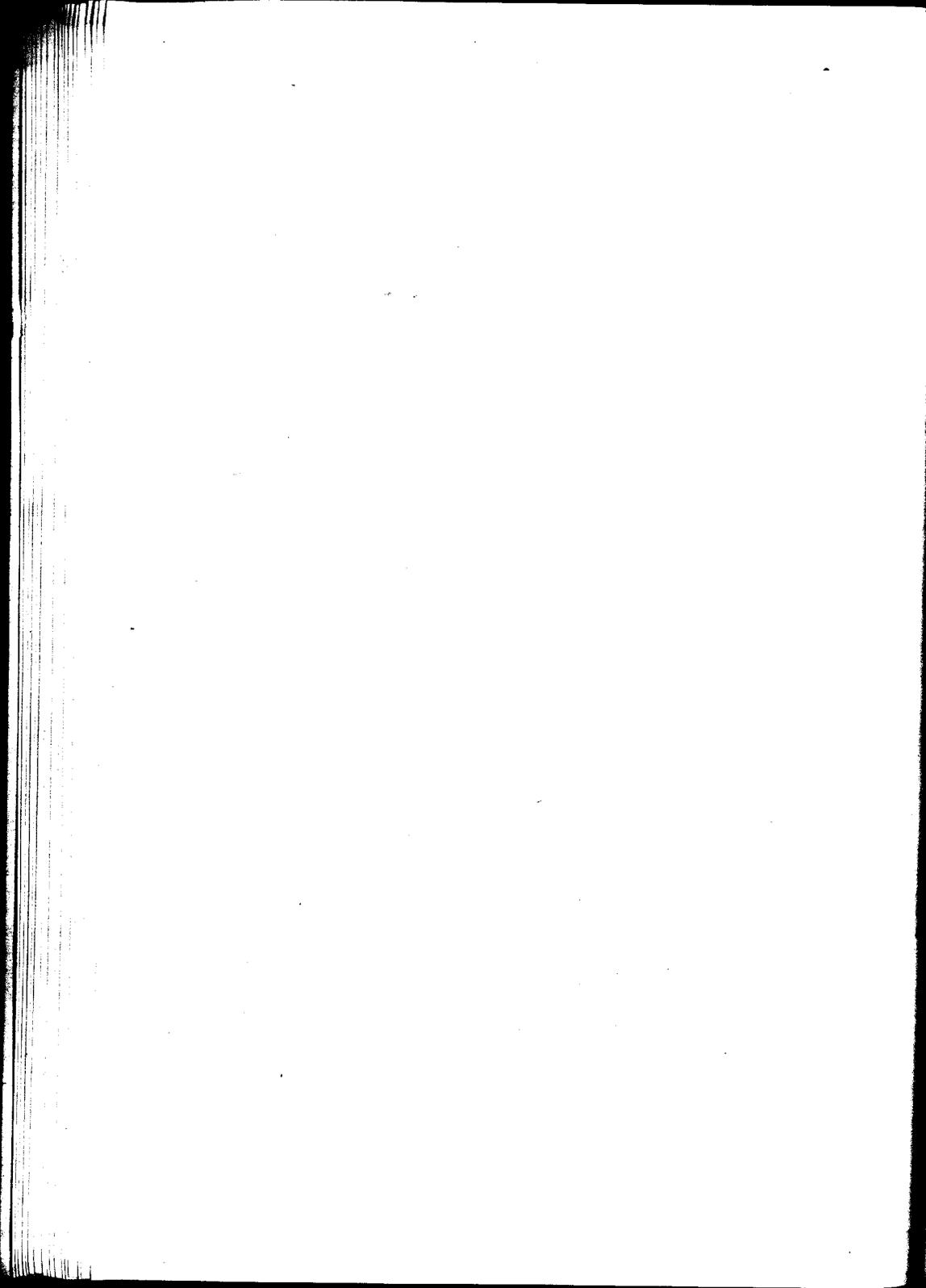
A MIS HERMANAS .



A LA MEMORIA DE MI HERMANA MARÍA

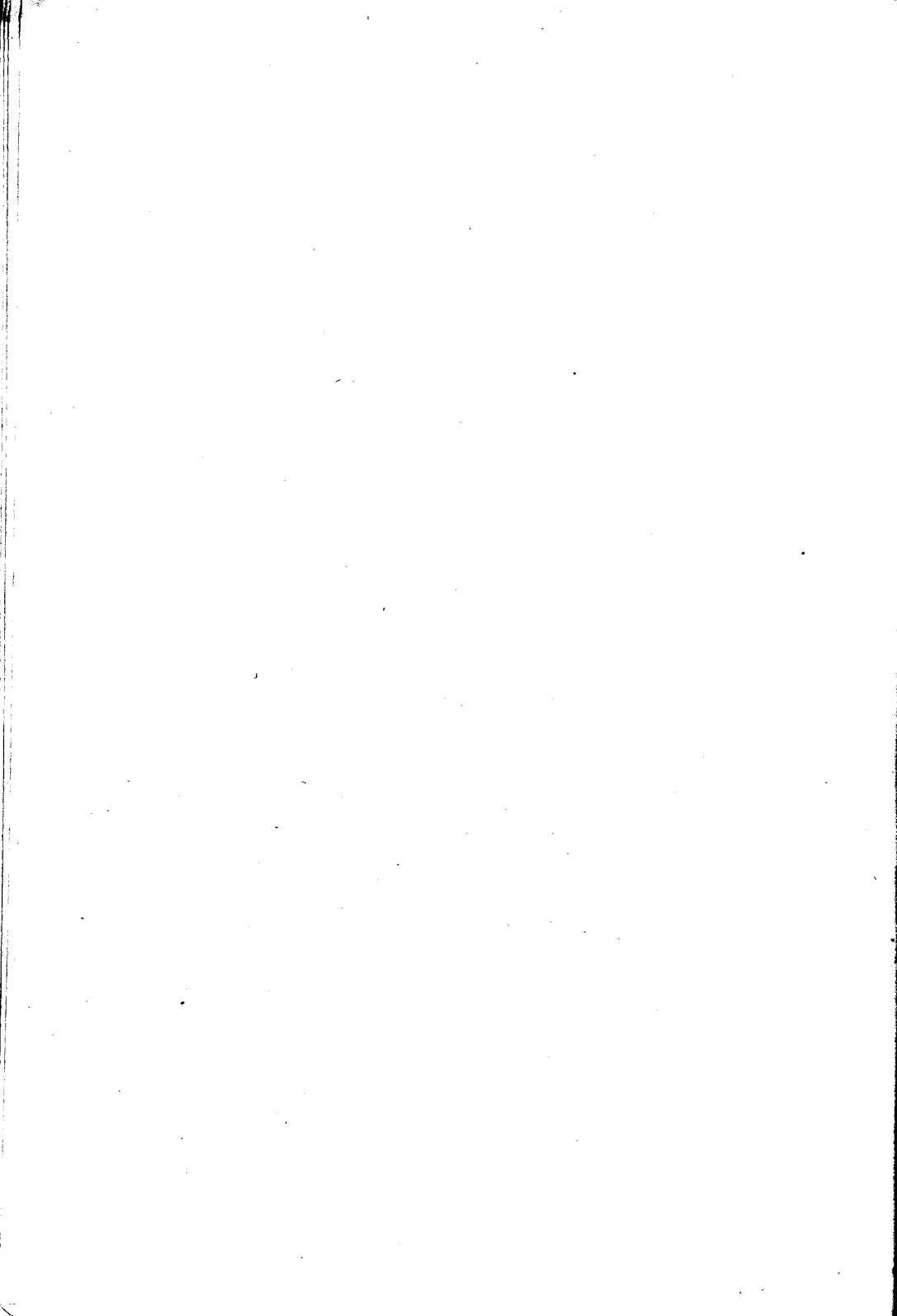


A LOS MÉDICOS Y COMPAÑEROS
DEL HOSPITAL RIVADAVIA



A LOS MIOS

A MIS AMIGOS





Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Después de haber vivido durante nueve meses, a través de la enfermedad y del diagnóstico, en un desmantelado pueblo de provincia, muy lejos de nuestra querida y paciente Facultad, retorno hoy de nuevo deseando presentar a la consideración de Vds. y a su seno de madre siempre augusta, señores Profesores, señores Consejeros, señores Académicos, mi última prueba de estudiante: obligado punto final de la carrera.

Practicante por varios años de un Hospital de mujeres, he elegido para tema de mi exposición, tras observaciones recientes, un accidente relativamente raro que suele complicar el desarrollo sistemático del parto y la evolución de ciertos tumores de la matriz, como es aquel de la inversión uterina.

Voy a dividir, para mejor explicación y sencillez, es-

te modesto trabajo, en los siete capítulos siguientes: *Etiología y Patogenia, Anatomía Patológica, Sintomatología y Diagnóstico, Evolución y Pronóstico, Tratamientos, Observaciones y Conclusiones.*

Pero antes de entrar en materia, séame permitido, desde esta primer hoja, elevar mi respeto y gratitud hacia el doctor Eduardo A. Fox, que aparte de sus muchas enseñanzas, me hace el honor de acompañarme como padrino de tesis;.... y a todos aquellos médicos-maestros que en una u otra ocasión, durante mi aprendizaje hospitalario, tuvieron la oportunidad de verter desinteresadamente, sobre la lógica ignorancia del que empieza, sus sabias lecciones y consejos, haciendo atractiva la investigación y gratamente lleno de consuelos y esperanzas el estudio....

CAPITULO I

Etiología y patogenia

Definición. — En determinadas ocasiones, como un dedo de guante que al sacarlo se invirtiera, el fondo de la matriz se deprime hacia la cavidad uterina, desciende hasta el cuello y atravesándolo aparece en la vagina o emerge al exterior recubierto de mucosa, para constituir lo que se denomina bajo el nombre de inversión uterina.

Estados, grados. — Como hemos visto, según la definición anterior, la porción del útero que se invagina pasa por diferentes etapas sucesivas antes de terminar con la inversión completa del órgano: se hunde en cúpula, alcanza el orificio uterino, lo franquea, desciende a la vagina, llega a la vulva y hace saliencia, en fin, fuera de las partes genitales externas.

Teniendo por consiguiente tres estados sucesivos, uterino, vaginal y vulvar o exterior y pudiéndose limi-

tar la inversión a cualquiera de estos estados, justo es admitir, también, en la inversión, tres grados distintos relacionados con ellos.

El *primer grado* está constituido por una simple depresión en cúpula del fondo uterino; la parte invertida es enteramente intrauterina. Es la inversión en *cul de fole* de Mauriceau.

En el *segundo grado* o inversión incompleta, el fondo uterino invaginado franquea el orificio externo del cuello más o menos contracturado y descende a la vagina.

El *tercer grado* o inversión completa, está caracterizado por la expulsión afuera de la vulva de todo el útero invertido; esta variedad extrema es muy rara, no siendo posible sino a condición de que la vagina misma participe del desplazamiento, y sea arrastrada, de arriba a abajo, según el mecanismo del prolapso.

Aproximando los diferentes grados a la forma cómo se produce la inversión, podemos llegar, pasando por alto la división en inversión incompleta constituida por el segundo grado e inversión completa constituida por el tercero y que no tiene más que un interés escaso, a la sola división, útil en clínica, de inversión simple y de inversión con prolapso.

Frecuencia. — Consultadas las estadísticas de los diferentes ginecólogos y parteros sobre los casos de inversión uterina, se deduce claramente que éste, al

lado de otros accidentes, es muy raro y que la inversión producida durante el parto o el puerperio es muchísimo más frecuente que la producida por tumores.

Según Cross, sobre 400 casos de inversión se cuentan 350 consecutivos a partos contra los 50 restantes que son la consecuencia de tumores.

Thorn ha reunido recientemente cuatro casos de inversión debidos a sarcoma y dos debidos a cáncer.

Vautrin ha publicado un caso de inversión crónica en una joven de quince años, producida por un quiste submucoso del fondo del útero.

En cuanto a la inversión puerperal, que según Grigg sería más frecuente en las negras, en las primíparas y en las mujeres jóvenes, Pinard dice que sobre 600.000 partos ha visto un caso solamente; Beigel no la encuentra más que una vez sobre 200.000; Crosse, Madden, Reuve, Auvard, llegan a la proporción de uno sobre 120.000; Carl Braun de Viena, Hardy y Mac Clintock, en Dublín, no han observado más que un solo caso, el primero sobre 150.000 y los segundos sobre 75.000 partos.

Las cifras arrojadas por estos múltiples autores es relativamente mínima; esto será debido quizá, como lo hace observar Puech, a que muchas inversiones producidas en el momento del parto son reducidas en el acto para evitar complicaciones y no figuran en las estadísticas.

Recientemente Thorn, en 1911, ha reunido los casos

de inversión puerperal publicados desde 1889, es decir en 22 años, y sólo ha alcanzado a 521.

Condiciones y mecanismo de la inversión; causas.—

Para que la inversión uterina se produzca, es necesario que el fondo uterino pase a través del cuello, debiendo concurrir para ello dos condiciones especiales: 1.º Que el cuerpo uterino haya perdido su contractilidad y su retracilidad por inercia (distensión excesiva del útero, embarazo gemelar, hidramnios, huevo grande, trabajo largo y doloroso, etc.) o delgadez de sus paredes (multiparidad, adherencias anormales de placenta, desgarraduras profundas del cuello, acúmulo de sangre por imperforación del hímen o estrechez del cuello) y 2.º Que el cuello esté suficientemente abierto para dejarlo pasar.

Estas dos condiciones especiales se encuentran reunidas, principalmente, cuando el cuerpo está relajado por inercia uterina y cuando el cuello acaba de ser dilatado bruscamente por el parto o cuando él ha cedido progresivamente al empuje de un tumor intrauterino (pólipo o fibroma comunmente).

Sin embargo, algunas veces es el fondo del útero invertido, que tendiendo a descender bajo el peso de las ansas intestinales, provoca la dilatación del cuello y termina por producir la inversión completa.

Ya que sabemos, a grandes rasgos, que las causas que provocan la inversión uterina son los tumores intra-cavitarios o las prácticas del parto, daremos al-

gunas ideas explicativas del mecanismo empleado en las dos distintas variedades, para terminar después, este primer capítulo, de la etiología y patogenia, con un resumen de las causas que la predisponen y la determinan.

Inversión por tumor. — Es en general consecutiva a la evolución vaginal de un pólipo fibroso intra-cavitario, cuyo pedículo se ata al fondo uterino: el pólipo desciende, dilata el cuello y penetra en la vagina arrastrando tras de sí el fondo uterino, que se hunde progresivamente hasta franquear el orificio cervical.

Mas raramente, son las tracciones ejercidas por el cirujano para descender un fibroma, que producen la inversión uterina, facilitada por la hipertrofia y la vascularización de las paredes bajo la influencia del tumor.

Las inversiones producidas por tumores, como se forman progresivamente, son casi siempre crónicas.

Inversión puerperal. — La inversión puerperal puede ser inmediata, en el momento del parto y del alumbramiento, o tardía, en los días subsiguientes.

El doctor Remy, explica del siguiente modo la inversión producida durante el parto: “En el parto normal el útero se retrae inmediatamente que el feto sale. El feto, al descender, produce tras sí un vacío, virtual a causa de la yustaposición del feto y la pared que se retrae y contrae.

La fuerza abdominal empuja la masa intestinal so-

bre el fondo y las paredes. El útero resiste a su inversión por su convexidad y tonicidad agregada al sostén del feto. A veces se deja sorprender durante el reposo fisiológico por la fuerza abdominal y se invierte.

Esto pasa cuando el útero ha perdido su contractilidad y su retractilidad por inercia y cuando tiene una delgadez particular.”

Las causas que intervienen en el *momento del parto* y llevan a una inversión aguda pueden ser distintas, y obrar, unas sobre la cara interna y otras sobre la cara externa, dando origen estas últimas a la inversión espontánea o artificial.

a) El aumento de la presión intra-abdominal, es ordinariamente la causa inicial de la depresión del fondo uterino, conseguida mediante los esfuerzos voluntarios de la enferma o realizados bajo la orden de la partera (mordiéndola una sábana, soplando en una botella, etc.) para apurar el alumbramiento. La tos, los estornudos y los vómitos son raramente la causa de la inversión puerperal.

b) La expresión manual de la placenta, según el método de Credé, brutalmente hecha por un ayudante inexperimentado.

c) Las tracciones ejercidas sobre el cordón, sean ellas producidas por el feto mismo, cuando la mujer padece de pie o en cucullas, y que el cordón es natural o accidentalmente corto (brevidad, circulares, etc.), o sean producidas por la partera que, tirando de él intempe-

tivamente, con el fin de acelerar el alumbramiento, arrastra junto con la placenta no desprendida del todo, la cúpula uterina.

d) Como causas menos frecuentes es conveniente citar: El feto, empujado por las contracciones de los músculos abdominales, puede arrastrar a su salida, el fondo uterino, obrando a la manera de un pistón, que hace el vacío detrás de él (Jacquemier). La mano introducida en el útero para practicar el alumbramiento artificial, puede también, al momento de retirarla, jugar el rol de pistón arrastrando la pared uterina (Vogel). La evacuación brusca del hematoma retro-placentario puede producir la inversión. (Furst).

En cambio, las causas que intervienen cuando la inversión se produce en los *días que siguen al parto* están, en cierto modo, relacionadas con una inercia localizada del fondo de la cavidad uterina, y según Rokitanski y Thorn, esa parálisis sería debida a la inserción de la placenta en dicho sitio.

A pesar de aparecer varios días después, ya durante el trabajo del parto, el fondo uterino se deprime en **cúpula** empezando la inversión que más tarde se **completará**. El fondo se deprime porque en ese lugar el **músculo** uterino es menos resistente que en las otras partes y como no tiene ningún ligamento que lo sujete, las **contracciones** de la pared efectuadas alrededor de él poco a poco lo invaginan.

Más tarde la inversión se acentúa durante el período

involutivo, por la continuación de las contracciones de la pared uterina que tratan de arrojar fuera de la cavidad el fondo invaginado: verdadero cuerpo extraño.

Causas predisponentes.

1.º Placenta insertada en el fondo del útero o muy adherente.

2.º Estado de agotamiento causado por largas enfermedades, distensión excesiva del útero, embarazo gemelar, hidramnios, multiparidad, adherencias anormales, pérdidas de sangre, etc., que dan inmensa base a la inercia y a la delgadez de la pared uterina.

3.º Pequeña inversión no corregida, predispone en partos ulteriores a una inversión completa.

4.º Estrechez de la vagina o vulva; desgarraduras e induración del cuello.

Causas determinantes.

1.º Brevedad del cordón que expone a tironeamientos.

2.º Presión hecha de arriba a abajo para apresurar el alumbramiento (método de Credé).

3.º Parto en mujer de pie o en cuclillas.

4.º Tracción prematura o enérgica para facilitar el desprendimiento placentario.

5.º Gran esfuerzo desarrollado durante el puerperio.

6.º Pólipo o tumor fibroso insertado en el fondo uterino.

CAPITULO II

Anatomía patológica

La anatomía patológica de la inversión uterina varía con el grado de la misma y según se trate de una inversión aguda y reciente o de una inversión crónica y antigua.

En la inversión aguda, el útero invertido forma un grueso tumor globuloso y piriforme, que llena comúnmente casi toda la vagina.

Cuando aún el alumbramiento no se ha hecho, la superficie se presenta lisa, nacarada y violácea, ya que ella está constituida por la cara fetal de la placenta adherente, reconocible por la inserción del cordón umbilical y la saliencia sinuosa de los vasos que campean por el amnios.

Por el contrario, si la placenta ha sido ya expulsada, la superficie del tumor está constituida por la mucosa uterina, roja, espesada, sangrando fácilmente y

sembrada de ligeras eminencias mamelonadas, pequeños coágulos sanguíneos y filamentos de caduca que le dan un aspecto irregular parecido al ananá (Pinard).

A cada lado del polo inferior del tumor, se pueden observar, algunas veces, dos pequeñas ranuras disimuladas por los repliegues de la mucosa y que responden a los orificios de las trompas.

El útero invertido, globuloso por abajo, se adelgaza por arriba para formar el pedículo del tumor. Siguiéndolo con el dedo notamos que se termina, más o menos alto, en un surco circular en fondo de saco constituido, sea por la reflexión de la mucosa vaginal en los casos de inversión completa, sea por la reflexión de la mucosa uterina que se continúa hacia fuera con la mucosa intracervical, en los casos de inversión incompleta.

En estos últimos, fuera del surco y rodeando el pedículo, se encuentra un rodete circular voluminoso constituido por el cuello, tanto más cerrado y contraído cuanto más vieja y pronunciada es la inversión.

Cuando se abre el abdomen de una mujer muerta de inversión uterina, se ve, a nivel de la excavación pelviana, un embudo profundamente ahuecado entre la vejiga y el recto, y constituido por la superficie externa del útero tapizada por el peritoneo.

El dedo, introducido en ese infundibulum, penetra en un canal estrecho que se abre en una amplia cavidad,

según el grado de depresión del útero. En ella se sumergen las trompas, los ovarios y hasta las ansas intestinales.

Los ligamentos uterinos llevados por la inversión se acomodan y se estiran: los ligamentos anchos se pliegan sobre sí mismos y se hunden por su ángulo superior; lo mismo pasa con los ligamentos púbio-útero-vesicales, los ligamentos redondos y los repliegues de Douglas.

De todos estos ligamentos, los que se ponen más tensos son los ligamentos infundíbulo-pelvianos de Henle, también llamados ligamentos redondos superiores de Rouget, ligamento suspensor del ovario de His y Waldeyer, que, a modo de dos cuerdas salientes, levantan el peritoneo en un borde delgado y extendido desde los costados de la columna lumbar hasta el ovario. Bar, a quien hemos consultado al respecto, los considera como los ligamentos de retención.

Las lesiones de la inversión crónica no dejan también de ser interesantes; pero éstas no modifican tanto la situación del útero, como la constitución íntima del tejido y la nutrición del órgano.

Bajo la influencia de la constricción ejercida por el anillo de contracción sobre el pedículo del tumor, y de las compresiones y acodaduras que se producen a nivel de los ramilletes vasculares del útero, que, contenidos en los ligamentos del órgano, son como ellos, des-

viados y tendidos, la mucosa del útero se congestiona y edematiza.

Como las venas situadas en la periferia están sometidas a una presión a la cual las arterias, corriendo por el centro, resisten buenamente, resulta que la sangre afluye al órgano y no vuelve.

Obstaculizada, por pura acción mecánica, la circulación de retorno, el útero invertido aumenta de tamaño y se pone turgente y violáceo.

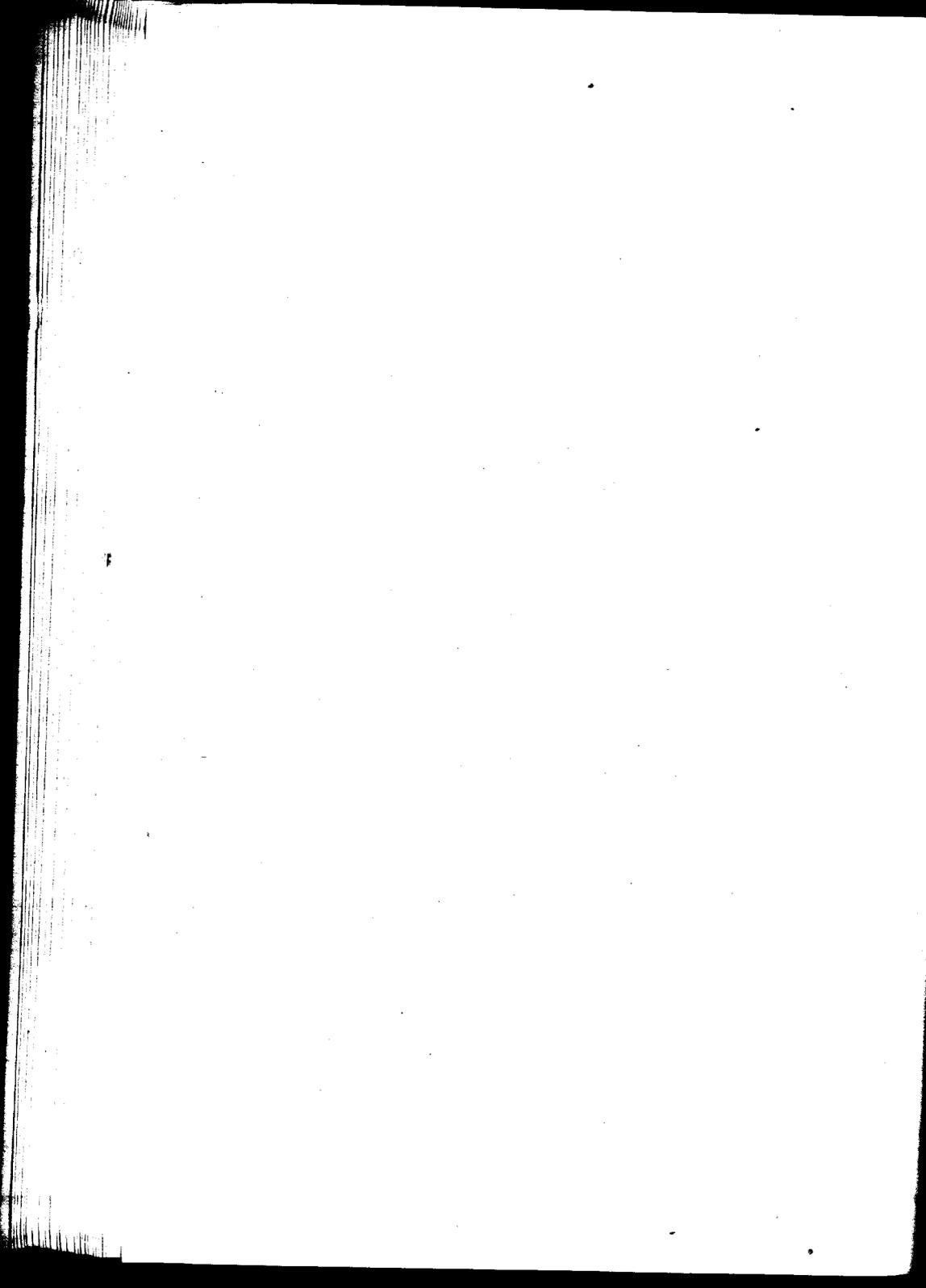
La mucosa presenta todos los caracteres de las lesiones de endometritis crónica: se espesa, se torna irregular y se altera, llegando a veces hasta ulcerarse. El epitelio cilíndrico normal está reemplazado por epitelio pavimentoso estratificado; las glándulas desaparecen; el parénquima sufre, en fin, el mismo proceso de congestión pasiva que lleva a la infiltración conjuntiva y a las lesiones de metritis parenquimatosa.

A la metritis parenquimatosa, sucede a menudo la perimetritis, que, determinando adherencias peritoneales con los órganos vecinos, intestinos e epiplón, vuelve la inversión difícilmente reductible.

El esfacelo de la totalidad del tumor, seguida de su eliminación es excepcional.

En algunos casos, en vez de sufrir este proceso de hipertrofia inflamatoria, el útero, conservando su circulación de retorno más libre y en mejores condiciones, se atrofia; Legueu, ha visto en el museo de Saint-

Bartholomew's Hospital, un útero invertido de tan pequeñas dimensiones, que el orificio del saco que formaba no era más grande que una pluma. (Lavadie-Lagrange et Legueu),



CAPITULO III

Sintomatología y Diagnóstico

Sintomatología. — Los síntomas de la inversión uterina varían con la forma, aguda o crónica.

Inversión aguda. — La inversión puede producirse bruscamente en el momento del parto o del alumbramiento.

Signos funcionales. — Durante un esfuerzo expulsivo o cuando el partero, queriendo apurar la salida de la placenta, tira del cordón o ejecuta maniobras imprudentes de expresión, sobreviene un dolor espontáneo muy agudo que a menudo arranca algunos gritos a la enferma.

Este dolor tiene su asiento en el bajo vientre y en los riñones y se irradia hacia las ingles y los muslos: es una sensación de arrancamiento y de desgarradura.

Al mismo tiempo aparecen fenómenos generales graves: angustia respiratoria, palidez de la cara, enfría-

miento de las extremidades, dilatación pupilar y vértigo, llegando a veces a un verdadero síncope. El pulso es pequeño y rápido; la temperatura desciende y la muerte puede aparecer rápidamente.

Estos síntomas corresponden a un estado de choc; y realmente la enferma se encuentra sumergida en él, pudiendo ser consecuencia o no de la hemorragia producida en tales casos.

El choc parece tener su origen en los tironeamientos sufridos por los plexos nerviosos y los ligamentos uterinos arrastrados en la inversión.

Se han señalado también los vómitos y las convulsiones, como fenómenos reflejos que acompañan al choc.

Cuando la enferma escapa a los brazos de la muerte, este estado se atenúa progresivamente: la respiración se regulariza y el pulso recobra su fuerza y ritmo normales.

Pasado el desvanecimiento, la enferma acusa además de su dolor hipogástrico, la sensación de un cuerpo extraño que empuja hacia el periné y despierta esfuerzos expulsivos.

Conjuntamente con estos fenómenos diversos, ordinariamente se produce una hemorragia externa que puede ser poco abundante como puede llegar en algunos minutos hasta un litro.

La cantidad es muy variable, siendo nula o escasa, cuando la placenta está adherida totalmente o cuando

estando parcialmente desprendida, el útero se contrae bastante a detenerla; llegando, por el contrario, a ser extremadamente profusa, cuando la placenta está desprendida en toda su extensión y el músculo uterino completamente inerte.

Signos físicos. — Saliendo de estos signos generales para pasar al examen directo, notamos, colocando la mano sobre el abdomen, la desaparición del globo uterino. Hundiendo los dedos hacia la cavidad de la pequeña pelvis, se puede percibir, cuando la pared es blanda y delgada, el embudo que forma la inversión.

Si el útero invertido llega hasta los labios de la vulva, se ve el tumor, cuya superficie puede estar constituida por la placenta si aún existe, como puede estar constituida simplemente por la mucosa uterina.

Momentos después de la inversión, el tumor aumenta poco a poco de volumen por congestión venosa; exprimido por la mano se reduce y se muestra endurecido por intervalos bajo la influencia de una contracción o de una excitación mecánica.

Continuando la exploración por el tacto vaginal, encontramos el pedículo del tumor, el surco y el anillo de invaginación más o menos cerrado.

Síntoma interesante, observado en este exámen, es poder sentir las alternativas de relajamiento y contracción del anillo sobre el dedo.

Cuando la inversión se produce, también bruscamente, en los días subsiguientes al parto bajo la influencia

de un esfuerzo, un dolor súbito y una sensación de desgarradura intra-abdominal acusan su aparición y se presenta con los mismos síntomas que cuando ocurre después del alumbramiento, como lo acabamos de ver.

Inversión crónica. — Muy a menudo la inversión crónica se inicia en el momento del parto y se desarrolla lentamente, pasando algunas semanas, varios meses y algunas veces varios años sin que la enferma acuda, por una negligencia, a curarse de su mal.

Signos funcionales. — En la inversión crónica pura los dolores son excepcionales, observándose tan solo en los casos donde la perimetritis complica la inversión; no así la hemorragia que es mucho más frecuente: ella se continúa poco abundante en los días posteriores exagerándose en el momento de las reglas; la leucorrea es un síntoma que existe casi siempre. En fin, las enfermas presentan casi completo el cuadro característico de la infección uterina.

Signos físicos. — Por el tacto vaginal se percibe un tumor, más o menos voluminoso y duro, según la antigüedad de la inversión.

El dedo lo contornea fácilmente y remontándolo a lo largo de sus paredes, se constata que sus dimensiones van disminuyendo de diámetro, de abajo a arriba, y que un pedículo al final penetra en el orificio del cuello uterino; franqueado el anillo, el dedo penetra en una canaleta circular constituída por la reflexión de

la cara externa de la masa uterina invertida que se continúa con la pared del cuello.

La palpación abdominal combinada con el tacto, permite constatar la ausencia del útero de su lugar normal.

El tacto rectal nos ayuda a verificarla en la pequeña pelyis: rechazando la pared anterior del recto, llegamos a percibir algunas veces el embudo constituido por la inversión.

Si introducimos el dedo en el recto lo más alto posible y después introducimos una sonda en la vejiga inclinándola hacia él, sentimos fácilmente que el dedo y la sonda no se encuentran separados más que por un espesor escaso de tejido. Este signo, sobre el cual Malgaigne y P. Dubois han insistido, nos dará cuenta una vez más de la desaparición del útero de su lugar normal.

Diagnóstico. — La rareza de la inversión uterina ha hecho que muchos médicos cometieran errores de diagnóstico, cuando han tenido la oportunidad de observarla como complicación del alumbramiento.

Frente a los signos generales, cuando aún no ha aparecido ningún tumor en la vulva o la vagina, la inversión aguda puede ser confundida con una *ruptura uterina*, bien que este accidente es muy raro durante el alumbramiento, habiendo sido observado sin embargo en el curso de la expresión uterina de Credè con placenta adherente y de alumbramiento artificial; en todo caso los signos locales faltan por completo.

Con una *hemorragia intrauterina* el error sería posible, porque la blandura del útero distendido por la sangre, perdiendo sus contornos, puede hacer creer en la desaparición del globo uterino. Lo mismo que en el caso anterior, no se encuentra ningún tumor ni signo local en la vagina y el útero.

La aparición en el curso del alumbramiento de un dolor brusco y vivo seguido de choc, con desaparición del globo uterino y formación de un tumor extra-vulvar o intra-vaginal constituyen un síndrome casi patognómico de la inversión puerperal aguda.

Sin embargo, y a pesar de todo, cuando no existen fenómenos generales, la inversión intrauterina o intra-vaginal puede dar nacimiento a múltiples errores.

Si la placenta permanece adherida al útero invertido, podemos creer que es únicamente el tumor placentario descendido a la vagina y que bastaría, por lo tanto, tomarlo con la mano para sacarlo afuera. Si el alumbramiento ha terminado, la presencia de un tumor en la vagina nos lleva a pensar en un coágulo voluminoso, en un segundo huevo, en un placenta doble, en un fibroma, en un trombus o en un quiste de la vagina.

Este error ha tenido por consecuencia operaciones desastrosas, tales como el arrancamiento del útero, la ligadura del tumor o la sección de su pedículo. Denucé, citado por Bar, ha reunido más de cuarenta casos semejantes.

En estas circunstancias, cuando la inversión es intra-

vaginal dos elementos pueden ayudarnos para fundar con exactitud el diagnóstico: la ausencia del útero en la cavidad abdominal constatada por la palpación y las conexiones del tumor vaginal con el cuello uterino.

Cuando el tumor, por el contrario es exterior, el útero invertido podría ser confundido con un *útero prolado*. Reconoceremos el segundo por el orificio del cuello anchamente abierto, de bordes tumefactos y ocupando el vértice del tumor; por los pliegues transversales de la vagina invertida y la desaparición de los fondos de saco vaginales.

Recientemente Rudaux, aconseja un nuevo signo de diagnóstico para la inversión puerperal aguda con tumor extra-vulvar: “bajo la influencia de un chorro de agua caliente la masa uterina se contrae; el útero es el único tumor de esta región que goza de tal propiedad”.

Con las intervenciones crónicas se pueden cometer principalmente dos errores; podemos creer en una inversión cuando solamente se trata de un pólipo fibroso, caso que en la práctica no tiene mayores importancias, o creer, por el contrario, en un pólipo cuando se trata de una inversión, error infinitamente más grave y lleno de peligros.

Existen sin embargo algunos signos que, bien investigados, permiten diferenciar la inversión de un pólipo fibroso.

Gosselin, Tillaux y Gueniot han invocado la sensi-

bilidad particular de la mucosa uterina, como un signo propio de la inversión, mientras que la superficie del fibroma sería, por el contrario, insensible. Constataciones ulteriores y notablemente aquellas de Polai-lón y de Legueu han puesto en duda el valor de este signo. Más aún, nosotros sabemos que al estado normal la mucosa uterina es insensible o muy poco sensible. (Berger y Ribemont).

La consistencia más blanda y el color más pronun-ciado del útero invertido, contra la consistencia más dura y el color más claro del fibroma, es un signo dudo-so, ya que un útero invertido, crónicamente inflamado, puede tornarse muy duro, mientras que un pólipo fi-broso edematizado puede adquirir una consistencia muy blanda.

La existencia de los orificios de las trompas sería un elemento de gran valor, si fuera fácil encontrarlos; pe-ro desgraciadamente es a menudo imposible descubrir-los aún teniendo las piezas en la mano.

Por lo tanto, los únicos medios que permitirán diag-nosticar y diferenciar la inversión uterina de un póli-po fibroso son:

Para la inversión:

1.º) La palpación abdominal mostrando la ausencia del útero de su lugar normal.

2.º) El tacto rectal combinado con el cateterismo vesical que, poniéndose en contacto dedo y sonda, con-firman dicha ausencia.

3.º) La histerometría que permite apreciar el fondo de saco circular, cerrado a igual altura, por arriba del orificio externo del cuello por el rodete de la invaginación.

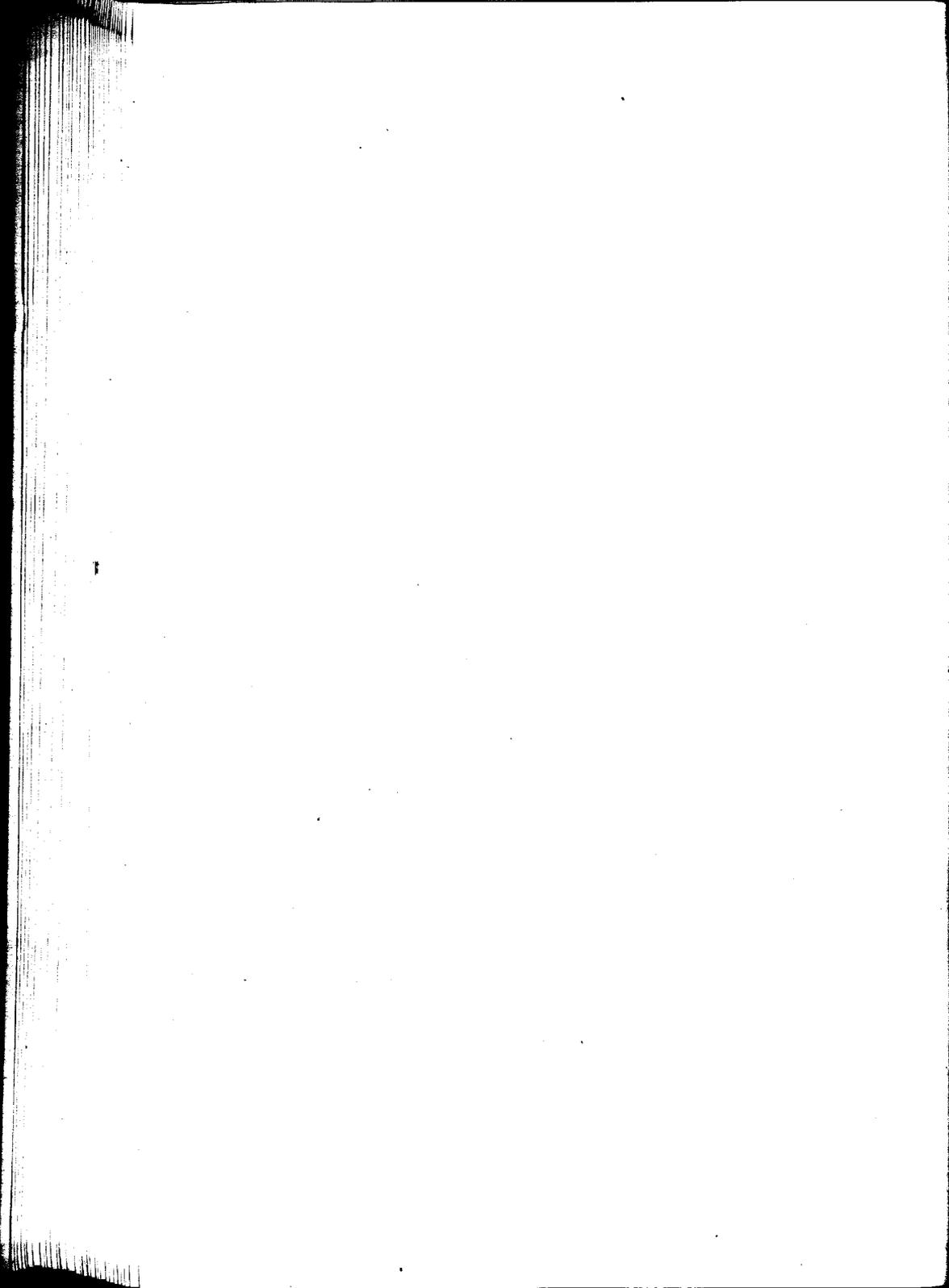
Para el fibroma:

1.º) La palpación abdominal que encuentra el fondo del útero en su sitio.

2.º) El tacto rectal que lo encuentra más fácilmente, pues a causa del tumor se halla aumentado de volumen.

3.º) La histerometría que hundiendo el instrumento en el cuerpo uterino a cierta profundidad, permite circunscribir el lugar de implantación del tumor.

El diagnóstico es más difícil aún, cuando la inversión siendo la consecuencia de la evolución de un pólipo uterino, coexisten ambos a la vez. A pesar de encontrarse en ocasiones un surco que separa más o menos la porción correspondiente al tumor de la correspondiente a la inversión, el diagnóstico es imposible a hacer antes de intervenirla. Lo más a menudo es durante la operación, conducida con método y cautela, que se reconoce la complicación.



CAPITULO IV

Evolución y Pronóstico

Evolución. — En algunos casos excepcionelas, la inversión aguda se reduce espontáneamente en los días que siguen a sus producción, correspondiendo esta vuelta del órgano a su estado normal con el fin del período involutivo.

En otros casos, esta reducción espontánea tiene lugar después de meses y aún de años: Delabarre ha observado un caso a los seis meses y Baudelocque a los siete años. Denucé y Rudeaux la explican por la contracción y la retracción de las fibras musculares que partiendo de los ligamentos útero-sacros, anchos y redondos, se continúan con las fibras musculares de la matriz.

Sin embargo, lo más corriente es que esta reducción no se produzca y la inversión llegada a cierto grado, permanezca estacionaria, trayendo consigo cierto nú-

mero de accidentes, que no dejan de poner en peligro la vida de la enferma.

1.º — *La muerte rápida* resultado del choc y la hemorragia puede producirse en las primeras horas de la inversión, cuando la enferma no ha tenido tiempo de recibir socorros inmediatos.

2.º — *La gangrena del tumor uterino* por detención circulatoria a nivel de su pedículo. Difícilmente el útero esclafado se desprende por un surco de eliminación trayendo la curación espantánea, sino que por el contrario se infecta y la mujer sucumbe de una septicemia o de una peritonitis.

3.º — *La infección del tumor* puede producirse sin gangrena previa. La mucosa del útero expuesta al aire exterior se tumefacta, toma una consistencia pastosa y un aspecto grisáceo y supura, siendo punto de partida de hemorragias secundarias y de accidentes sépticos, más o menos crónicos, que anemian y caquectizan a la enferma llevándosela en pocas semanas.

4.º — *La atrofia del tumor* es un modo raro de terminación; a la congestión sucede una faz de retracción progresiva con esclerosis: en estas condiciones el útero presenta un aspecto que lo hace comparar con un pólipo fibroso.

5.º — Algunas veces se agrega a la evolución de la inversión crónica una oclusión intestinal, debido a la extrangulación del intestino encarcelado en el fondo del útero deprimido.

Pronóstico. — La rareza de la reducción espontánea con la que no se puede contar y la multiplicidad e importancia de los accidentes que suelen acecer durante el curso de su evolución, hacen de la inversión uterina un pronóstico muy grave y en ocasiones, rápidamente grave.

Croscé ha demostrado que en las inversiones abandonadas a sí mismas, la muerte sobreviene en las primeras horas para los dos tercios de los casos.

El pronóstico depende sobre todo de la *precocidad del diagnóstico* y de la *rapidez de la intervención*.

A pesar de que en algunas ocasiones la reducción inmediata no basta a detener la muerte, porque suele reproducirse, presentando mayores dificultades a una nueva reducción, cuando la inversión uterina ha sido tratada a tiempo, el útero recobra su funcionamiento normal.

Aun las lesiones de endometritis y metritis constatadas muchas veces en la inversión crónica no son suficientes para comprometer el retorno de las reglas y la posibilidad de un embarazo consecutivo.

A nuestro favor y a favor de las operaciones conservadoras que describiremos en el capítulo siguiente, es conveniente mencionar a renglón aparte, la historia de la enferma de nuestra Observación 1: una mujer con inversión crónica de tres años, consecutiva a un parto de pie, operada mediante una colpo-histerotomía posterior según el método de Duret, que volvió

después, al año siguiente, a la misma sala con síntomas de un aborto provocado de tres meses.

Igualmente podemos citar el siguiente caso del doctor José M. Caballero que se refiere a una inversión uterina crónica operada y seguida de un parto a término y que extractamos de las actas de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (Diciembre de 1912).

El doctor Caballero refiere el caso de una mujer con una inversión uterina que databa de tres meses y producida durante el alumbramiento por maniobras intempestivas de la partera.

“Ingresa al Hospital Rivadavia en estado de anemia muy marcada. Allí recién se le hizo el diagnóstico (doctor Caballero) y se le propuso una operación quirúrgica, que, aceptada, fué practicada por el método de Spinelli-Oui (histerotomía anterior). Salió de alta al mes de su operación, en buenas condiciones.

Hace cuarenta días que el doctor Talles comunicó al doctor Caballero que su operada, después de tres años de la intervención, había tenido un parto normal a término, con cinco horas y veinte minutos de trabajo y dando a luz sin incidente alguno, una niña de 3.200 gramos de peso. El puerperio fué normal.

El doctor Caballero dice que no ha podido encontrar casos publicados que se referan a partos, después de operaciones por inversión uterina a pesar de buscar en muchos archivos clínicos.”

Tratamientos

El tratamiento de la inversión uterina se puede dividir en dos grandes categorías: tratamiento de la inversión reciente o antigua de origen puerperal y tratamiento de la inversión debida a la evolución de tumores.

Tratamiento de la inversión puerperal. — Tratamiento profiláctico.

Habiendo visto a través de etiología, que a menudo la inversión uterina es el resultado de maniobras intempestivas y mal hechas de extracción o de tironeamientos del cordón para apurar el alumbramiento, el tratamiento profiláctico reside, esencialmente, en la observación sistemática de las prácticas del parto y en saber esperar el desprendimiento espontáneo de la placenta.

Tratamiento curativo. — El tratamiento curativo se

resume en estas dos indicaciones: combatir el estado de choc y detener la hemorragia y procurar siempre la reducción inmediata.

La primera se consigue poniendo la enferma con la cabeza baja, evitando los desplazamientos y comprimiendo la aorta, sea manualmente, sea por la aplicación de un tubo elástico y circular fuertemente apretado por debajo de las falsas costillas, según el método de Momburg.

La segunda se llena mediante métodos y procedimientos apropiados.

Toda inversión uterina reciente diagnosticada, debe ser reducida lo más pronto posible, porque ella es tanto más fácil cuanto más cerca del principio de la inversión se lleva a cabo; la inercia uterina facilita entonces grandemente las maniobras.

Hunt sobre 67 casos ha notado 32 fracasos, y todos ellos, sobrevenidos en enfermas donde la intervención fué practicada después de las veinticuatro horas de aparecido el accidente.

Las inversiones intra-uterinas de primer grado, puede decirse que tienen un tratamiento especial. Las depresiones ligeras se reducen espontáneamente desde que las contracciones se despiertan. Cuando, por el contrario, la depresión es muy acentuada, se introduce directamente la mano en el útero y se practica el alumbramiento artificial si aún no se había hecho. Reducido el principio de inversión, no se retira la mano sino

cuando el útero ya se ha contraído. Se termina la operación con un lavaje intra-uterino de agua iodada a 48 grados y si es necesario por un taponamiento aséptico de la cavidad uterina.

Para las inversiones de segundo y tercer grado se pueden utilizar varios procedimientos, según las circunstancias y la antigüedad del accidente.

Nosotros vamos a exponerlos, para mayor claridad, desde los más simples, los que hay que tentar en primer lugar, hasta los más complejos que no se practican sino cuando los primeros han fracasado o están contraindicados. Siguiendo este orden, son, la reducción manual, la reducción instrumental y la reducción cruenta u operatoria.

Reducción manual

La reducción manual, da en general, buenos resultados, en la inversión puerperal aguda y reciente.

La enferma puesta en posición de Trendelenburg y los preparativos de asepsia, habiendo sido tomados, se presentan al operador dos cuestiones a resolver:

1.º — Es necesario anestesiar a la enferma? La anestesia tiene sus ventajas e inconvenientes; ella facilita las maniobras y suprime el dolor que en ocasiones es muy vivo; pero practicada en una enferma anemiada y en estado de choc, puede exagerar su depresión nerviosa.

Si la mujer no se encuentra en un estado muy grave

y si la inversión, datando de varias horas, nos hace prever dificultades de reducción, es mejor recurrir a la anestesia general y preferentemente al éter (Fochier).

2.º — Es necesario antes de hacer la reducción desprender la placenta si aún está adherida? Cuando ella está en parte desprendida casi todos los parteros están de acuerdo en completar el desprendimiento (Obshausen, Bunge, Ahlfeld); pero cuando la adherencia es total la opinión ya se divide.

Unos (Jacquemier, Tarnier, Duncan, Fritsch, Zweifel) prefieren reducirla sin sacar previamente la placenta, porque el desprendimiento — dicen — aumenta la hemorragia y su presencia protege al útero contra la presión necesaria para las maniobras de reducción.

Los otros (Puzos, Kaltembach, Kehrer, Oui) aconsejan siempre desprenderla, porque, aunque sea poco el obstáculo que aporta a la reducción, toda causa de dificultad debe ser suprimida.

Haciéndolo así, siguiendo la conducta de Bar, Forge; etc., se disminuye la masa invertida, se torna la operación más fácil y se está seguro de haber hecho un desprendimiento completo.

Resueltas estas dos cuestiones, podemos tentar la reducción manual o taxis, mediante cualquiera de estos tres procedimientos: central, periférico o lateral.

Taxis central o procedimiento de Viardel. — La taxis central es el método de elección cuando la inversión

acaba de producirse, y consiste en reducir el útero por el centro del tumor.

Primeramente es necesario fijar el anillo de contracción para evitar el rechazamiento en masa del útero y del cuello. Para esto — pasando por alto algunas formas, como tomar uno de los labios del cuello por una pinza o atravesarlo con un hilo que lo desgarrarían al menor esfuerzo, o la fijación del borde posterior del embudo de invaginación, mediante un dedo introducido en el recto que traumatizaría el intestino — se desliza la mano izquierda sobre el borde superior de la sínfisis y se hunde hasta encontrar el borde anterior del infundibulum y fijarlo a través de la pared abdominal.

Después se introduce la mano derecha en la vagina y con la extremidad de los dedos, dispuestos en cono, se deprime el vértice del tumor y se rechaza progresivamente el fondo uterino a través del cuello; aprovechando un momento de relajación.

Desde que el fondo del útero ha franqueado la región cervical y terminado con el obstáculo más importante, a veces, como empujado por un resorte — dice Forgue — se reduce bruscamente.

La mano debe seguir el rechazamiento a lo largo del eje de la pelvis para evitar el promontorio, hasta asegurarse que la reducción está completamente hecha.

El rechazamiento central tiene el inconveniente de hacer pasar por el anillo un espesor cuádruple de pa-

red uterina, exigiendo por lo tanto, una laxitud extrema de éste. De ahí que sólo se emplee en la inversión reciente.

Taxis periférica (Astruc, Pajot y Tarnier). — La taxis periférica se ensaya cuando la inversión es un poco antigua y el útero ha adquirido cierta rigidez: consiste en reducir primero las partes que han salido últimas, mediante maniobras semejantes a aquellas que se emplean para la reducción de las hernias.

Se toma con los dedos el pedículo del tumor en la vecindad del anillo y se rechaza esa parte, luego se vuelve a tomar más abajo y se repite la misma maniobra hasta la reducción completa.

Taxis lateral (Delearde, Denucé y Cooseman). — En este procedimiento el rechazamiento se hace por un punto de la periferia. Los cuatro últimos dedos de la mano se aplican sobre una de las paredes laterales del útero invertido a nivel del pedículo; el pulgar en oposición se coloca en un punto diametralmente opuesto y rechaza hacia arriba la parte sobre la cual se apoya, por un movimiento análogo a aquel que la mano ejecuta para hacer deslizar una sobre otra dos hojas de papel. Una serie de movimientos sucesivos, mientras la serosa peritoneal favorece el deslizamiento, termina la reducción.

Bar modifica este procedimiento obrando, no sobre las partes laterales, sino sobre las anteriores.

Una vez conseguida la reducción por cualquiera de

estos métodos, es necesario pensar en la reproducción frecuente para evitarla; se dejará la mano hasta que aparezca una contracción y si persistiera la inercia, se la combatirá por los masajes abdominales, inyecciones de ergotina o sustituyendo la mano por un taponamiento aséptico intra-uterino y vaginal.

Reducción instrumental

Cuando se interviene después de fracasar la reducción manual o cuando ya han pasado más de 24 horas del principio de la inversión, la reducción instrumental y entre ésta la reducción larga por los balones y el taponamiento vaginal pueden prestarnos sus servicios.

Para este fin se emplean dos especies de instrumentos: los unos no son más que intermediarios entre la mano y el útero, y los otros son cuerpos extraños que introducidos en la vagina, reducen el útero mediante una presión lenta y continua.

Se colocan entre el grupo de los primeros, los *repositores* como aquellos de Viardel, Duncan, Barnes y Aveling; éstos son pesarios munidos de un delgado tallo en forma de cúpula que hace presión sobre el útero durante varias horas y que se fija mediante bandas elásticas a una cintura abdominal. El repositor de Aveling es el mejor y posee una doble curvatura, pelviana y perineal.

Entre los segundos figuran los balones intra-vagina-

les ya sean a agua o a aire; ambos están basados en la presión elástica y prolongada que ejercen sobre el útero.

El pesario de Gariel, a aire, ha sido usado y recomendado por Tilor-Smith, Veale, West y Courty; se introduce vacío y se infla después lo mayormente posible. Su acción es muy compleja: la presión sobre el tumor provoca la disminución de su volumen, el contacto permanente sobre el cuello lo lleva al relajamiento, la excitación de la fibra uterina por la acción reductora del pesario, despierta la contracción que lo reduce ayudada por la presión ejercida de abajo a arriba por el balón.

Pinard y Mantel han usado el balón de Champetier de Ribes, a aire o a agua, con buenos resultados.

El colporynter de Braun recomendado por Schroeder y Hofmeier, que han obtenido por este medio reducciones de meses y años, es una especie de saco de caucho lleno de agua y que se puede hinchar progresivamente.

Pozzi emplea y recomienda el taponamiento vaginal con gasa aséptica o débilmente yodoformada renovada cada dos o tres días. La enferma debe estar en posición horizontal durante toda la duración del tratamiento asegurándole el funcionamiento normal del recto con enemas y el de la vejiga por el cateterismo.

La reducción instrumental presenta varios inconvenientes. Los aparatos, entre los cuales el de Aveling es

el mejor, son muy peligrosos, porque ellos ejercen una presión desventajosa sobre una superficie limitada del útero, a nivel de la cual puede producirse una lesión de esfacelo que, infectada, trae una peritonitis.

Lo mismo, los balones de presión continua, entre los cuales figura como más práctico el de Champetier de Ribes, son de una lentitud extrema (un mes o más) y además de ser muy dolorosos y obstaculizar el funcionamiento del recto y de la vejiga, no siempre dan buenos resultados.

Por todas estas incomodidades, la reducción instrumental ha sido hoy día abandonada por los métodos sangrientos, más rápidos y eficaces.

Reducción operatoria

Cuando todos los métodos de reducción manual o instrumental — difícilmente empleada — no han sido capaces de reducir una inversión, ésta es llamada irreductible.

Esta irreductibilidad, fundada en el fracaso de las tentativas de reducciones simples y no en la antigüedad de la lesión, es la que nos lleva a practicar la reducción operatoria, ya conservadora o ya mutiladora.

En nuestras manos tenemos tres procedimientos que podemos utilizar para salir del paso: las incisiones cervicales, la colpo-histerotomía y la histerectomía.

Incisiones cervicales libertadoras. — Antes de ser propuestas las incisiones libertadoras del cuello por

Barnes, Marion Sims y Courty; Emmet en 1880 y aun el mismo Courty en 1881, recomendaban dilatar el cuello con la extremidad de los dedos, el primero por vía vaginal y el segundo por vía rectal.

Hoy día no se practican sino las incisiones cervicales. Para esto se hacen, mediante una tijera, dos incisiones laterales desde el orificio externo del cuello hasta el rodete de invaginación, seccionando en totalidad la porción subvaginal del cuello. Suprimido de este modo el anillo de estrangulación, se toman con dos pinzas de Museux, los bordes de las incisiones cervicales para mantenerlas inmóviles y no para descender el útero y se trata de reducir, manualmente, la inversión. Conséguida ésta se suturan ambas incisiones con catgut.

Este método permite la reducción cuando las inversiones no son muy antiguas y cuando el útero no se encuentra fijado o lo está débilmente, en posición viciosa, por medio de adherencias. Cuando éstas son fuertes y abundantes la irreductibilidad es más tenaz y no queda otro remedio que la histerotomía.

Histerotomía. — La histerotomía puede efectuarse por vía abdominal o por vía vaginal.

Histerotomía abdominal. — La histerotomía por vía abdominal fué propuesta en 1872 por Gaillard-Thomas. Previa laparotomía dilatada el anillo cervical mediante un instrumento para dedo de guante con el fin de poder reducir más fácilmente por vía vaginal el útero invertido. De las dos enfermas operadas, una

sufrió una perforación de vagina con abundante hemorragia, curando días después y la otra murió de una peritonitis.

Más tarde Everke en 1889 siguiendo a Gaillard-Thomas, hace una laparotomía, y después de practicar dos incisiones, una anterior y otra posterior, sobre el cuello de la invaginación, rechaza el útero por la vagina y para mantener la reducción cierra las dos heridas cervicales y fija el fondo del útero a la pared abdominal.

Recientemente Haultain en 1908 ha perfeccionado la técnica de la histerotomía abdominal. Después de una laparotomía mediana sub-umbilical, dilata con una pinza la hendidura transversal que indica el lugar del útero invertido, de manera a poder destruir las adherencias posibles y tomar los ligamentos redondos. Entonces un ayudante introduce su dedo en la vagina y rechaza el fondo del útero hacia el abdomen.

Al cabo de cierto tiempo, cuando el útero ha tomado la forma de un rodete circular con una depresión central, hace una incisión que interesando toda la pared uterina divide el borde posterior del rodete. Por esta abertura introduce el dedo índice y va a tomar el fondo del útero para completar la reducción.

Haultain ha practicado tres veces esta operación y dos de sus enfermas se han embarazado posteriormente y su embarazo ha sido normal.

Histerotomía vaginal. — La histerotomía vaginal es

la que da mejores resultados y la que permite reducir casi todas las inversiones crónicas.

Se han descrito numerosos procedimientos; pero todos ellos giran alrededor de dos: colpo-histerotomía posterior u operación de Küstner y Duret y colpo-histerotomía anterior u operación de Kehrer.

Operación de Küstner y Duret (colpo-histerotomía posterior).

En 1893 Kustner ideó y propuso su procedimiento. A la incisión del fondo de saco posterior Piccoli, en 1894, agregó la incisión del útero sobre su cara posterior en toda su extensión.

Modificada así por Piccoli la colpo-histerotomía posterior no fué ejecutada sobre el vivo, sino 2 años después en 1896 por Morisani y en 1897 por Sava. Ignorando la tentativa de los célebres cirujanos italianos, Westermarck, practicaba la misma operación y al mismo tiempo en Estocolmo.

En 1898, Duret en Francia, hacía también una colpo-histerotomía exactamente calcada sobre las precedentes.

La colpo-histerotomía posterior, así modificada es en la hora actual el procedimiento de elección; la describiremos por lo tanto en sus detalles siguiendo a Fresson en su tesis de 1902.

Antes de iniciar la operación se limpia el fondo de la vagina y del útero; muchas veces es necesario cure-

tear la superficie uterina exuberante y cubierta de fungosidades.

Primer tiempo. — Se toma el fondo del útero por sus dos cuernos laterales con dos pinzas de Museux y se levanta hacia arriba, de modo que su cara posterior, bien visible, mire adelante; se practica una incisión transversal en el fondo de saco posterior de la vagina lo más cerca posible de la inserción vaginal del cuello y se abre el peritoneo. Un dedo introducido por esta abertura explora el infundibulum uterino, destruye las adherencias si las hay y rechaza hacia la cavidad abdominal los anexos y las ansas intestinales que pudieran estar encajadas.

Segundo tiempo. — En este segundo tiempo se hace la hysterotomía propiamente dicha. Se secciona sobre la línea media el labio posterior del cuello y se prolonga la incisión sobre toda la altura de la pared posterior hasta a nivel del fondo; de este modo el infundibulum se abre completamente en la vagina.

Tercer tiempo. — El comporta la reinversión del útero. Se la practica colocando los pulgares sobre la cara anterior que rechazan hacia atrás a través del infundibulum abierto, mientras que los otros dedos toman y llevan hacia adelante los labios de la incisión longitudinal posterior. Reinvertido el útero, se suturan los dos labios mediante puntos de catgutt. El órgano se encuentra así reconstituído; superficie mucosa hacia adentro y superficie serosa hacia afuera; pero él pen-

de en la vagina con el fondo hacia abajo, la cara posterior adelante y la cara anterior para atrás: “en la posición que ocupa en la histerotomía vaginal, cuando después de la incisión del saco posterior, se saca el fondo por esta abertura y se bascula hacia abajo y adelante”.

Cuarto tiempo. — No queda más que colocar el útero en la cavidad pelviana llevando su fondo de adelante a atrás para hacerlo pasar por la brecha del saco posterior. El útero está ahora en su posición normal, la cara anterior hacia adelante, la cara posterior con su sutura media hacia atrás, cuello abajo y fondo arriba.

Se coloca un drenaje en el fondo de Douglas y se disminuye mediante algunos puntos la herida de la colpomatía posterior.

Operación de Kehrer (colpo-histerotomía anterior). — Esta operación fué imaginada por Kehrer en 1898, con el fin de evitar un accidente consecutivo a la histerotomía posterior, la retrodesviación rápidamente adherente del útero reducido.

Fué perfeccionada por Spinelli y recomendada en Francia por Oui en el Congreso Ginecológico de Nantes en 1901, presentando nueve casos operados con un solo fracaso.

Comprende como la anterior los mismos tiempos:

1.º — Descenso del útero, colpomatía anterior y exploración del infundibulum.

2.º — Histerotomía anterior desde el cuello hasta el fondo uterino.

3.º — Reinversión del útero y sutura de los labios de la incisión.

4.º — Introducción del útero a la cavidad pelviana.

Habiendo ya descrito la histerotomía por vía alta y por vía baja, justo es que hagamos algunos comentarios para, que, frente a un caso de inversión crónica en la cual necesitemos practicar esta operación, sepamos decidirnos sin titubeo alguno.

Vía abdominal. — La histerotomía abdominal recomendada por Gaillard-Thomas y Everke es muy trabajosa y llena de peligros. Se llega raramente a la reducción y en caso de fallar ésta no deja más que una salida: la histerectomía.

Oui ha reunido trece casos de los cuales se han obtenido nueve reducciones y todas sumamente trabajosas.

Recientemente A: Couvelaire en los *Annales de Gynécologie et d'Obstetrique* de Pinard de 1911, relata un caso de inversión uterina puerperal, de 78 días, operada por vía abdominal.

Como ella es la última tentativa que figura en las estadísticas y archivos, y como fué practicada después de fracasar la reducción instrumental con el balón de Champetier de Ribes, la extractaremos a renglón si-

guiente para que nos diga la *postrer* palabra sobre la vía abdominal.

Mujer de 23 años—el 17 de Septiembre de 1910 tuvo un niño vivo de tamaño normal que venía de vértice, extraído por una aplicación de forceps al principio del período expulsivo, cinco horas después de comenzar la dilatación que duró 48 horas. Ligadura del cordón; alumbramiento.

El diagnóstico cierto fué hecho después de expulsada la placenta. Se notó un tumor vaginal que se redujo inmediatamente taponándose tan solo la vagina. A la mañana siguiente la inversión se reprodujo nuevamente.~

El puerperio fué sin accidente alguno; a los dos meses la enferma entra a la clínica de Baudelocque.

Estado general bueno; cien pulsaciones por minuto; temperatura 36,8 grados.

Sobre el consejo de M. Pinard se tienta la reducción por la aplicación del balón de Champetier de Ribes. Del 24 al 28 de Noviembre se colocan 4 balones con 350 gramos de agua teniéndolos de 24 a 48 horas.

Como el útero pareció mejorar se colocaron otros 4 balones del 28 de Noviembre al 1.º de Diciembre. Al final, ante la vista del resultado completamente nulo, M. Pinard aconseja la intervención.

Entonces Couvelaire, pensando que la incisión saji-tal de la histerotomía no era más que un mal hacer y que la cicatrización de esta histerotomía creaba un

riesgo para la evolución de las gestaciones ulteriores, a la manera de Gaillard-Thomas, Cosentino, Mac Intosh, Skene y Cushing tentó la reducción por vía abdominal.

“5 de Diciembre. — Laparotomía sub-umbilical; posición declive. La entrada al infundibulum aparece al centro de la pelvis; los ovarios y los pabellones tubarios se encuentran libres; una parte de las trompas, de los ligamentos redondos y útero-ováricos penetran en el infundibulum. Nada de edema, de congestión vascular ni de adherencias.

El dedo penetra en el infundibulum fácilmente, al retirarlo, el anillo se conserva igual. Dilatación progresiva con las bujías de Hegar sin dificultad: el anillo es extensible, pero ni bien se retiran las bujías se cierra nuevamente.

Varias tentativas de rechazamiento por vía vaginal mientras se inmoviliza el orificio del infundibulum, se practican sin resultado alguno.

Me decido a hacer una sección del anillo sobre la línea media posterior, se abre la vaginá y se continúa la incisión sajital del útero hasta la mitad de la cara posterior (incisión económica de Everke).

Se hace una nueva tentativa de reducción y ella se consigue; pero la incisión uterina se desgarrá sobre el fondo.

En estas condiciones no se cree prudente conservar el útero reducido y se practica la ablación total.

Drenaje, sutura de la pared en tres tiempos. Curas operatorias simples. La enferma deja la clínica el 28 de Diciembre, en buen estado.”

Yo he podido verificar — dice Convelaire — la fuerza de contracción del anillo, del extrangulamiento y de la dificultad de mantenerlo abierto.

Me he podido convencer igualmente que las incisiones económicas son insuficientes y que la reducción sin desgarradura, requiere una incisión remontando hasta el fondo uterino.”

Vía vaginal. — La vía vaginal es la única indicada y es la que se practica grandemente. No se pierde el tiempo en hacer debridamientos tímidos sobre el cuello, sino que se incinde éste y la pared uterina, de una vez, sobre toda su altura. Se hace en una palabra, sea adelante, sea atrás, sobre vagina y útero, una colpo-histerotomía.

Entre estas dos operaciones, la histerotomía anterior y la posterior, si bien es cierto que la primera tiene la ventaja de facilitar las maniobras, aproximándolas al ojo del operador y de colocar el útero en ante-flexión, poseyendo el grave inconveniente de poder herir la vejiga y de dejar adherencias vesicales que trastornan la micción, debemos siempre inclinarnos a esta última: es más simple, en casos complicados da un acceso más directo y no es tan fácil herir el recto colocado por detrás.

El inconveniente que le achacan ciertos cirujanos a la colpo-histerotomía posterior es dejar, en ocasiones, el útero en retroflexión y de coartar los embarazos ulteriores.

Sin embargo y a pesar de todo, nosotros estamos por la colpo-histerotomía posterior que, sin exponernos a dificultades y riesgos de herir la vejiga nos ha dejado la matriz en anteflexión, según consta y se desprende de las Observaciones 11 y 111: dos enfermas operadas de inversión crónica por la colpo-histerotomía posterior según el método de Küstner y Duret y que salieron de alta llevando su útero en anteflexión.

Histerectomía. — En algunos casos, cuando la inversión se torna prácticamente irreductible y la histerotomía se muestra insuficiente y cuando el útero invertido, encontrándose grandemente infectado con lesiones de esfacelo, cuya conservación resultaría mala en vez de buena, no nos queda más que un último recurso: la histerectomía y siempre la histerectomía vaginal; mucho más fácil y con menos riesgo de infección peritoneal que la vía alta o abdominal practicada en 1912 por Chaput.

La histerectomía vaginal fué practicada en 1891 por Baldy; años más tarde en 1894 en Francia por Legueu y Duret de Lille.

La técnica de la histerectomía vaginal para la inversión uterina es muy sencilla, teniendo las dos precau-

ciones siguientes: resguardar la vejiga y ver cuál es su relación con el cuello invertido y verificar el contenido del infundibulum uterino a fin de no exponernos a herir alguna ansa prolabada.

Según los casos podemos efectuar la histerectomía total a subtotal. La primera comprende los tiempos siguiente: incisión circular de la vagina, exploración del infundibulum uterino, la toma de los ligamentos anchos y pedículos y la ablación total del útero.

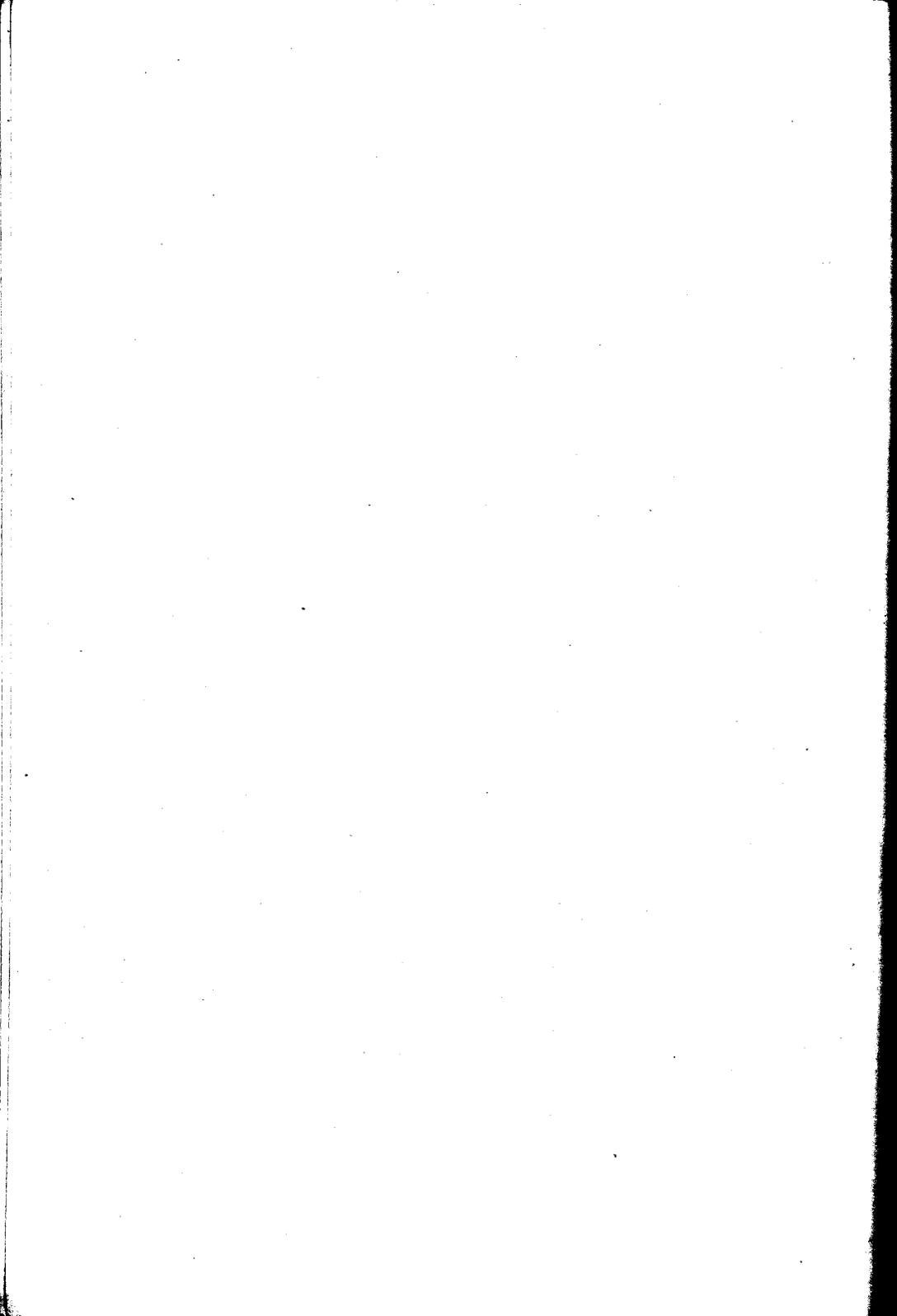
La segunda es llamada por Pinard histerectomía extravaginal. Se hace una incisión de cuatro a cinco centímetros sobre la pared anterior del útero invertido; a través de esta abertura se introduce un dedo que explora el infundibulum y se asegura de su vacuidad; luego a bisturí se practica otra incisión circular en la unión del cuello y del istmo del útero, y después de sacar el cuerpo, se cierra la herida mediante un surget de catgut.

Tratamiento de la inversión debida a tumores. — En los casos de inversión crónica debida a tumores ya sea a un fibroma o a un pólipo, el tratamiento se rige según la edad de la enferma y según el estado del útero.

Si la mujer es joven y aún no ha pasado la menopausia, pudiendo hacer la enucleación del tumor, la conservación de la matriz se impone. Eliminado el tumor, el cirujano tratará de reducir la inversión por uno de

los métodos ya descriptos, prefiriendo la colpo-histerotomía posterior.

No pudiendo seguirse esta conducta por mal estado del útero, se practicará la histerectomía vaginal.



CAPITULO VI

OBSERVACION I

María Segunda Virgo — 30 años, española, casada. Q. D. Ingresa al Hospital Rivadavia el 1.º de Agosto de 1906. Servicio del doctor Samuel Molina.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión en su infancia. Regló a los quince años, siendo éstas regulares, indoloras, abundantes y de una duración media de cuatro a cinco días. Contrajo matrimonio a los 26 años; a los dos meses de casada se embarazó, llevando su embarazo hasta llegar a término, un curso completamente normal. El parto fué muy largo, espontáneo; la expulsión se efectuó estando la mujer de pie; alumbramiento inmediato.

Al tercer día tuvo una abundante hemorragia por lo cual llamó a un médico, quien le practicó una ope-

ración por vía vaginal (la enferma no sabe expresar la clase de operación). A los diez días abandonó el lecho encontrándose enferma desde entonces.

Enfermedad actual. — Comenzó hace tres años al día siguiente de abandonar la cama. Aquella abundante metrorragia que tuvo la enferma tres días después del parto, se ha repetido diariamente sin interrumpirse hasta la fecha. Sus reglas han sido periódicamente normales; pero en vez de cuatro a cinco días le han durado de diez a once. Sus coitos son algunos dolorosos y otros no.

Estado actual. — Enferma en buen estado general; regular cantidad de panículo adiposo. Piel y mucosas pálidas; no se encuentran cicatrices ni manchas sospechosas.

Tórox. — Bien conformado; glándulas mamarias regularmente desarrolladas.

Aparato respiratorio. — Palpación, percusión y auscultación normales.

Aparato circulatorio. — Corazón: la punta late en el cuarto espacio intercostal izquierdo por dentro de la línea mamilar. Tonos normales. Pulso: regular, igual, tenso, 102 pulsaciones por minuto.

Abdomen. — Flácido; no es doloroso a la palpación profunda.

Hígado. — En sus límites normales.

Bazo. — No se palpa.

Riñones. — No se palpan.

Aparato genital. — Vulva entreabierta sin cicatrices de desgarraduras. Periné sano y resistente. La cavidad vaginal está ocupada por un tumor periforme 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 y del tamaño de un útero de múltipara. Cuando se restrega da sangre en napa en regular cantidad.

El cuello del útero no se encuentra en su sitio; la superficie del tumor se continúa con la superficie vaginal; los fondos de saco se palpan libres. El fondo del útero tampoco se encuentra en su lugar; el tacto rectal combinado con el cateterismo vesical da la impresión del contacto del dedo en la extremidad del catéter sin interposición de útero.

Diagnóstico. — Inversión uterina crónica.

Tratamiento. — Quirúrgico. Operador doctor Eduardo A. Fox.

Se hace un raspado de la superficie del tumor con una gasa y se practica la operación de Duret. Se deja un tubo de drenaje en el orificio de la colpotomía que se retira al cuarto día.

A los quince días la enferma es dada de alta.

Al año siguiente vuelve a ingresar perdiendo sangre, por un aborto de tres meses. Al examen, se encuentra el cuello muy dilatado, permitiendo fácilmente el

paso del dedo a la cavidad uterina, donde se tocan unas masas que parecen coágulos o restos ovulares.

El cuerpo del útero está un poco más grande que lo normal, blanduzco, movable, en ligera retroversión. 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 II

María Luisa Ferrer—18 años argentina, casada. Q. D. Ingresa al Hospital Rivadavia el 31 de Marzo de 1918. Pabellón Cobo arriba, cama 75. Servicio del doctor Samuel Molina.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Difteria, sarampión, coqueluche y varicela en su infancia. Algunos años más tarde fué operada de las amígdalas. Regló a los trece años, regulares, abundantes, algo dolorosas, de cinco a seis días de duración. Se casó a los 16 años, embarazándose a los 17; su embarazo ha sido normal, habiendo tenido después de un parto laborioso, un hijo a término; puerperio apirético, normal.

Enfermedad actual. — A los veinte días después del parto, dice la enferma, haber hecho un esfuerzo, pasado el cual no sintió absolutamente nada. Seis días más tarde sentíase muy constipada y al hacer un es-

fuerzo para obrar le pareció que en el bajo vientre algo se le había desprendido y determinaba una abundante hemorragia vaginal, al mismo tiempo que aparecía fuera de la vulva un tumor del tamaño de una naranja. Llamó entonces a una partera quien le redujo el tumor; pero la enferma siguió perdiendo sangre.

Estado actual. — Enferma en buen estado de nutrición; escaso pániculo adiposo. Piel y conjuntivas algo pálidas; lengua ligeramente saburral. Desde su parto se siente inapetente y constipada.

Aparato respiratorio. — Corazón: área cardíaca en sus límites normales; la punta late en el cuarto espacio intercostal izquierdo por dentro de la línea mamilar. Tonos normales en todos sus focos.

Pulso: regular, igual, buena tensión, 80 pulsaciones por minuto.

Abdomen. — Flácido, depresible e indoloro a la palpación profunda.

Hígado. — En sus límites normales.

Bazo. — No se palpa.

Riñones. — No se palpan.

Examen ginecológico. — Vulva entreabierta sin cicatrices de desgarradura. Periné sano y resistente. En la vagina se nota la presencia de un tumor constituido por la inversión del cuerpo uterino (completa), de color rosado, con estrías de sangre en su superficie, poco doloroso y de consistencia blanduzca que sangra a la palpación. Sus límites se contornean perfectamen-

te; pero es algo difícil llegar al cuello uterino por la palpación digital. Los fondos de la vagina se encuentran libres; anexos palpables e indoloros.

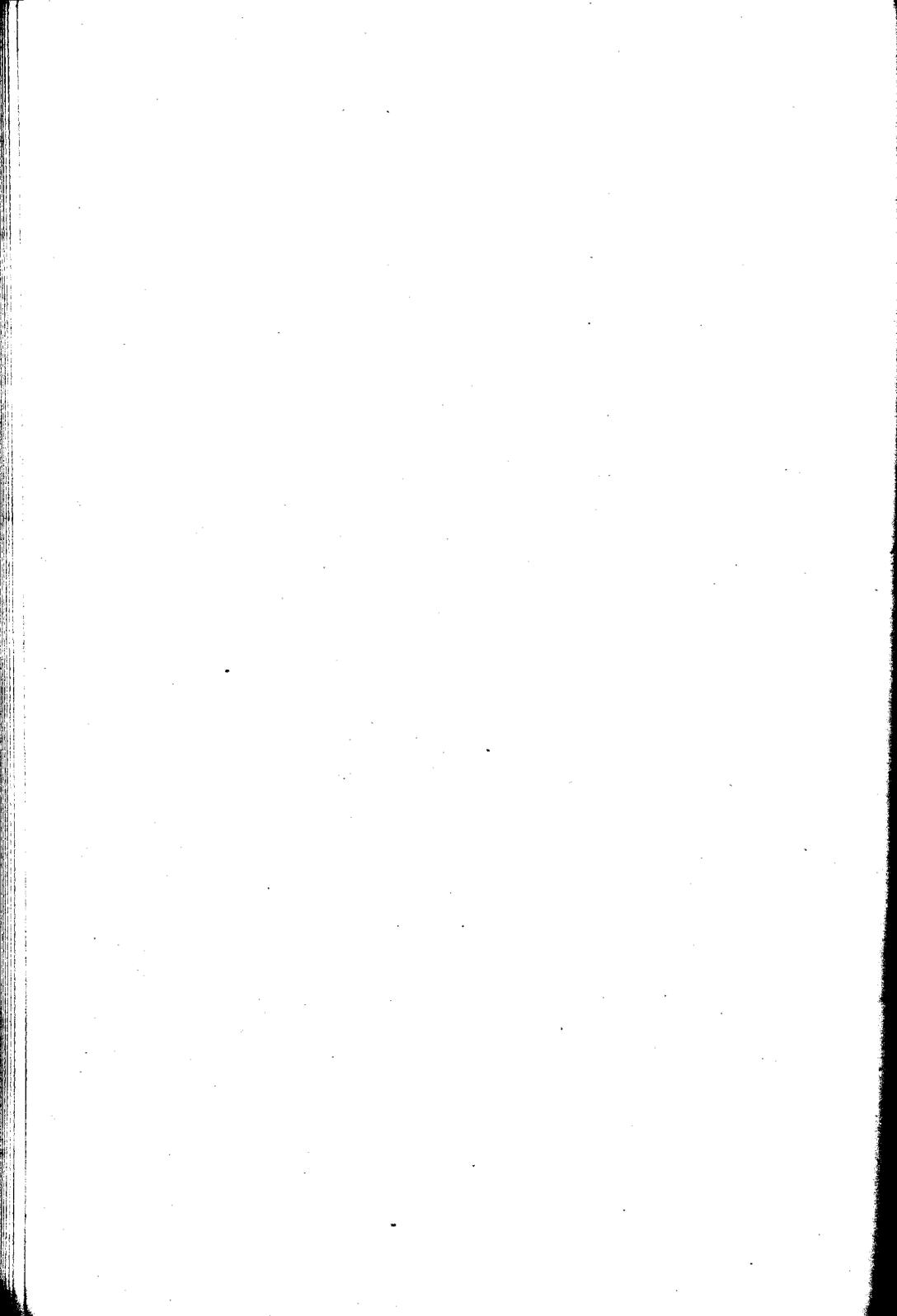
Diagnóstico. — Inversión uterina crónica (completa).

Tratamiento. — Quirúrgico. Operador doctor Eduardo A. Fox.

Anestesia general: cloroformo. Se practica previamente un raspado de la mucosa uterina y se efectúa una colpo-histerotomía posterior por el método típico de Duret. Los tiempos operatorios se llenan sin ningún tropiezo. Drenaje en el orificio de la colpotomía.

Marcha post-operatoria. — La enferma tiene 39 grados de temperatura el primer día, desciende a 38 y 37 grados en los dos días sucesivos para decaer completamente al tercero.

Sale de alta a los quince días con su útero pequeño y en anteflexión. El labio posterior del cuello queda con una pequeña abertura por falta de cicatrización de su parte inferior.



OBSERVACION III

T. Scarabell—25 años, argentina, casada. Q. D. General Urquiza. Ingresó al Hospital Rivadavia el 4 de Enero de 1912. Pabellón tercero arriba, cama 32. Servicio del doctor Eduardo Belausteguy.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión y varicela en su primer infancia. Regló por primera vez a los 13 años, siendo éstas abundantes, regulares, indoloras y de cinco días de duración. No ha tenido nunca períodos amenorreicos. Se casó a los 24 años, reglando perfectamente hasta su embarazo que ha sido normal, terminando con un parto distócico por inercia uterina que hizo necesaria una aplicación de forceps. No ha tenido abortos.

Es constipada habitual; no hay disuria.

Enfermedad actual. — Dice la enferma, haber sentido durante el parto algunos dolores en el hipogástrico

que los atribuye al forceps; pero no ha tenido pérdida de conocimiento. »

Durante su puerperio los lóquios se conservaron hemorrágicos y abundantes. No tuvo temperatura, abandonando la cama a los ocho días.

Cuando caminaba comenzó a sentir desde el primer día, un peso en el periné y algo que le molestaba dentro de su vagina, cosa que no le dió importancia hasta que viendo que sus hemorragias, aunque mucho menos abundantes no cesaban, se resolvió a ver a un médico (doctor Durini), quien la envió al Hospital para ser intervenida.

Estado actual. — Buen desarrollo óseo y muscular; escaso panículo adiposo. Piel blanca, sin cicatrices ni manchãs sospechosas; mucosas pálidas.

Tórax. — Bien conformado; sus glándulas mamarias con buen desarrollo, algo péndulas. Secreción láctea conservada.

Aparato respiratorio. — Palpación, percusión y auscultación normales.

Aparato circulatorio. — Corazón: área de matitez normal. La punta late a nivel del tercer espacio intercostal; tonos normales en todos sus focos.

Pulso. — Igual, regular, buena tensión, 82 pulsaciones por minuto.

Abdomen. — Algo flácido y depresible; indoloro a la palpación profunda.

Hígado. — En sus límites normales.

Bazo. — No se palpa.

Riñones. — No se palpan.

Examen ginecológico. — La vulva amplia, no presenta cicatriz de desgarradura y al entreabrir la sale de la vagina un hilo sanguíneo. Al tacto se encuentra la vagina ocupada por un tumor de consistencia algo dura, de forma piriforme, que se continúa directamente con los fondos de saco vaginales.

Buscado el cuerpo uterino, por la palpación bimanual, a nivel del hipogastrio, se nota su total ausencia; colocando en cambio una valva vaginal sobre la pared posterior, se ve que el tumor presenta la apariencia del cuerpo uterino, pudiéndose constatar los orificios de las trompas.

Diagnóstico. — Inversión uterina crónica completa.

Tratamiento. — Quirúrgico. Se procede a efectuar a la enferma inyecciones de suero fisiológico y lavajes de permanganato de potasio, haciendo penetrar la cántula a la entrada de la vagina. Purgante. Opio.

Enero 15. — Anestesia general: cloroformo, sueño normal. Operación: colpo-histerotomía posterior según el método de Duret. Los tiempos operatorios se llenan con facilidad a no ser la reducción intra-abdominal. Se deja un tubo de drenaje en el orificio de la colpotomía.

Marcha post-operatoria. — Durante los cinco primeros días, las oscilaciones térmicas llegan hasta 38,2 grados para ir descendiendo rápidamente. Se retira el

tubo a los ocho días y se drena con gasa hasta el undécimo, dejando luego cerrar la herida vaginal.

La enferma sale de alta a los veinte días perfectamente curada, con su útero en buena posición.

OBSERVACION IV

Catalina Scaparoni, 24 años, italiana, casada. Q. D. Ingresa al Hospital Rivadavia el 20 de Julio de 1909. Pabellón segundo arriba, cama 28. Servicio del doctor José M. Caballero.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión en su infancia. Regló a los 16 años, indoloras, de 3 a 4 días de duración, escasa cantidad, menstruando cada 35 o 40 días siendo soltera; el 29 de cada mes siendo casada. Desde que le apareció la primera menstruación ha tenido flujo, persistiendo éste aún hasta después de casada.

Se casó a los 21 años y ha tenido dos hijos. En su primer parto tuvo ruptura precoz de la bolsa de las aguas diez días antes y dolor 20 días antes del parto. El puerperio fué normal.

El segundo parto ocurrido hace tres meses, duró

quince horas; según la enferma la expulsión se hizo normalmente, no así el alumbramiento, pues viendo la partera que la placenta no salía, efectuó tironeamientos del cordón, encargándole al mismo tiempo a la enferma que hiciera fuerza, lo que ella consiguió mordiéndole una sábana.

Acto continuo la enferma sintió un dolor agudo en el hipogastrio que le hizo perder el conocimiento. Sobrevino una abundante hemorragia por lo cual se llamó a un médico que le practicó varias inyecciones.

Hubo retención de orina, necesitando el cateterismo, que fué muy doloroso.

A raíz de esto permaneció un mes en cama, perdiendo sangre en pequeña cantidad. Encontrándose un poco aliviada se levantó cuando aún persistían todavía sus dolores en las caderas y en el hipogastrio, su sensación de peso en toda la pelvis y sus metrorragias, no muy abundantes, pero casi continuas y que aumentaban cuando caminaba.

En el momento de la defecación notaba que su matriz descendía hasta la vulva, necesitando sostenerla. A la menstruación subsiguiente le sobrevino una menorragia abundante, por lo cual se decide a consultar un médico, quien le aconseja el ingreso al hospital.

Estado actual. — Enferma en regular estado de nutrición; a la inspección se nota una anemia avanzada de la piel y las mucosas.

Aparato respiratorio. — Palpación, percusión y auscultación normales.

Aparato circulatorio. — Corazón: área cardíaca con sus límites normales; la punta late en el tercer espacio intercostal izquierdo en la línea mamilar. Tonos normales en todos sus focos.

Pulso. — Igual, regular, buena tensión, 95 pulsaciones por minuto.

Abdomen. — Depresible, indoloro, timpánico en toda su extensión. A la palpación profunda se nota la ausencia del globo uterino.

Hígado. — En sus límites normales.

Bazo. — No se palpa.

Riñones. — No se palpan.

Examen ginecológico. — Vulva entreabierta, sana. Periné resistente. En la vagina se nota la presencia de un tumor constituido por el útero invertido totalmente; de superficie rugosa y de color rojizo; el cuerpo del útero es un poco más grande que lo normal. En el fondo se encuentra insertado por una amplia base de implantación un pólipo fibroso, duro, esférico y de seis centímetros de diámetro.

Diagnóstico. — Inversión uterina completa y pólipo fibroso.

Tratamiento. — Quirúrgico. Operador: doctor José M. Caballero.

Julio 26. — Después de desinfectar el tumor y la vagina, se empieza por extirpar el pólipo e inmediata-

mente se reduce la inversión por el método típico de Spinelli-Oui (colpo-histerotomía anterior). Se deja un drenaje con tubo y gasa en el orificio de la colpotomía.

Marcha post-operatoria. — Al tercer día se retira el drenaje, dejando una gasa solamente por unos días.

Agosto 26. — Al mes la enferma es dada de alta; el útero en buena posición, ligera anteflexión.

OBSERVACION V

N. N., 26 años, casada, Carmen de Areco. Caso del doctor Eduardo Márquez.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión, difteria, coqueluche y parotiditis. En 1896 fué operada de un quiste hidatídico del hígado. Ha tenido dos partos; el primero requirió una aplicación de forceps por cabeza grande, pues el período expulsivo se retardaba comprometiendo la vida del feto.

El día 4 de Febrero (1911), salió de cuidado del segundo parto. El trabajo se inicia con contracciones dolorosas el día 3 a la madrugada y continúan aumentando de frecuencia e intensidad, hasta el día 4 a la una y cuarenta y cinco pasado meridiano, en que expulsa un feto vivo de 4.000 gramos de peso, con ruptura espontánea de la bolsa.

Refiere la partera que para favorecer el alumbrar-

miento le hizo tracciones sobre el cordón y expresión manual sobre el fondo del útero (Credé). Como con esto no consiguiera gran cosa, la puso de pie, y mientras ella continuaba las tracciones ordenó a la enferma que soplara en una botella, haciéndolo así hasta que un dolor agudo en la región lumbar le impidió permanecer parada.

Acto continuo apareció en la vulva un tumor de color negruzco y del tamaño de una cabeza de feto, que creyéndolo pláceta, trató de extraerlo; pero como persistiera el tumor lo introdujo en la vagina.

La hemorragia producida durante el accidente fué poco abundante.

Placenta normal con algunos cotiledones desgarrados; cordón, cincuenta centímetros.

Estado actual. — Enferma bien constituida; piel y mucosas pálidas; facies que expresa el sufrimiento cubierta de sudor. Se queja de agudos dolores en la región lumbar que irradiándose hacia abajo y adentro se repiten a intervalos aproximados acompañados de vómitos biliosos. Hipotermia.

Aparato respiratorio. — Normal.

Aparato circulatorio. — Corazón: sano; tonos normales.

Pulso. — Regular, igual, pequeño, 120 pulsaciones por minuto.

Abdomen. — Blando, depresible y doloroso a la palpación profunda. Por la palpación bimanual se cons-

tata la ausencia del globo uterino en la cavidad abdominal.

Examen ginecológico. — Vulva entreabierta. La vagina se encuentra ocupada por un tumor duro, piriforme, voluminoso como una cabeza fetal, poco sensible a la presión y aparentemente irreductible.

Al pretender orientarse buscando el orificio del cuello no se encuentra más que el tumor ocupando totalmente la vagina e introduciendo más la mano, se nota en el fondo de ésta y a nivel de la parte más adelgazada del tumor, un rodete circular de consistencia más firme que el resto y que lo estrangula fuertemente.

Diagnóstico. — Inversión uterina completa.

En vista de la gravedad del caso, solicitada la ayuda del doctor Morinelli, se resolvió tentar la reducción, no obstante las condiciones poco propicias del medio en que se hallaba.

Tratamiento. — Previa toilette y anestesia general clorofórmica hasta resolución muscular completa, se procedió a la reducción del órgano por el método de rechazamiento periférico preconizado por Courty y Schulte, consiguiendo, después de maniobras un tanto laboriosas, la reducción y la extracción, al mismo tiempo, de cotiledones y restos de membranas que habían quedado adheridos.

La hemorragia fué insignificante. Se hizo un lavaje intra-uterino caliente, una dermoclisis de 300 gramos de suero y dos centímetros cúbicos de ergotina.

Marcha post-operatoria. — La intervención fué practicada 8 horas después de ocurrido el accidente, habiéndose elevado en ese momento la temperatura a 39,2 grados y su pulso a 130. Doce horas después bajó a 39 grados permaneciendo su pulso en 130.

En los días subsiguientes, como la temperatura persistía en 38 1/2 y los loquios eran fétidos, se le practican lavajes intra-uterinos con agua oxigenada diluída e inyecciones de electrargol.

Diez días después la enferma es dada de alta.

OBSERVACION VI

Teodora Othaez, 30 años, argentina, casada. Q. D. Ingresa al hospital Rivadavia el 20 de agosto de 1918. P. 3.º abajo. C. 63. Pensionista de 3.ª clase.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sana en su infancia. Regló a los 13 años, regulares, indoloras, de 4 a 5 días de duración. Se casó a los 19 años, habiendo tenido desde entonces 4 hijos con partos y puerperios normales. Del último parto hacen 7 años. No ha tenido abortos.

Enfermedad actual. — Dice la enferma que su enfermedad data desde su último hijo; hacen 7 años. La expulsión del feto fué normal, no así el alumbramiento que se hizo artificialmente, a las 12 horas después del parto, a causa de una fuerte hemorragia que sobrevino. En los días subsiguientes tuvo temperatura elevada, habiendo llegado ésta hasta 41.º.

Durante los tres primeros años de su enfermedad

notaba la presencia de la matriz hacia la cavidad vaginal en forma de un peso que le ocasionaba fuertes dolores en el momento de las micciones.

Sus metrorragias se producen, sin interrumpirse, mensualmente, hasta el presente, en forma líquida y a coágulos, con una duración de 7 días y repitiéndose después, de nuevo, al cabo de 3 ó 4 días. En los intervalos tiene flujo sanguinolento y a veces amarillento.

Ha aumentado de peso; tiene buen apetito.

Estado actual. — Enferma en buen estado general; regular cantidad de panículo adiposo.

Aparato respiratorio. — Palpación, percusión y auscultación normales.

Aparato circulatorio. — Corazón: sano; tonos normales. Pulso: regular, igual, tenso; 85 pulsaciones por minuto.

Abdomen. — Flácido, depresible, indoloro a la palpación profunda.

Hígado. — En sus límites normales.

Bazo. — No se palpa.

Riñones. — No se palpan.

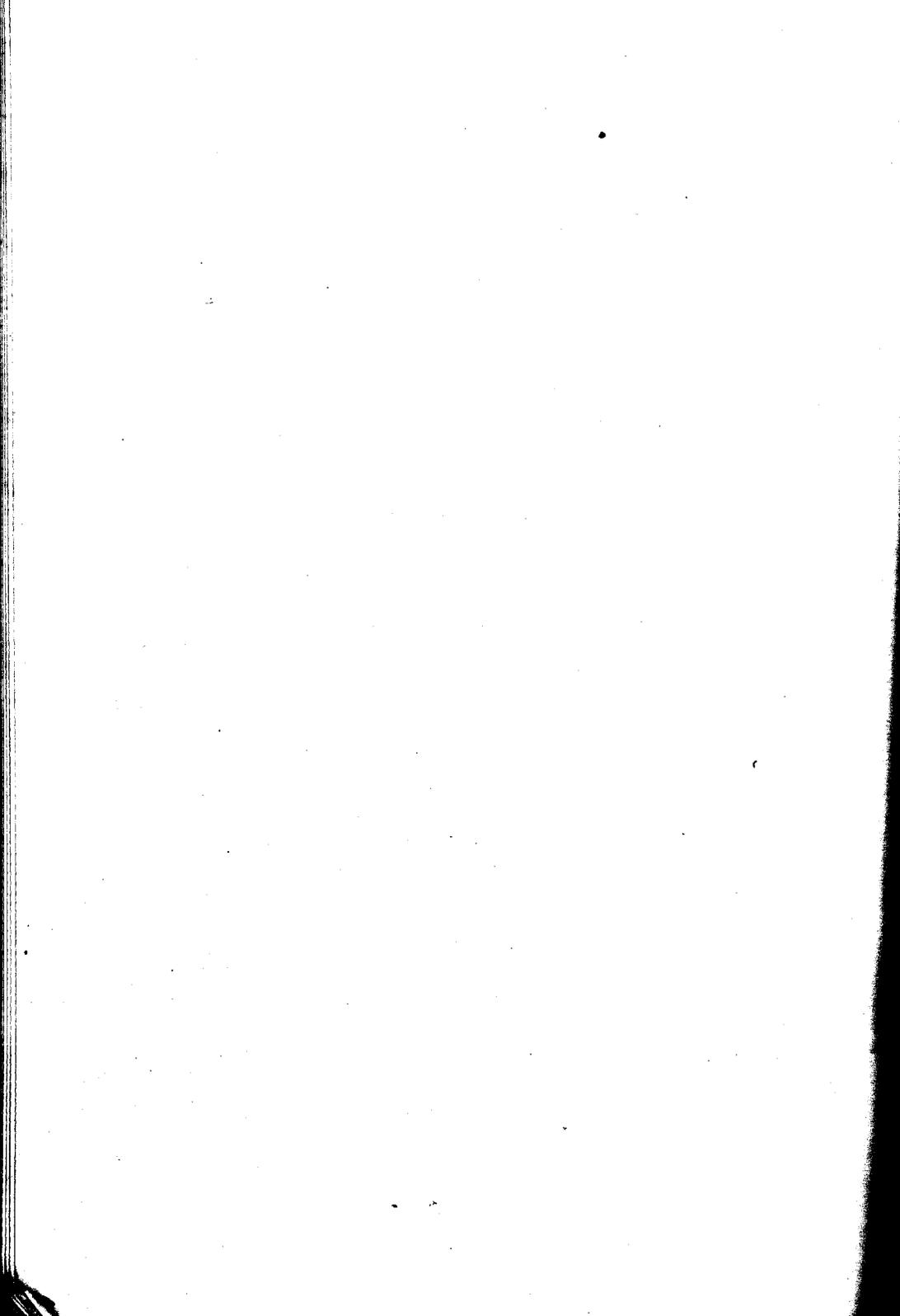
Examen ginecológico. — Vulva amplia. Periné sano, sin cicatrices de desgarraduras. La vagina se encuentra ocupada por un tumor, duro, rojo-violáceo y constituido por la matriz invertida totalmente.

Diagnóstico. — Inversión uterina.

Tratamiento. — Quirúrgico. Operador: Dr. Edgardo Nicholson.

Agosto 27. — Colpo-histerotomía posterior, según el método de Duret.

Marcha post-operatoria. — La enferma, en buenas condiciones, falleció de embolia pulmonar, a los 9 días de operada, el 6 de Septiembre a las 2 1/2 p. m.



CAPITULO VII

Conclusiones

I.—Siendo muchísimo más simple el evitar una inversión uterina que el tratarla una vez ya producida, será necesario respetar, para librarnos de ella, dejando a un lado la inquietud y la impaciencia, las buenas prácticas del parto y la expulsión de la placenta espontáneamente desprendida.

II.—Darse cuenta exacta del estado de la parturienta y ser ducho en el diagnóstico precoz para evitar complicaciones.

III.—Si la inversión se ha producido durante el alumbramiento, la reducción inmediata es la regla, y una vez conseguida, no se abandonará la enferma sin antes haberse asegurado de las contracciones del útero; si la inercia persistiera, combatirla mediante masajes e inyecciones de ergotina (libre el útero) y ter-

minar con un lavaje de agua iodada a 48 grados y un taponamiento aséptico del útero y la vagina para evitar la reproducción.

IV.—En toda inversión aguda o crónica, si su estado y antigüedad nos hacen prever su fácil reducción, se ensayará la reducción manual a taxis.

V.—Tras el fracaso de la reducción manual, inclinarse siempre a la reducción conservadora: incisiones cervicales o mejor todavía, colpo-histerotomía posterior según el método de Küstner y Duret.

VI.—La colpo-histerotomía posterior es más simple que la anterior y no deja, indefectiblemente, la matriz en retrodesviación adherente y sí muchas veces en posición normal.

VII.—No practicar nunca desde el primer momento la histerectomía vaginal mutiladora, por irreductibilidad, sin antes haber tentado la colpo-histerotomía posterior.

VIII.—La histerectomía vaginal no se puede admitir como tratamiento primo, sino en los casos de hemorragias incoercibles, de infección o de graves lesiones del útero.

IX.—En los casos en los cuales la inversión coexiste con un fibroma o pólipo fibroso, se impone la enucleación con conservación de la matriz sana, reducida por la colpo-histerotomía posterior.

JOSÉ B. F. CAMPOAMOR.

Tornquist, Septiembre de 1918.

Bibliografía

- Auvaré.* — 4.^a Edition
- Barozzi J.* — Gynecologie pratique, 1907.
- Bar, Brindeau, Chambrelent.* — La pratique de l'art des accouchements, 3.^a edition, 1914.
- Courty.* — Traité pratique des maladies de l'uterus, 1881.
- Chaput.* — Inversión completa du corps uterin traité par l'histerectomie abdominale (Bull de la Soc. de chir, 1912).
- Denucé.* — Traité de l' inversión uterine, 1883.
- Fabre.* — Précis d'Obstetrique, Deuxieme edition, 1915.
- Faure et Siredey.* — Traité de Gynecologie Médico Chirurgicale, Deuxieme édition, 1914.
- Forgue et Massabau.* — Gynecologie, 1916.
- Fresson.* — Le traitement de l'inversion uterine. Thèse de Paris, 1902.

Gaillard-Thomas. — Diseases of women, 1872.

Haultain. — Hysterotomia abdominala pour inversion chronique de l'uterus (Edimboury med. Joura. déc. 1908).

Lavadie-Lagrave et Legueu. — Traité Medico-Chirurgical de Gynécologie, 1904.

Lepage G. — Annales de Gynecologie et d'Obstetrique 1905.

Ouè. — Annales de Gynécologie et d'Obstetrique, 1901-1902.

Pinard. — Annales de Gynécologie et d'Obstetrique, 1911. Tomo 8 y 1914-15. Tomo 11.

Hanetaïn. — Hysterotomia abdominala pour inversion.

Pozzi S. — Traité de Gynécologie Clinique et opératoire, Quatrieme edition, 1905.

Ribemont-Dessaignes. — Précis d'Obstetrique, 1904.

Spinelli G. — Annales de Gynécologie et d'Obstetrique, 1900.

Sociedad Médica Argentina.—Actas, tomo 19.

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, 1912.

Vautrin. — Inversion uterine par tumeur d'origine müllerienne chez une enfant. (Reunion obstetr. et gyn. de Nancy, mars 1912.

Buenos Aires. Setiembre 30 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor extraordinario Dr. Alberto Peralta Ramos y al profesor suplente Dr. Carlos Alberto Castaño para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

A. C. GANDOLFO.

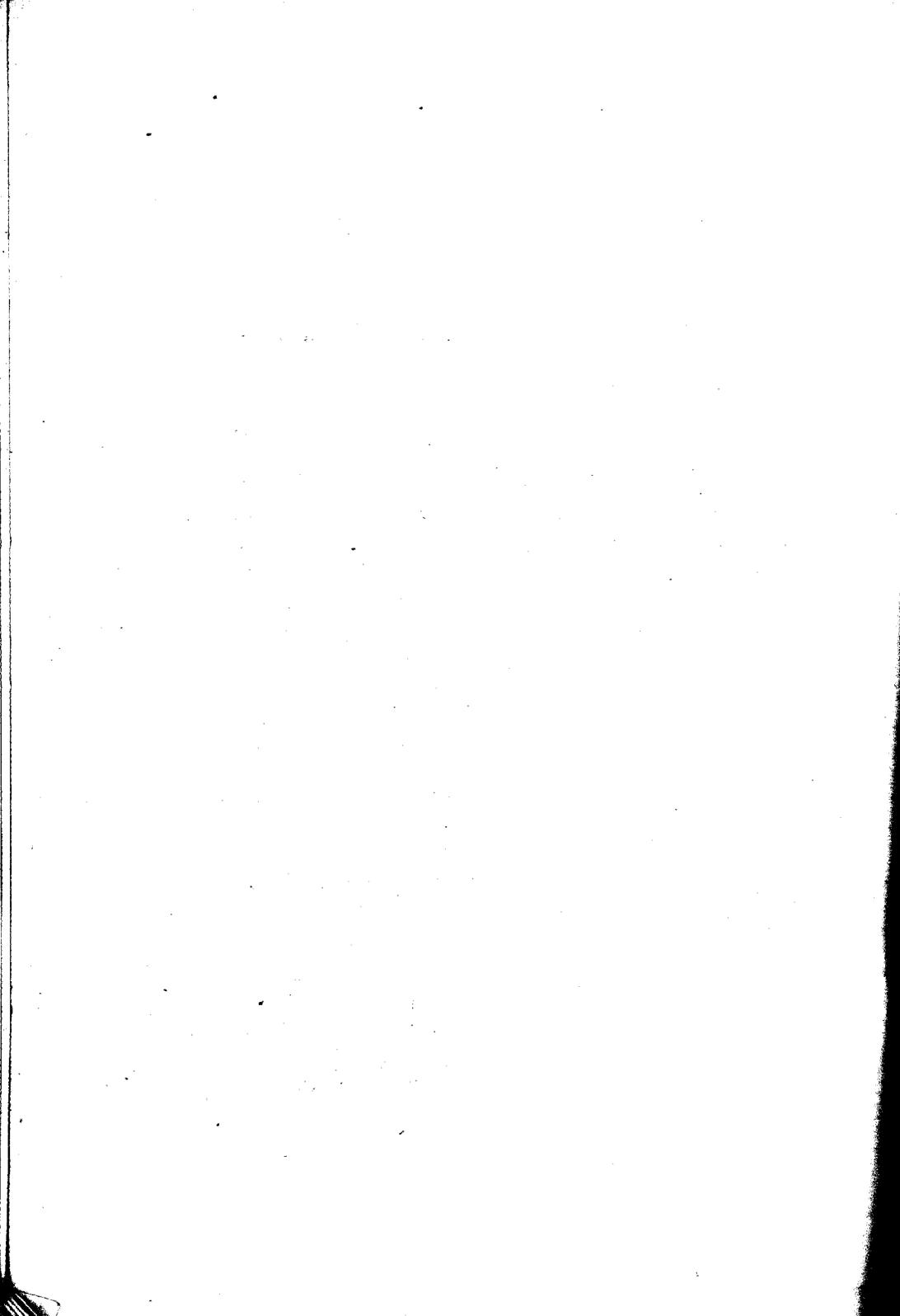
A. F. Landívar.

Buenos Aires. Octubre 23 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3514 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

ARCE.

F. G. Ramos.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Modificaciones de la mucosa en la inversión uterina crónica.

José F. Molinari

II

Inversión uterina crónica latente.

Alberto Peralta Ramos.

III

Patogenia del shock y su tratamiento en la inversión uterina aguda.

Carlos Alberto Castaño.



1296

