

Año 1918

N. 3497

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INVERSION UTERINA

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

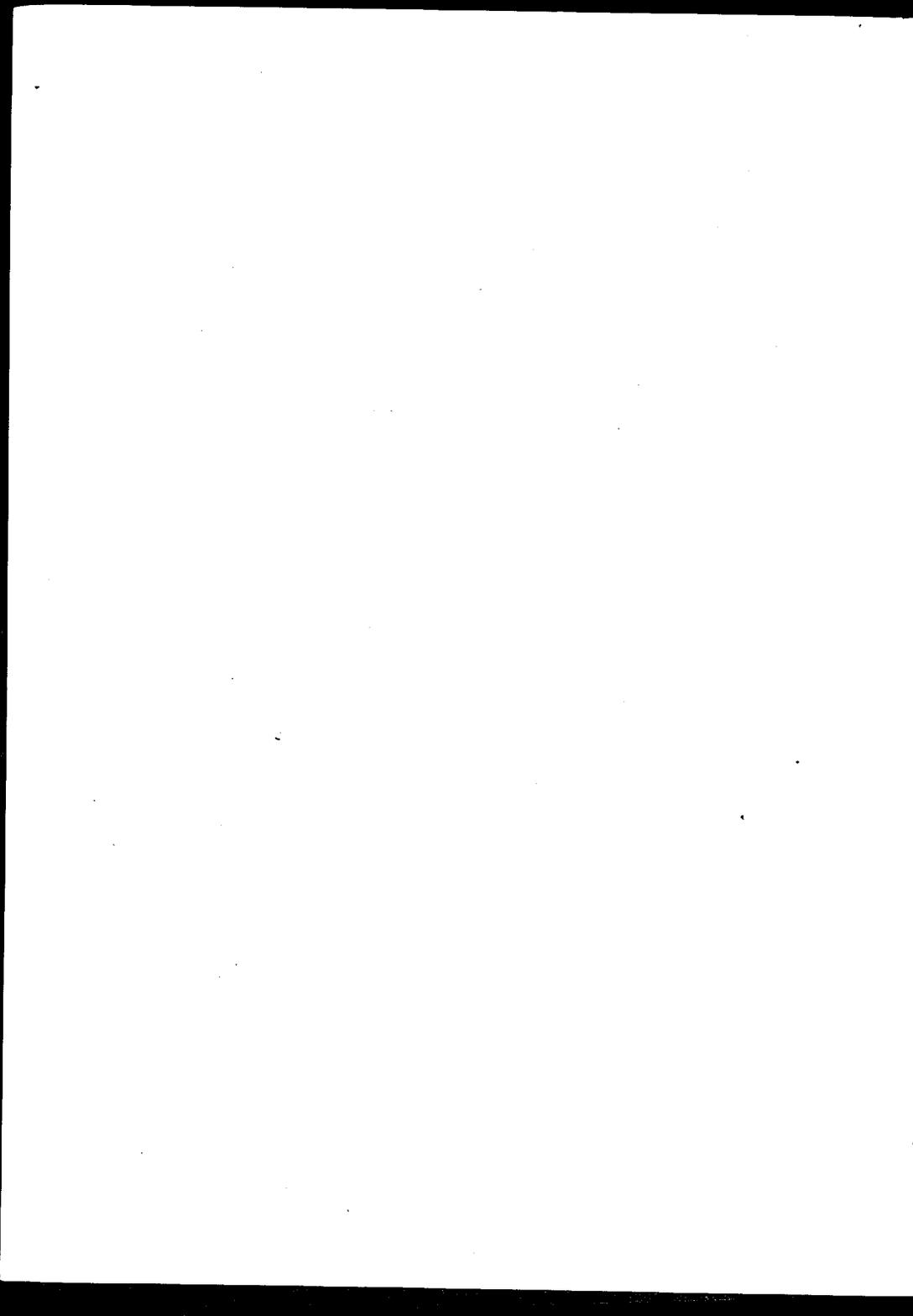
FULGENCIO BAGUEAR

Ex-Practicante honorario del Instituto Jenner (1912-14)
Ex-Practicante externo del Hospital de Niños (1914-15)
Ex-Practicante menor interno del Hosp. Vec. Vélez Sársfield
(1915)
Ex-Practicante externo y menor interno del Hospital Alvear
(1914-16)
Ex-Practicante mayor del Hospital Vec. de Villa Devoto
1916-17)
Ex-Practicante mayor del Hospital Teodoro Alvarez (1917)



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1918

INVERSIÓN UTERINA



Año 1918

N. 3497

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INVERSION UTERINA

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FULGENCIO BAGUEAR

Ex-Practicante honorario del Instituto Jenner (1912-14)

Ex-Practicante externo del Hospital de Niños (1914-15)

Ex-Practicante menor interno del Hosp. Vec. Vélez Sársfield
(1915)

Ex-Practicante externo y menor interno del Hospital Alvear
(1914-16)

Ex-Practicante mayor del Hospital Vec. de Villa Devoto
1916-17)

Ex-Practicante mayor del Hospital Teodoro Alvarez (1917)



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1918

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

Artículo 162 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

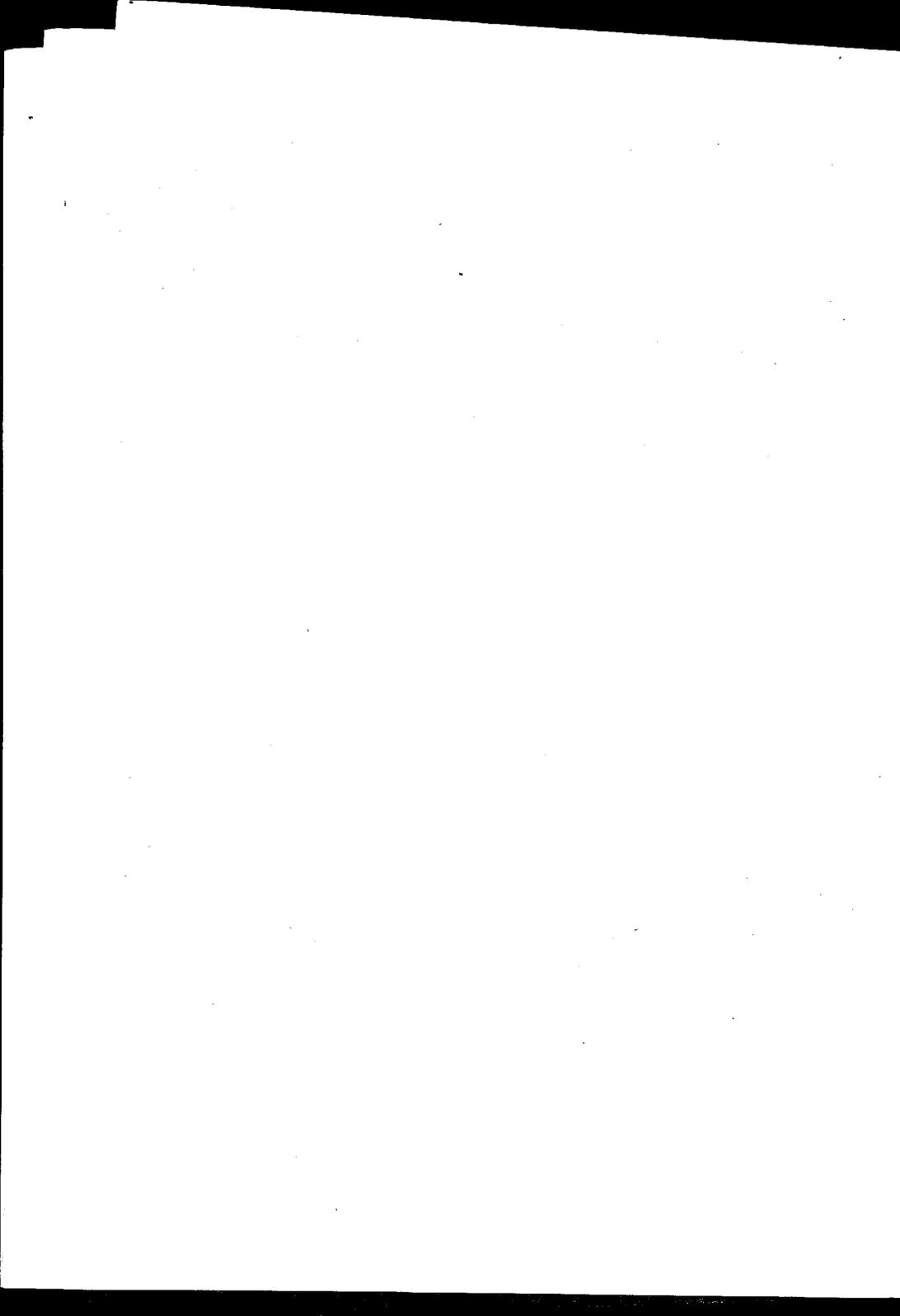
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
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 OBEJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » Vacante
24. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD

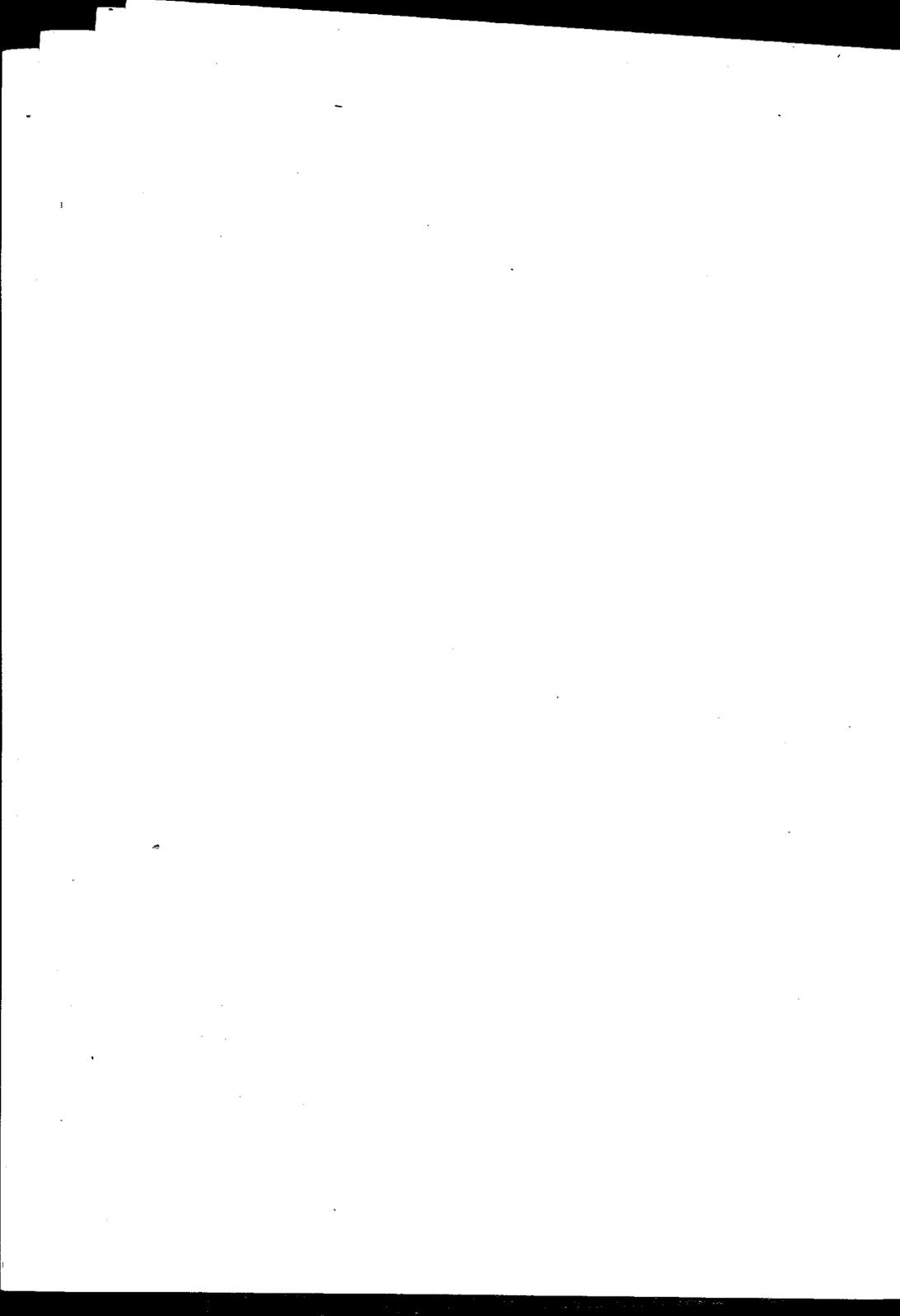


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

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

CONSEJO DIRECTIVO

Decano interino

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D.

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

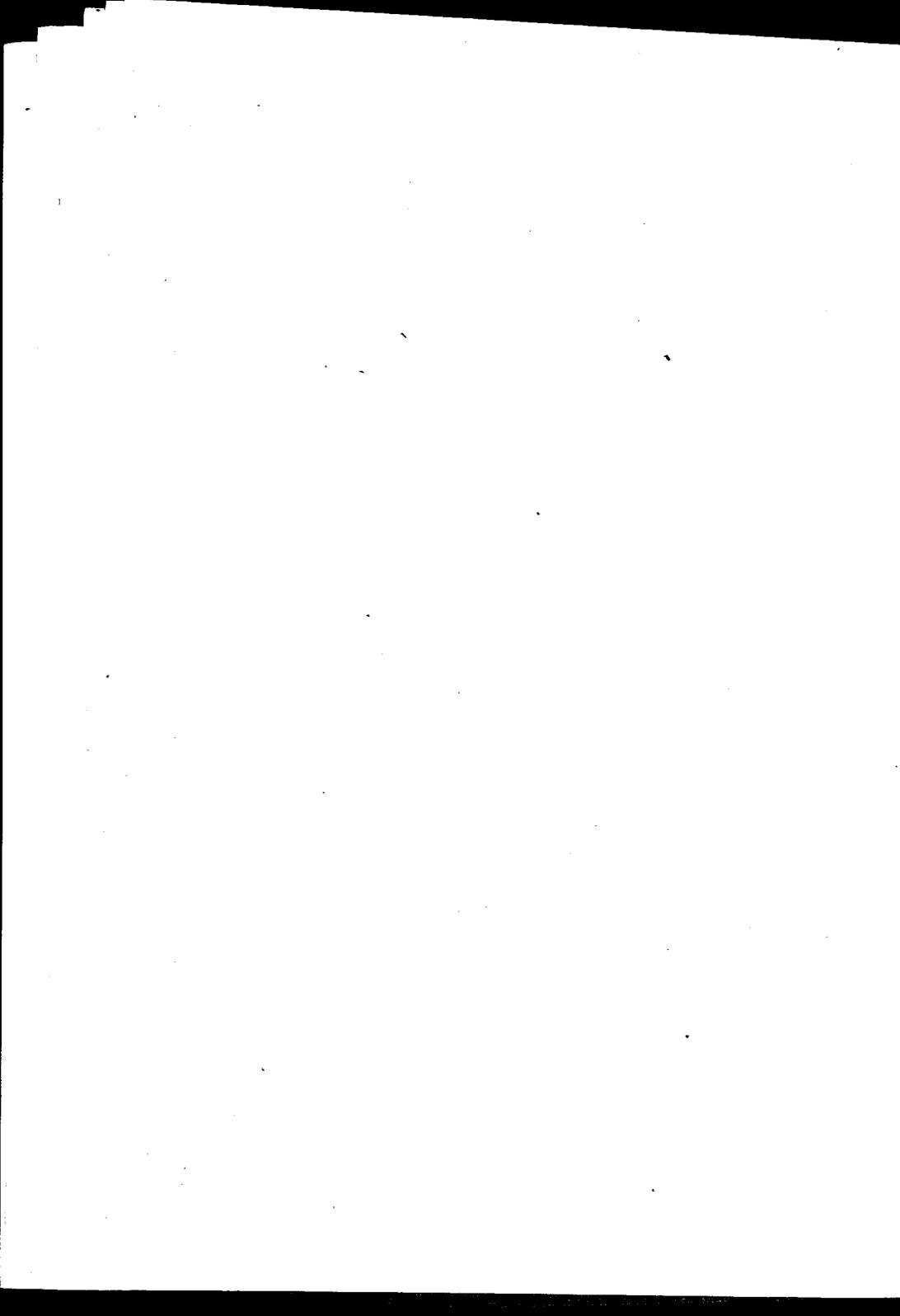
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

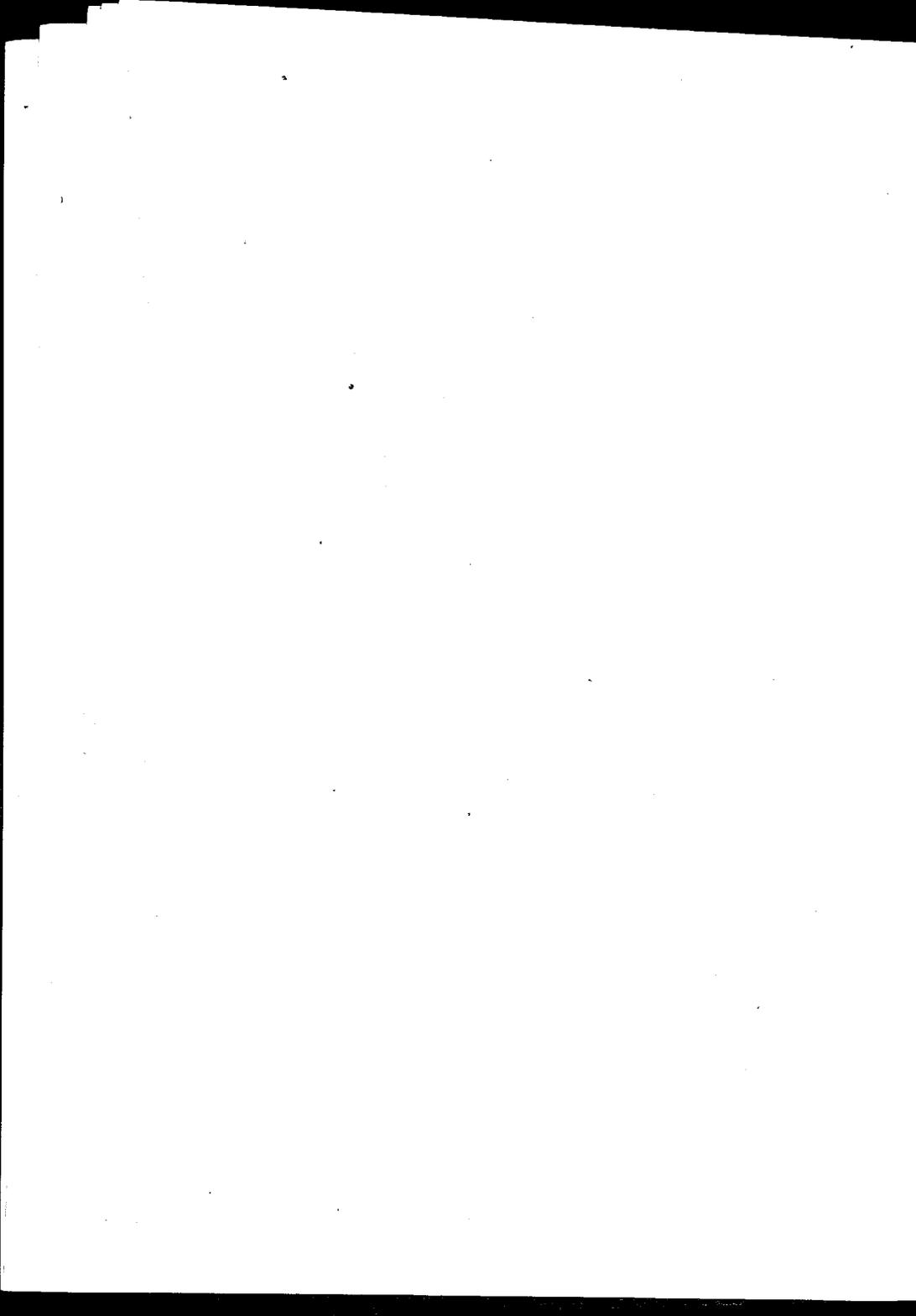
» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

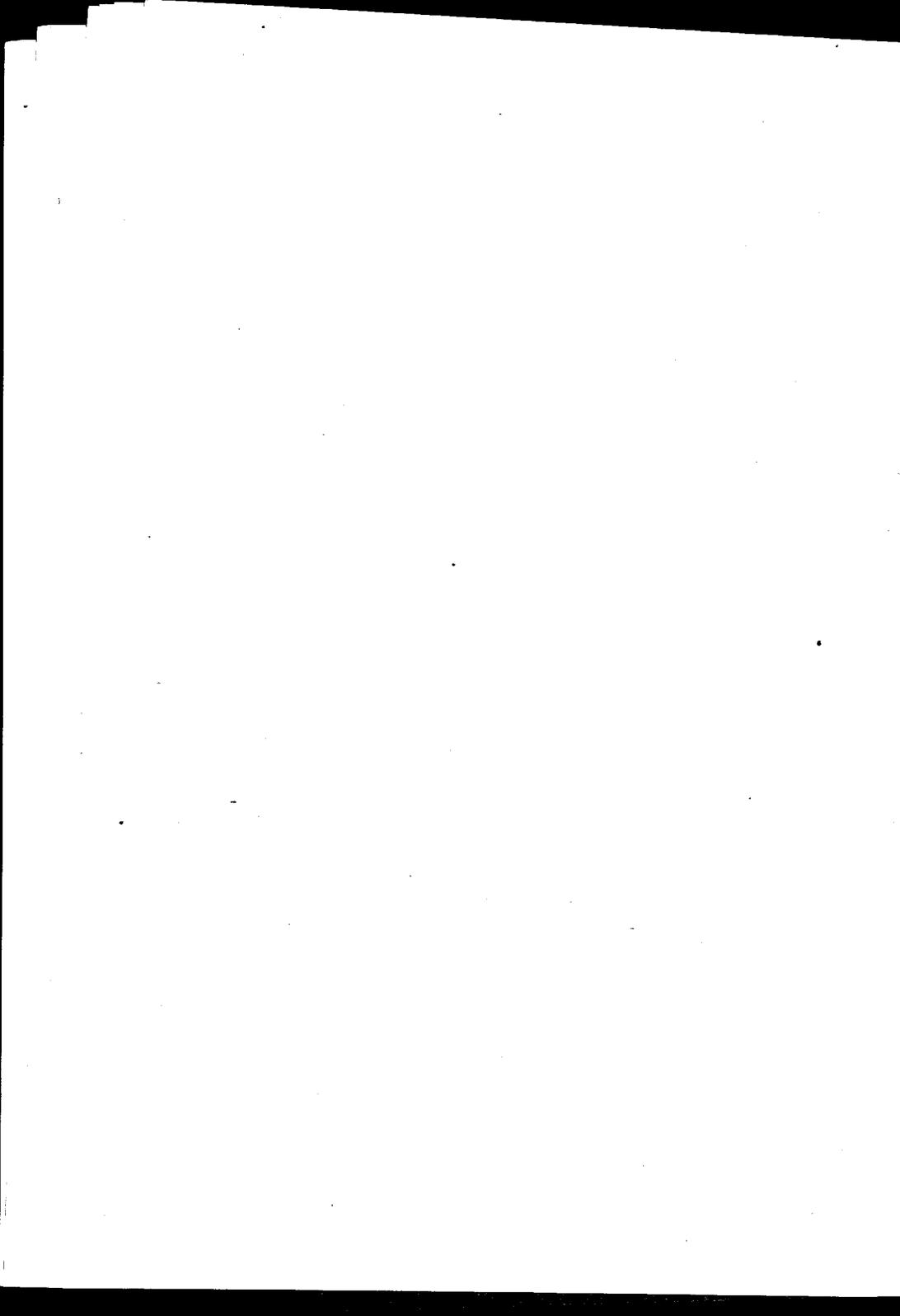
» TELÉMACO SUSINI

» ANGEL M. CENTENO



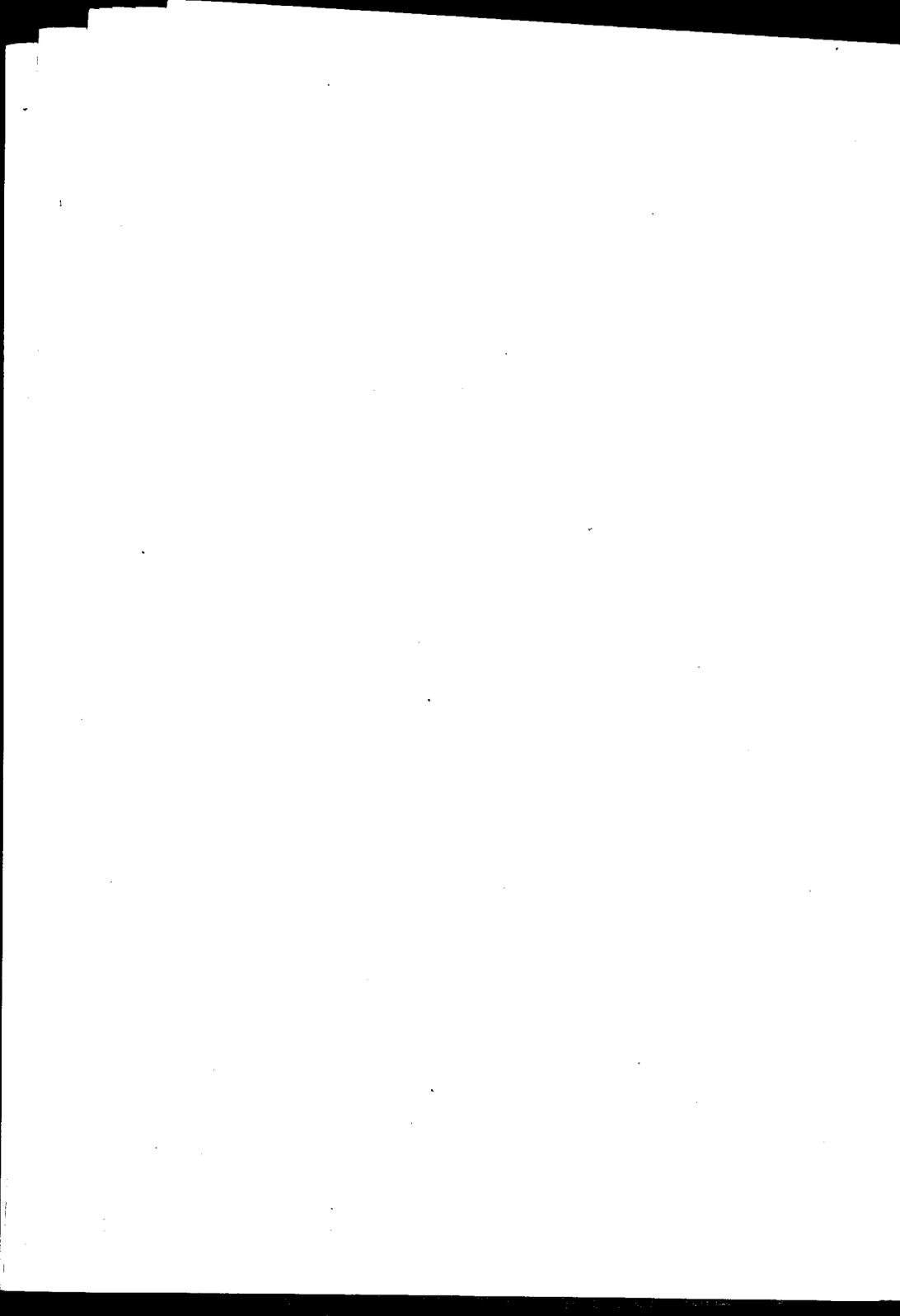
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
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
Anatomía Topográfica	» DAVID SPERONI
Anatomía Patológica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JOAQUÍN NTN POSADAS
Patología Externa	» JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria	» DANIEL J. CRANWELL.
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» LEANDRO VALLE
Clínica Génito-urinaria.....	(Vacante).
Toxicología Experimental.....	» PEDRO BENEDIT
Clínica Epidemiológica.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Oto-rino-laringológica.	» JOSÉ PENNA
Patología Interna.....	» EDUARDO OBEJERO
Clínica Oftalmológica.....	» MARCIAL V. QUIROGA
	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO GABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» Vacante
» Pediátrica	(VACANTE)
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

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



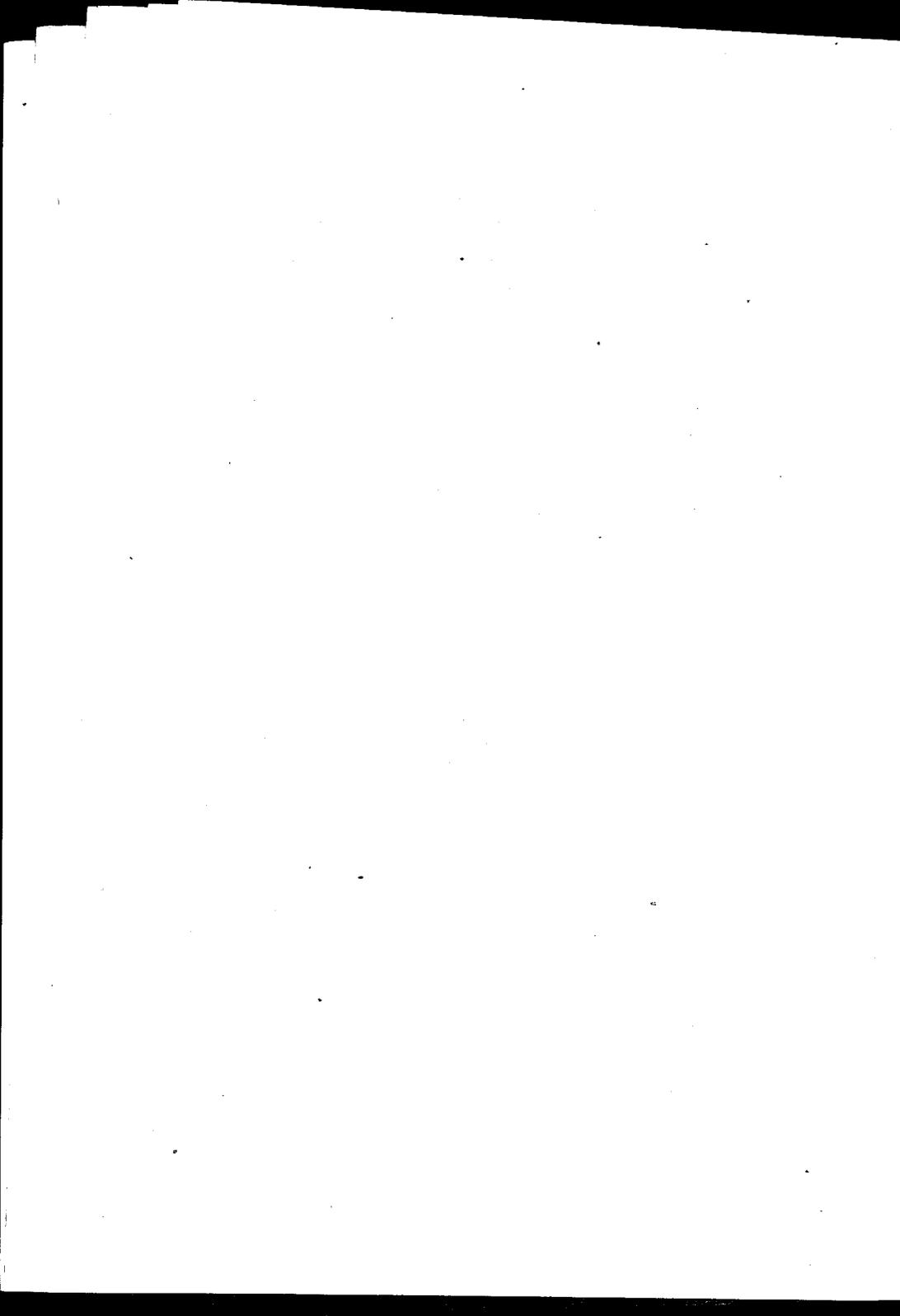
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología médica.....
Anatomía descriptiva.....
Fisiología general y humana.....
Bacteriología.....
Química Biológica.....
Higiene Médica.....
Semiología y ejercicios clínicos.....
Anatomía patológica.....
Anatomía topográfica.....
Materia médica y terapéutica.....
Medicina operatoria.....
Patología externa.....
Clinica dermato-sifilográfica.....
» Génito urinaria.....
» epidemiológica.....
» oftalmológica.....
» oto-rino-laringológica.....
Patología interna.....
Clinica quirúrgica.....
» Neurológica.....
» Médica.....
» pediátrica.....
» ginecológica.....
» obstétrica.....
Medicina legal.....
Clinica Psiquiátrica.....
Toxicología.....

Catedráticos sustitutos

DR. GUILLERMO SIEBER
» SILVIO E. FAROLDI
» EUGENIO GALLI
» JUAN JOSÉ CIRIO
» FRANCISCO ROPHILLE
» FRANK L. SOLER
» BERNARDO HOUSSEY
» RODOLFO RIVAROLA
» SALVADOR MAZZA
» BENJAMÍN GALARCE
» MANUEL V. CARBONELL
» SANTIAGO M. COSTA
» CARLOS BONORINO
» ALFREDO VITON
» PEDRO J. HARDOY
» ANGEL H. ROFFO
» PEDRO ELIZALDE
» ANGEL P. SAN MARTÍN
» JOSÉ MORENO
» PEDRO CASTRO ESCALADA
» ENRIQUE PINOCCHIETTO
» GUILLERMO BOSCH ARANA
» NATAL LOPEZ GROSS
» FRANCISCO F. CASTRO
» CASTELFORT LUGONES
» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ALEJANDRO CEVALLOS
» NICOLÁS V. GRECO
» PEDRO L. BALERA
» JOAQUÍN CERVERA
» JOAQUÍN NIN POSADAS
» FERNANDO R. TORRES
» FRANCISCO DESTEFANO
» ANTONINO MARCO DEL PONT
» DANIEL THAMM
» ABOLFO NOCETTI
» RAÚL ARGANARAZ
» JUAN DE LA CRUZ CORREA
» MARTÍN CASTRO ESCALADA
» FELIPE J. BASAVILESO
» ANTONIO R. ZAMBRINI
» ENRIQUE FERREIRA
» DIÓGENES MASSA
» PEDRO LABAQUI
» LEONIDAS JORGE FACIO
» PABLO M. BARLAHO
» EDUARDO MARINO
» ARMANDO R. MAROITTA
» LUIS A. TAMINI
» MIGUEL SUSSINI
» ROBERTO SOLÉ
» PEDRO CHITRO
» JOSÉ M. JORGE (H.)
» OSCAR COPELLO
» ADOLFO P. LANDIVAR
» JORGE LEXERO DIAZ
» ANTONIO F. CELSIA
» TOMÁS B. KENNY
» GUILLERMO VALDÉS (H.)
» VICENTE DIMIRI
» RÓMULO H. CHIAPPORI
» JUAN JOSÉ VITON
» PABLO J. MORSALINE
» RAFAEL A. BULLRICH
» IGNACIO IMAZ
» PEDRO ESCUDERO
» MARIANO R. CASTEX
» PEDRO J. GARCÍA
» JOSÉ DESTEFANO
» JUAN H. GOYENA
» JUAN JACOBO SPANGENBERG
» TULLIO MARTINI
» CANDIDO PATIÑO MAYER
» GENARO SISTO
» PEDRO DE ELIZALDE
» FERNANDO SCHWEIZER
» JUAN CARLOS NAVARRO
» JAIME SALVADOR
» TORIBIO PICCARDO
» CARLOS R. CIRIO
» OSVALDO L. BOTTARO
» JULIO TRIBARNO
» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
» FACSIMIO J. TRONCÉ
» JUAN B. GONZÁLEZ
» JUAN C. RISSO DOMINQUEZ
» JUAN A. GABASTOU
» ENRIQUE A. ROERO
» JOSUÉ A. BERUTTI
» NICANOR PALACIOS COSTA
» VICTORIO MONTEVERDE
» TOMÁS A. CHAMORRO
» DOMINGO IRAETA
» JOAQUÍN V. GRECO
» JAVIER BRANDAN
» ANTONIO PODESTÁ
» AMABLE JONES
» ALFREDO BUZZO



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

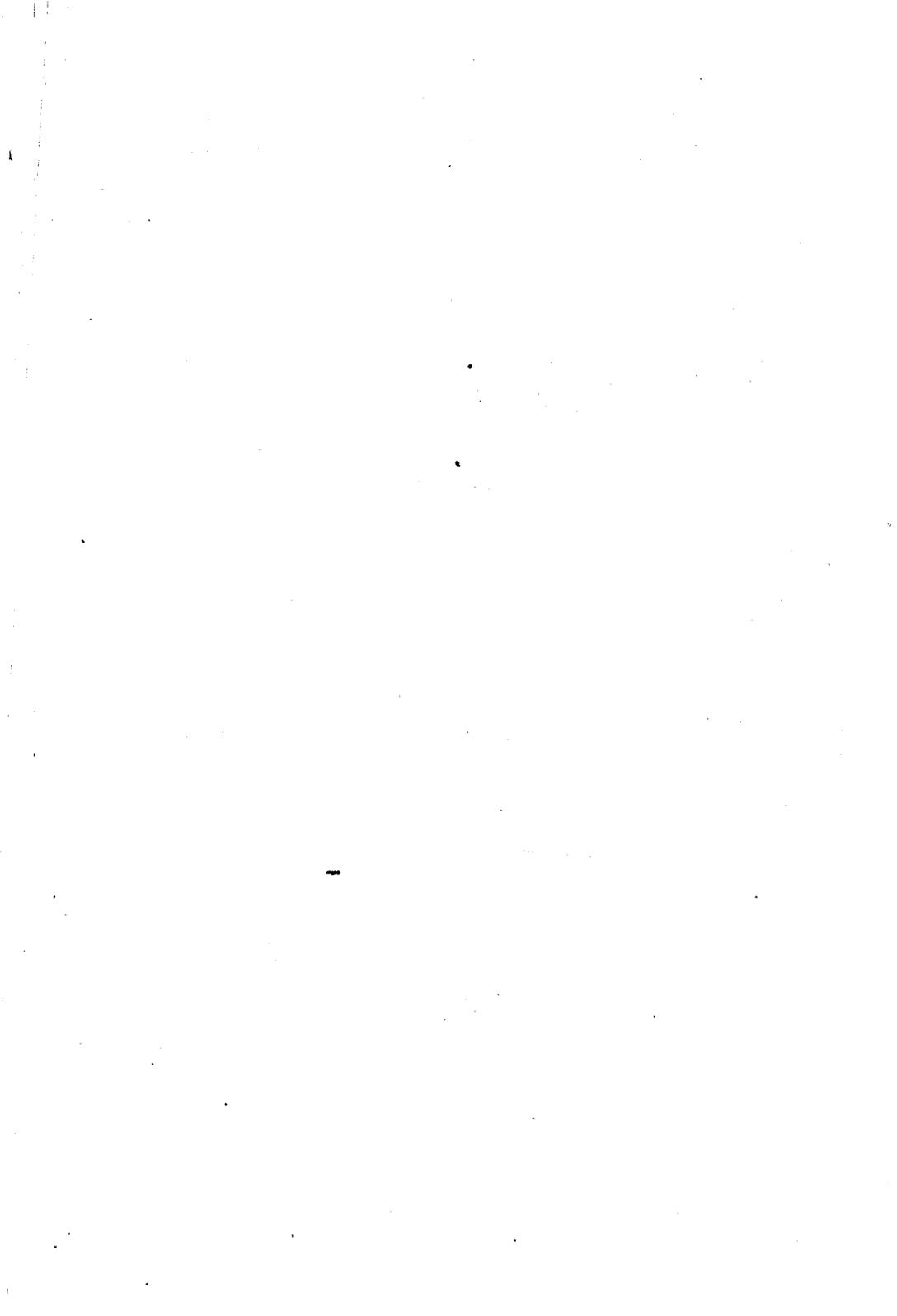
Segundo año:

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

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. PANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



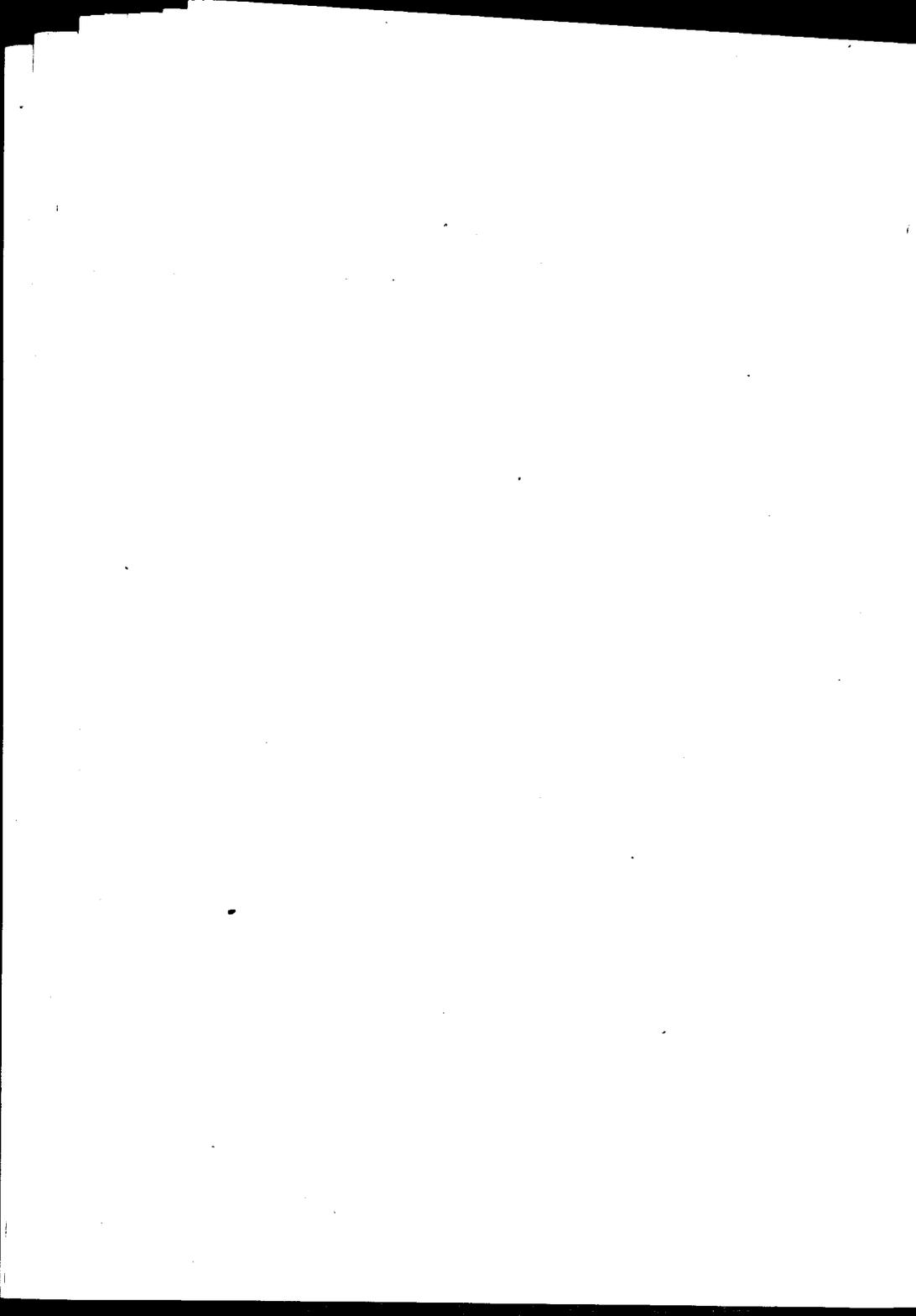
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica....	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA (Vacante)
Química farmacéutica orgánica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Técnica farmacéutica (1er curso)....	» RICARDO SCHATZ
Higiene, Ética y Legislación.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Química analítica general.....	St. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Farmacognosia especial.....	Dr. J. MANUEL IRIZAR
Técnica farmacéutica (2º. curso)....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general — Anatomía y fisiologías comparadas.....	Sr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica....	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal....	Sr. EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica.....	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica general.....	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	St. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
	Dr. JUAN A. SANCHEZ
	St. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÀN
Toxicología y Química legal....	» JUAN B. SEÑORÀNS

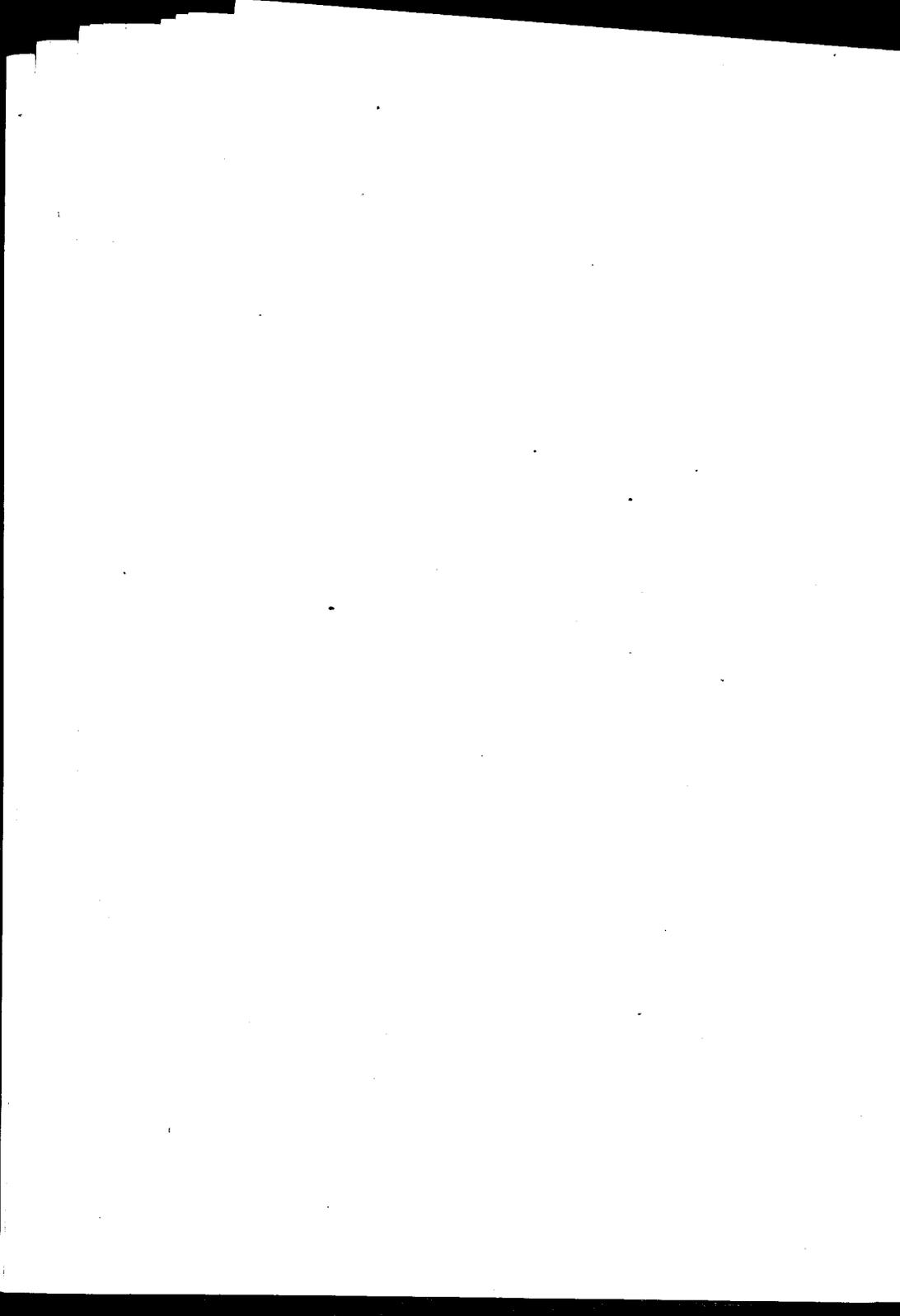


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

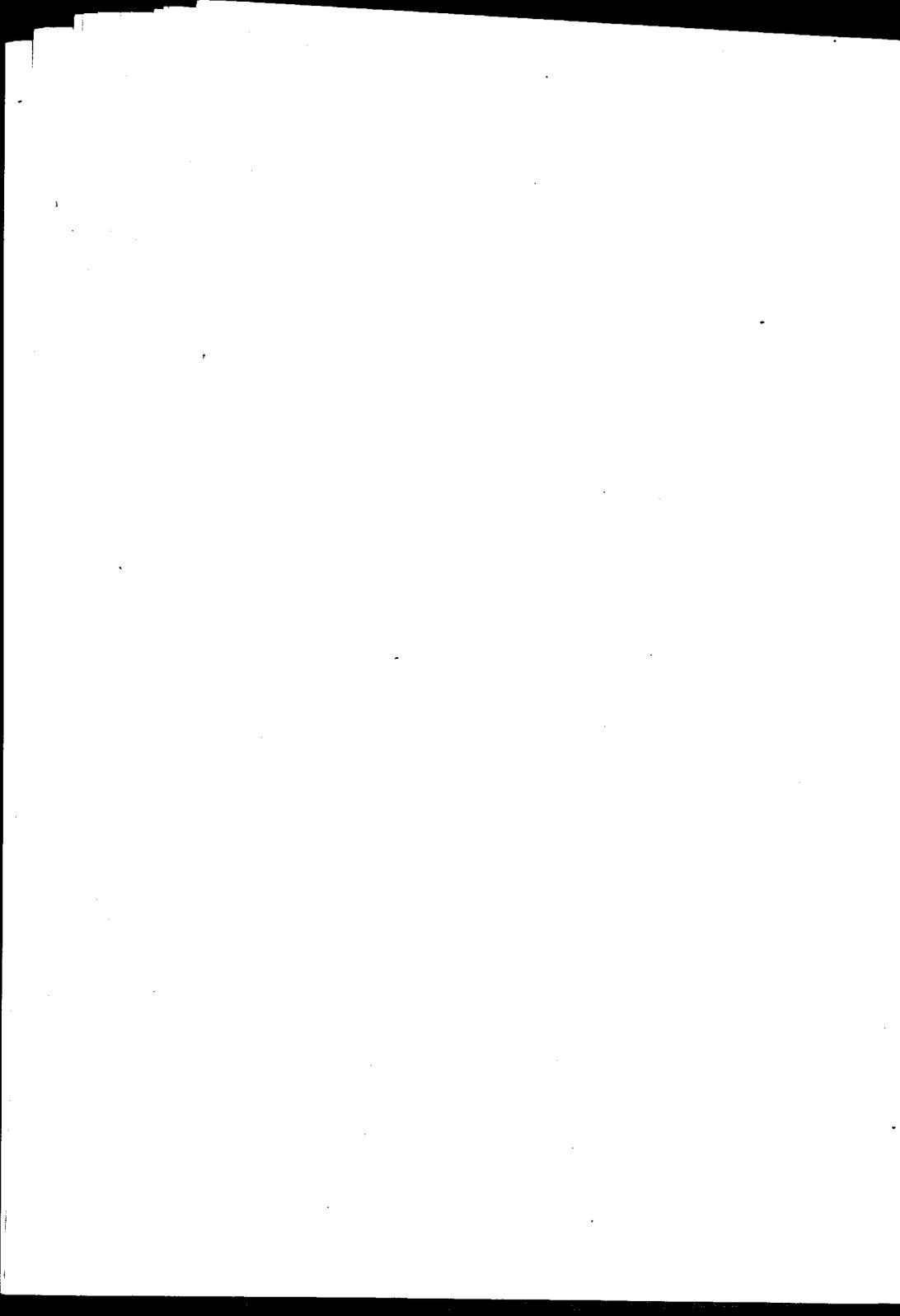
Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	> LEÓN PEREYRA
3.er año.....	> N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

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

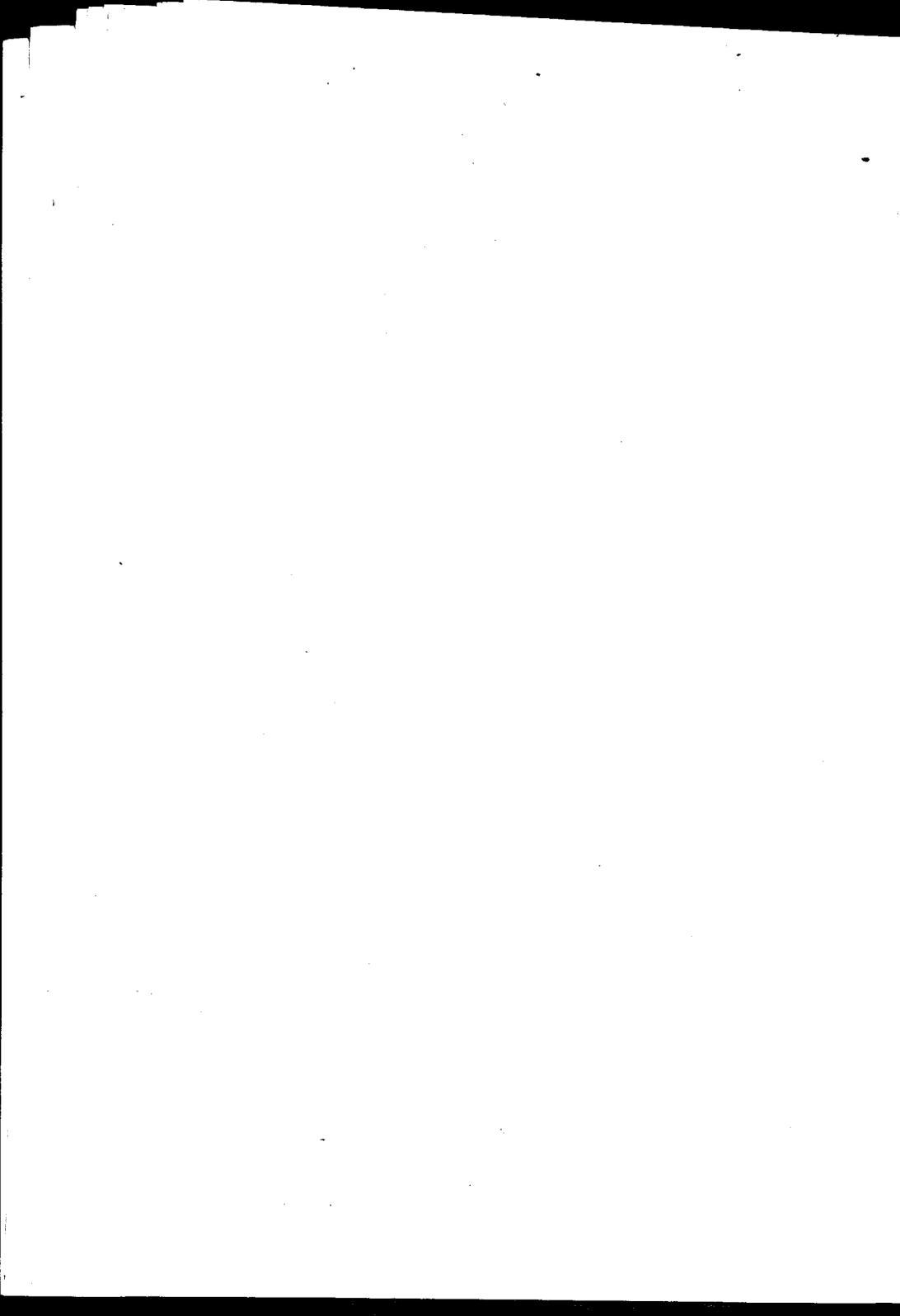


PADRINO DE TESIS:
Dr. ARNALDO CAVIGLIA
(Del Hospital Rivadavia)



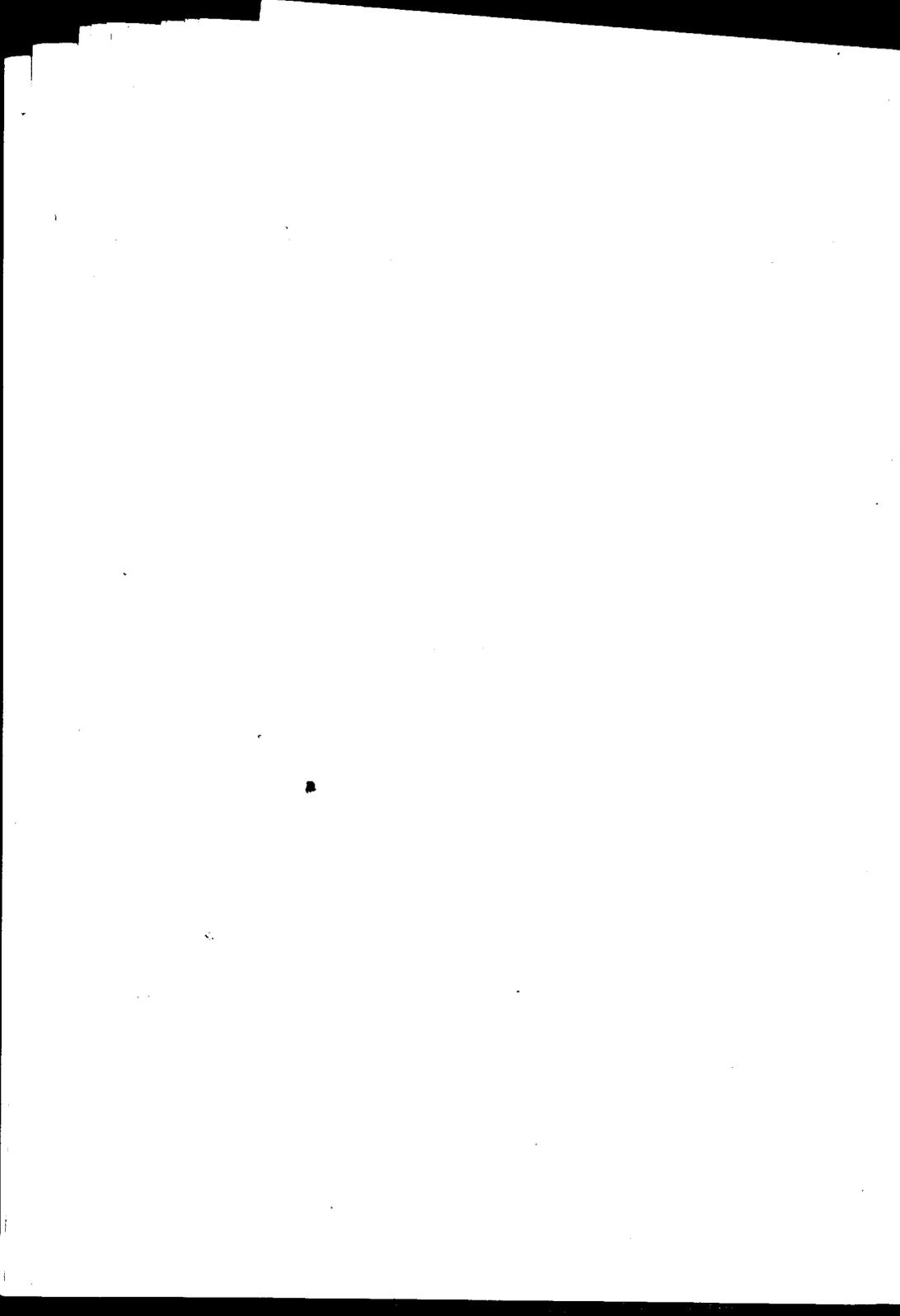
A MIS QUERIDOS PADRES

INMENZA GRATITUD



A MIS HERMANOS

A LOS MIOS



A LOS DOCTORES:

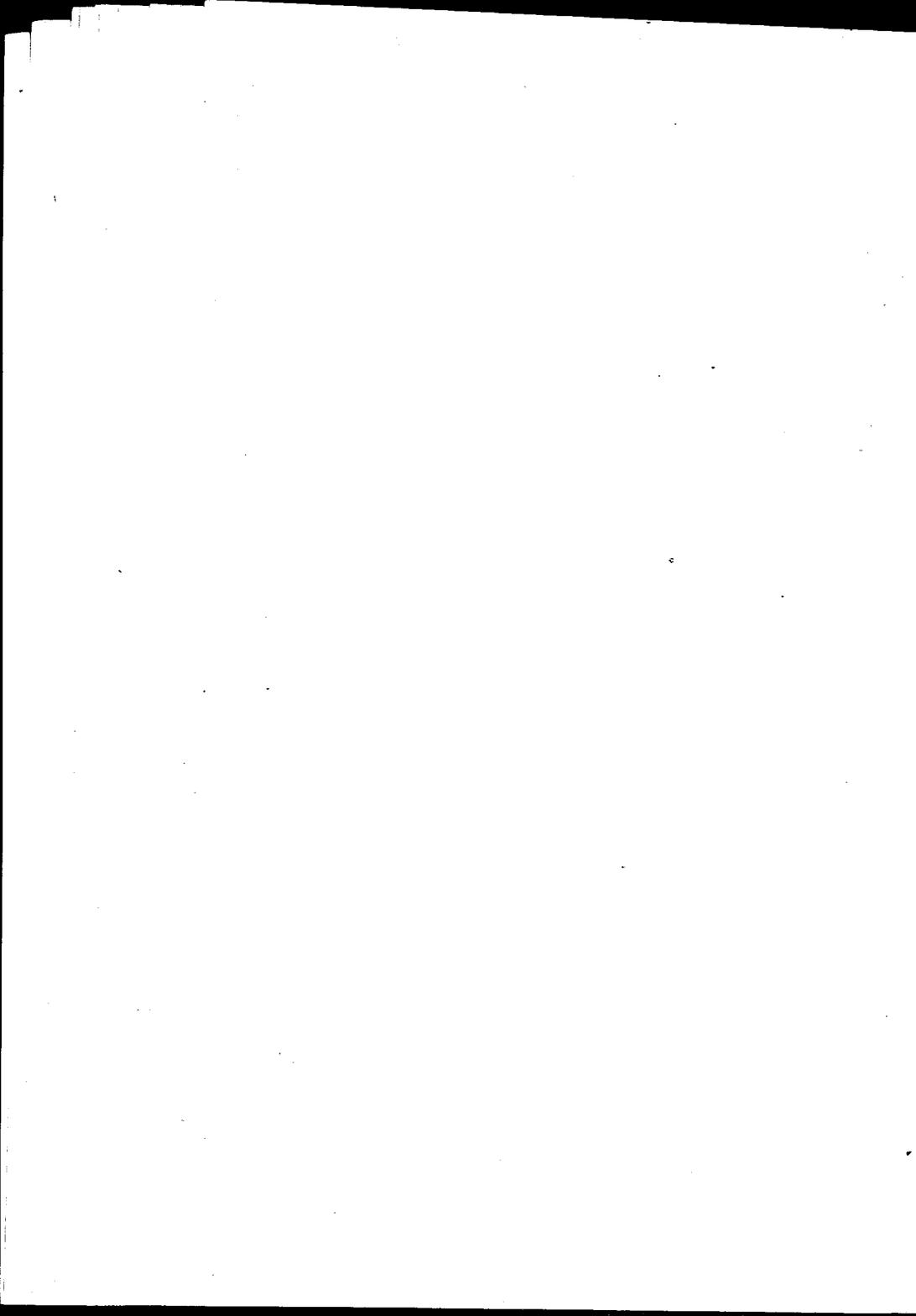
JACOBO SPANGENBERG

Profesor suplente de Clínica Médica.
Jefe de la Sala XIX del Hospital Alvear

ALEJANDRO CEBALLOS

Profesor suplente de Patología Externa
Jefe de la Sala I del Hospital Alvear

MIS MAESTROS



A MI CUÑADO:

SR. ARTURO A. CORDOBA

A MI TIO:

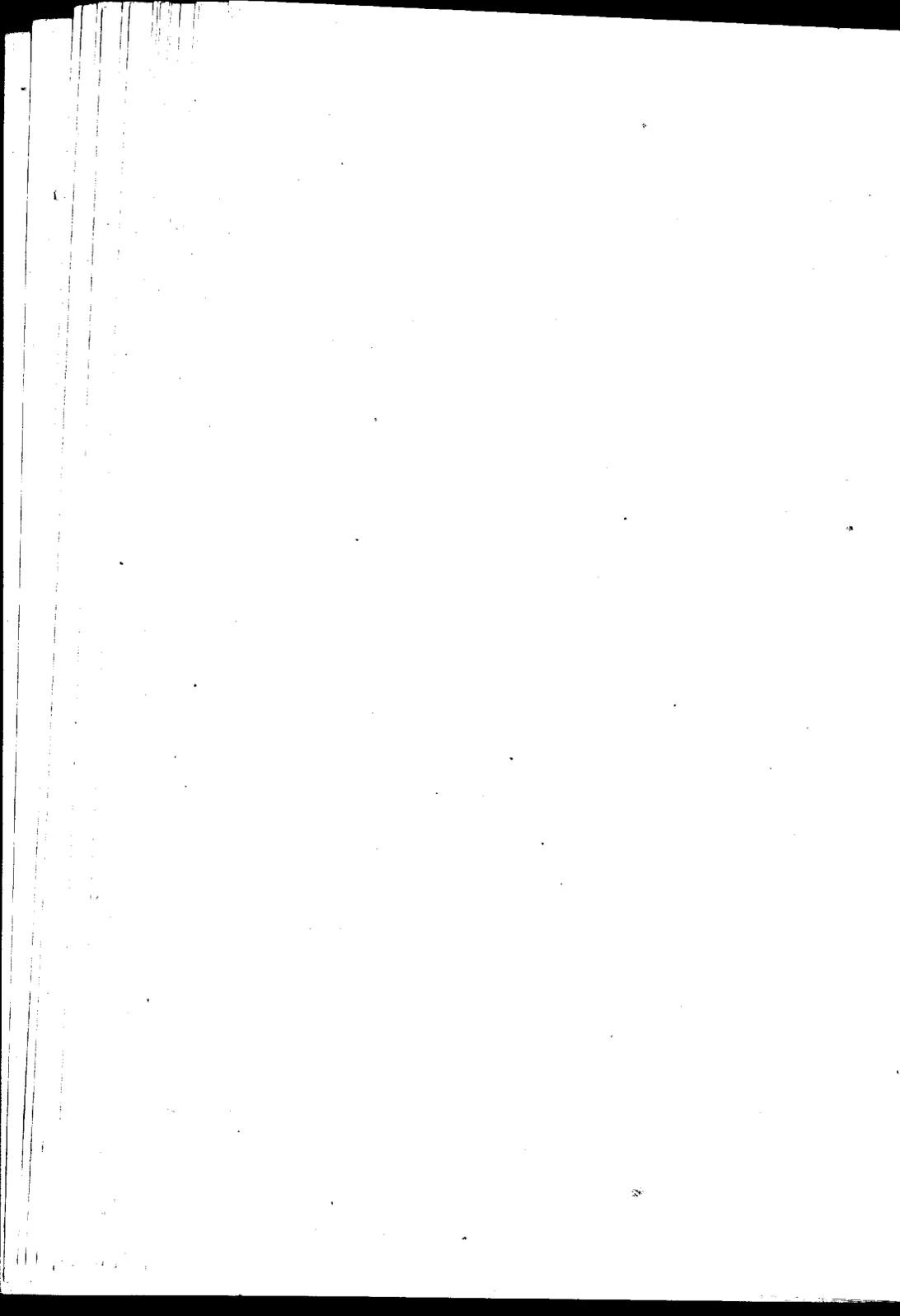
SR. PEDRO BETHULAR

A MIS AMIGOS:

DR. JOSÉ BARBUZZA

» EGIDIO S. CIAÑO (HIJO)

» PEDRO ESPETXE



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:



Teniendo en cuenta la benevolencia que os caracteriza, presento a vuestra consideración este modesto trabajo que, a no dudarlo, representa él, nuestras primeras armas en el dificultoso camino que hemos emprendido; sin la ayuda cariñosa que en todo momento y desinteresadamente nos prestásteis.

Comprenderéis que al desarrollar un tema tan bien descrito en todos los clásicos, no aportaré detalles nuevos que vengan a enriquecer el capítulo; sólo pretendo demostrar de una manera sintética, las causas más frecuentes de la inversión uterina; sus complicaciones y la forma práctica que disponemos para combatirlas.

Al abandonar con pena la vida de estudiante, después de siete años de constantes luchas; porque en ella he aprendido a vencer y a modelar el carácter que sos-

tendré siempre; siente mi espíritu la necesidad del reconocimiento para todos aquellos que dentro y fuera de la escuela han contribuído con sus sabias lecciones y consejos a la coronación de mis esfuerzos.

Antes de entrar de lleno en el tema, debo presentar mi profunda gratitud al doctor Arnaldo Caviglia por las muchas atenciones y enseñanzas que de él he recibido y por el alto honor que me dispensa al acompañarme como padrino de esta tesis.

A los hospitales Alvarez, Alvear, Villa Devoto y Vélez Sarsfield; a sus directores: doctor José C. Silvani, doctor José Viale, doctor Isidoro Gil y doctor Santiago Rañó; al cuerpo médico que tanto contribuyó a formar mi criterio científico; a todo ese conjunto en el cual me he formado en mis largos años de internado, agradecimiento eterno.

A los profesores: David Speroni, Jacobo Spaengerberg, Alejandro Ceballos y Oscar Copello, mi más grande expresión de aprecio e inolvidable estimación.

A los doctores Juan C. Lamón, Santiago Chichizola, Carlos Preioni y Luis N. Galdeano, una especial expresión de gratitud por el empeño sinceramente amistoso con que facilitaron mi labor de estudiante.

Al doctor Tomás A. Chamorro las gracias por haberme facilitado, con la mayor gentileza, algunos datos clínicos interesantes.

A mis compañeros de internado, con quienes he compartido los mejores días de mi vida estudiantil; ofrezco mi eterna amistad.

Inversión uterina

Definición.—Consideraciones generales

Se designa con el nombre de inversión uterina a un estado de desplazamiento de la matriz, por el cual el fondo del órgano se deprime metiéndose en su misma cavidad o todo el útero está dado vuelta (según la clásica comparación) a la manera de un dedo de guante.

En estado de vacuidad del útero, las pocas dimensiones de la cavidad y el espesor de sus paredes hacen casi imposible la inversión. Para que ésta se produzca, es menester existan condiciones especiales: Es necesario que el útero sea transformado en una bolsa de paredes delgadas, por el desarrollo gradual de un producto interior y que esta bolsa se vacíe súbitamente de su contenido (Denucé).

Estas condiciones, se realizan en los casos siguientes:

1.º En el embarazo, en el momento de la expulsión del feto.

2.º En los casos, donde tumores, tales como pólipos, después de desarrollarse lentamente, son arrojados de la cavidad uterina.

3.º En los casos de hematometría, consecuencia de una atresia de la vagina o de una imperforación del hímen, o cuando hay una acumulación de serosidad en el órgano.

En apoyo de esto, se puede citar una observación de Le Blanc, por acúmulo de sangre en el útero.

Grados de inversión.—Frecuencia

Existen varios grados de inversión, valorados según el punto, donde el órgano se detiene:

1er. grado.—Depresión de la pared uterina, en fondo de botella, según Mauriceau, pudiendo llegar, pero sin atravesar el cuello.

2.º grado.—El fondo del útero, muy deprimido atraviesa el cuello y llega a la vagina, el útero es intra-vaginal.

3er. grado.—El útero está totalmente invertido; el tumor constituido se ha hecho extra-vaginal.

La inversión completa (tercer grado), es poco frecuente. Es aquella en la que el rodete, constituido por el cuello, ha desaparecido por haberse invertido a su vez y el pedículo del tumor se continúa con las paredes vaginales.

La inversión uterina puerperal es un accidente raro; es sin embargo, la más frecuente de todas las inversiones. Crosse, en una estadística, sobre 400 casos de

inversión de toda la naturaleza; dice que 350 han sido consecutivas a partos.

Los autores que se han ocupado de la cuestión; dan los resultados siguientes:

Beigel	1	caso	de inversión	sobre	190.000	partos
Madden	1	„	„	„	190.000	„
Braun	1	„	„	„	150.000	„
Reewe	1	„	„	„	140.000	„
Crosse	1	„	„	„	140.000	„
Bar	1	„	„	„	120.000	„
Auvard	1	„	„	„	10.000	„

Hardy y Mc. Clintock no han observado ningún caso de inversión sobre 75.000 parturientas.

Pinard dice no haber visto un solo caso en los servicios, donde fué interno o director, es decir: sobre un total de 60.000 partos.

Todos los casos por él observados, han sido traídos de afuera o los ha visto en la clientela civil; lo que demuestra que el accidente es más común fuera de las maternidades.

Habiéndose divulgado el conocimiento de las medidas profilácticas; se explica que hoy sea poco frecuente este accidente.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, sobre las condiciones que necesita el útero para invertirse, se concibe que dichas condiciones, se encuentran reunidas en el parto a término y en consecuencia, muy pocos son los casos en que el accidente se haya producido a raíz de abortos o partos prematuros; sin embargo existen

algunas observaciones al respecto: Una de Skal y Woodson al cuarto mes; dos de Spaë y J. Brady al quinto mes y una de Brown, al sexto mes.

Para que el útero pueda invertirse, es menester que exista inercia total o parcial del músculo uterino. En efecto; la retracción del útero, es la consecuencia de la salida gradual del feto y esta retracción tiene por resultado el desprendimiento de la placenta. Después de la expulsión de las membranas, cuando la retracción es normal, el útero está dispuesto de tal manera que no puede invertirse. Las paredes anterior y posterior están aproximadas, casi yuxtapuestas; el anillo inferior se forma. Las paredes anterior y posterior hacen el oficio de dos columnas, apoyadas sobre el anillo de contracción y sirviendo de soporte a la bóveda; representando una verdadera calota hemisférica que la presión abdominal no puede hundir.

De lo anteriormente expuesto, resulta que la inversión es una consecuencia de la inercia y podemos formular como axioma: Después del parto, no hay inversión sin inercia; siendo la causa primitiva e indispensable.

El mecanismo de la inversión, debe ser considerado en dos casos, según que la inercia sea generalizada o localizada. La inercia, en efecto, no produce por sí misma la inversión, implica solamente un estado uterino necesario y es menester una causa determinante que empuje el fondo uterino hacia el cuello.

Inercia generalizada. — En un útero inerte, la pared

uterina puede deprimirse, sea por presiones exteriores, sea por tracciones que actúan sobre su superficie interna.

Causas que actúan sobre la superficie externa.—Ellas pueden ser espontáneas y provenir entonces de las condiciones fisiológicas de la mujer o artificial, es decir, resultar de una intervención del partero.

Inversión espontánea.—Leroux de Dijón ha desarrollado de un modo satisfactorio la teoría de Galien, y dice: En el momento del parto, el feto hace las veces de un émbolo y produce un vacío en el interior del útero, el que en ciertas condiciones cede a la presión abdominal, determinada por la contracción del diafragma y de los músculos que circunscriben la cavidad abdominal produciéndose una inversión cuya característica es la de hacerse durante el parto, antes de toda tentativa de alumbramiento y de aparecer al exterior con la placenta adherida, inmediatamente después de la expulsión del feto.

El útero se encuentra sometido a estas presiones continuas, aumentadas con el esfuerzo y los músculos poderosos del abdomen ejercen presiones sobre los puntos débiles de esta pared, produciendo hernias. En consecuencia: La matriz, transformada por el embarazo es un órgano de paredes delgadas se hace uno de estos puntos débiles; susceptible de ceder a las poussés abdominal y de formar una clase de hernia, donde la bolsa uterina, rechazada y vuelta sería el saco. Es fácil comprender que en el momento de la expulsión del feto, se

hace un vacío virtual entre el cuerpo del niño y las paredes de la matriz vacía, que tiende a llenar las contracciones abdominales, arrojando la masa intestinal contra estas paredes.

Si la resistencia del músculo uterino, no es superior a la fuerza de las presiones abdominales, las paredes de la matriz se deprimen y acompañan invirtiéndose, al feto, en su movimiento de expulsión. Esta clase de inversión ha sido designada, por la mayoría de los parteros, con el nombre de inversión espontánea. La inversión se produce también, como lo ha observado Baudelocque, a consecuencia de tos, vómitos, etc. La mano, introducida en el útero para practicar el alumbramiento artificial puede, en el momento en que es retirada jugar el rol de un pistón, atrayendo la pared uterina (Vogel).

El mismo fenómeno, ha sido observado en las mujeres con temperamento vigoroso, con carácter violento e indócil, en las cuales aparecen contracciones sin medida de los músculos abdominales y esfuerzos convulsivos para apresurar el alumbramiento. Estos esfuerzos voluntarios pueden terminar con la inversión. Existe una observación de Baudelocque al respecto.

La inversión espontánea ha sido atribuída algunas veces a una tercera causa, que es la contracción del músculo uterino. El iniciador de esta teoría fué Astruc, siguiéndolo luego Radford y P. Dubois.

Esta nueva clase de inversión, la podemos reducir como hace Denucé, a tres términos:

1.º Excitación y contractilidad espasmódica, del músculo uterino.

2.º Relajamiento concomitante del cuello.

3.º Inversión del cuerpo del útero; bajo la influencia de estas contracciones irregulares a través del cuello relajado.

Ella es inaceptable y en contradicción con los datos anatómicos que poseemos sobre la estructura del útero y con las nociones más elementales de geometría. El útero, en efecto, cuando el cuello y el segmento inferior en el momento del pasaje del niño son dilatados y relajados como un esfínter, ofrece por su segmento superior, el aspecto de una calota hemisférica, en estado de contracción enérgica. Esta media calota está formada por tres órdenes de fibras, que componen su estructura: Fibras longitudinales; fibras circulares y fibras oblicuas o en hélice. El círculo inferior sería el cuello del útero. Suponiendo una contracción uterina muy enérgica de todas estas fibras, se comprende fácilmente que por su acortamiento exagerado; la calota desaparecería y se transformaría en un diafragma tendido sobre el orificio del cuello o sobre el círculo inferior. Pero no se puede concebir que este diafragma se pueda hacer, por sus solas contracciones, convexo por debajo del cuello y cóncavo por arriba. Esta objeción capital, no había escapado ni a Denman ni a Crosse: "Si, dice Denman, la primera impulsión ha sido dada a la inversión por la fuerza que se ha empleado, para sacar la placenta; la acción del útero puede completarla."

Crosse, en un pasaje memorable desarrolla la misma idea, con una gran claridad, adjuntando una corrección importante: “Yo no concibo, dice, que el órgano mismo tenga la potencia de comenzar el desplazamiento y de producir la simple depresión. Pero cuando la inversión ha comenzado, cuando el órgano marcha hacia la inversión y llega a hacer saliencia por el cuerpo que no está todavía invertido, el órgano, irritado, trata a la parte invertida, como un cuerpo extraño y busca expulsarla, por sus contracciones; el cuello se presta a esta expulsión como lo hace en los partos naturales (Ley del balance entre el segmento superior y el inferior). De este modo, una parte del útero obra sobre el resto, induciendo el desplazamiento a la perversio extrema. El *nisus depressorius* de las paredes abdominales se despierta y ayuda a la expulsión.”

En resumen; la contracción uterina no puede obrar en la producción, de la inversión, sino como factor secundario y sólo una vez que la presión abdominal ha producido un primer grado de ella, favorecida por la inercia uterina.

Inversión artificial. — La expresión manual de la placenta, es la causa ordinaria; ya sea practicada con violencia (maniobra de Credé), ya sea que la mano exprimiendo el útero inerte, ejerza una presión muy localizada.

Causas que actúan sobre la superficie interna. — Las tracciones intra-uterinas se producen a menudo en los últimos tiempos del parto y tienen por intermediaria la

placenta que se inserta de ordinario hacia la parte culminante de la cavidad uterina y el cordón que la une al feto. Estas tracciones pueden tener lugar en las siguientes circunstancias: Ante todo, las tracciones ejercidas sobre el cordón para obtener rápidamente el desprendimiento de la placenta: Las tracciones prematuras o muy prolongadas para facilitar el desprendimiento placentario.

2.º Las tracciones muy enérgicas o mal dirigidas para vencer adherencias cuando existen, son en general y entre manos inexpertas la causa más frecuente de inversión. Arétéé, fué el primero en mencionar estas causas y todos los autores después de él, tanto en la antigüedad como en los tiempos modernos, las ponen en primera fila.

Fuera de estas violencias producidas, por manos inhábiles; las tracciones legítimas que necesita a menudo el alumbramiento pueden tener acción sobre el punto de la matriz, donde se inserta la placenta y determinar, sino la inversión completa; por lo menos la depresión en fondo de botella.

Cuando esta depresión está constituida, fácil es que se complete y se transforme en inversión real, sin nuevas tracciones y bajo la influencia de un segundo orden de causas, mereciendo especial mención la presión abdominal.

Las posiciones que adoptan ciertas parturientas, como la posición de pie o sentada sobre el borde de una silla, predisponen a los tironeamientos, porque al ser

expulsado el niño, queda suspendido al cordón y si éste resiste, tira por su intermedio de la cara interna del útero.

La brevedad del cordón, ya sea natural (lo que es raro) o por las circulares que describe alrededor de ciertos segmentos fetales pueden ejercer tironeamientos, acarrear detrás de la placenta un segmento de pared uterina, determinando la inversión. Los cordones más cortos encontrados, medían 7 u 8 pulgadas y no pueden por ellos mismos determinar otra cosa, que una simple depresión de la matriz y según toda probabilidad es por la intervención de una segunda causa, sea una tracción directa ejercida sobre el cordón; después de la salida natural del niño; sea una presión exterior ejercida sobre la matriz, que la inversión se completa.

Algunas veces, el cordón, sea porque es delgado y frágil, sea porque las tracciones han sido muy violentas; se rompe entre las manos del partero. Algunas veces; malgré las tracciones más oportunas y sostenidas; la placenta no se desprende, porque es adherente. En estos casos el comadrón, está obligado a practicar el alumbramiento artificial. Esta operación bien reglada, no conduce a la inversión; pero cuando es mal hecha o cuando la placenta es absolutamente adherente; el útero puede seguir las tracciones que son ejercidas sobre él y la inversión se produce.

Estados patológicos hay, que sin influir directamente en la etiología de las inversiones uterinas, nos colocan al paciente en condiciones tales, que otras causas que

por sí solas, no bastarían para darnos tal proceso, obran después de ellas, porque encuentran un terreno propicio para la producción de la inversión. Entre éstas, debemos colocar la menor resistencia que nos ofrece un terreno pobre, influenciado por el linfantismo, raquitismo, que debilitan al máximo las energías.

Inercia localizada. — En este caso la inercia ataca una zona del músculo uterino, al nivel de ella se prepara la inversión y son las contracciones del órgano que la hacen progresar.

Pozzi admite que para que la inversión se produzca es necesario que una parte del cuerpo; vuelta inerte, sea tomada por las contracciones uterinas de la porción del músculo situada debajo de ella. Esta parte inerte del cuerpo del útero se encuentra después del parto en el sitio de implantación de la placenta, que es lo que Rokitanski, llama parálisis de la zona placentaria; alrededor de ella el resto del útero, se ha retraído y forma como un anillo contráctil que abarca esta zona; sería entonces cuestión de que la placenta y su sitio de inserción se encuentren más alto o más bajo que el límite de la parte contráctil para que según eso se forme un encastillamiento de la placenta o una inversión del útero.

Cuando el partero interviene; extrayendo la placenta encastillada; la porción del útero correspondiente se retrae y todo entra en lo normal; pero cuando la zona placentaria se ha deprimido en fondo de botella; por los esfuerzos de la paciente etc., se producen dos circunstancias que hacen que la depresión sea estable; en

primer lugar, la parte del útero, deprimida con la placenta que puede estar adherida, hace las veces de cuerpo extraño; las contracciones uterinas se hacen más enérgicas y al querer expulsar su contenido, muerde la parte deprimida y la atrae cada vez más hacia su cavidad. (Ortelli.)

La segunda circunstancia, mencionada por Treub, consiste en que las fibras musculares longitudinales; que serían las únicas capaces de hacer desaparecer la depresión; se encuentran paralizadas por la acodadura que sufren en el sitio de la flexión de la pared.

Una vez desprendida la placenta, la parte del útero deprimida volviendo a adquirir sus propiedades contráctiles; se restablece la forma primitiva del órgano; si la depresión no ha sido muy marcada pero si esta zona está muy deprimida y si la contractilidad del útero no se despierta en dicha zona; es tomada por la porción contráctil y la inversión se acentúa cada vez más.

En consecuencia; la inercia parcial primitiva puede llegar a la inversión completa.

Los autores modernos tienen una tendencia marcada a considerar esta inversión como la más común y ellos le reconocen dos variedades: La inversión espontánea y activa, en la cual existe una parálisis parcial del fondo del útero y donde el estado del poder aspiratriz del abdomen o bien un verdadero esfuerzo; determinan una saliencia de esta porción en el interior de la cavidad uterina. La inversión artificial y activa que difiere de la precedente por la causa artificial que produce la de-

presión y que es una tracción sobre el cordón o una presión de arriba abajo.

La parálisis o la ausencia de contracciones o la acción debilitada de ciertas partes del útero se acompañan de la contracción o espasmo de otras partes, permitiendo comprender la inversión uterina. Como ellas, explican el encastillamiento de la placenta por "l'hour glass contraction", es decir, la contracción de útero en forma de reloj de arena. Es suficiente la presencia de una de las causas que hemos enumerado más arriba para constatar la inversión en lugar del encastillamiento; la contracción uterina sola no puede producir este accidente. En "l'hour glass contraction" la cavidad uterina está dividida en dos partes por la contracción media de este órgano. Esta contracción puede tener su asiento a nivel de las fibras circulares, situadas alrededor del orificio interno del cuello; en la parte media del cuerpo o mucho más alto, en una región vecina al orificio de una trompa de Falopio.

"L'hours glass contraction" no puede existir y sobre todo persistir; sino a condición de que las partes situadas por encima de ella estén en estado de inercia, mientras que la parte inferior del órgano sea el sitio de contracciones, contrariamente a la opinión de Radford que admite la contracción de la parte superior y la inercia de la parte inferior y que explica la producción de la inversión por la irregularidad de las contracciones uterinas.

Del mismo modo que se encuentra la placenta apli-

cada sobre la parte del útero que está en inercia, lo mismo se encuentra en la bolsa que está situada por encima de la contracción y esta inercia al nivel del punto de aplicación de la placenta, está demostrada frecuentemente en los dos casos por persistencia de su inserción. Está admitido que la inserción placentaria es más susceptible que ninguna otra parte del órgano de ser el sitio de una parálisis. A este nivel, el espesamiento de la pared uterina es menor. Las fibras de esta porción del útero, aumentan menos de volumen y sufren menos las modificaciones de estructura consistentes sobre todo en la producción de granulaciones grasosas. Este mecanismo no produce generalmente más que el primer grado de la inversión o sea la depresión. ¿Cómo el útero llega a la inversión completa? En los casos de inercia generalizada la acentuación de la inversión es brusca y muchas veces reconoce por causa la contracción de los músculos abdominales y del diafragma y los esfuerzos voluntarios o no de la parturienta. Es entonces gradual y es debida a la presión continua que ejerce la masa intestinal sobre la membrana flácida, representando el útero. En los casos de inercia parcial la inversión se completa exclusivamente por la contracción uterina. Ella forma un tumor, teniendo la mayor analogía con un pólipo. El útero trata la parte invertida, como un cuerpo extraño y busca expulsarle por sus contracciones, ayudado por las contracciones abdominales. Es casi un segundo parto; es un mecanismo análogo al que ha descrito Hunter para la inversión poliposa en los

siguientes términos: “La acción del útero, se ejerce de arriba abajo, el pólipo es gradualmente llevado hacia la parte inferior. El fondo del útero desciende poco a poco en su propia cavidad siguiendo al pólipo. La mitad superior llena la mitad inferior, la parte invertida se hace para su continente un cuerpo extraño; el útero continúa su acción para desembarazarse de la porción invaginada, como aquello que pasa en la intususcepción intestinal.”

Hay que agregar a esto, la intervención de la presión abdominal, cuya acción es considerable, para completar la inversión.

La matriz invertida, en condiciones de inercia, queda sin acción, muy flácida cuando se le palpa y hace en general, saliencia fuera de la vagina.

La inercia parcial, predispone a la depresión en fondo de botella sin la cual los grados más avanzados no pueden producirse.

De una manera general, podemos decir que existen dos especies primordiales de inversión: La primera ocasionada por intervenciones obstétricas, formando la clase de inversiones mecánicas. La segunda, producidas por las contracciones abdominales o presiones extra-uterinas. combinadas ordinariamente con la inercia total o parcial de la matriz. Estas últimas, componen la clase de las inversiones espontáneas y ofrecen variedades: 1.ª variedad: No es necesario que la inercia de la matriz sea completa; es suficiente que las contracciones abdominales sean más enérgicas que las

contracciones uterinas para que se pueda producir la inversión, ésta puede presentarse así bajo la forma pasiva o activa.

En la segunda variedad, las contracciones uterinas, no llegan jamás por sí mismas a producir la inversión; las contracciones abdominales son primero necesarias para obtener una depresión y en el segundo período de esta evolución, son llamadas las contracciones uterinas a prestar su concurso, sinérgico.

En la primera variedad, no se encuentran sino inversiones rápidas o inmediatas que se producen durante el mismo trabajo del parto. En la segunda variedad, se asiste al contrario, a la inversión de la marcha lenta, tardía y cuyo carácter singular es el producirse un cierto tiempo después del parto.

Las inversiones tardías, pueden producirse de muchas maneras: Unas veces las presiones intestinales actuando; de una manera continua, acarrear gradualmente la inversión, otras veces, al contrario, es de golpe y bajo la influencia de un esfuerzo brusco y accidental o de esfuerzos sucesivos que la inversión se completa.

Estudiaremos estas dos formas: Las inversiones tardías graduales, no deben ser confundidas con esos casos, bastantes numerosos, en los cuales, por consecuencia de negligencia de los observadores o por tolerancia excepcional de las enfermas; el accidente ha pasado desapercibido en los primeros tiempos y no ha sido reconocido sino después de cierto tiempo del parto.

Tal es la observación de West. Las inversiones tar-

días graduales existen realmente y una observación de Robert y Leroux citada por Denucé no deja duda a este respecto.

Las inversiones tardías bruscas se producen en general en los 15 primeros días, que siguen al parto; pueden sobrevenir mucho más tarde y algunos casos hay que se han producido al cabo de un año.

Son siempre precedidas de una depresión parcial y aparecen con motivo de un esfuerzo que hace la enferma.

En este mismo orden de ideas, nosotros encontramos la explicación de otros hechos, es decir; de las inversiones a repetición, que han sido observadas después de una reducción quirúrgica. Existen observaciones irrefutables al respecto, como la de Tarnier y que prueban que en la reducción, cuando se obtiene el restablecimiento de la posición del útero, es necesario rechazar por un esfuerzo complementario, el fondo, a fin de tener la restitución completa del órgano en su situación y forma. Se concibe que si por negligencia o ignorancia se dejan las cosas en este estado, el útero se encuentra, después de la reducción en las disposiciones que hemos mencionado, favorables a una inversión que tarde o temprano se producirá. Estas repeticiones de la inversión no son más que una forma de inversión tardía, y como ella la consecuencia de una inversión parcial desconocida.

Por lo demás, estas consecuencias de las depresiones uterinas, no se limita ahí; no solamente ellas pueden,

como las hernias, aumentar gradualmente bajo la presión abdominal, sino que también, como las hernias, cuando esta presión falta, pueden sufrir bajo diversas influencias exteriores, una especie de retracción que las hace disminuir y aún desaparecer, al menos en apariencia. Esto es lo que constituye las inversiones intermitentes.

La repetición de la inversión de que nos hemos ocupado y que no son más que inversiones tardías renovadas después de su reducción espontánea, no deben ser confundidas con esas recidivas verdaderas, señaladas por los autores y constatadas sobre las mismas personas en partos sucesivos.

Inversión consecutiva a la expulsión de tumores intrauterinos

Los tumores fibrosos y sobre todo los pólipos son los únicos que se pueden legítimamente considerar como susceptibles de ocasionar la inversión, en el momento que ellos son expulsados de la cavidad uterina. Algunos pocos casos existen en la literatura médica, de inversiones incriminadas a cánceres.

Según la estadística de Crosse, mencionada más arriba, sobre 400 casos, 50 podrían ser atribuidos a otras causas que no fuera parto, es decir, en la proporción del 12 por ciento. Sobre 100 casos que ha reunido Denucé, 88 eran imputables a partos, 11 a producciones políposas y 1 a cáncer; siendo éste el que juega el menor rol.

Baudelocque ha demostrado que cuando el pólipo, por su volumen, determina los movimientos de contracción expulsivos de la matriz, en ese momento es rechazado al exterior por una especie de parto y que puede arrastrar con él, por su peso a veces considerable a la parte del útero, donde se inserta por su pedículo siempre corto.

Ferrand ha completado esta teoría haciendo observar que las maniobras quirúrgicas ejecutadas para exteriorizar al pólipo, pueden contribuir en gran parte a la producción de la inversión. Las tracciones, así practicadas, pueden deprimir el fondo del órgano, donde las paredes se han hecho delgadas y débiles por el desarrollo del tumor y producirse la inversión, por un mecanismo análogo a aquel descrito en las inversiones consecutivas a tracciones sobre la placenta después del parto. Es más fácil la producción del accidente, cuando el tumor está inserto en los dos tercios superiores del cuerpo del útero y se comprende que la inserción en el cuello o en el segmento inferior ocasionará generalmente un descenso total de la matriz o una depresión lateral.

Vautrin dice haber reducido, por el procedimiento de Küstner, una inversión uterina total en una niña de 15 años. Esta inversión era provocada y hecha irreducible manualmente por la presencia de un tumor quístico de origen mülleriano; implantado sobre el istmo uterino, en el límite superior del cuello. (Archivo General de Obstetricia y Ginecología, 1913).

En resumen, las causas que predisponen a la inversión son:

a) La edad, es más frecuente al fin de la vida menstrual, 45 a 50 años.

b) Los temperamentos débiles linfáticos; mujeres anémicas por largas enfermedades o por pérdidas de sangre repetidas; por alimentación insuficiente, por embarazos muy numerosos o muy frecuentes, por todas las causas, en fin, que gradualmente agotan a la enferma; contribuyen a producir la inercia primitiva de la matriz y conducen así a la inversión.

c) Todas las causas que hacen el parto penoso y laborioso, conducen por los excesos mismos de las contracciones de la matriz sin resultado, a la inercia secundaria de este órgano, que luego puede traer la inversión por consecuencia.

d) Los temperamentos vigorosos, los caracteres violentos, indóciles, todo lo que pueda precipitar los partos a su fin, sumando los esfuerzos poderosos y exagerados de los músculos abdominales a los esfuerzos ya enérgicos de la matriz.

e) Durante el parto: La producción a menudo desapercibida de una depresión uterina, predispone a las inversiones, pudiendo ésta presentarse muchos meses después del parto.

f) Una inversión reducida incompletamente, crea una disposición a las inversiones, exactamente como aquellas que habiendo sido reducidas se reproducen, al cabo de algún tiempo.

Inversión consecutiva a pólipos

Las causas predisponentes de estas inversiones son:

a) La edad: los pólipos, salvo ciertas excepciones, son en general patrimonio de los últimos períodos de la menstruación. Son frecuentes alrededor de 35 a 40 años, pero la edad propicia para ocasionar accidentes de inversión, es de 45 a 50 años. Se puede decir que las inversiones, consecuencias de pólipos, no se producen sino a la edad de la menopausia o después.

b) Tiene mucha importancia el sitio de inserción del pólipo. Tanto mayor es la disposición a la inversión, cuanto más arriba esté inserto. Se comprende que la tracción ejercida por el pólipo sobre el fondo del útero, facilita la formación de la depresión, que es el punto de partida de la inversión.

c) La actitud de la enferma; la posición de pie, marchas, sacudidas, etc., obran actuando por acción del peso del tumor.

d) El volumen del pólipo. Por su desarrollo, el pólipo dilata la cavidad uterina y adelgaza sus paredes; actúa como un cuerpo extraño que solicita la contracción de las fibras musculares.

e) La brevedad del pedículo; cuanto más corto es éste, más disposición a la inversión existe.

f) Las pérdidas sanguíneas repetidas que acompañan de ordinario a los pólipos, traen fatalmente al cabo de cierto tiempo, un debilitamiento de los órganos que predisponen a la inercia de la matriz.

g) Las fatigas habituales, los trabajos corporales

continuos que necesitan esfuerzos, etc., ocasionan tironcamientos incesantes. Estos, junto al peso mismo de los pólipos, terminan por crear disposiciones propicias a la producción de la inversión.

Causas que hacen detener la inversión

Hay que hacer notar que cualquiera que sea su variedad, todas las inversiones no llegan al mismo grado, muchas veces se limitan antes que la inversión sea completa.

Los órganos que la limitan son los ligamentos del útero y de sus anexos. Bar en dos autopsias de mujeres muertas de inversión, ha podido precisar la importancia respectiva de cada uno de ellos. Los ligamentos pubio-vésico-uterinos y útero-sacros, se insertan sobre el cuello y no detendrían el movimiento de inversión. Los ligamentos redondos, tienen una longitud suficiente para seguir la pared uterina, sin estirarse y lo mismo los ligamentos anchos. Sólo se hacen tensos los ligamentos suspensores del ovario.

Ellos forman una banda tensa cuyas extremidades se insertan sobre las paredes laterales de la columna lumbar y cuyo centro suspende la cara posterior del útero. La exageración de la inversión aumenta su tensión, su reducción los relaja. Deben ser considerados como los verdaderos ligamentos de detención. Participan de este rol dos bridas peritoneales que, partiendo de la cara posterior de la matriz, se insertan: a la de-

recha, en la porción terminal del ileón; ligamento apendículo-pelviano de Clado o plica génito-entérica de Waldeyer; a izquierda, en S ilíaca; ligamento colopelviano (Bar.)



Anatomía patológica

El primer grado de inversión, está constituido, como hemos visto, por una depresión más o menos considerable del fondo del útero que en general toca el orificio interno del cuello.

Esta inversión se presenta bajo la forma de un tumor más o menos grande, piriforme, a gruesa extremidad inferior, adelgazándose hacia arriba para constituir el pedículo. Esta depresión tiene la forma de fondo de botella y está bordeada por un rodete. A esta concavidad externa, corresponde una convexidad interna y la flexión de las paredes se hace en la mitad de la altura del cuerpo.

Cuando es extra-vaginal, esta masa carnosa ha sido comparada por su aspecto rugoso e irregular, a un ananás (Pinard).

En las inversiones puerperales recientes, puede la placenta quedar adherida o desprenderse. En el primer caso la placenta forma un capuchón al útero invertido, estando la parte convexa constituida por la

cara fetal de la placenta; el amnios y el corión forman colgajos flotantes por fuera de la vulva o quedan adheridos, siguiendo las inflexiones de la pared uterina. Cuando la placenta ha sido expulsada, el tumor es de un color rojo carne y en algunos puntos violáceo, debido al estancamiento sanguíneo. Su superficie puede tener adheridos pequeños restos de cotiledones, membranas o coágulos sanguíneos.

Cuando el útero no se ha reducido espontánea o artificialmente, puede la inversión pasar al estado crónico; el volumen del útero disminuye casi hasta adquirir el tamaño normal; pero conservando siempre la depresión superior, que da un aspecto que Denucé compara a la forma de un hongo en caliz. Sobre la extremidad inferior del tumor se pueden percibir de uno y otro lado los orificios de desembocadura de las trompas; ocultos a veces por la caduca uterina.

En la inversión incompleta, el útero forma una especie de embudo entre la vejiga y el recto. Este embudo contiene los ligamentos anchos, las trompas y los ovarios, y a veces hasta la vejiga como lo ha observado Levret.

Las paredes son delgadas, friables, poco resistentes. La superficie intra-uterina que se ha hecho intravaginal es roja, vellosa, sangra fácilmente sobre todo cuando la placenta ha sido desprendida.

Cuando la inversión es reciente, todos los órganos abdominales, contenidos en la excavación superior del útero, son completamente movibles; pero cuando exis-

ten inflamaciones; hacen que se establezcan adherencias del útero con los intestinos, epiploon, etc., dificultando mucho la reducción por taxis.

El volumen del útero, disminuye mucho debido a su involución, la nueva cavidad se hace pequeña, su cuello se estrecha y pronto forma un pequeño agujero; en estas circunstancias y debido a la falta de circulación suficiente, el útero se ulcera y gangrena. En el primer momento se congestiona por obstáculo a la circulación venosa de retorno. Este fenómeno, para algunos autores, es debido a la constricción que el cuerpo del órgano sufre al nivel del rodete muscular del cuello y que es tanto más duro, cuanto más días pasan; para otros es ocasionado por el estiramiento que sufren los ligamentos que se acodan y con ellos los pedículos vasculares, en los cuales las venas, por sus paredes delgadas, estarían sometidas a una presión periférica que no pueden soportar sin adosar sus paredes, mientras que las arterias conservan su luz.

La orina moja con frecuencia el órgano y contribuye a mantener un estado inflamatorio propicio para la adquisición de infecciones graves.

La hemorragia, en el momento en que la inversión se produce, es intensa y disminuye a medida que la involución se acentúa.

Puede existir un prolapso de la vagina y del útero, acompañado de inversión completa, hecho que es posible, teniendo en cuenta el relajamiento de los ligamentos.

En la inversión completa, se constata un tumor considerable al exterior. En todas las inversiones completas del útero, el cuello toma caracteres que servirían en el diagnóstico para diferenciar las inversiones de tercer grado de las de segundo. En las completas, la cara externa del útero, se continúa con las paredes vaginales de una manera casi insensible, pues el cuello forma un rodete poco saliente, mientras que en las incompletas el cuello forma un rodete, bien perceptible y situado entre dos surcos; el interno que lo separa del útero y el externo de la vagina.

Abandonada a sí misma, una inversión de tercer grado puede ser de fatales consecuencias para la enferma; como también puede pasar a un período de estadio. Hay que tener presente que las inversiones de tercer grado, revisten un carácter de mayor gravedad, pues a parte de que los ligamentos y órganos pelvianos sufren una dislocación mayor; el útero por el hecho de estar fuera de la vulva está en mayor contacto con el medio exterior y por consiguiente expuesto enormemente a los agentes mórbidos externos.

La mucosa uterina se continúa con la vaginal; sin que sea posible distinguir la mayor parte de las veces otra cosa que una diferencia de coloración. El útero invertido puede ser sitio de contracciones, circunstancia favorable pues la hemorragia se detiene y el órgano endurecido, cambia de color.

Todos los autores insisten sobre la rapidez con la cual el útero invertido, aumenta de volumen; parece

ser debido a la exageración de la tensión venosa que puede ser tal, que los vasos se manifiesten. Otros, lo atribuyen a la constricción ejercida por el cuello, sobre el pedículo del útero invertido. Bar no cree que una constricción del cuello pueda dar la turgescencia del tejido uterino y divide los úteros invertidos en tres categorías:

1.º Aquellos donde el cuerpo se contrae y que sangran poco. La contracción siendo general tiene por efectos detener la hemorragia, espesando las paredes del órgano.

2.º Aquellos donde el anillo de Bandl se contrae solo, con inercia verdadera o relativa del cuerpo; la hemorragia puede entonces ser abundante.

3.º Aquellos que son inertes. Son los que aumentan más de volumen y en estos casos la constricción del cuello es un factor dudoso. El edema uterino es debido al estiramiento de los ligamentos suspensores. Son en efecto, los vectores de los casos útero-ováricos. La arteria está situada profundamente, mientras que las venas son superficiales. Estas alcanzan una importancia considerable al final del embarazo. Cuando el útero está invertido, los ligamentos están tensos y su tensión es tanto más grande, cuanto la inversión es más acentuada. Las arterias situadas en la profundidad escapan a toda tracción; la sangre circula sin obstáculo; pero las venas situadas en la periferia se aplastan y la circulación de retorno está dificultada. Cuando se abre el abdomen, se ve que en lugar de la salien-

cia normal formada por el útero, existe una excavación entre la vejiga y el recto. El orificio de esta excavación, análogo a los anillos herniarios está cubierto por el peritoneo. Girad de Beauvais ha observado un caso de estrangulación intestinal, debido al intestino aprisionado en la excavación de un útero invertido.

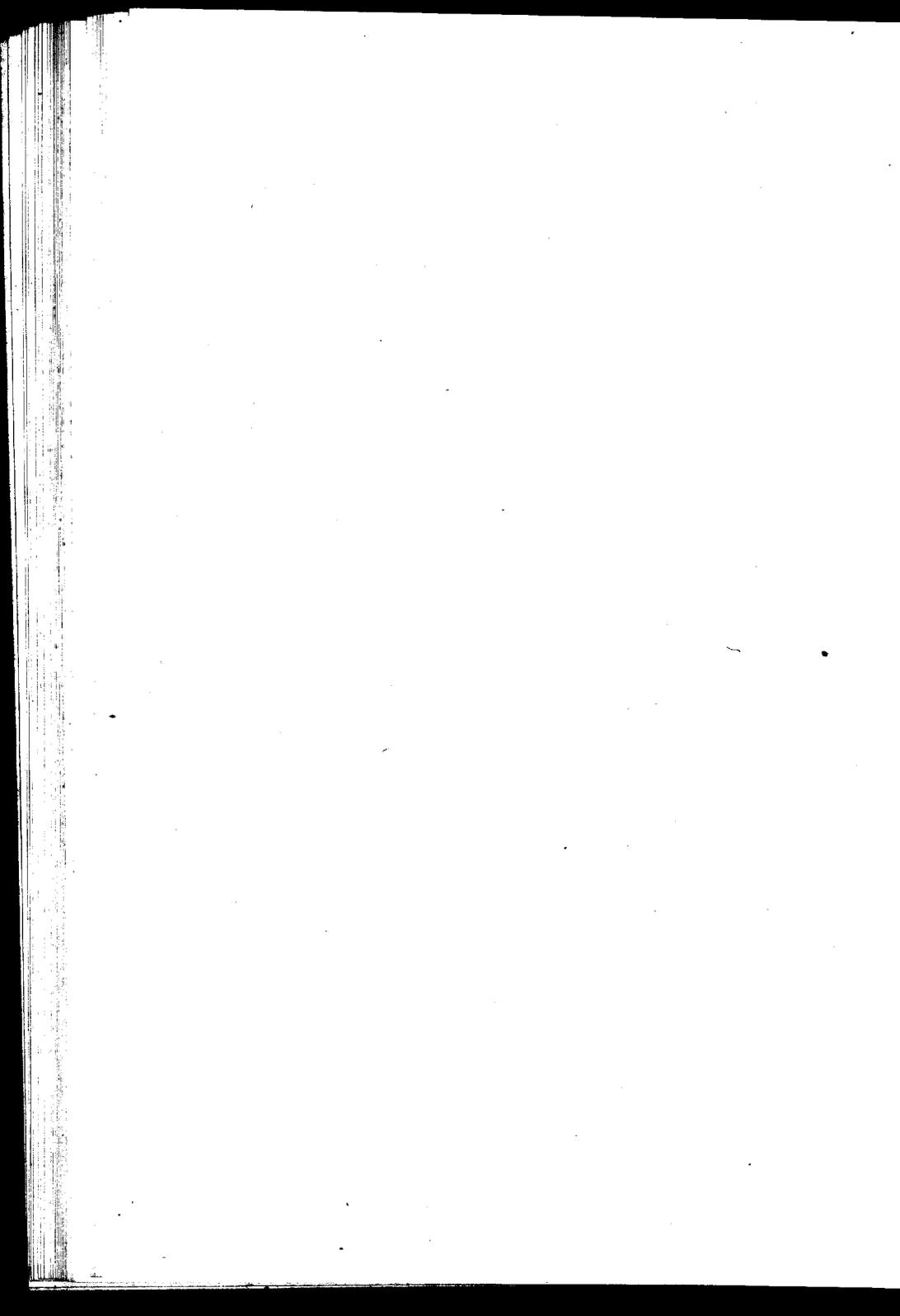
Los estudios anatómo-patológicos, practicados por Venturini en un útero invertido, desde hacía nueve meses, le han permitido las siguientes conclusiones: “El espesor de la pared uterina está aumentado, la mucosa áspera e hiperhemiada. Los cortes de esta mucosa muestran glándulas aumentadas de volumen; transformadas a veces en pequeños quistes.

El tejido conectivo interglandular está en parte infiltrado de pequeños elementos leucocitarios. En algunos puntos se constata una proliferación activa de elementos fijos. Este tejido conectivo está recorrido por numerosos vasos sanguíneos. Existen lagunas linfáticas, en algunos puntos, donde el endotelio ha proliferado, de tal modo que la luz de los vasos está obstruída. En cuanto a la pared vascular, el examen muestra que en las capas más próximas a la mucosa hay hipertrofia de elementos musculares; pero lo que llama más la atención es el crecimiento del tejido conjuntivo; los hacecillos están hipertrofiados, formando una red trabecular que sepea los hacecillos musculares. La hiperplasia del tejido conjuntivo va aumentando de la mucosa a la serosa.

Las trompas presentan las mismas lesiones peri-

vasculares que el útero. El ovario está aumentado de volumen, hay espesamiento de la albugínea y aumento hiperplásico del estroma ovárico. Esta hiperplasia es más considerable en las capas superficiales del órgano. En la profundidad, el tejido conjuntivo ha tomado una disposición radiada. Las mallas de este tejido que tienen una apariencia mixomatosa están infiltradas de serosidad. En el centro de la glándula existen anchos espacios con persistencia de gruesos cuerpos amarillos. En medio de estos tejidos, existen secciones de vasos sanguíneos espesados y folículos vacíos o conteniendo un óvulo en evolución.

La inversión crónica forma un tumor que se parece mucho por su aspecto y por su consistencia a un pólipa fibroso (Pozzi). El pedículo está representado por la parte contraída que penetra en el cuello. El tumor es redondeado, duro y casi sólido a consecuencia de la congestión crónica que resulta de la constricción ejercida por el cuello. La superficie de la mucosa es roja y vellosa; presenta lesiones macro y microscópicas de la endometritis crónica. Cuando la inversión es antigua, el epitelio cilíndrico de la mucosa se transforma en epitelio pavimentoso. Cuando la inversión se acompaña de prolapsus aparece fácilmente en la vulva y su superficie irritada se ulcera.



Sintomatología

Estudiaremos, la sintomatología por separado, considerando los tres grados, en que la hemos dividido más arriba.

Las inversiones recientes de primer grado no son tan raras después del parto. Pueden presentarse, desde el más ligero hundimiento hasta la depresión extrema que alcanza el cuello del útero. Se constata en este caso, por la palpación abdominal una depresión en fondo de botella, del útero o *de cul de lampe* (Baudelocque) cercada por un rodete saliente. Esta depresión es unas veces horizontal, otras inclinada hacia atrás, adelante o sobre los costados. Algunas veces se puede introducir en ella los dedos. Por el tacto intra-uterino puede uno asegurarse que la pared interna del útero, forma un tumor que se aproxima más o menos al anillo de Bandl y que es rugoso y desigual, al menos en la parte que corresponde a la inserción placentaria. Los síntomas generales son poco pronunciados y consisten en

hemorragias, más o menos benignas, amenazas de síncope, dolores ventrales o lumbarés. Ceden algunas veces, al cabo de algunos días, por la retracción natural o por las contracciones provocadas en el órgano enfermo.

Algunas veces, la depresión, en lugar de desaparecer con la retracción y el retorno de las contracciones, puede persistir, presentar ulteriormente los síntomas del período de estado y revestir la forma crónica. Las depresiones uterinas crónicas, han pasado a menudo desapercibidas.

Leroux, dió de ellas la primera descripción: “La mujer afectada de depresión puede quedar con dolores lumbares o pérdidas sanguíneas que ningún remedio puede detener y en que las consecuencias pueden ser funestas... Yo, he conocido una mujer que murió en el marasmo... Se tocaba el fondo del útero introduciendo el dedo en el orificio del cuello, a una media pulgada de profundidad.”

Se puede reconocer, en efecto, por el tacto vaginal, cuando la abertura del cuello es accesible al dedo; por la dilatación artificial del cuello; que deja percibir la presencia de una saliencia redondeada en la cavidad uterina; por el tacto rectal que permite constatar el aplastamiento del fondo de útero y por el procedimiento de la acupuntura de Guéniot, con el cual se puede asegurar si esta saliencia ofrece la consistencia y sensibilidad del tejido uterino.

Estas inversiones, no son más que la primera eta-

pa de la inversión de segundo grado o inversión incompleta; ésta se suele producir bajo el ojo o la mano del partero.

El fondo del útero franquea el orificio del cuello. A la palpación se constatan los mismos signos que anteriormente, pero más acusados. El útero apenas sobrepasa el pubis. La mano a ese nivel cae en una fosa. Por el tacto vaginal se constata la presencia del órgano invertido, pero el descenso es más acentuado. La hemorragia es seria, algunas veces fulminante. Los dolores son dislacerantes, remontando al abdomen y dando una sensación de arrancamiento. Es tal la agudeza de estos dolores que las enfermas pueden presentar un estado sincopal, palidez, lipotimias, verdaderos síncope: Enfriamiento de las extremidades, dilatación pupilar, originadas por reflejos. Quedando estos enfermos en reposo, el dolor no reaparece sino por intervalos, lo que es debido probablemente a las contracciones intermitentes del útero. Cualquiera maniobra que se intente, despierta vivos dolores en la región lumbar, sacra y bajo vientre.

La sensación de pesadez en la región sacra es constante. En la parte inferior y redondeada del tumor se encuentran, buscando con cuidado, los orificios de desembocadura de las trompas. Este signo presenta un gran valor diagnóstico.

Algunas complicaciones serias pueden todavía agravar la situación de la enferma. La vejiga y el uréter comprimidos, son asiento de retención de orina, sínto-

ma muy frecuente en este período de la afección y difícil a veces de vencer. El cuello sufre, en ciertos casos una retracción rápida, que puede producir, ya sea el estrangulamiento de ciertos órganos o el estrangulamiento del útero mismo y su gangrena consecutiva.

Cuando los enfermos escapan a estos accidentes, la matriz sufre modificaciones sucesivas, por su retracción natural.

Los síntomas generales presentan modificaciones análogas. El dolor violento, agudo, deja su lugar a esos dolores obtusos que acompañan el desplazamiento de la matriz. Las hemorragias se hacen menos frecuentes y hasta desaparecen cuando la madre amamanta a su hijo, pues sabemos el efecto descongestionante que tiene la lactancia sobre el útero, pero puede aparecer con la primera menstruación.

Otro de los signos de gran importancia, es la constatación de la ausencia de la matriz, que puede hacerse con mayor seguridad, cuando, como aconseja Lisfranc, se hace el cateterismo vesical con una sonda rígida y curva introduciendo al mismo tiempo el dedo pulgar de la mano izquierda en la vagina y el índice en el recto, profundamente, llevando entonces, la extremidad de la sonda al sitio que debía ocupar la matriz, si ésta no existe, la sonda va a chocar por el intermedio de las paredes vesicales y rectales con la extremidad del dedo introducido en el recto. Muchos autores se declaran partidarios de este signo que es aplicable sobre todo, en los casos de inversión crónica, para diferenciar el útero, de un tumor uterino.

Se pueden dividir los síntomas de la inversión completa, en síntomas locales y generales. Desde el punto de vista local, dos casos hay que tener en cuenta: la placenta ha sido expulsada o es todavía adherente. Veamos primero el caso en que ha sido expulsada: El tumor que reaparece al exterior tiene un volumen que varía desde el de un puño a aquel de una cabeza de feto. Es piriforme, con su gruesa extremidad hacia abajo. Tiene un aspecto rojizo, sangrante casi siempre y sembrado de puntos rojos que son los vasos abiertos, fuentes de hemorragia.

Está cubierto de colgajos, de caduca y de coágulos. Se encuentran los orificios de las trompas, sobre sus partes laterales.

El útero invertido es el sitio de una sensibilidad especial. El dolor que se provoca por la presión es semejante a aquel que se provoca por la presión en el testículo del hombre. Es una clase de dolor penetrante que va al corazón; según la expresión de Denucé. Este dolor es debido a la vez al tejido uterino, al peritoneo y a los ovarios que suelen estar comprimidos. Esta sensibilidad es un buen medio de diagnóstico. Se puede poner en evidencia por muchos medios: Proyectando un chorro de agua caliente el órgano, se le ve contraerse. Pinchándolo produce un dolor bastante vivo. Esta propiedad del útero invertido, no es absolutamente constante.

Un signo importante que permite reconocer que se trata de un útero invertido, es el modo de implantación

del tumor. Hemos visto que el útero invertido se termina hacia arriba por un pedículo penetrando en un anillo más o menos dilatado que es el cuello. Este pedículo, ocupa exactamente el centro de la ranura circular que el dedo encuentra a 15 o 20 milímetros de profundidad.

Este signo es importante para distinguir la inversión, del pólipo. Este se implanta habitualmente sobre las partes laterales y la ranura que contornea al pedículo es mucho más elevada. Palpado el tumor invertido, se ve que él, en parte es reductible, como todos los tumores vasculares. Este carácter es especial de la inversión. La constatación de la ausencia del útero en su lugar normal, viene a confirmar el diagnóstico. Para esto, usaremos los procedimientos anteriormente citados.

Cuando la placenta es todavía adherente, la masa que hace saliencia fuera de la vulva es más voluminosa. Se reconoce fácilmente la cara fetal por su aspecto brillante y liso, por la inserción del cordón y por los vasos que serpentean bajo las membranas.

La hemorragia, poco abundante cuando la placenta es completamente adherente y que se reduce a un rezumamiento sanguíneo alrededor de la masa, pues los senos uterinos no están abiertos, puede ser abundante si la adherencia no es completa y si algunos cotiledones han sido desprendidos. El derrame es tanto más considerable, a medida que la superficie de desprendimiento es más larga.

Baudelocque y Jacquemier, dicen que las hemorragias son menos abundantes en estos casos que en los casos de inercia sin inversión, porque el cuello puede actuar como agente hemostático, haciendo una ligadura elástica, en el vértice del tumor.

Pero, sea que la placenta esté todavía adherida al útero, sea que haya sido expulsada, la hemorragia está bajo la dependencia del estado de contracción o de inercia del músculo uterino.

Como síntomas generales las inversiones provocan trastornos nerviosos profundos que tienen una gravedad considerable. El dolor extremadamente violento, tiene por base el hipogastrio y la región lumbar, se irradia a las ingles y a los muslos. Es a él que se ha atribuído con justa razón el estado de shock, en el cual cae a menudo la enferma y que termina frecuentemente por la muerte súbita. Se debe incriminar a la hemorragia, parte de este accidente.

Desde Billroth, la hemorragia, el dolor y las emociones morales, serían los factores más importantes del estupor de los heridos; de ese estado complejo y mórbido, teniendo mucha analogía con el síncope traumático, pero no siendo absolutamente idénticos. Este estado se observa frecuentemente en las enfermas atacadas de inversión y suelen tener un fin funesto. En el momento en que se practica la reducción del útero, se suele observar este accidente: Bruscamente la enferma palidece, sus facciones son alargadas, sus labios azules, la pupila dilatada, los ojos fijos y encajados en

las órbitas; la sensibilidad, sino desaparecida, al menos embotada; la palabra es lenta, pero prueba una inteligencia todavía presente. La respiración es débil, regular, toma a veces el carácter suspiroso; el pulso es pequeño, frecuente, dicroto, los latidos cardíacos son poco perceptibles, las extremidades frías. El termómetro marca un descenso a 36° y a veces a 35°. La enferma que está en plena resolución muscular, no acusa, por otra parte, ningún sufrimiento y la muerte puede sobrevénir, sin que este estupor se disipe.

Otras veces, la enferma reacciona, el dolor desaparece en parte, la respiración se regulariza; el pulso toma su fuerza primitiva; el daño está conjurado. Desgraciadamente estos casos son raros y el resultado funesto es lo más frecuente.

Diagnóstico

La inversión de primer grado, pasa algunas veces, desapercibida. Una hemorragia un poco abundante, dolores insólitos al momento del alumbramiento, deben despertar la idea de la inversión que es confirmada por la palpación, constatando el fondo de botella.

Pero es sobre todo, en las inversiones de segundo y tercer grado, que importa fijar bien los signos; un error hecho en estas circunstancias, puede traer consecuencias funestas. La inversión, tanto sea completa como incompleta, no debe ser confundida ni con un tumor canceroso ni con un prolapso del útero. La forma regular y redondeada del tumor, la presencia de un pedículo, los antecedentes de la enferma, la diferenciarán de la primera de estas afecciones. La ausencia del orificio uterino hacia abajo del tumor la distingue de la segunda.

El diagnóstico diferencial con el pólipo es más difícil y la confusión ha sido hecha muchas veces. Denuncé, publica 43 errores al respecto. En el pólipo, co-

mo en la inversión, se encuentra un tumor redondeado, munido de un pedículo emergente del orificio del cuello y dando lugar a hemorragias con todas sus consecuencias. Los caracteres precisos, que hemos mencionado, del útero invertido, permiten evitar este error:

a) — La implantación central y no lateral del pedículo.

b) — La existencia de los orificios de las trompas, sobre la extremidad inferior del tumor.

c) — La sensibilidad especial, acompañada, algunas veces, de contractilidad que ofrece este tumor a la presión y a la acupuntura.

d), — La reducción parcial que se obtiene en los casos de inversión.

e) — La ausencia del útero, en su sitio ordinario, que se puede constatar por los medios de exploración indicados más arriba.

f) — La histerometría, mayor en el pólipo, menor en la inversión.

Algunos de estos signos pueden dejar duda, pero dos son patognomónicos: La sensibilidad especial del tumor y la ausencia del útero en su posición normal.

Denueé, resume el diagnóstico diferencial en lo concerniente a los signos físicos en la siguiente forma:

Primer grado o depresión

POLIPOS:

1.º — La histerometría demuestra la cavidad uterina aumentada.

2.º — El tacto vaginal o rectal, combinados con la palpación abdominal, demuestran que el útero ha conservado su forma globulosa y que ofrece a menudo un aumento de volumen.

3.º — La acupuntura es indolora.

INVERSIONES:

1.º — La histerometría demuestra la cavidad uterina disminuída.

2.º — El tacto vaginal o rectal, combinados con la palpación abdominal hacen reconocer simultáneamente un aplamamiento y sobre el cuerpo mismo del útero, una depresión circular.

3.º — La acupuntura es dolorosa.

Segundo grado.—Inversión incompleta

POLIPOS:

1.º — El catéter penetra en la cavidad uterina, contorneando el tumor por uno de sus costados. Puede alcanzar el fondo del útero y hundirse a 50 milímetros de profundidad.

2.º — El tacto vaginal y rectal ayudados de la exploración vesical permiten constatar la presencia del útero en su lugar normal.

3.º — La acupuntura y la presión son indoloras.

INVERSIONES:

1.º — El catéter penetra entre el cuello y el pedículo, pero encuentra una ranura circular contra el fondo

de la cual tropieza y no puede hundirse más de 15 a 20 milímetros.

2.º — El tacto vaginal y rectal ayudados de la exploración vesical descubren en el sitio del útero, que falta; una excavación en forma de anillo rígido.

3.º — La acupuntura y la presión son dolorosas.

Tercer grado.—Inversión completa

POLIPOS:

1.º — El catéter penetra en el útero, contorneando el pedículo del tumor.

2.º — El tacto vaginal y rectal, combinados con la exploración vesical, permiten constatar la presencia del cuerpo del útero en su sitio normal.

3.º — La acupuntura y la presión son indolentes.

INVERSIONES:

1.º — El catéter no encuentra cavidad cuando contornea el pedículo del tumor.

2.º — El tacto vaginal y rectal combinados con la exploración vesical permiten constatar la ausencia del útero en su sitio, existiendo en su lugar una excavación en forma de embudo.

3.º — La acupuntura y la presión son dolorosas.

Señalaremos para terminar, algunos errores de diagnóstico, afortunadamente raros, que han sido cometidos. El útero invertido; ha sido tomado por una cabeza o por un feto gemelar. Se ha confundido con una segunda placenta o con cotiledones placentarios. Tarnier, publica un caso, en el cual un médico, había arrancado un útero, creyendo vérselas con un fibroma.

Pronóstico

El pronóstico de la inversión es siempre grave. La estadística de Crosse es evidente. Sobre 190 casos, en los cuales la enfermedad ha sido abandonada a su curso natural, 72 casos han sido fatales en las primeras horas, 8 después de una semana, 6 en los dos primeros meses, 1 al quinto mes, 4 entre el octavo y noveno mes, 18 en diferentes épocas, que varían entre uno y cinco años.

La inversión acarrearía la muerte, dos veces sobre tres y en estos casos es debida a la hemorragia y al shock nervioso. Si la muerte no es inmediata, la mujer se consume en hemorragias repetidas. La mucosa uterina, sufriendo miles contactos, está expuesta a la infección, que puede traducirse por la peritonitis o la gangrena del útero. Algunas veces pasa al estado crónico.

La inversión puede tener una terminación feliz. En los casos de simple depresión, la reducción del fondo del

útero, se hace naturalmente, por el simple hecho de la involución uterina. El pronóstico depende, sobre todo de la intervención rápida del partero; la reducción rápida acárrearía la curación del accidente.

No debemos olvidar que estas tentativas terapéuticas son perjudiciales y como dice Depaul: "Todo es serio en la inversión, comprendido el tratamiento."

La mortalidad global es elevada y según Crampton, alcanza a 25 por ciento.

Teniendo en cuenta la necesidad de un tratamiento urgente, Pinard piensa que las inversiones de segundo grado o intra-vaginales son más graves, porque pueden pasar desapercibidas, no sucediendo esto en las extra-vaginales.



Tratamiento

El tratamiento a seguir en toda inversión uterina, debe ser conservador en la medida de lo posible, teniendo en cuenta que el útero, no pierde sus propiedades fisiológicas.

Por consiguiente, el principal objetivo del tratamiento debe ser la reducción manual o instrumental.

En una inversión puerperal reciente, pueden presentarse dos casos; según esté adherida o no la placenta. En el primer caso, como medida previa hay que abstenerse de practicar tracciones del cordón.

Respecto a la conducta que se debe observar con la placenta, las opiniones están divididas. Puzos, es partidario de practicar el alumbramiento antes de la reducción. Burns y Jacquemier, prefieren lo contrario y sostienen que la placenta forma una especie de tapón, que protege al útero contra las violencias involuntarias del operador. La conducta a seguir, dependería del estado del útero y del cuello: En los casos de útero relajado y cuello blando, se efectúa la reducción con

la placenta en su sitio y se efectúa previamente el alumbramiento, cuando el cuello está retraído.

Cuando la placenta ha sido expulsada, se procede a una antisepsia rigurosa del útero y vagina para luego efectuar la reducción manual.

En suma, el tratamiento de estas depresiones es aquel de la inercia que es la causa. Hay que buscar siempre despertar las contracciones, por inyecciones intra-uterinas de agua caliente a 45 grados, por un taponamiento intra-uterino con gasa yodoformada, por inyecciones subcutáneas de ergotina. La hemorragia será así cohibida. Los fenómenos generales serán combatidos por la administración de Rhum o de Champagne e inyecciones de suero artificial por la hemorragia y por el shock.

Para las inversiones incompletas o completas, la indicación primordial es reducir el útero y esta maniobra es tanto más fácil, cuanto menos tiempo haya pasado del momento de su producción.

Existe una estadística de Hunt de Búffalo, sobre 67 casos, 35 fueron reducidos inmediatamente después del accidente y 32 fracasos, en los cuales las tentativas fueron realizadas después de 24 horas.

Un problema que hay que resolver, es el de la anestesia.

¿Hay que recurrir a ella? Hemos visto que las mujeres atacadas de inversión reciente, están en un estado de depresión nerviosa, de shock a veces tan grave que ocasiona la muerte, antes que haya podido ser socorrida y algunas veces después de la reducción.

Por otra parte, la taxis es completamente dolorosa y agrava la depresión nerviosa. Se puede entonces recurrir a la anestesia para favorecer las maniobras del partero siempre que no esté contraindicada por el estado de la enferma; por consiguiente, aconsejamos emplear la anestesia siempre que su estado lo permita.

Oui, considera la anestesia inútil, cuando la reducción puede ser tentada inmediatamente después de su producción, pues el útero en este momento es bastante flexible, el cuello poco resistente y de una manera general el anillo de Bandl cede bastante, para que la reducción se opere sin grandes dificultades y rápidamente para que el dolor sea casi despreciable.

Cuando la inversión data de algunas horas o cuando el útero está contraído, las maniobras son más prolongadas, más dolorosas, sacando muchas ventajas si usamos la anestesia general y sobre todo el éter.

¿Cómo debemos practicar la reducción del útero invertido?

Según Bar, tres circunstancias se pueden presentar en la práctica:

- a) — El útero se encuentra uniformemente blando.
- b) — El cuello flojo, el cuerpo inerte o poco contraído, el anillo de Bandl contraído.
- c) — El cuello blando, el cuerpo uniformemente contraído.

En el primer caso, la reducción se obtiene fácilmente. Los instrumentos son peligrosos e inferiores a la

mano, que aprecia mejor las modificaciones que sobrevienen bajo la influencia de las presiones y que actúan sobre una gran superficie. La reducción debe ser practicada únicamente por maniobras manuales, es decir, por taxis.

Es habitual describir tres variedades de taxis: central, periférica y lateral.

Taxis central. Método de Viardel:

La taxis central conviene cuando inmediatamente después de producida la inversión, se interviene. Se coloca a la enferma en posición obstétrica; la mano izquierda aplicada sobre el hipogastrio, deprime la pared abdominal y fija así el embudo de inversión. Con la mano derecha cerrada o con la extremidad de los dedos aproximados y reunidos en cono, el partero rechaza poco a poco el fondo del útero, a través del cuello. La mano penetra en la cavidad uterina a medida que se reduce y se asegura que la reducción sea completa, manteniéndola en el interior del útero hasta que éste se haya retraído fuertemente.

Taxis periférica. Método de Astruc:

Para realizarla se bajará el tronco de la mujer y se elevará la pelvis. Se rechaza suavemente el tumor, comenzando por los costados, como se hace en las hernias estranguladas, haciendo entrar primero las partes que han salido últimas.

Taxis lateral. Método de Deleurye:

Denucé, la describe del modo siguiente: El globo uterino, abrazado por la mano, los cuatro últimos dedos

se encuentran aplicados sobre la pared póstero-lateral derecha, que mantienen fija por una presión suficiente, mientras que el pulgar apoyado sobre la pared inferior de la cara ántero-lateral izquierda, deprime esta pared por presiones sucesivas de abajo arriba; el pulgar encajado en la foseta así producida hace deslizar esta pared sobre la opuesta gracias a la membrana serosa o peritoneal que dobla el saco uterino. La pared sobre la cual actúa el pulgar se eleva, haciendo en la parte correspondiente del orificio del saco uterino una saliencia, que aumenta gradualmente bajo la presión continua del pulgar y lleva así poco a poco, el útero a la cavidad abdominal.

Estos procedimientos de taxis han dado todos, buenos resultados. Algunas veces se han observado fracasos, donde la principal causa, dice Bar, parece ser la siguiente: "Cuando el prolapso es muy marcado, la cincha póstero-superior ha retenido la pared posterior del órgano y es por delante de ella, relativamente fija, que la pared anterior continúa su inversión, arrastrando con ella la vejiga y la pared anterior de la vagina. Conviene entonces reducir las partes anteriores, después de haber vaciado la vejiga."

b) — El cuello es flácido, el cuerpo inerte o poco contraído, el anillo de Bandl contraído.

Entre las dificultades de reducción que son la consecuencia de este estado del útero, es necesario conocer diversas eventualidades:

1.º — La extensibilidad del segmento inferior.

2.º — La resistencia del anillo de Bandl.

La extensibilidad del segmento inferior se observa sobre todo, cuando la inversión se produce después de un trabajo prolongado.

Si se interviene en seguida después del alumbramiento, nada es más fácil que obtener en apariencia la reducción, rechazando el útero invertido hasta el segmento inferior; pero éste es tan extensible que se distiende a medida que se rechaza el útero, haciéndose, por lo tanto, muy difícil triunfar contra la resistencia que ofrece el anillo de Bandl. Se puede remediar este inconveniente con la ayuda de una mano, aplicada sobre la pared abdominal, fijando el fondo de botella y limitando el alargamiento del segmento inferior.

2.º — Cuando el anillo de Bandl está contraído, se rechaza fácilmente el útero en el segmento inferior, pero la reducción completa no puede ser obtenida. Algunas veces la anestesia, hace cesar la resistencia de este anillo o los dedos del partero llegan a vencer la contracción. Cuando se fracasa hay que recurrir a otra intervención.

c) — El cuello es blando, el cuerpo está uniformemente contraído. Las dificultades de reducción alcanzan su máximo; las contracciones del cuerpo uterino tienen por resultado oponerse a toda reducción. Parecería entonces que la intervención quirúrgica fuese el único recurso, pero los úteros invertidos sangran poco y en este caso el empleo de los balones elásticos, combinados con maniobras reiteradas de reducción permiten

obtener resultados que al principio hubieran parecido imposibles.

En un cierto número de casos, los diversos procedimientos de taxis fracasan y se puede decir que hay irreductibilidad absoluta, bien establecida por algunos hechos clínicos demostrativos.

Según Duret, las causas de la irreductibilidad, son las siguientes:

1.º — La contracción uterina que vuelve el órgano duro, redondo e imposibilita la reinversión.

2.º — El espasmo del cuello. El cuello contraído aprieta fuertemente el pedículo del útero invertido, como lo haría un esfínter, imposibilitando el pasaje del órgano.

3.º — La turgescencia uterina. Hemos visto que el útero invertido, aumentaba rápidamente de volumen, a consecuencia del estiramiento de los ligamentos suspensores del ovario, que son los vectores de los vasos útero-ováricos o por consecuencia de la contracción del cuello. Este se retrae mientras que el cuerpo se hace edematoso y grueso, no permitiendo la reducción. En estos casos el tejido uterino se hace friable, sangra al menor contacto y puede desgarrarse, durante las tentativas de reducción. De ahí la perforación algunas veces observada. Otras veces la inversión uterina es reductible, pero en seguida que la reducción se ha obtenido, la inversión se vuelve a producir.

Pasa aquí, algo análogo a lo que se observa en ciertas clases de hernias que se rechazan fácilmente al

abdomen, pero que no quedan contenidas. Es lo que se designa con el nombre de *incoercibilidad de la inversión*.

Cuando la reducción de la inversión ha sido obtenida, se debe administrar una inyección intra-uterina antiséptica y caliente, completando la desinfección del útero y sobre todo como excitante de la contracción uterina. Luego se hace un taponamiento intra-uterino con gasa yodoformada. No hay que descuidar el tratamiento general; ciertas enfermas han perdido gran cantidad de sangre, otras están en un estado de shock muy grave. Estas enfermas deberán ser vigiladas de cerca. Las inyecciones de suero fisiológico permitirán luchar contra su estado de anemia aguda; las de éter y cafeína, serán empleadas contra la depresión nerviosa.

Resumiendo: El procedimiento de taxis central, es sobre todo aplicable a las inversiones recientes, voluminosas, con inercia.

El procedimiento de taxis periférica, es aplicable cuando el útero invertido no es muy voluminoso.

El procedimiento de taxis lateral ofrece las mismas ventajas y al mismo tiempo es fácil de ejecutar y donde las probabilidades de éxito son mayores; es él, el que se debe preferir cuando es posible emplearlo.

Métodos lentos de reducción

Procedimiento por pesarios fijos a bandas elásticas

No describiremos los pesarios a tallo, porque mantenidos por lazos o correas son al principio suficientes, pues la presión que ejercen mantiene el cuerpo del útero invertido; pero estos lazos se relajan al cabo de un cierto tiempo y los resultados obtenidos con la aplicación de estos instrumentos son muy infieles.

Es lógico que se haya tratado de sustituir a las correas ordinarias por correas elásticas de cautchue para transformar esta presión pasajera en presión permanente.

Barnes, fué el primero que ha empleado los lazos de cautchue, con objeto de obtener la acción permanente del pesario sobre el fondo del útero.

Dois puntos importantes, han preocupado a los cirujanos defensores de este procedimiento: La forma que

debe tener la extremidad uterina del pesario y la forma que debe darse al tallo que le sostiene.

El pesario de Borggrøve, era en forma de pilón; el de Smart, tenía la extremidad en forma de botón convexo, pero el que se ha impuesto es el pesario cupuliforme.

Falta determinar la forma que debe darse al tallo. Para Barnes, debe ser curvo como el eje de la pelvis. Aveling, hace observar con razón que el tallo curvo, no teniendo más que una curvatura, como el de Barnes, no representa ni el eje perineal ni el eje pelviano y trasmite al fondo de la cúpula "la compresión sobre el fondo del útero en una línea divergente hasta 45 grados del eje pelviano... Que presenta, por consiguiente, el inconveniente de no poder transmitir la fuerza de una manera directa... Que este instrumento actúa siempre lateralmente y facilita así el deslizamiento del vértice sobre el fondo del útero, que se encuentra rechazado contra la pared posterior y no en el eje pelviano.

Duncan, ha propuesto sustituir el tallo a una curvatura de Barnes por un tallo recto. Así modificado, dice Aveling, este instrumento es casi perfecto...

Aveling, propone un instrumento bastante parecido a los precedentes, que por su extremidad libre mantiene un par de lazos de cautchuc; su extremidad uterina es en forma de cúpula, diferenciándose de los anteriores por la forma del tallo.

Reemplaza el tallo a una curvatura de Barnes y el tallo recto de Duncan por un tallo a doble curvatura

que comienza siguiendo el eje perineal y termina por un doble codo siguiendo el eje pelviano; descomponese por consiguiente; la fuerza de presión que trasmite de tal suerte que imprimida directamente de abajo arriba, llega sobre el fondo uterino, en la dirección de su eje que se confunde en gran parte con el eje pelviano.

En una palabra, la reducción de las inversiones por el pesario fijo a bandas elásticas ha dado buenos resultados.

Procedimiento de reducción por los pesarios a presión continua

Tylor Smith, fué el introductor definitivo del pesario a aire de Gariel, como medio principal en el tratamiento de las inversiones. El instrumento se introduce vacío en la vagina, y se va gradualmente llenando de aire. Dilatándose, cambia el conducto vaginal en una cavidad redonda y corta; apretando las paredes vaginales contra los huesos de la pequeña pelvis. Por otra parte, apoya su pared superior contra el globo uterino. De este modo, conduce hacia abajo a la extremidad superior de la vagina, aumentando, por lo tanto, la fijación del útero y su resistencia a la impulsión que la bola de cautehuc le imprime al dilatarse.

El globo uterino, así levantado, es conducido hacia el canal cervical y allí con una fuerza constante debido a la elasticidad del pesario que actúa a la manera de taxis, se ha podido en muchos casos obtener reducciones, contra las cuales los medios más enérgicos habían fracasado.

Procedimiento por el pesario a agua o el colporynter

El colporynter es una vejiga de cautehue, que se llena, no de aire como el pesario de Gariel, sino de agua.

El agua es incompresible pero contenida en una envoltura elástica, se modela sobre las partes contra las cuales se aplica y conduce una gran uniformidad de presión sobre los puntos del cuerpo, con los cuales está en contacto. Colocada en la vagina llena de agua, ejerce una presión suave sobre las paredes, igual sobre todos los puntos periféricos; puede ser más fija, más regular, más fácil a medir que aquella que se produce con la misma bola llena de aire.

El pesario a agua, a pesar que es de un empleo menos fácil que el pesario a aire, no es de despreciar y muy al contrario suele dar especiales servicios.

El empleo del colporynter se ha generalizado, sobre todo en Francia, y Barnes, le ha dado el nombre de "dilatador hidrostático". Hay muchos instrumentos, basados en el mismo principio; pero el más conocido y aceptado es el balón de Charpentier de Ribes, que es el que nosotros preferimos. El empleo de estos instrumentos han dado resultados muchas veces y fracasado otras tantas. Debemos hacer notar un caso de muerte, constatado por West, a consecuencia de la simple aplicación de un pesario de Gariel. Lawson Tait, ha tenido igualmente un caso funesto, a consecuencia de la aplicación de un pesario a agua. En otras enfermas,

han ocasionado una serie de trastornos y hasta necrosis de las paredes vaginales.

En resumen, dice Fresson, todos estos métodos no ofrecen sino una mediocre seguridad, están rodeados de grandes inconvenientes: Su lentitud, son dolorosos, dificultan la micción y la defecación y predisponen al esfacelo de la pared.

El taponamiento vaginal con gasa yodoformada es antiséptico, hemostático y compresor; es un buen método de reducción.

Procedimientos quirúrgicos

Reducción por incisiones uterinas. — Estos procedimientos tienen como base capital, vencer la resistencia del cuello, agrandándolo por medio de incisiones. Diversos autores se han ocupado del asunto, siendo los principales: Barnes y Sims que practican tres incisiones sobre el cuello: Dos laterales y una posterior, dividiendo las fibras circulares del istmo en dos centímetros de longitud y medio de profundidad. Si con estas incisiones el cuello no cede, aconsejan practicarlas en mayor número, pero nunca aumentar las dimensiones de las ya hechas.

Doyen, hace una incisión anterior, pinza el cuello, incide transversalmente la mucosa vaginal y una vez desprendida la vejiga, corta el anillo invertido longitudinalmente, facilitando la reducción.

Barton Hirst, ha modificado este método, haciendo

una incisión posterior teniendo en cuenta el peligro de la uterina.

Segund, practica dos amplias incisiones laterales que a la par de facilitar la reducción, tienen la ventaja de ser siempre extra-peritoneales; ventaja capital sobre las otras intervenciones similares.

Reducción por vía abdominal (Procedimiento Gail-lard-Thomas.—El cirujano hace una laparotomía infra-umbilical media. Una vez abierta la cavidad abdominal-se lleva el índice al embudo uterino. Este dedo sirve de conductor a una pinza dilatadora que cuando se abre, tiene la doble ventaja de fijar y dilatar el cuello haciendo así la taxis posible y eficaz. Este método, a pesar de parecer bueno, no ha entrado en la práctica. Fracasó en manos del mismo Thomas.

Desbridamiento del cuerpo uterino seguido de taxis y reducción a través

Operación de Kustner. — Según Fresson, esta operación está reglada de la siguiente manera:

- 1.º — Incisión transversal del Douglas.
- 2.º — El dedo penetra en el embudo de inversión y destruye las adherencias.
- 3.º — Incisión longitudinal media de la pared posterior, comenzando a dos centímetros por arriba del orificio externo del cuello.
- 4.º — Reinversión del útero, fijando el embudo por el dedo, introducido en el Douglas y rechazando el fondo.

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

6.º — Sutura del fondo de saco de Douglas.

Este método ha sido casi abandonado, porque las incisiones no comprendían todo el espesor de la pared uterina y no tocaban el peritoneo; no se obtenía, por consiguiente, la movilidad de la pared uterina para practicar la taxis lateral.

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

Procedimiento de Piccoli. — Es a nuestro parecer, la mejor intervención, en los casos en que el útero pueda ser conservado.

Después de una antisepsia minuciosa que puede ser completada por un euretaje, el útero es tomado con una pinza crina y exteriorizado, tratando de poner a la vista el fondo de saco posterior:

Primer tiempo. — Incisión transversal del fondo de saco posterior y exploración del infundíbulo uterino.

Segundo tiempo. — Incisión que partiendo de la parte media de la herida vaginal, divide el cuello y la pared uterina posterior en todo su espesor hasta el fondo mismo del órgano.

Tercer tiempo. — Reducción de la inversión: colocando los pulgares sobre la pared anterior del tumor, que la rechazan hacia atrás y los otros dedos colocados

en gancho toman los labios de la herida longitudinal posterior y la llevan hacia adelante.

Cuarto tiempo.—Sutura mucó-mucosa y músculo-se-rosa.

Hecho esto, el útero debe hacerse vascular de abajo arriba, para llevarlo a la cavidad pelviana, a través de la incisión vaginal.

Se reconstituye el cuello uterino por medio de una sutura con cadgut. En la incisión transversal se coloca un tubo de drenaje.

Procedimiento de Spinelli modificado por Ovi. — Es una colpo-histerotomía anterior.

Usando estas últimas operaciones existe una estadística que da el 92 y medio por ciento de curaciones. No hay ningún método con resultados tan brillantes.

Histerectomía. — Cuando está indicada, no debe practicarse sino la vaginal y no comprendemos por qué razones Gross se ha hecho defensor de la extirpación total del útero por vía abdominal.



Historias clínicas

OBSERVACION N.º 1

Hospital Teodoro Alvarez.

A. M. de T., 30 años, argentina. Ingresa el 15 de Julio de 1913. Doctor Tomás A. Chamorro.

Mujer primeriza, el parto fué espontáneo y normal; pero como la placenta tardara en salir, fué extraída, mediante expresiones y tracciones del cordón; maniobras éstas efectuadas por la partera que la atendía en su casa particular; sintiendo entonces un dolor muy grande en el vientre, acompañado de malestar, mareos, vómitos; angustia, disnea y una sensación especial en sus órganos genitales que le invitaba a pujar.

Al examen se veía una mujer muy inquieta, disneica, la cara abotagada, los ojos inyectados, la lengua seca, el pulso frecuente y que hacía esfuerzos continuos como si quisiera expulsar algo de sus vías genitales.

A la palpación: vientre muy sensible; gran defensa especialmente en su porción inferior, siendo imposible

delimitar el útero. Al tacto: vulva y periné conservados, la vagina estaba ocupada por un tumor piriforme, de superficie irregular rugosa, de consistencia elástica y resistente, sobre todo en ciertos momentos, pues dicho tumor se contraía al contacto del dedo.

Prolongando el tacto hacia arriba, el tumor disminuía poco a poco en sus dimensiones, hasta llegar a un punto donde podía comprobarse, no sólo que dicho tumor hacía hernia a través del cuello, sino que éste lo aprisionaba fuertemente de modo a pediculizarlo. Los fondos de saco aparecían como rechazados hacia arriba y la enferma experimentaba por el tacto, un agudísimo dolor.

Se administra éter y mediante la relajación que se obtuvo, pudo comprobarse por la palpación abdominal la desaparición del globo uterino, mientras que se sentía con toda nitidez un rodete circular, en el sitio del útero, debido a su inversión.

Un examen a *espéculo* permitió ver el tumor cuyo color era netamente violáceo y su aspecto irregular y rugoso, hallándose, en parte, adheridas a su superficie, restos placentarios, seguramente debidos a la mala implantación placentaria.

Intervención. — Se hace un curetaje y se procede al taxis lateral; dilatando previamente el cuello. Redújose primero la pared lateral izquierda, el fondo y finalmente la pared uterina derecha. Esta reducción fué difícil en virtud de la retracción y contracción del

útero invertido y ella explica la moderada pérdida de sangre.

Terminada la reducción se hizo un lavaje intra-uterino yodado.

Puerperio: Endometritis puerperal: tratamiento local y general.

La enferma, curada, se da de alta, el 30 de Julio.

OBSERVACION II

A. B., 33 años, argentina. Enferma particular del doctor Tomás A. Chamorro.

Agosto 7 de 1917. — Fué llamado por un colega para atender, de urgencia, una parturienta, encontrándose: con una mujer que terminaba de dar a luz; tendida en su lecho, la cara color de cera, exangüe; sin conocimiento, respiración estertórea y sin pulso; bañada en un lago de sangre.

Púdose observar en seguida que pendía de sus órganos genitales externos, un tumor del tamaño de una cabeza de feto, color rojo obscuro y rojo vivo en algunos sitios; del cual se veía salir el cordón; era el útero totalmente invertido y en su fondo se encontraba la placenta parcialmente adherida, cuya bolsa infiltrada de sangre, aumentaba el tamaño del tumor.

El útero se había invertido al traccionar del cordón (una aficionada), estando el órgano en inercia; de allí que al producirse el accidente la placenta se despren-

diera parcialmente y la hemorragia fuese fulminante.

Al tacto, después de desprendida la placenta se comprobó que no existían fondos de saco, que la pared vaginal se continuaba con la uterina por inversión total. La reducción fué fácil por el estado agónico de la enferma, pero su contensión era difícil en virtud de la flacidez y relajación de las paredes y de la atonía del cuello. La enferma falleció en el momento en que se le iba a hacer un taponamiento intra-uterino.

OBSERVACION III

Hospital Rivadavia.

T. S., 25 años, italiana, casada, q. d.

Ingresa el 7 de Enero de 1912. Pabellón III, arriba, cama 32.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión y varicela en su primera infancia. Regló a los 13 años, siendo éstas regulares, indoloras, abundantes y de cinco días de duración.

No ha tenido nunca períodos amenorreicos. Se casa a los 24 años, reglando perfectamente hasta su embarazo que ha sido normal; terminando con un parto distócico por inercia uterina que hace necesario una aplicación de forceps. Es constipada habitualmente.

Enfermedad actual. — Acusa haber sentido durante su parto, algunos dolores en el hipogastrio, dolores que atribuye al forceps.

Durante su puerperio los loquios se conservan he-

morrágicos y abundantes. No tiene temperatura, abandonando la cama a los ocho días.

Con la marcha, la enferma comienza desde el primer día a sentir un peso en el periné y algo que le molesta dentro de su vagina, cosa que no le da importancia hasta que, viendo que sus hemorragias, aunque mucho menos abundantes, no cesan, se resuelve consultar a un médico, quien la aconseja la intervención y la envía a este servicio.

Estado actual. — Buen desarrollo óseo y muscular, pániculo adiposo escaso. Piel blanca, mucosas con un ligero tinte pálido. No presentan cicatrices de especificidad alguna.

Tórax: Buena conformación, sus glándulas mamarias con buen desarrollo acinoso, algo péndulas. Secreción láctea conservada.

Palpación, percusión y auscultación normal.

Aparato circulatorio: Área de matitez cardíaca, normal. La punta late a nivel del quinto espacio intercostal. Tonos normales en todos los focos.

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

Abdomen: Algo flácido y depresible, indoloro a la palpación profunda.

Hígado: Límites percutorios, normales.

Bazo: No se palpa.

Riñones: No se aprecian a la palpación.

Aparato genital: Vulva amplia, no presenta cicatrices de desgarró. Al entreabrirse sale por la vagina

un hilo sanguíneo. Al tacto la vagina está ocupada por un tumor de consistencia algo dura, de forma piriforme, que se continúa directamente con la vagina; en los fondos de saco.

Buscando por la palpación bimanual el cuerpo uterino en el hipogastrio se nota su ausencia.

Se coloca una valva vaginal sobre la pared posterior y se ve que el tumor presenta la apariencia del cuerpo uterino, pudiéndose constatar los orificios de las trompas.

Diagnóstico. — Inversión uterina, crónica.

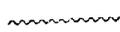
Se procede a efectuar a la enferma inyecciones de suero fisiológico y lavajes de permanganato de potasio, haciendo penetrar la cánula a la entrada de la vagina. Purgante, opio.

Enero 15 de 1912. — Anestesia general (cloroformo).

Operación. — Doctor Beláustegui: colpo-histerotomía posterior.

Los tiempos operatorios se llenan con facilidad. Se coloca un tubo de drenaje. Marcha post-operatorio: Durante los cinco primeros días, las oscilaciones termométricas llegan hasta $38\ 2\frac{1}{2}$ para descender luego. Se retira el tubo a los ocho días y se drena con gasa hasta el undécimo día dejando luego cerrar la herida vaginal.

La enferma sale de alta a los 20 días completamente curada.



Conclusiones

1.º — En toda parturienta normal, ejercer el alumbramiento retardado.

2.º — Diagnóstico preciso de la afección; lo más rápidamente posible.

3.º — Reducción manual.

4.º — Si fracasa, aplicar el balón de Charpentier de Ribes o el taponamiento vaginal, con toda atención.

5.º — Si no se obtiene éxito, practicar la operación de Piccolli.

6.º — En presencia de un útero infectado o gangrenado practicar la histerectomía vaginal.

No olvidar "que todo es grave en la inversión y comprendido el tratamiento."



Bibliografía

- Auvard.* — Cuarta edición.
- A. Ribemont Dessaigues.* — Précis D'obstétrique 1914.
- A. Lataud.* — Manuel de Gynecologie, 1900.
- Barozzi I.* — Gynecologie Practique, 1907.
- Bar P.* — La pratique de l'arts accouchements, 1914.
- Boursier A.* — Précis de Gynecologie, 1903.
- Denucé.* — Traité de l'inversion uterine, 1883.
- Fresson II.* — Annales de Ginecología y Obstétrica,
1903.
- Gangolphe II.* — Précis de operations de urgence,
1901.
- G. Spinelli.* — Annales de Gynecologie y d'obstétrique,
1905.
- Gazette Medical de Paris.* — Dr. Mantel, 1904.
- Hohmeier.* — Maladies del organos génitaux de la
femme, 1899.
- Lepage G.* — Annales de Gynecologie y d'Obstétrique,
1905.

- Labadié-Lagrave.* — Traité Médico-chirurgicale de la gynécologie, 1904.
- Pozzi.* — Gynecologíe, 1903.
- Pinard.* — Annales de Gynecologíe y d'Obstétrique, 1901.
- Oui.* — Annales de Gynecologíe y d'Obstétrique, 1901 y 1902.
- Kelly-Noble.* — Gynecologíe y cirugía abdominal, 1913.
- Tarnier.* — Traité de l'arts accouchements.
- Miguel A. Fargas.* — Tratado de Ginecología, 1906.
- H. Treubt.* — Le mecanisme de la inversion uterina, 1906.
- Hegar y Kattembach.* — Traité de gynécologíe opératoire, 1885.
- Samuel Gache.* — Sobre dos casos de inversión uterina, "Semana Médica", Noviembre de 1916.
- Duplay y Reclus.* — Traité de Chirurgie. T. 1.
- Matheus Duncan.* — Sur le mecanisme de l'accouchements.
- Salvador Jaime.* — Sobre un caso de inversión crónica del útero. Semana Médica, 1909.
- Ortelli A.* — Inversión uterina puerperal, 1907.
- Juan Perés.* — Inversión uterina, 1909.
- Julio Berri.* — Inversión uterina, 1909.
- Grabbié C.* — Contribución al estudio de la inversión uterina puerperal, 1903.

Buenos Aires, Septiembre 5 de 1918.

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

E. CANTÓN.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Septiembre 11 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3497 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
J. A. Gabastou.

1320

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la operación de Piccoli.

José F. Molinari.

II

Profilaxia de la inversión uterina puerperal.

Alberto Peralta Ramos.

III

Conducta a seguir en la inversión uterina producida por tumores.

Carlos A. Castaño.

