

N.º 3288

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mat. A. 4. 16

PERFORACIONES UTERINAS EN GINECOLOGÍA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DARDO LEIVA

Ex-practicante interno menor y mayor del Hospital Teodoro Alvarez (1913-1917)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 - Córdoba - 2234

1917

PERFORACIONES UTERINAS EN GINECOLOGÍA

io 1917

N.º 3288

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERFORACIONES UTERINAS EN GINECOLOGÍA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DARDO LEIVA

Ex-practicante interno menor y mayor del Hospital Teodoro Alvarez (1913-1917)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 Córdoba — 2254

1917

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

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE 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 MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » 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
- » » MARCELO VIÑAS
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

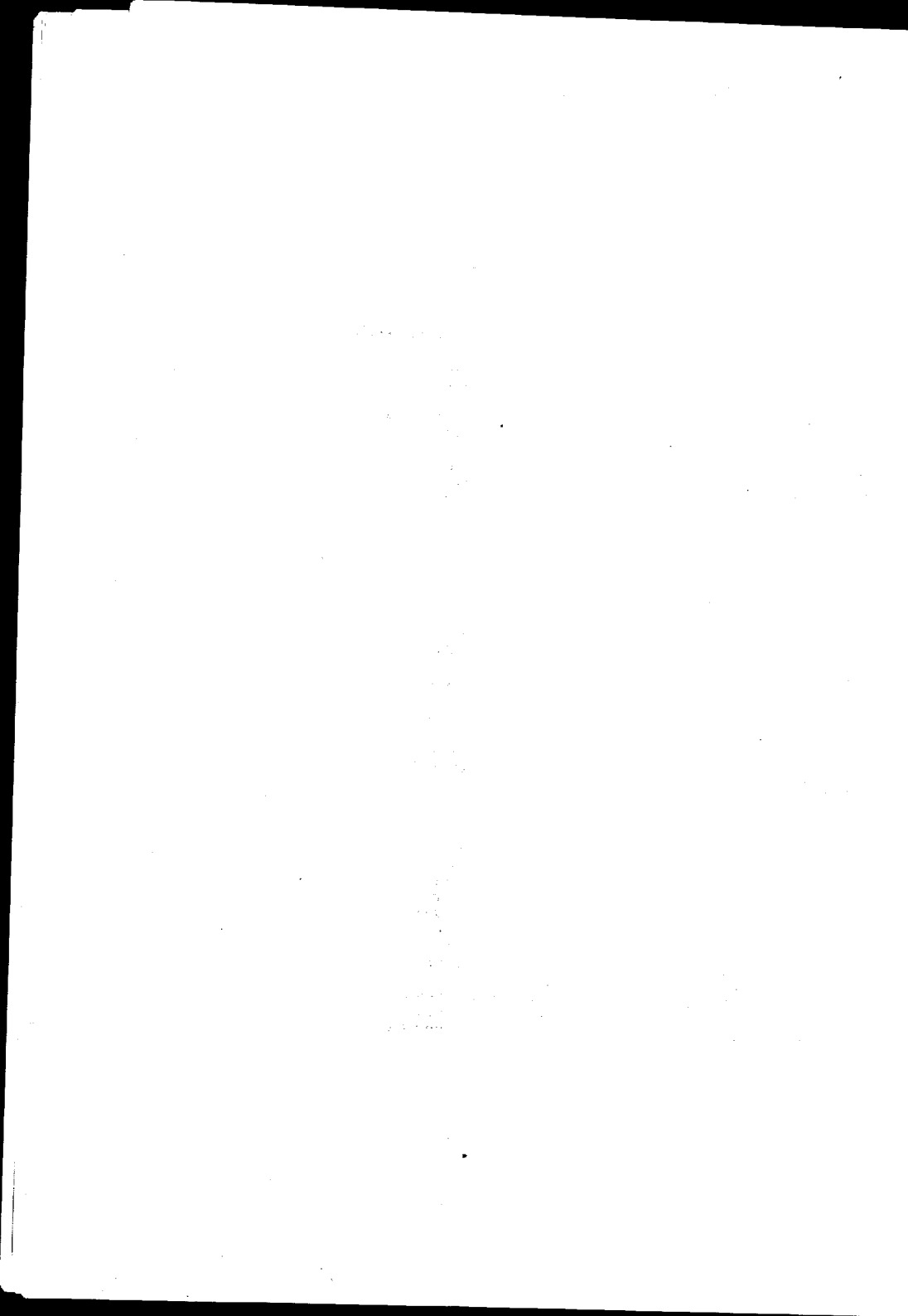
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	(Vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas

Catedráticos extraordinarios

Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
	{ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	{ » ANTONIO F. PIÑERO
	{ » MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	{ » FRANCISCO LLOBET
	{ » MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
	EUGENIO A. GALLI
	JUAN JOSÉ CIRIO
	FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana.....	BERNARDO HOUSSAY
	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	SALVADOR MAZZA
Química Biológica.....	BENJAMÍN GALARCE
Higiene médica.....	FELIPE A. JUSTO
	MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos...	CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía patológica.....	ALFREDO VITÓN
	JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia médica y Terapia.....	ÁNGEL H. ROTFO
Medicina operatoria.....	JOSÉ MORENO
	ENRIQUE FINOCCHIETTO
	CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	FRANCISCO P. CASTRO
	CASTELFORT LUGONES
	ALEJANDRO CEBALLOS
	ENRIQUE M. OLIVIERI
	NICOLÁS V. GRECO
Clínica dermato-sifilográfica.....	PEDRO L. BALINA
" génito-urinaria.....	JOAQUÍN NIN POSADAS
" epidemiológica.....	FERNANDO R. TORRES
" oftalmológica.....	FRANCISCO DESTÉFANO
" oto-rino-laringológica.....	ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	ENRIQUE B. DEMARÍA (en ejercicio)
Patología interna.....	ADOLFO NOCETTI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTÍN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE PACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARINO
	JOSÉ ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
Clínica quirúrgica.....	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CHUTRO
	JOSÉ M. JORGE (H.)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	JUAN JOSÉ VITÓN
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
" médica.....	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCÍA
	JOSÉ DESTÉFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SISTO
" pediátrica.....	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
" ginecológica.....	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	ALBERTO PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGÉ
" obstétrica.....	JUAN B. GONZÁLEZ
	JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	JUAN A. GARASTOU
	ENRIQUE A. ROERO
" neurológica.....	RÓMULO H. CHIAPPORI
	VICENTE DIMITRI
Medicina legal.....	JOAQUÍN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAM
Clínica Psiquiátrica.....	ANTONIO PODESTÁ
	AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

omía, Fisiología, e c..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

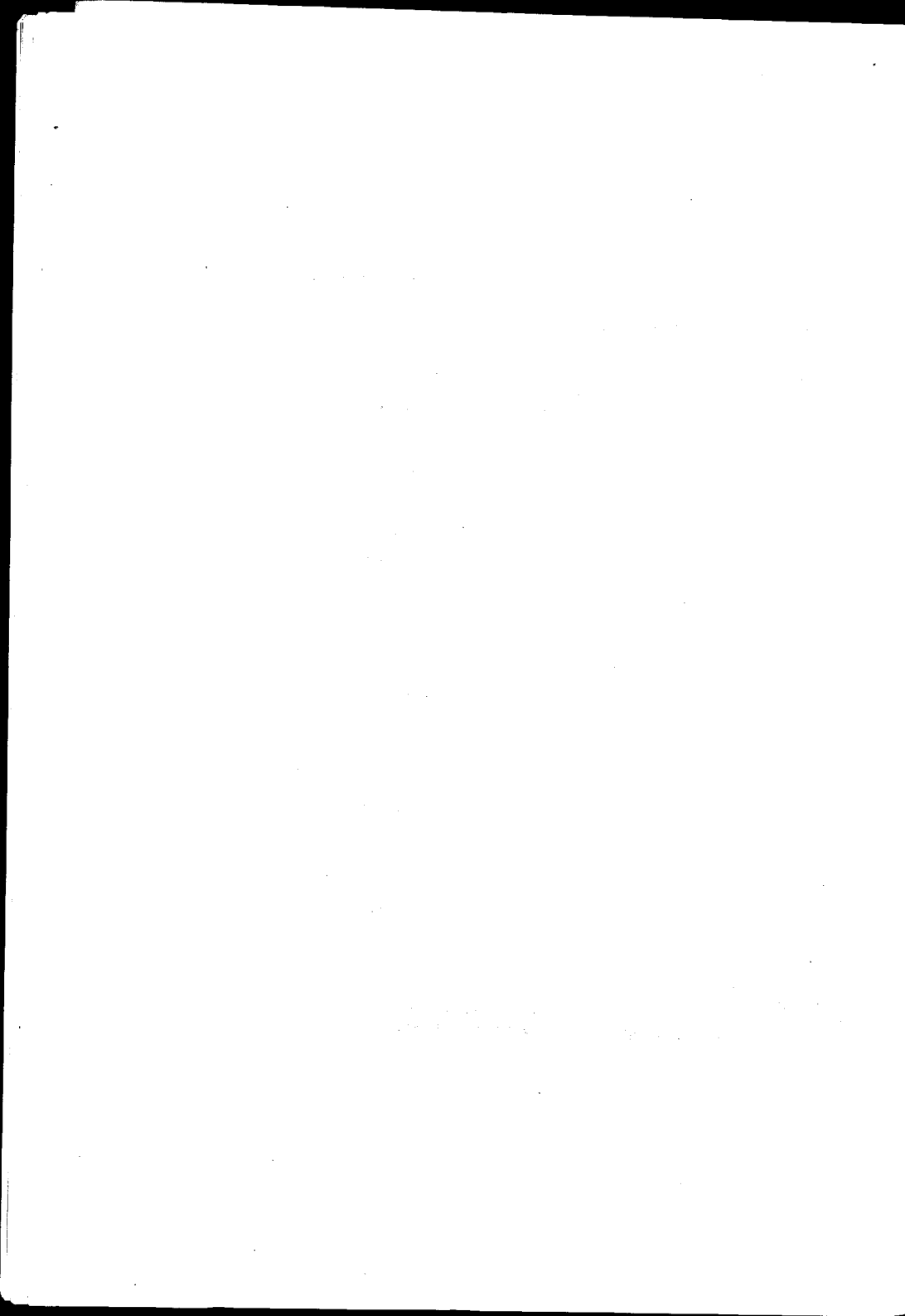
Segundo año:

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

Tercer año:

ca obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

icultura..... » UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. BATTI
Química farmacéut. inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (primer curso).....	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación..	» RICARDO SCHATZ
Química Analítica general....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (segundo curso).....	DR. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica.....	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS
	DR. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	SR. OSCAR MIALOCK
Química analítica general....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Complementos de Matemáticas.....	---
Mineralogía y Geología.....	---
Botánica (segundo curso). Bibliografía, botánica argentina	---
Química analítica aplicada (medicamentos).....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ (suplente en ejercicio).
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO.
Química analítica aplicada (Bromatología).....	---
Física general.....	---
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN.
Toxicología y Química legal..	» JUAN B. SEÑORANS.

100

100

100

100

100

100

100

100

100

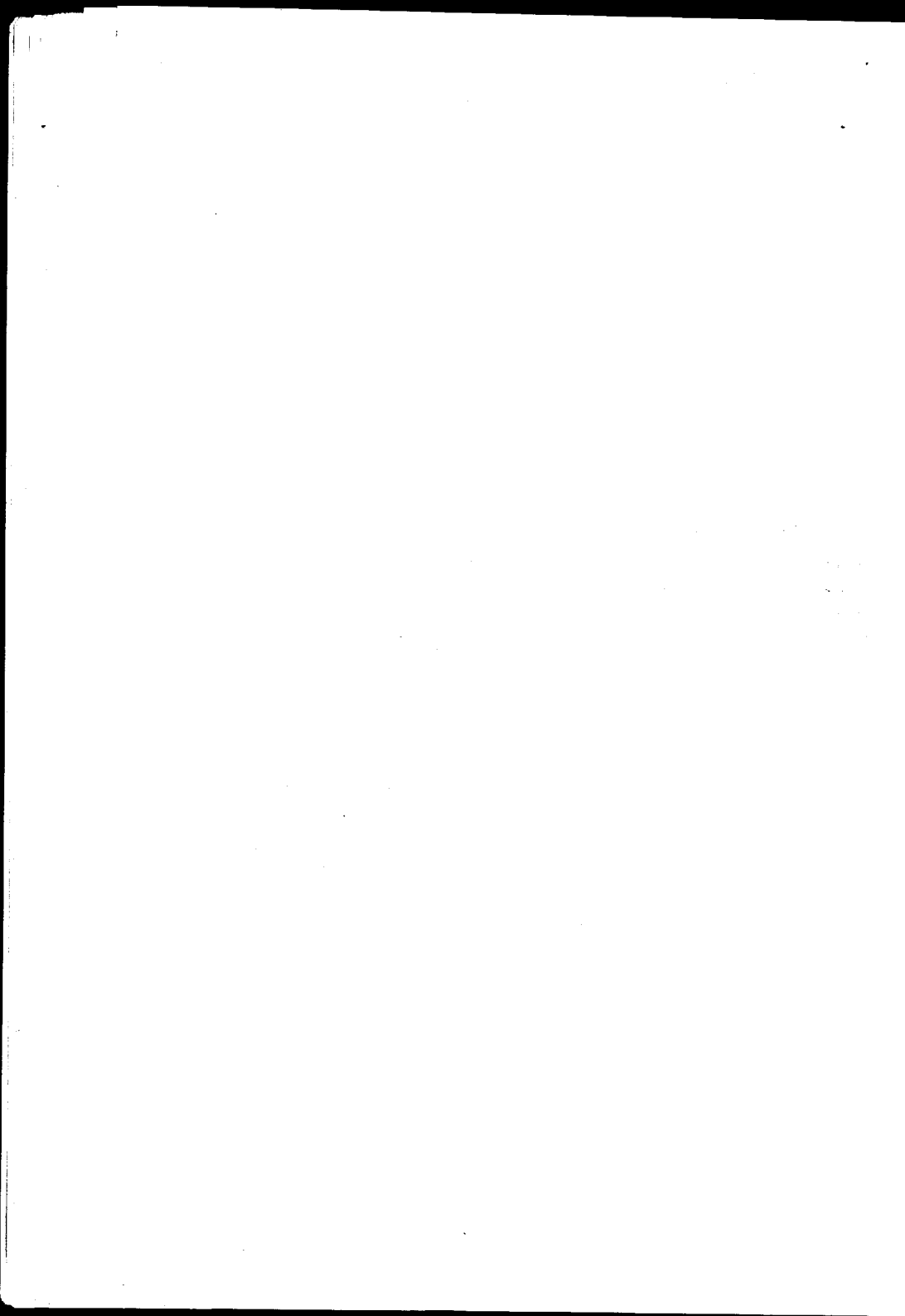
100

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1. ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2. ^o año	» LEON PEREYRA
3. ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

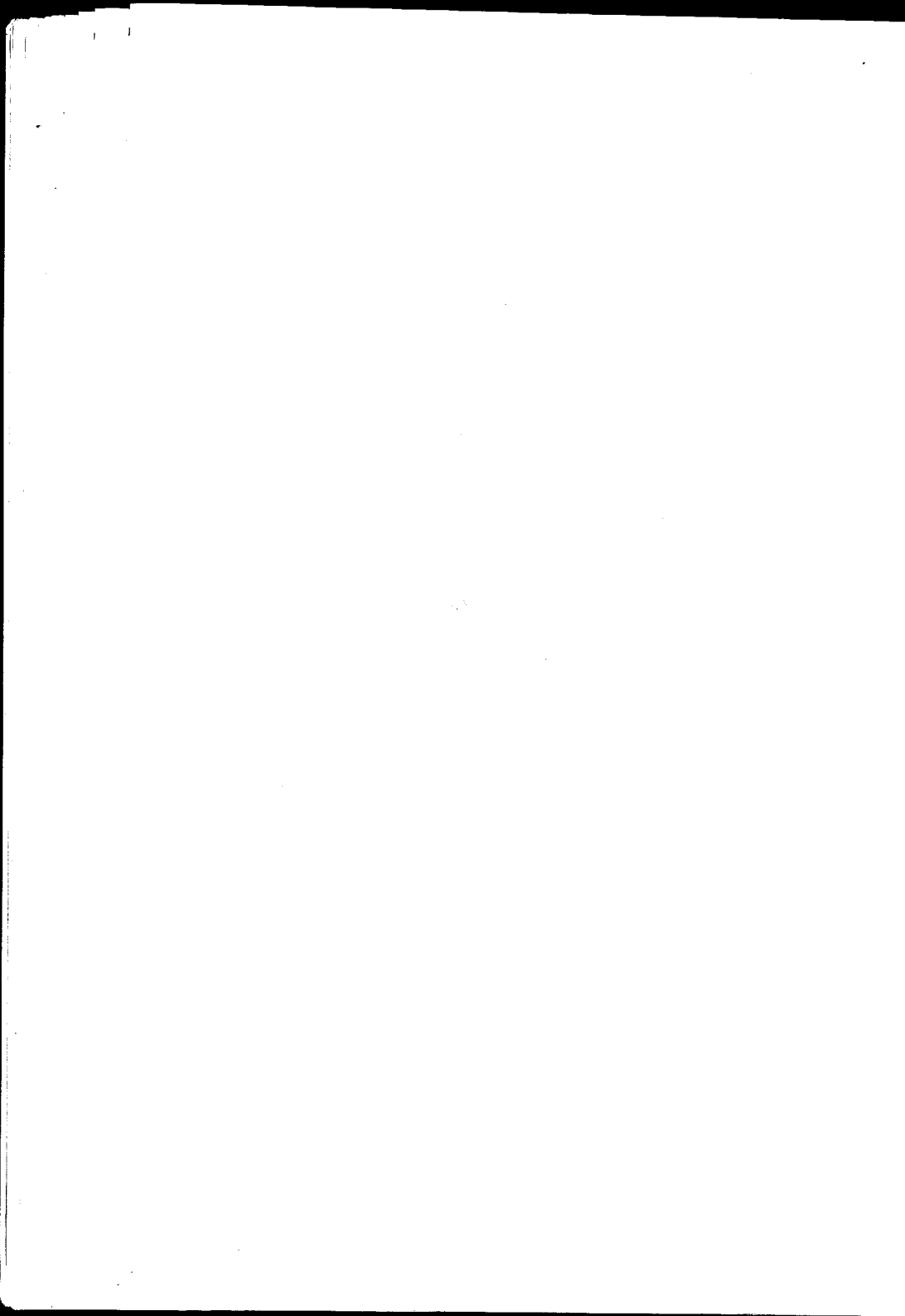
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1.^{er} año)



PADRINO DE TESIS

DOCTOR CARLOS R. CIRIO

Profesor suplente de Ginecología en la Facultad de Medicina
Jefe del Servicio de Cirugía y Ginecología del Hospital Teodoro Alvarez



A LA MEMORIA DE MI PADRE

A M I M A D R E

A MIS HERMANOS

AL DOCTOR JOAQUÍN V. GNECCO

Profesor suplente de Medicina legal en la Facultad de Medicina
Jefe de la sala V del Hospital Teodoro Alvarez



GENERALIDADES

La perforación uterina, de una manera general, no es un accidente frecuente. Antes del período antiséptico, época en que las intervenciones intrauterinas eran muy limitadas, dado los peligros que ellas representaban, los casos excepcionalmente observados y publicados no han podido ser objeto de un estudio general. Así se explica que este accidente apenas lo encontremos mencionado en los tratados clásicos. Sin embargo Huguier, ya en 1865, emite sobre ellos una idea general: la de su benignidad. Pero este autor se basaba en un reducido número de perforaciones producidas por cateterismo, lo que le restaba valor como concepto general.

La historia de las perforaciones uterinas, está íntimamente ligada a la historia del curetaje. Rara en época en que esta intervención era muy limitada, se hace frecuente con el resurgimiento de la misma

por el año 1888 y siguientes, hasta el punto de llamar justamente la atención de los ginecólogos de aquella época.

Posteriormente, su frecuencia disminuye considerablemente con el perfeccionamiento de la técnica de la misma, en que el cirujano, prevenido del peligro y conociendo las precauciones a tomar para evitarlas, sólo excepcionalmente las produce, permitiendo así que esta pequeña intervención ocupe el sitio que en ginecología le corresponde, dada sus frecuentes indicaciones, facilidad e inocuidad relativas.

Habiendo tenido oportunidad, en mi práctica hospitalaria al lado del profesor Cirio, de observar algunos de estos accidentes y no encontrando en nuestra bibliografía nacional trabajos al respecto, he creído oportuno y no menos interesante hacerlo, tratando en lo posible de analizar las causas que intervienen en su producción, los diversos factores de gravedad o benignidad que puedan variar la evolución de los mismos y tratando, por último, de determinar la conducta que el cirujano debe observar en los diversos casos.

Rebreyend, en su trabajo del año 1901, sobre las heridas perforantes del útero, trae 192 observaciones clínicas catalogadas según su naturaleza y correspondiendo a las publicadas en Francia y demás países de Europa. A él hemos tenido que recurrir,

a cada momento en la confección de este trabajo.

Entre nosotros, el Dr. Enrique Tornú publicó el año 1898 su libro sobre el raspado del útero, y en él hemos encontrado un capítulo sobre el tema que tratamos, en el cual consigna algunas observaciones de perforación del útero.

ETIO - PATOGENIA

Las heridas perforantes del útero, de que trata este trabajo, se refieren casi exclusivamente a las producidas por curetajes y por maniobras abortivas, siendo su número relativamente limitado, dada la frecuencia de estas intervenciones.

En su producción intervienen varios factores: por una parte las modificaciones histológicas que sufre el músculo uterino, bajo una acción fisiológica o patológica que, debilitando su pared, obran como causa predisponente, favoreciendo estos accidentes. La menstruación, función fisiológica del útero, produciendo una congestión y reblandecimiento del órgano, trae como consecuencia un debilitamiento de su pared.

El útero post-parto, sometido a una distensión exagerada durante el embarazo, adelgazado, friable, se encuentra en condiciones desfavorables y ex-

puesto a fáciles perforaciones. Si una causa patológica viene a retardar la involución normal de este órgano, manteniéndolo durante un tiempo mas o menos largo con sus caracteres pasajeros, este peligro persistirá siempre.

Así obran los restos placentarios retenidos en la cavidad uterina.

Pero fuera de estas alteraciones fisiológicas, que como tales desaparecen en un tiempo más o menos breve, otras existen en que intervienen causas patológicas que, actuando más profundamente, producen en la musculatura uterina, lesiones bien acentuadas, inflamatorias o regresivas.

Así sucede en la infección puerperal, la cual produce lesiones difusas, necróticas, y lesiones limitadas, supurativas, constituyendo verdaderos abscesos uterinos.

Fácilmente se comprende que el sitio de localización de estos abscesos, son sitios vulnerables, que ceden fácilmente a la menor presión del histerómetro o de la cureta, y aun más, son capaces de dar lugar a la producción de perforaciones espontáneas. Fuera del estado puerperal, las metritis crónicas en que el músculo uterino sufre lesiones caracterizadas por una degeneración y atrofia del tejido muscular y proliferación del tejido fibroso intersticial, disminuyen, aunque en menor grado, la resistencia de la pared.

Los neoplasmas del útero son también causa de friabilidad del mismo. Los tumores sesiles, pólipos, fibromas peliculados, etc., producen un debilitamiento de la pared particularmente a nivel de implantación.

La mola hidatiforme, ya sea produciendo una distensión del órgano, por excesivo desarrollo, o bien infiltrando su pared, como lo haría un tumor maligno, facilitará, por las mismas razones, la producción de una perforación, ya espontánea, ya consecutiva a maniobras de curetaje.

Lo mismo podemos decir del decíduoma maligno.

Otro factor importante, en la producción de las perforaciones son las anomalías de situación del útero, tan frecuentes, principalmente las ante y retroflexiones. En estos casos se trataría, no tan sólo de una causa mecánica, dada por la situación del órgano, sino al mismo tiempo de un útero enfermo, pues es sabido que un útero en estas condiciones es un órgano con lesiones acentuadas a nivel del ángulo que forman los dos segmentos del mismo.

El mecanismo de su producción, en estos casos, es fácil de comprenderlo: introduciendo un instrumento rígido, rectilíneo, que no puede adaptarse a la cavidad, iría fatalmente a chocar, y según la violencia, a perforar el órgano a nivel de su ángulo, sitio de por sí, menos resistente.

Las lesiones anexiales, supurativas, producirían, según algunos autores, una menor resistencia de la pared uterina, correspondiente al anexo enfermo.

Independientemente de estos úteros enfermos, tenemos los sanos, que normalmente presentan ciertos sitios con una menor resistencia. Según Lenoir, éstos corresponden al fondo y en la vecindad de las trompas, como también a nivel del istmo, normalmente de menor espesor a nivel del ángulo de flexión.

Una segunda categoría de factores a considerar en la producción de las perforaciones uterinas, es el instrumental empleado: histerómetros, sondas, dilatadores, euretás, etc., que no reuniendo ciertas condiciones en su construcción se convertirían en agentes vulnerantes y peligrosos.

Un buen histerómetro, prudentemente manejado, no debe jamás perforar un útero; debe poseer dos cualidades que tienen por objeto prevenir estos accidentes: flexibilidad que le permita adaptarse a la dirección conocida o supuesta de la cavidad uterina y una extremidad no penetrante, redondeada y de cierto volumen que se oponga a su penetración.

Las sondas intrauterinas, para lavajes, son menos peligrosas, dado su mayor calibre; por otra parte, los lavajes hechos en cuellos dilatados ya, o después de una dilatación artificial, su introducción no requiere mayor presión.

Los dilatadores uterinos, de los que existen varios modelos, tienen también un rol importante en las perforaciones. Debemos catalogarlos en dos grupos principales según su manera de actuar: los que lo hacen de una manera brusca, mecánica, los más peligrosos, provistos de dos o más ramas que introducidos cerrados en la cavidad uterina se abren una vez penetrados distendiendo así sus paredes. Esta acción dilatadora forzada, fácilmente puede, máxime si se trata de úteros friables, producir rupturas y perforaciones que por lo general, asientan a nivel del itsmo. De estos dilatadores existen varios modelos, pero siendo el principio de la dilatación el mismo, son todos más o menos peligrosos.

Otra clase de dilatadores hay que actúan lentamente, en una forma graduada y progresiva, análogo a los beniqué uretrales. Su tipo está representado por las bujías de Hegar, de uso corriente en todos los servicios de ginecología. El mecanismo de las perforaciones producidas por estos sería idéntico a las producidas por Histerómetros y curetas; la bujía dirigida con cierta violencia, al tratar de dilatar un cuello y encontrando una resistencia que vence fácilmente, seguirá la dirección impuesta e irá a perforar el fondo del útero.

Con las perforaciones por histerómetros, las más frecuentes son las producidas por curetas. De estas existen numerosos modelos, de construcción dife-

rente a pesar de ser todas hechas con el mismo fin. Romas o cortantes, redondeadas o alargadas, perforadas o no, ellas ofrecen los más variados peligros. Las curetas de Recamier son las más peligrosas dada la forma alargada y puntiaguda que posee la cuchara. Recordemos también los instrumentos usados en maniobras abortivas, que por lo numerosos no se prestan para un estudio en conjunto: estiletes, sondas, cánulas, etc. y donde el accidente se produce, más por maniobras bruscas, intempestivas, que a los instrumentos usados, y cuya gravedad se debe más a la falta de asepsia que a la naturaleza de los mismos.

Un tercer elemento a considerar en la producción de las heridas perforantes de útero está constituido por maniobras peligrosas.

Un buen instrumento, en manos de un médico poco prudente o de limitada práctica, puede convertirse en un agente vulnerante. La introducción del histerómetro sin fijar previamente el cuello con una pinza es sumamente peligroso, máxime si se trata de una enferma indócil y sensible, y se interviene sin anestesia. Una maniobra peligrosa consiste en tratar, por la palpación bimanual, de sentir la punta del instrumento a través de la pared.

La irrigación continúa intrauterina, en úteros puerperales, efectuada con sondas rígidas, pueden dar lugar a perforaciones ya sea por la naturaleza

de la sonda, la tensión del líquido inyectado o por modificaciones producidas por el mismo inyectado caliente.

La reducción con maniobras internas o mixtas de flexiones uterinas, adherentes o fijas, exponían a perforaciones, en otras épocas, no ahora que se recurre a procedimientos de mejor resultado para dichas afecciones.

Las perforaciones producidas en el curso del curetaje son a la vez las más frecuentes y las mejor conocidas. Por lo general es en el momento de su introducción y no durante el raspado que el útero se perfora, para evitar lo cual se requiere adquirir de una manera neta la sensación de contacto contra el fondo del útero. Una dilatación del cuello que permita la libre penetración del instrumento es un requisito casi indispensable, pues de lo contrario necesitara una cierta presión, que venciendo el obstáculo, llevará al instrumento a chocar con el fondo con cierta violencia.

Algunos autores recomiendan, como indispensable, anestesiarse a las enfermas, evitando así los movimientos bruscos de las mismas que, en ciertas circunstancias, puede dificultar la ejecución de un buen curetaje.

SINTOMATOLOGIA

Las perforaciones uterinas ginecológicas, refiriéndonos a las producidas en las diferentes maniobras del raspado nos ofrecen diversos síntomas, que conviene analizarlos por lo inconstantes y por prestarse a variadas interpretaciones.

El dolor producido al herir el útero, cuando existe, es muy variable: intenso, sincopal a veces, como toda perforación producida en un órgano hueco del abdomen, estómago, intestino, etc., limitase otras veces a una sensación de tensión moderada o a ligeros cólicos, que pueden, como se comprende, pasar desapercibidos al cirujano, en medio de los quejidos y lamentos de las operadas. Esto no implica, en nuestro concepto, la necesidad absoluta de operar bajo anestesia, como aconsejan algunos autores, limitándonos a hacerlo en aquellas enfermas pusilánimes, nerviosas, que con insistencia solicitanla, y

siempre que no medie contra indicación alguna. Por nuestra parte consideramos suficiente y así lo efectuamos en el servicio del profesor Cirio, administrar a las enfermas media hora antes de ser intervenidas, uno o dos centigramos de morfina, con lo que la operación es bien soportada.

La hemoragia que ella produce, además de ser escasa, no es común se manifieste al exterior por las vías naturales; por otra parte sería difícil notarla, como se comprende toda vez que el curetaje en sí, es una intervención sangrienta, dada la naturaleza de la afección que la origina: retención placentaria, netritis, etc.

Otro síntoma estaría constituido por la sensación de escape, de introducción profunda del instrumento al vencer una resistencia, percibida por el operador. Esta profundidad dependería de la fuerza empleada y del grado de resistencia que la pared le ofrezca y al respecto tendremos las cifras más variables, hasta alcanza la de veinte centímetros y más.

Si la perforación no ha sido reconocida en el momento mismo de su producción ni en el curso del curetaje, ella se hará evidente al efectuar el lavaje intrauterino. Notaremos en efecto en esta circunstancia que el líquido inyectado con la sonda de doble corriente sale en muy pequeña cantidad o nada hacia el exterior, lo que nos hará sospechar el accidente. Así nos sucedió con una de nuestras enfer-

mas, por lo que recurrimos a efectuar de inmediato, una colpotomía posterior, lo que vino a corroborar nuestra sospecha, pues el líquido inyectado salía por la herida operatoria, permitiéndonos así someter a la enferma a un tratamiento adecuado. Pero en estos casos tendremos a la enferma expuesta a gravísimas complicaciones, por el pasaje del líquido a la cavidad peritoneal que si bien puede ser intensivo en sí, agua caliente esterilizada, arrastraría durante su pasaje por el útero, los productos séptico que este contenga. Por otra parte, si se trata de sustancias tóxicas, como las sales mercuriales, por no citar otras, tan frecuentemente empleadas con este fin veríamos agregarse a los síntomas de infección, los de intoxicación mercurial grave. fatales para las enfermas.

Fuera de estos casos, en que no es posible diagnosticar una perforación o tener sospechas vehementes de su existencia, otros casos hay, en que se nos presentan enfermas con signos evidentes de peritonitis, que como se comprende puede obedecer a otros procesos, y sin ofrecernos signos de perforación a no ser datos suministrados por las mismas enfermas o la familia. Esto sucede con frecuencia en caso de abortos criminales. Nuestra enferma a que se refiere la observación V, se presenta en estado gravísimo de peritonitis generalizada, consecutiva

a una perforación producida con una cánula común para lavajes vaginales.

Existen otros casos en que la reacción peritoneal se localiza ofreciéndonos casos típicos de pelvi-peritonitis, o bien de lesiones más localizadas aún, flemones, anexitis, etc. La observación III trata de una enferma presentando signos evidentes, al examen ginecológico, de una lesión anexial.

Intervenida, nos sorprende la presencia de una sonda Nelatón enquistada, simulando un anexo enfermo.

Para terminar haremos notar, en lo que a síntoma se refiere, que hay casos de perforaciones de úteros, sumamente benignas, que evolucionan de una manera silenciosa sin producir en las enfermas, el más mínimo trastorno y sin acusar síntoma alguno.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una perforación uterina, interesa tanto al cirujano como al médico legista, pero mientras aquel lo basa en el examen clínico y ginecológico de la enferma, el de este es anatómico, pues lo que le interesa es determinar la naturaleza de la misma, por cuanto podría tratarse de una perforación espontánea o bien consecutivas a manobras criminales.

El diagnóstico en general es fácil. Pero hay casos en que puede pasar desapercibida, ya sea por falta de signos que la revelen u ocultada en la evolución benigna de la misma. Conviene por lo tanto analizar y dar la interpretación justa a algunos de sus síntomas, que presentándose en diversas afecciones, podrían desviar nuestro diagnóstico.

En el capítulo anterior, al hablar de la sintomatología, hemos mencionado ya el dolor y la hemo-

rragia que ella produce, de significación variable, de la colpotomía posterior, recurso que en la duda, puede con grandes ventajas utilizar el ginecólogo y de otros signos, más bien subjetivos, que pueden llevar al cirujano, durante la intervención, a sospechar y diagnosticar el accidente.

Ahora bien, si la cureta o el histerómetro nos indica en su introducción un útero de trece centímetros o más, que raramente encontraremos como normal, siendo esta por lo general de siete u ocho centímetros, nos será indispensable individualizar dicho órgano, pues podría tratarse de un útero fibromatoso, grávido o puerperal, a los que les es común el aumento de la cavidad uterina. Descartaremos el útero fibromatoso por el examen bi-manual que nos denotará la existencia del tumor, a lo que agregaremos sus síntomas funcionales síndrome de Pozzi con lo que completaremos el diagnostico. Si se tratara de un embarazo, un examen general, metódico de la enferma nos permitirá afirmarlo.

Pero las cosas no pasarán igual con un útero puerperal, que no ha sufrido aún su involución normal y donde a la cavidad agrandada se agregaría un elemento más, que puede dificultar el diagnóstico. Nos referimos a la depresibilidad de la pared uterina, que permite a la misma distenderse, simulando así una perforación. Facilmente se comprende que no teniendo presente este hecho podría lle-

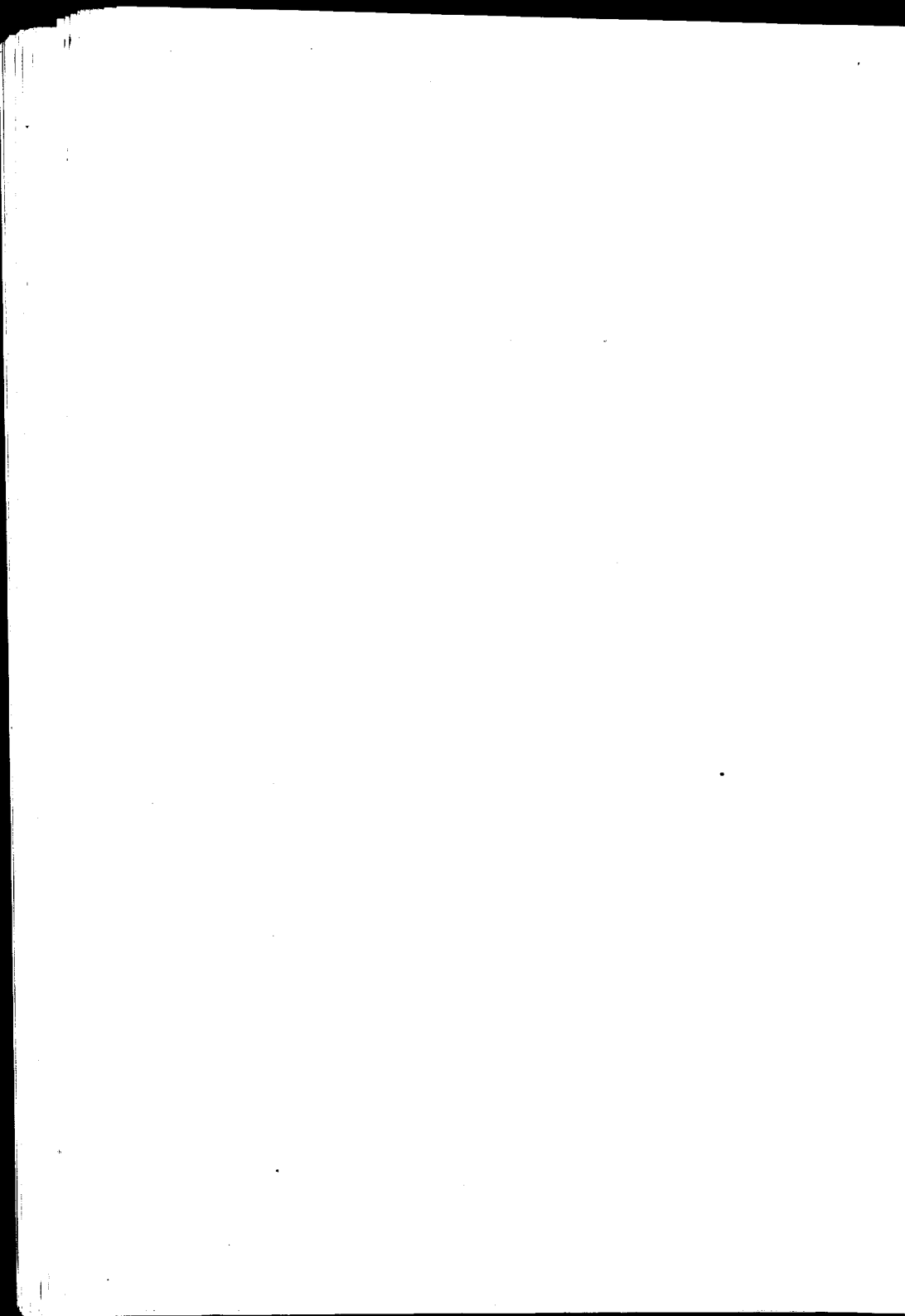
varnos a diagnosticar una perforación que no existe y hasta someter a la enferma a una intervención inútil, como ha pasado a algunos cirujanos en época en que no se tenía un concepto claro de la benignidad de algunas perforaciones.

Basándose precisamente en esta depresibilidad de la pared uterina, Doleris ha formulado y sostenido la existencia de falsas perforaciones, aceptadas por algunos autores y negadas por otros, que si bien reconocen la existencia de dicha depresibilidad no le atribuyen un grado tal que le permite simular una perforación.

El cateterismo de una trompa simulándonos una elongación uterina, podría hacernos creer en la existencia de una perforación. Siendo este hecho excepcional; desprovisto de interés en la práctica y requiriendo para su producción circunstancias especiales, nos limitaremos a mencionarlas solamente.

Miquel (These, Paris 1902) cita también casos en que, un útero bi-partitus ha hecho creer al observador, en el acto de la histerometría, haber perforado el útero; pero estos son casos muy raros que apenas merecen citarse.

De esto podemos deducir que, la falta de violencia, de resistencia al instrumento profundamente introducido, no debe constituir por sí una presunción de perforación.



TRATAMIENTO

En capítulos anteriores hemos mencionado y analizado las diversas circunstancias en que las perforaciones uterinas pueden producirse, como también los factores de gravedad o benignidad que pueden intervenir haciendo variar la evolución de las mismas.

Así de ello se comprende que no se presten a un tratamiento único, sino que por el contrario requieran, desde el punto de vista terapéutico, una serie de indicaciones que van desde la abstención simple a las intervenciones más complicadas.

Dejaremos de lado la técnica a seguir para efectuar un buen curetaje contentándonos con haber mencionado ya las cualidades que debe reunir un buen instrumental, así como algunas maniobras peligrosas que conviene evitar.

Las indicaciones de curetaje son numerosas, pu-

diendo tratarse, entre otras, de un útero metrítrico, con todas sus variedades, o bien de un útero con lesiones sépticas profundas, como lo sería un útero puerperal. Al practicar un curetaje, suponiendo se tratara de los primeros, la perforación puede ser producida al principio del mismo, al efectuar la hisferometría o al tratar de dilatar el cuello, o bien en el curso del mismo o al final. Si es al iniciar el curetaje que se produce el accidente, debe suspenderse la intervención, por los inconvenientes que ella encierra, inmovilidad de la enferma y hielos al vientre, observando a la misma para evitar cualquier complicación.

Algunos autores no creen indispensable suspender la operación y la continúan, limitándose a observar algunas precauciones de técnica conociendo la dirección y el sitio probable de la herida. Hickman declara que una perforación no lo obligará a suspender un curetaje, iniciado ya, y más aún, no lo llevará a efectuar un curetaje menos completo, que si obrara en condiciones normales. Pero efectuado el raspado en estas condiciones, se verán privados de un tiempo importante del mismo, como lo es el lavaje intrauterino, pues ni aún haciéndolo con agua esterilizada, líquido inofensivo por si mismo, el peligro existirá siempre, por cuanto el líquido llevaría a la cavidad abdominal los productos sépticos contenidos en la cavidad uterina.

Si por el contrario, la perforación ha sido producida en el curso o al final de la intervención, en que la cavidad se encuentra ya más o menos libre de mucosa enferma, restos placentarios, etc., y en donde los últimos golpes de cu eta prudentemente dados no implican un daño más, no habrá ningún inconveniente en continuar la intervención.

Aquí como en el caso anterior la abstención del lavaje uterino continuará siendo la regla.

Si la perforación se produce al efectuar la inyección intrauterina como pasa algunas veces, la indicación primera es retirar la sonda, tratando en esta forma de disminuir en lo posible la entrada del líquido al abdomen. En estos momentos, el cirujano analizará o calculará la cantidad de líquido inyectado y la naturaleza del mismo, si permite la expectación o si la indicación es intervenir de urgencia.

Se comprende fácilmente que no será igual el peligro consecutivo a la inyección de agua esterilizada que a la de una solución antiséptica tóxica, así como cuando se trata de un útero simplemente metritico o sano y de otro francamente purulento.

Por nuestra parte, creemos en estos casos, disponer de un recurso de gran valor que no lo hemos encontrado mencionado ni utilizado como medio terapéutico ni diagnóstico. Nos referimos a la colpotomía posterior, operación exenta de peligros y de fácil ejecución, que en muchos casos puede cons-

tituir a la par que un recurso terapéutico, permitiendo un amplio drenaje de la pelvis, como en el caso de una perforación consecutiva a un lavaje intrauterino, como hemos tenido oportunidad de comprobarlo en una de nuestras enfermas sino que en ciertos casos, creemos, puede constituir también un elemento de diagnóstico, ya sea dando salida a una parte del líquido inyectado, como permitiendo al cirujano explorar la cara posterior del útero, sitio donde más frecuentemente asientan las perforaciones, pudiendo así llegar a determinar la existencia de una brecha más o menos grande, apreciable al tacto.

En nuestro concepto constituye, pues, la colpotomía posterior, hecha oportunamente un elemento de diagnóstico y tratamiento importante.

Producido el accidente en las circunstancias antes mencionadas, y hecha la colpotomía, estableceremos por ella un drenaje, instituiremos reposo absoluto, hielo al vientre, y administraremos opio, siendo también conveniente el colocar a la enferma en posición de Fowler.

Se ha recomendado también, el empleo de la ergotina, en inyecciones hipodérmicas, la cual haciendo contraer el útero disminuiría la hemorragia producida, al mismo tiempo que reduce las dimensiones de la herida.

Una vez curada la perforación, sin haberse com-

pletado el raspado, nos encontraremos como al principio en que la afección causal que nos llevó a intervenir continúa actuando con la misma indicación. En estos casos nada hay que se oponga a intervenir nuevamente, pues una vez tratada la perforación se puede efectuar un nuevo curetaje, en buenas condiciones y sin peligro alguno, tres o cuatro semanas después, tiempo suficiente para que se realice una sólida cicatriz, y aún antes siempre que una abundante hemorragia u otra causa cualquiera haga necesaria la intervención.

Ante la emoción y sorpresa que puede producir en el cirujano una perforación inesperada, éste debe oponer un criterio sereno, y no precipitarse y recurrir al tratamiento que más se adapte a las circunstancias.

La indicación corriente de una intervención radical, cualquiera que ella sea, es la septicidad constatada y profunda del útero. La herida perforante de un útero canceroso o puerperal; el mismo accidente sobrevenido en casos de metritis purulentas, son indicaciones tan poderosas como las dimensiones mismas de la herida.

Otra indicación que puede llevarnos a una intervención radical sería la certidumbre de haber inyectado en el vientre un antiséptico enérgico o tóxico; esto significaría una laparotomía inmediata y con igual razón la extracción o procidencia de un órgano

cualquiera, epiplón o intestino. Así se procedió con la enferma de que trata la observación IV en que se efectuó una histerectomía abdominal por haberse extraído con la cureta restos de epiplón.

Hecha la laparotomía, el cirujano puede verse obligado a proceder con un criterio diferente, según el caso de que se trate. Efectuará una histerectomía siempre que se encuentre un medio sumamente séptico, estableciendo un amplio drenaje abdominal y vaginal, a lo que nosotros agregaremos con el mismo fin, una colpotomía posterior.

Puede también el cirujano proceder en la misma forma, si la enferma presenta otras afecciones en sus órganos genitales, o bien por tratarse de una mujer de edad, en plena menopausa.

Si por el contrario, se tratara de una enferma joven, sin lesión genital concomitante y presentara un campo no séptico o de limitada septicidad, puede limitarse a suturar la herida uterina en dos planos, muscular y seroso, estableciendo un drenaje abdómino-vaginal. Algunos autores han procedido con éxito, a drenar el útero por la brecha abierta, colocando un drenaje que sacaban por la vagina, conducto ésta que, una vez abierto el vientre, no justifica la no sutura de la perforación.

PRONÓSTICO—MARCHA—COMPLICACIONES

Es indudable que, teniendo en cuenta su evolución, las perforaciones que tratamos pueden dividirse en *benignas y graves*.

Entre las primeras incluimos las producidas por el histerómetro, sea en una simple exploración instrumental, sea como tiempo preliminar al acto del curetaje.

Las consecuencias, en estos casos, son por lo general leves y, en ocasiones nulas, no registrándose en las estadísticas consultadas, caso de deceso alguno, siendo a lo sumo una sintomatología perimetétrica muy atenuada, el único cuadro que se ha presentado al observador.

Esta relativa benignidad de la lesión perforante, se explica, según nuestra manera de ver, por la escasez de calibre del instrumento vulnerable que, con su extremidad pequeña y roma, produce un

punto solo, un punto de perforación, de dimensiones mínimas, separando elemento más que desgarrando, sin ocasionar pérdida de substancia y que, dado también el rol fisiológico que caracteriza tanto a la fibra muscular uterina, la contractibilidad facilita el cierre de la herida.

En cambio comprendemos entre las *graves*, las producidas por la cureta, como así también las ocasionadas por la sonda de doble corriente y, en especial aún, las perforaciones consecutivas a maniobras criminales, que dan, indudablemente, el mayor porcentaje de mortalidad.

El pasaje de la cureta a través del parénquima uterino y su entrada a la cavidad abdominal, ocasiona una brecha mayor que la producida por el histerómetro, pero, no es hasta ese momento que la herida adquiere su mayor extensión, es al efectuar el movimiento inverso, al retirar la cuchara del abdomen, que, con sus bordes más o menos cortantes orientados hacia abajo y su incurvación conocida desgarrar el trayecto ya efectuado, produciendo a veces hasta pérdidas de substancia que agranda los diámetros de la perforación. Agréguese a esto, que la cureta al volver a la cavidad uterina puede arrastrar al epiplón (como sucedió en un caso cuya historia consignamos) lo mismo que al intestino, lesionándolos, y se dará exacta cuenta uno de la mayor gravedad que revisten esta clase de perforaciones.

La gravedad de las heridas ocasionadas por la sonda al lavar la cavidad uterina, después de efectuado el raspado, es obvia también, dado que, no solo puede el agua llevar y dideminar al peritoneo la infección que existe en la matriz, sino que también la naturaleza de la substancia agregada al agua puede ocasionar una intoxicación.

Huelga hacer comentarios de la gravedad que revisten las perforaciones hechas por manos criminales; las estadísticas hablan más que cualquier consideración al respecto.

Consignemos ahora las complicaciones que pueden sobrevenir a las perforaciones que hemos llamado graves.

En primer término hay que considerar a la infección, y es la forma peritoneal generalizada la que termina comunmente con la vida de la enferma. Es cierto que en ocasiones esta infección puede localizarse; el caso N.º 3 que publicamos al final demuestra claramente esta manera de evolucionar la infección, constituyendo un absceso que aquí fue, podríamos decir, perianexo-secal, pero que puede adquirir modalidades y ubicación distintas.

Y en efecto; el hecho de localizarse esta infección, si bien atenúa la complicación, creemos no excluye de manera alguna la gravedad consiguiente, máxime cuando un cuerpo extraño ha penetrado en la cavidad de la gran serosa (véase nuestra obser-

vación N.º 3) pues la marcha consecutiva de abceso puede ocasionar trastornos varios en los órganos vecinos. y hasta abrirse también, en su marcha progresiva, en la gran cavidad abdominal.

Otra complicación posible es la estrangulación del intestino al través de la brecha uterina, cosa poco frecuente, felizmente, y observada en aquellas grandes desgarraduras de útero puerperales infectados, donde la contractilidad de la fiebre muscular está completamente anulada.

La hemorrágia, es la tercera complicación registrada en este proceso que estudiamos. Es raro que se observe en una intensidad tal que ponga en peligro la vida de la enferma, pero existen casos publicados de lesiones de vasos que han producido hemorragias abundantes dentro de la cavidad abdominal.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

HOSPITAL TEODORO ALVAREZ

SERVICIO DEL DOCTOR CARLOS R. CIRIO

M. Q., 30 años, española, casada.

Fecha de entrada: Enero 22 de 1909.

Diagnóstico.—Endometritis puerperal, perforación de útero.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace una semana, dice la enferma, ha tenido un aborto correspondiente a un embarazo de tres meses. Perdió mucha sangre y tres días después tuvo escalofríos.

Ingresa al servicio con 38.5° de temperatura y

profusas metrorragias. Se le hace taponamiento y al otro día lavaje intrauterino. La hemorragia cesa, pero continúa la temperatura. Cuatro días después, un practicante del servicio, previa raqui-novo-cocainización 0.08 grs., le efectúa un raspado con la cureta de Sims. Mientras éste se realiza el practicante que interviene aprecia la sensación de haber vencido una resistencia, perdiéndose la cureta en una cavidad sin límite. La enferma no experimenta síntoma alguno, se suspende la intervención.

Al otro día la enferma acusa más temperatura 39°, no hay vómitos, el pulso está en 106. Se hace taponamiento y hielo al vientre. Dos días después la temperatura desciende a 37.5°, el útero se ha reducido de volumen y es movable.

Se da de alta el 15 de Febrero de 1909, curada.

Observación II

HOSPITAL TEODORO ALVAREZ
SERVICIO DEL DOCTOR CARLOS R. CIRIO

M. L. de A., 39 años, italiana, casada.

Fecha de entrada: Agosto 25 de 1916.

Diagnostico.—Perforación de útero.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Ingresa al servicio después de 17 días de un parto y con retención de placenta, enviada por un facultativo para su inmediata intervención.

Atendida por el practicante de guardia, éste le extrajo la placenta que se encontraba en la vagina, absteniéndose de hacer curetaje, taponó y le hace suero, 500 grs. cafeína, aceite alcanforado, etc. No tenía temperatura, pulso 120 por minuto.

A la mañana siguiente la enferma continúa perdiendo sangre, su estado general, lejos de mejorar

había empeorado, tenía 140 pulsaciones, disnea, ansiedad, palidez acentuada principalmente de las mucosas; en estas condiciones es llevada a la sala de operaciones. La enferma se quejaba de dolores en el bajo vientre, ligero timpanismo, sin defensa, no había tenido vómitos, lengua sucia, sin hipo. Al tacto, vagina llena de coágulos, cuello blando entreabierto dejaba pasar fácilmente dos dedos, fondo de saco libres, no proeminentes. Como la enferma perdía mucha sangre creímos conveniente practicarle un curetaje, previa histerometría que nos marcaba 20 cms., en un útero que impresionaba como grande, no involucionado. Fué entonces que decidimos no introducir la cureta y efectuarle una inyección intrauterina con sonda. Introducida ésta, en los primeros momentos el líquido salía bien por el orificio, pero momentos después nos sorprendió que la salida cesara; cerciorados de que el instrumental funcionaba bien, la idea de una perforación se nos presentó de inmediato y corroboraba nuestras sospechas el hecho de que la enferma acusó inmediatamente un fuerte dolor en el bajo vientre, más intenso en el flanco derecho, región que al ser percutida daba matitez.

La enferma cae en choc, su palidez se acentúa, el pulso se acelera 160 por minuto, disnea intensa. Es en ese instante y sin pérdida de tiempo que le practicamos una colpotomía posterior; el líquido que

sale es abundante, 250 grs., más o menos, limpio, claro, apenas teñido con sangre. Se coloca un tubo de vidrio grande en la herida operatoria y una mecha en la cavidad uterina y se lleva a la cama. Se le hace suero endovenoso 500 grs., con adrenalina XL gotas, cafeína, estrienina, etc. Se la coloca en posición horizontal y a la hora la enferma reacciona, su pulso está en 130 por minuto, menos disnea, sus mucosas comienzan a colorearse. En estas condiciones se la coloca en posición de Fowler envolturas calientes, suero y reposo absoluto. Al día siguiente la enferma tiene 38.6° de temperatura, su estado general ha mejorado. Se hacen curaciones diarias y el drenaje se efectúa bien. Se continúa tratando su estado general infeccioso, se le hace colargol, abceso de fijación, etc.

Se le extrae sangre y el análisis hecho nos demuestra la existencia de streptococos.

La enferma sigue mejorando y es dada de alta el 23 de Septiembre.

Observación III

HOSPITAL TEODORO ALVAREZ

SERVICIO DEL DOCTOR CARLOS R. CIRIO

M. de A., 26 años, argentina, casada.

Fecha de entrada: Septiembre 29 de 1916.

Diagnóstico.—Absceso anexo-secal por sonda en el abdomen introducida provocando aborto.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Dice no haber estado nunca enferma. Casada hace cinco años, ha tenido dos hijos, parto y puerperio normales.

Enfermedad actual.—Su enfermedad actual comienza hace nueve días, consecutiva a un aborto correspondiente a un embarazo de mes y medio. Fué tratada por una partera negando haya habido maniobras abortivas. Desde ese día comienza a sentir dolor en la fosa ilíaca derecha que persistía a pesar del tratamiento instituido. Ha tenido fiebre alta, no ha tenido vómitos.

Estado actual.—Ingresa al servicio con temperatura que oscila entre 37.5° y 39°, dolores espontáneos en la fosa iliaca derecha, al nivel del ciego y propagados al anexo del mismo lado.

No hay más mac-burney, el dolor es algo más bajo y externo. Se palpa un tumor de bordes difusos no bien circunscrito. Haciendo tacto ese tumor se continúa con el anexo derecho. Útero grande 8 y 1/2 centímetros, y algo rechazada hacia la izquierda. Se hace el diagnóstico de anexitis derecha con propagación al apéndice.

Tratamiento médico.—Reposo, bolsas de hielo al vientre, lavajes vaginales. Cinco días después la temperatura se normaliza, el tumor se reduce y duele menos a la presión.

Entriada la lesión, el 11 de Octubre, previa anestesia con éter, se interviene.

Operador, Dr. Cirio. Laparotomía infra-umbilical. Abierto el vientre se encuentra el epiplón adherido ciego y englobando el apéndice y anexo derecho. Se desprende con relativa facilidad; mientras se realizan estas maniobras, se abre un absceso, encontrándose en su interior, arrollada, una sonda Nelatón N.º 18, semi-rígida, que estaba entre las ansas intestinales, aislada de la gran cavidad abdominal por adherencias laxas. Por debajo del cuerno uterino derecho, vecino a la trompa, hay una lesión en vía de cicatrización, que indica el punto por donde

se ha abierto camino la sonda. Se extirpa la trompa derecha, se peritoniza el ciego y se deja drenaje.

La enferma cura y se dá de alta el 4 de Noviembre del mismo año.

Observación IV

HOSPITAL TEODORO ALVAREZ

SERVICIO DEL DOCTOR CARLOS R. CIRIO

C. M. de F., 64 años, italiana, casada.

Fecha de entrada: Julio 30 de 1908.

Diagnóstico.—Metritis senil-perforación de útero.

Enfermedad actual.—Ingresa al servicio acusando flujo de color amarillento y de olor nauseabundo, con bastante cantidad, produciéndole escozor y prurito en sus órganos genitales externos.

Durante su actual dolencia que data de cinco o seis años atrás, nunca ha disminuído de peso.

Examen ginecológico.—Las caras internas de ambos muslos, invadiendo los grandes labios, hay una zona rubefacta, existiendo lesiones producidas por la uña, desgarradura completa de periné, cisto y restocele, cuello con una exulceración manifiesta que deja salir por su orificio externo flujo sanguinolento y espeso. Cuerpo de tamaño algo aumentado,

móvil, no doloroso. Hace veinte años que está en menopausa. Histerometría: siete centímetros.

Tratamiento.—Habiendo fracasado el tratamiento médico, el 12 de Agosto, previa raqui-novo-cocainización 0.08 grs. se procede a efectuársele un raspado. Cuando este se practicaba, extrayéndose colgajos de mucosa espesada, sin darse cuenta el que la efectuaba, de haber vencido una resistencia, la cureta extrajo una partícula grasosa, la cual no podía provenir sino del epiplón.

Comunicado esto al jefe del servicio Dr. Cirio, éste resuelve practicarle una histerectomía abdominal dada la edad de la enferma y su buen estado general.

La cureta empleada era una de Sims y hay que observar que la enferma no experimentó sintomatología alguna.

Con algunas gotas de cloroformo se hace una laparotomía infra-umbilical mediana, descubriéndose en el fondo del útero contigua a la porción intersticial de la trompa una herida del tamaño de un centímetro recubierta por epiplón.

Útero y anexo completamente libres. Se hace histerectomía sub-total, procedimiento americano. Se cierra el vientre sin dejar drenaje y cicatriza por primera.

Examinada la pieza, solo se encuentran lesiones de metritis senil, sus paredes son friables y la mucosa alterada.

Observación V

HOSPITAL TEODORO ALVAREZ

P. L., 29 años, española, casada.

Fecha de ingreso: Abril 10 de 1916.

Diagnóstico.—Peritonitis generalizada; perforación del útero.

Antecedentes.—Casada, hace 8 años, ha tenido 6 hijos, partos normales.

Enfermedad actual.—El viernes 7 de Abril se siente enferma con fuertes dolores al vientre, acompañados de diarrea abundante. Esa misma noche la visita un facultativo quien le receta una bebida. Al día siguiente disminuye la diarrea pero los dolores continúan. El sábado por la noche la ve un médico de este hospital, tiene 39° de temperatura, 125 pulsaciones, disnea, lengua húmeda, vientre doloroso ligeramente timpanizado, que no obstante se dejaba deprimir. Este aconseja fuera traída al hospital.

Al retirarse el médico, el marido le revela que la enferma tenía un retardo de 15 días en su menstruación, que acostumbraba a darse lavajes vaginales y que el día anterior le había manifestado que temía que la punta de la cánula hubiera ido dentro del útero.

Estado actual.—El lunes por la mañana a las 12 m., ingresa al hospital. Presenta un vientre muy meteorizado, doloroso, disnea acentuada, lengua seca, 38° de temperatura y 136 pulsaciones. Estado general muy grave.

Intervención, Dr. Chichizola. Laparotomía mediana infra-umbilical. Salen las ansas distendidas con pus abundante, hay una peritonitis franca. La matriz está grande, el anexo izquierdo inflamado.

En la cara antero-superior izquierda de la matriz, nótase una perforación, más o menos de un centímetro de diámetro, con un tapón de fibrina que la obstruía.

Se hace una colpotomía posterior y se drena con un tubo de vidrio, dejándose también un amplio drenaje abdominal. Se le hace suero, estricnina, aceite alcanforado, cafeína, á pesar de lo cual la enferma fallece a las 6 p. m.

Observación VI

HOSPITAL RIVADAVIA.—SERVICIO DEL DOCTOR ZAVALA

J. A. de A., 33 años, argentina, casada.

Fecha de entrada: Noviembre 13 de 1916.

Diagnóstico.—Aborto de cinco meses. Perforación del útero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—En la infancia fué delicada de salud, anémica y propensa a resfrios, regló a los 14 años, 3 días de duración, dolorosa, escasa, color claro. Se casó a la edad de 20 años, tuvo tres embarazos a término, parto y puerperio normales, un hijo sano, los otros dos muertos a los pocos días de nacer.

Ha tenido tres abortos, uno de dos meses, los otros dos de cinco. El último lo tuvo hace dos meses y medio y como continuara perdiendo sangre, le practicaron un curetaje en Junín, de donde la envían al hospital porque el médico que lo efectuó

había perforado el útero, pues la cureta penetró hasta el mango. El día 20 del mismo mes se le practica un nuevo curetaje saliendo restos placentarios, y en la cara posterior del útero la cureta se introduce profundamente hasta el mango.

Tratamiento.—Reposo, hielo al vientre, lavajes vaginales.

La enferma sigue bien y sale de alta el 27 del mismo mes.

Observación VII

HOSPITAL RIVADAVIA.—SERVICIO DEL DR. ZAVALA

C. C. de B., 39 años, italiana, casada.

Fecha de entrada: Febrero 26 de 1917.

Diagnóstico.—Metritis hemorrágica. Perforación de útero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión y tifoidea en su infancia. Regló a los 12 años, regulares tres a cuatro días de duración. Casada a los 19 años, ha tenido 7 hijos, viven 6 y son sanos.

Ha tenido dos abortos de seis meses.

Enfermedad actual.—Se enfermó hace seis meses con pérdidas abundantes de sangre que no cesaban a pesar del reposo y tratamiento médico instituído. Tiene cefaleas, principalmente nocturnas y caída abundante de pelo, es constipada habitual.

Marzo 2.—*Raspado.*—El histerómetro marca nueve y medio. Dilatación fácil con el 12 Hegar. Al

introducir la cureta, ésta se desliza en un divertículo. Toques con gasa yodada. Se deja una mecha intrauterina durante 24 horas.

A las 48 del raspado la enferma tiene 39° de temperatura y comienza a formarse lentamente un proceso de pelvis-peritonitis, plastrón que llega casi hasta el ombligo.

Tratamiento—Reposo, hielo al vientre, lavajes calientes. Continúa con dolores y la temperatura diaria oscila entre 37.5 y 39°. Al cabo de un mes todo entra en orden y la enferma es dada de alta el 8 de Abril.

Observación VIII

HOSPITAL ALVEAR.—SERVICIO DEL DR. SOBRECASAS

A. A., 18 años, española, soltera.

Fecha de entrada: Marzo 5 de 1917.

Diagnóstico.—Aborto de 3 meses. Perforación de útero.

Antecedentes hereditarios. - Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha sido siempre sana. Regló a los 14 años, sus reglas han sido siempre regulares, 3 días de duración, no dolorosas.

Enfermedad actual.—Hace un mes tuvo un aborto de tres meses, provocado según manifestaciones de la misma, después del cual continúa perdiendo sangre hasta ingresar al servicio.

Estado actual.—Mujer en buen estado general. Al examen ginecológico el resto de su aparato genital sano. Como continuara perdiendo sangre se le practica un curetaje. Mientras éste se realiza, extrayéndosele restos placentarios, llama la atención que la

cureta penetre profundamente sin encontrar resistencia alguna, al mismo tiempo que la enferma se queja de dolor en el bajo vientre. Creyendo haber perforado el útero se resuelve intervenirla de inmediato.

Intervención.—Operador, Dr. Celesia. Anestesia con éter. Se hace una laparatomía mediana infraumbilical. El útero está aumentado de volumen encontrándose en la cara posterior del mismo y próximo al cuerno del lado derecho la herida perforante producida por la cureta. Se sutura la herida en dos planos, muscular y ceroso y se deja una mecha en el Douglas, cerrándose el vientre como de costumbre. Al otro día la enferma acusa 38° de temperatura que persiste algunos días hasta volver a la normal. La enferma sigue bien y es dada de alta el 11 de Abril, completamente curada.

Buenos Aires, Mayo 12 de 1917.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Fanor Velarde, al profesor titular Dr. Lucio Durañona y al profesor suplente Dr. Toribio J. Piccardo, 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. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

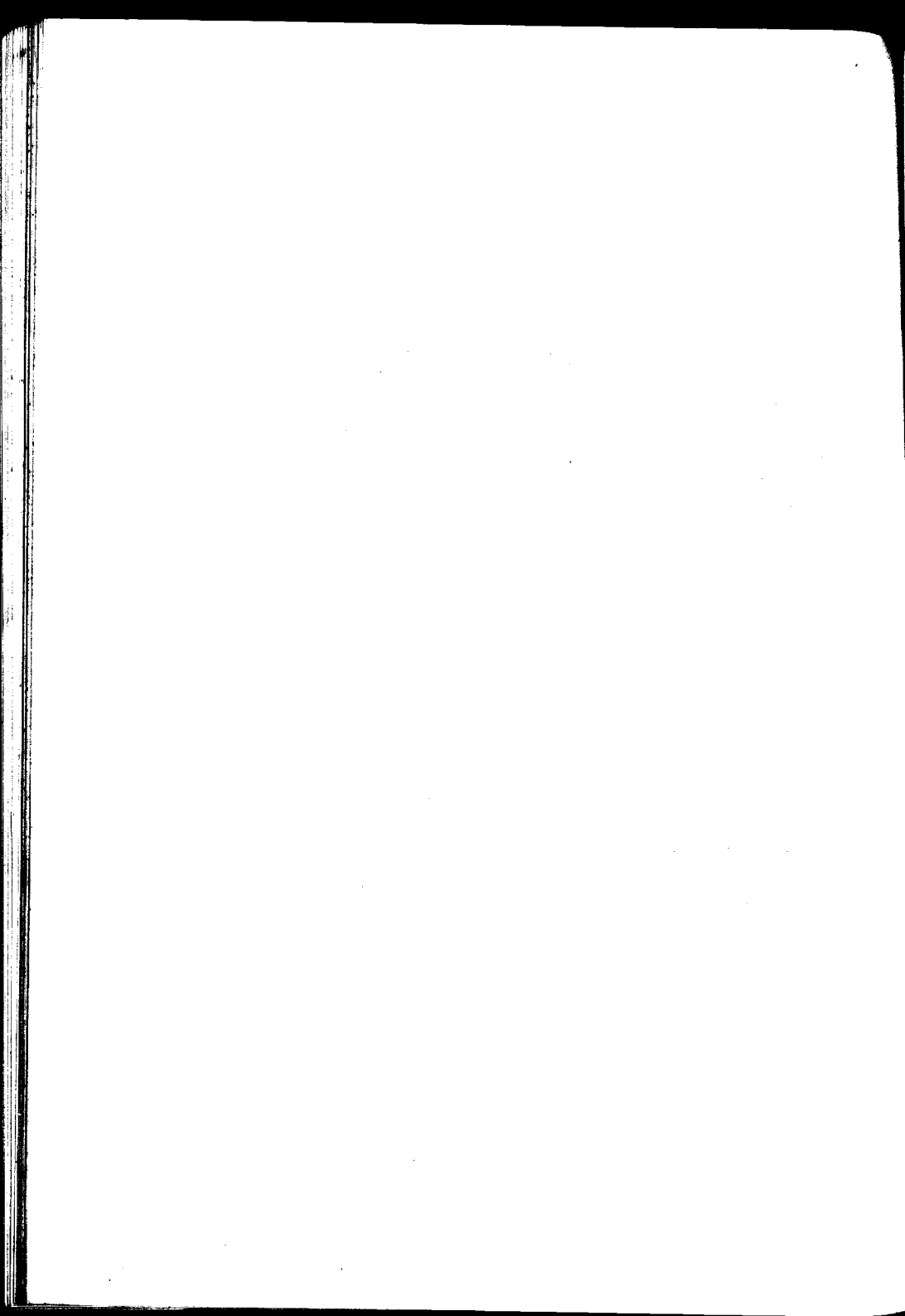
Buenos Aires, Mayo 30 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3288 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

1291



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Lesiones uterinas producidas por el forceps, al ser aplicado.

F. Velarde.

II

Patogenia y clasificación de las roturas puerperales del útero.

Lucio Durañona.

III

Conducta a seguir en el caso de una perforación traumática del útero.

Toribio J. Piccardo.

