

Mar. 5. 94

Núm. 2751

ONAL DE BUENOS AIRES

CIENCIAS MEDICAS

INVERSION DE UTERO POR FIBROMA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GERÓNIMO H. LORAY



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

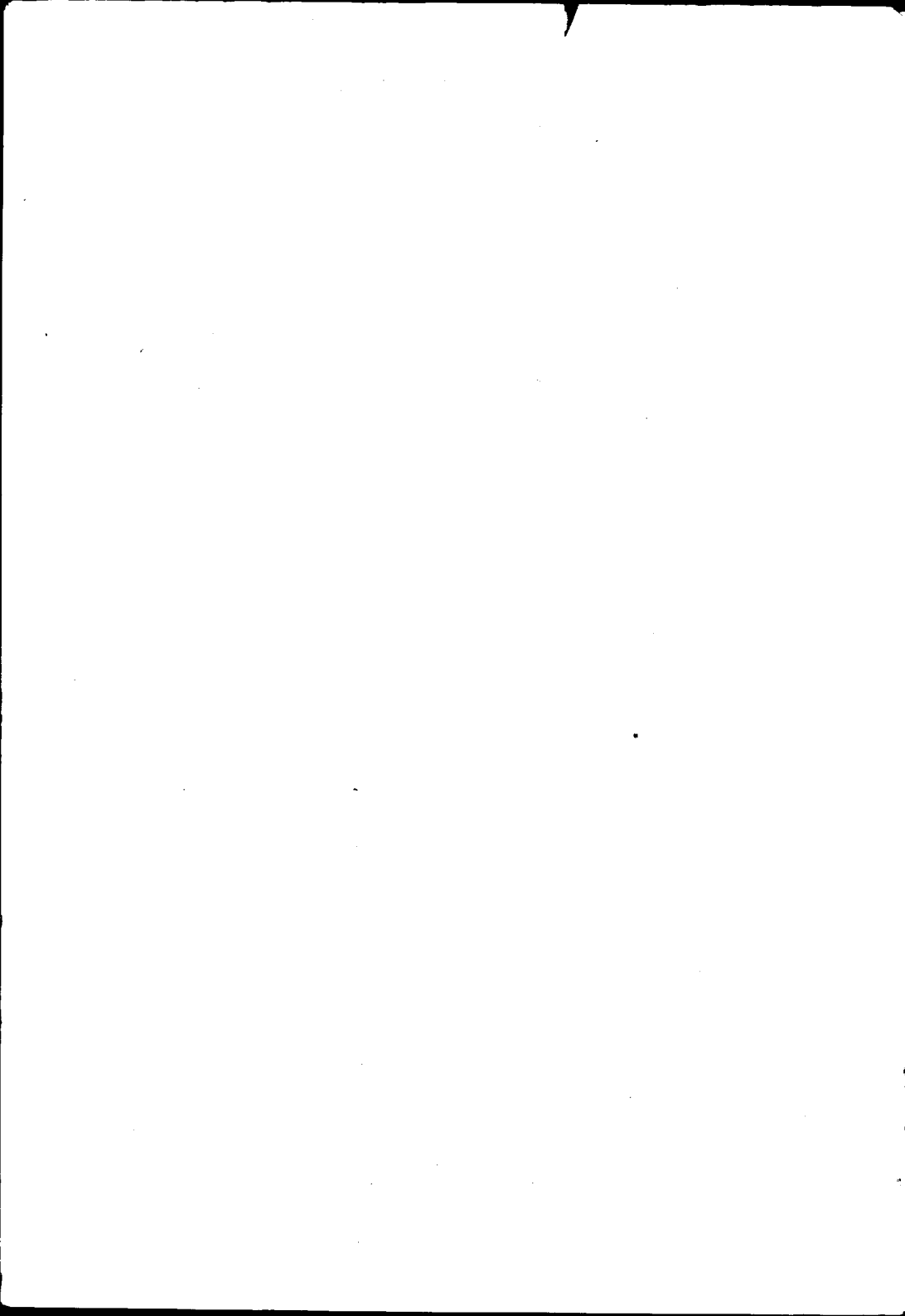
CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI SUFFARINI

9070, CORDOBA, 2080 - BUENOS AIRES



1.
Mix. S. 94.

INVERSION DE UTERO POR FIBROMA



Año 1914

Núm. 2751

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INVERSION DE UTERO POR FIBROMA

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GERÓNIMO H. LORAY

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI DUFFARINI
2500, CÓRDOBA, 2011 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA .

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

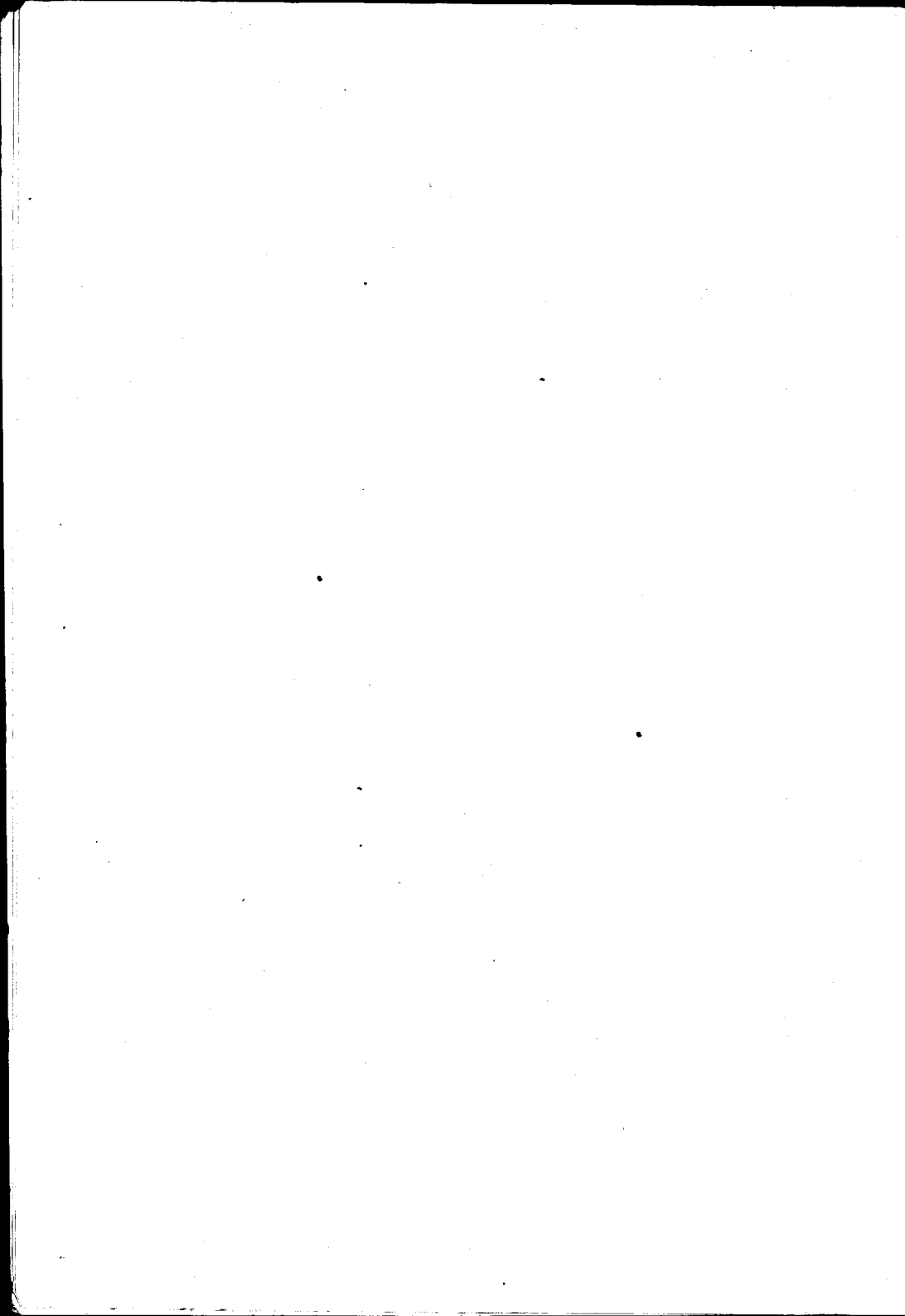
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOBRI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » DESIDERIO F. DAVEL

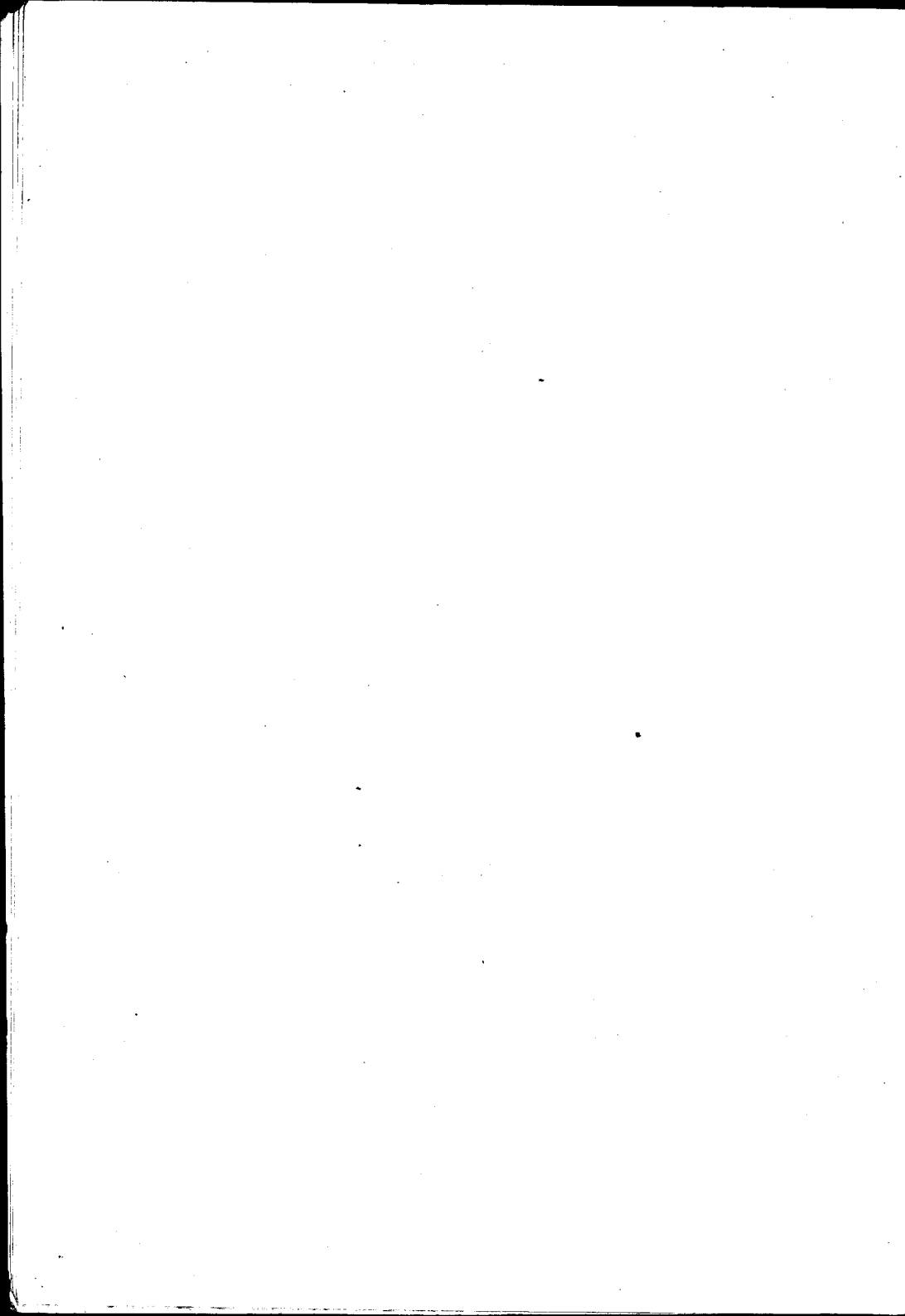


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

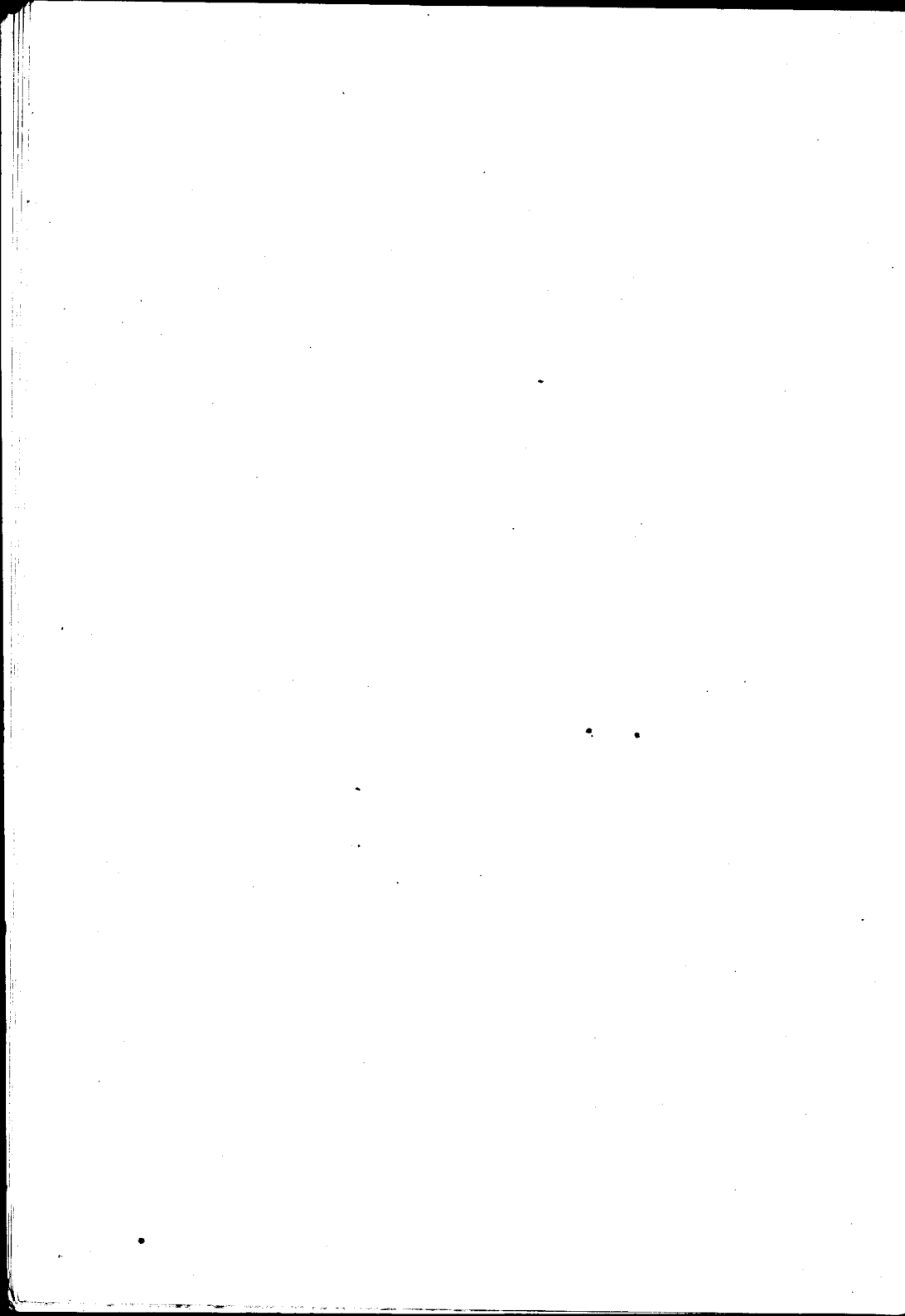
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOBRI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

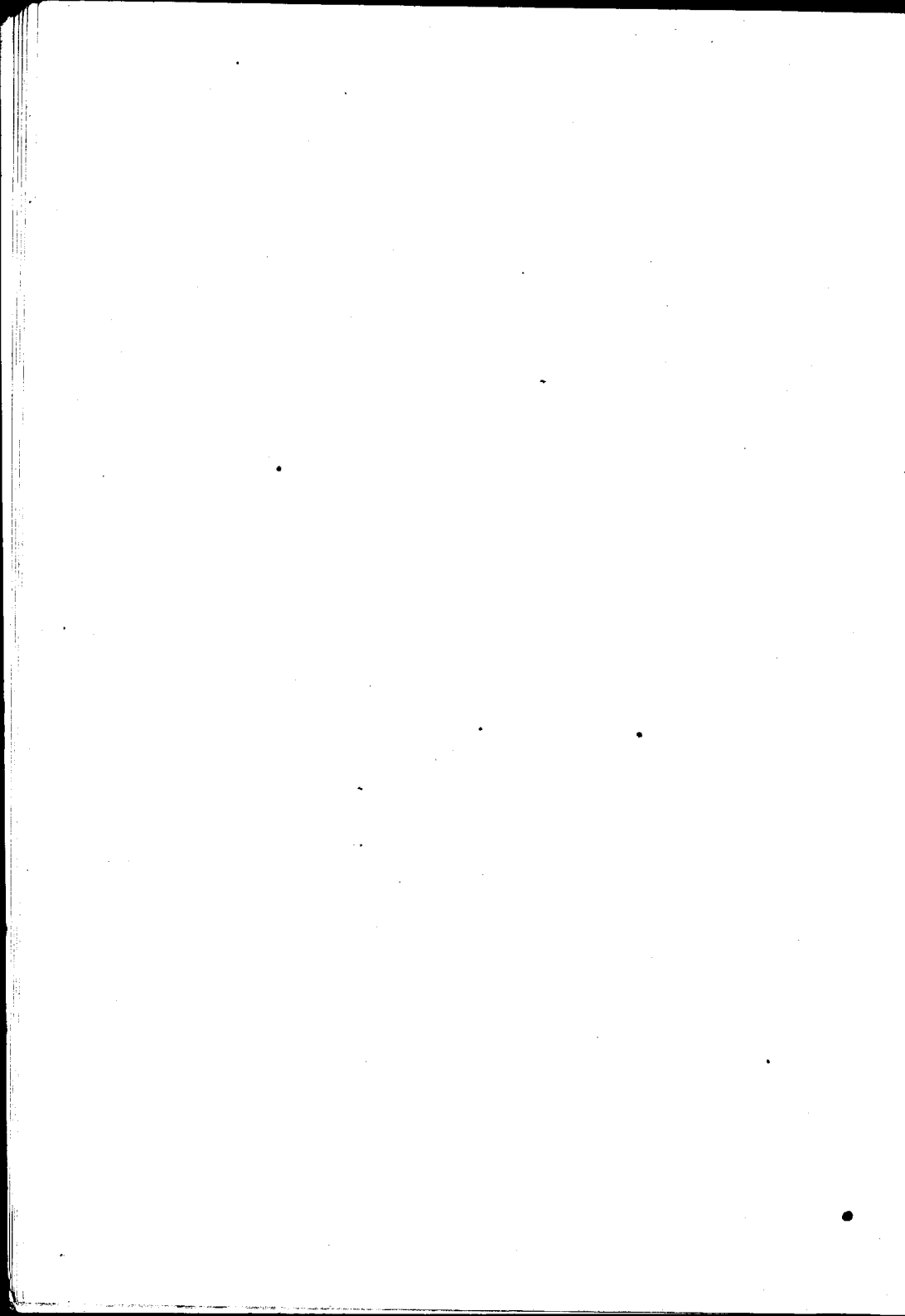
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

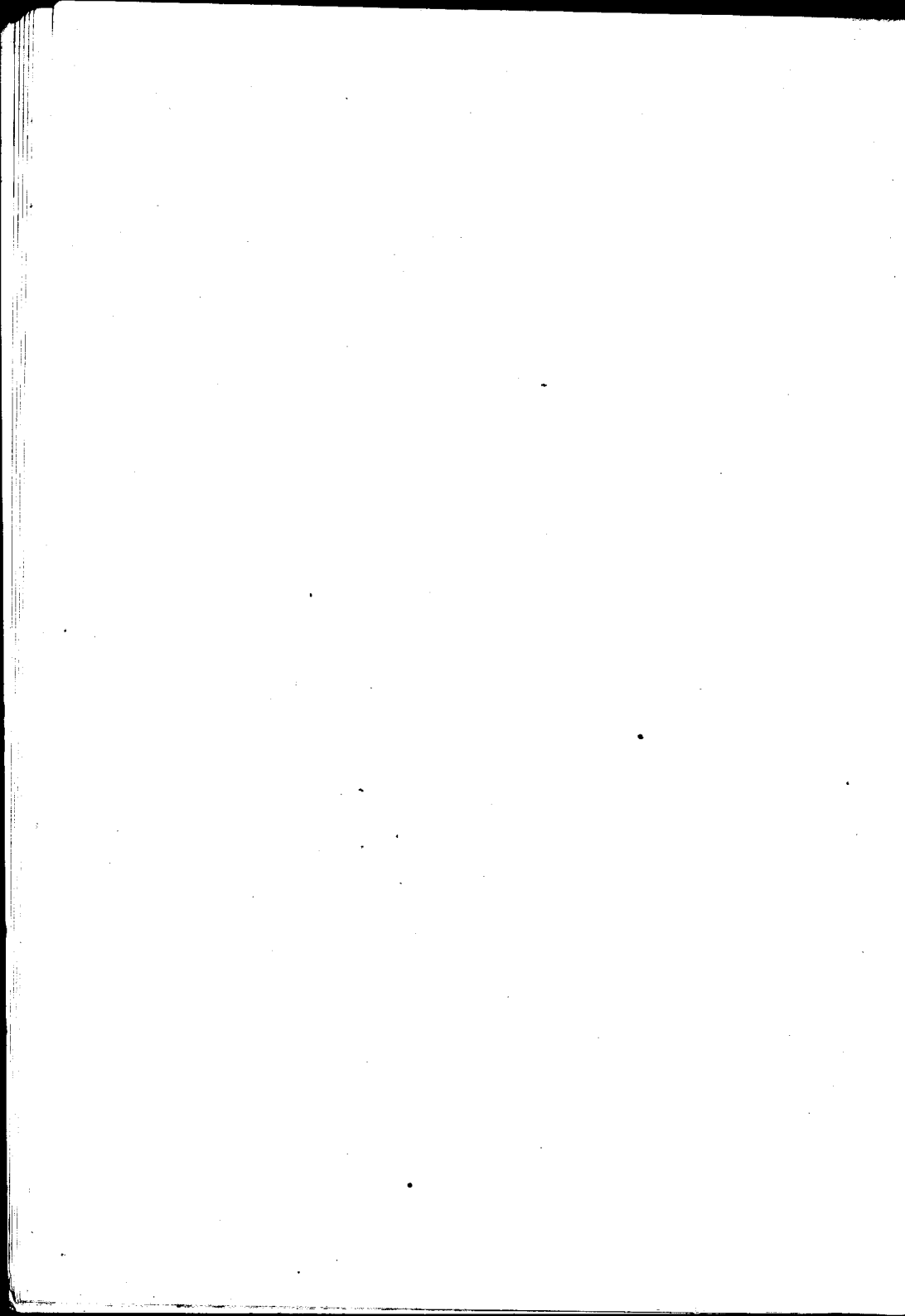
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JOSÉ M. RAMOS MEJIA



ESCUELA DE MEDICINA

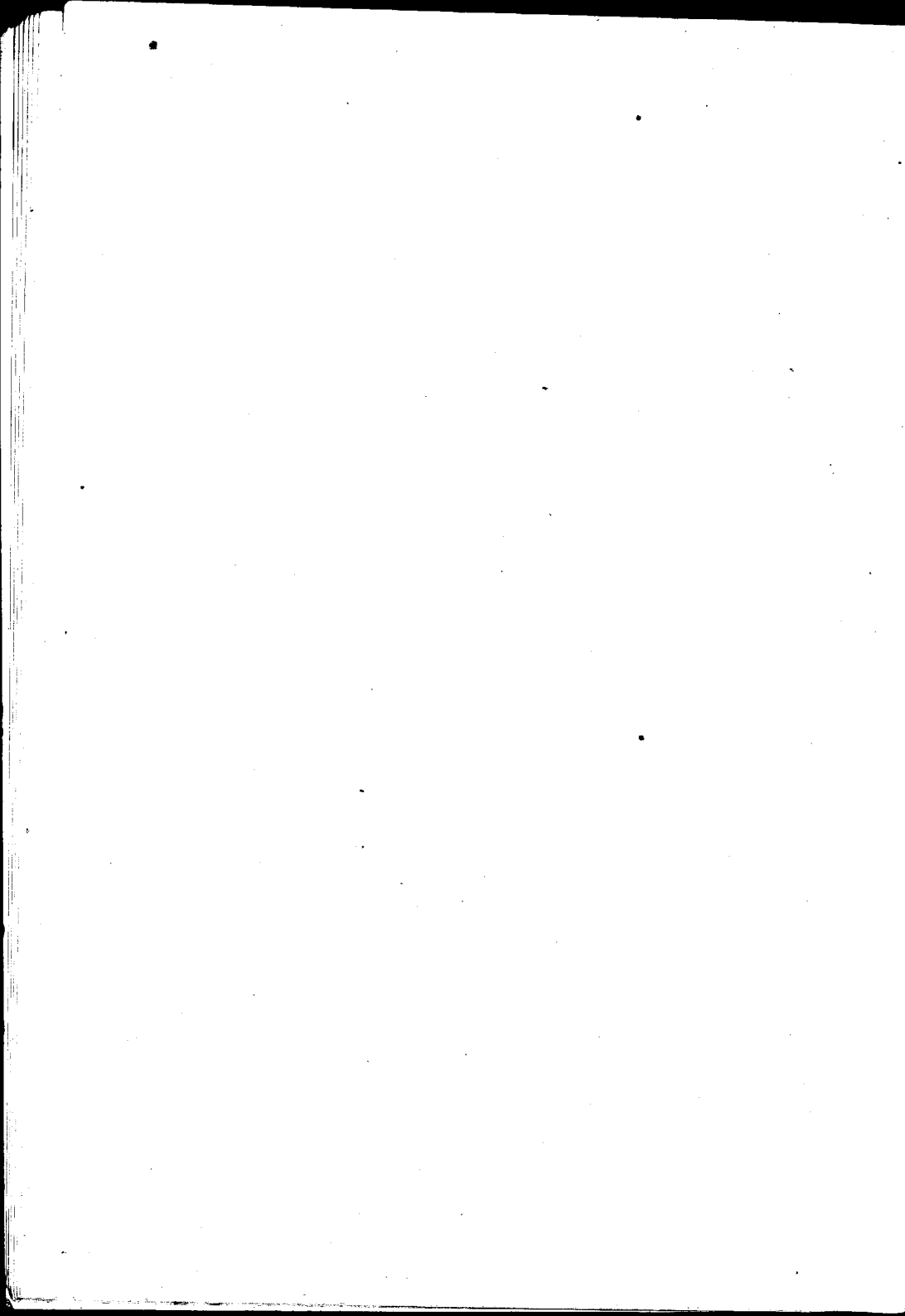
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
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 GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

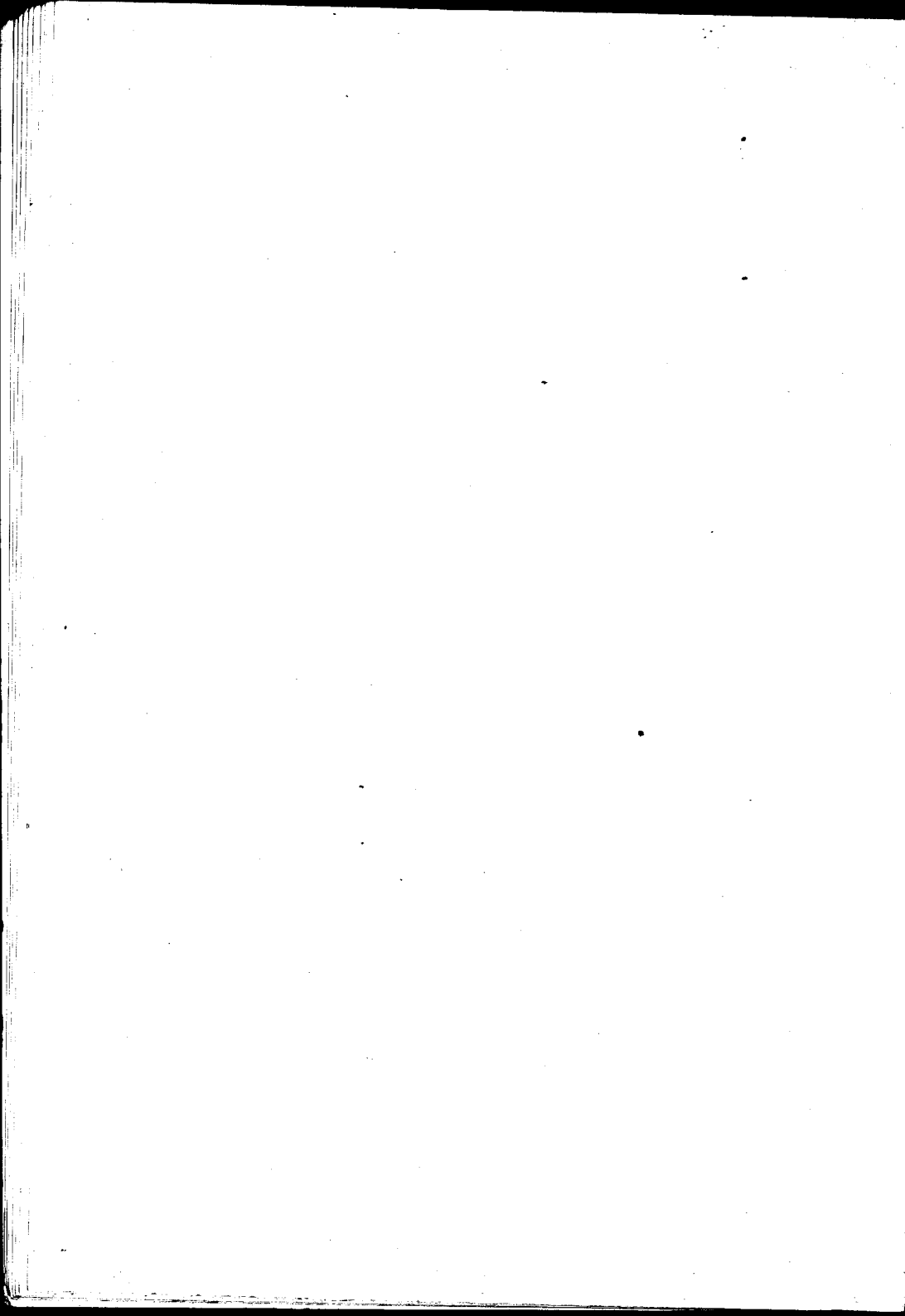
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Ginecológica.....	„ ENRIQUE ZARATE (en ejerc.)
Clinica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
	„ JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Neurológica.....	„ MARIANO ALURRALDE
	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clinica Psiquiátrica.....	„ JOSE T. BORDA
	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Pediátrica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	„ RICARDO COLON
Patología interna.....	„ ELISEO V. SEGURA
Clinica oto-rino-laringológica.....	„



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" PEDRO BELOU
Botánica Médica.....	" RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapéutica.....	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	" JOAQUÍN LLAMBÍAS
Patología externa.....	" JOSE MORENO
» Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO CHUTRO
» Genito-urinaria.....	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	" PEDRO L. BALJA
Clinica Oftalmológica.....	" BERNARDINO MARAINI
» Quirúrgica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
	" FERNANDO R. TORRES
	" PEDRO LABAQUI
	" JORGE L. FACIO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETI
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" JOSE MA. JORGE (hijo)
	" MIGUEL SUSSINI
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSE VITÓN
	" PABLO MORSALINI
Clinica Médica.....	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
Clinica Pediátrica.....	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
Clinica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
Clinica Obstétrica.....	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
Medicina legal.....	" JOAQUIN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Asignatura

Farmacognosia.....

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 » JUAN A. BOERI
 » JULIO J. GATTI

 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR

 » FRANCISCO P. LAVALLE

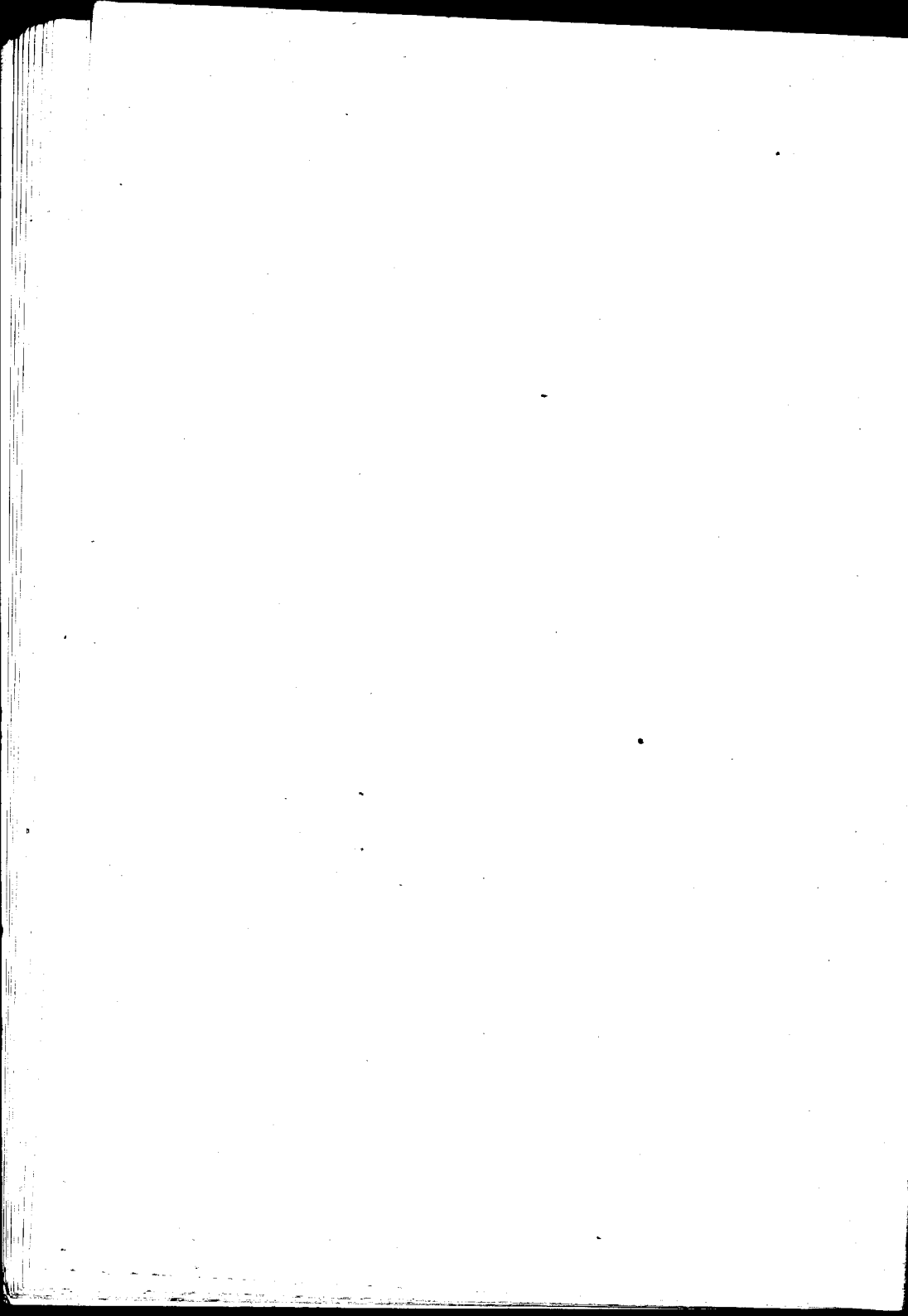
 » RICARDO SCHATZ

Catedrático Extraordinario

SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Catedráticos sustitutos

SR. PASCUAL CORTI
 „ RICARDO ROCCATAGLIATA
 „ OSCAR MIALOCK
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 „ JUAN A. SANCHEZ
 DR. ANGEL SABATINI



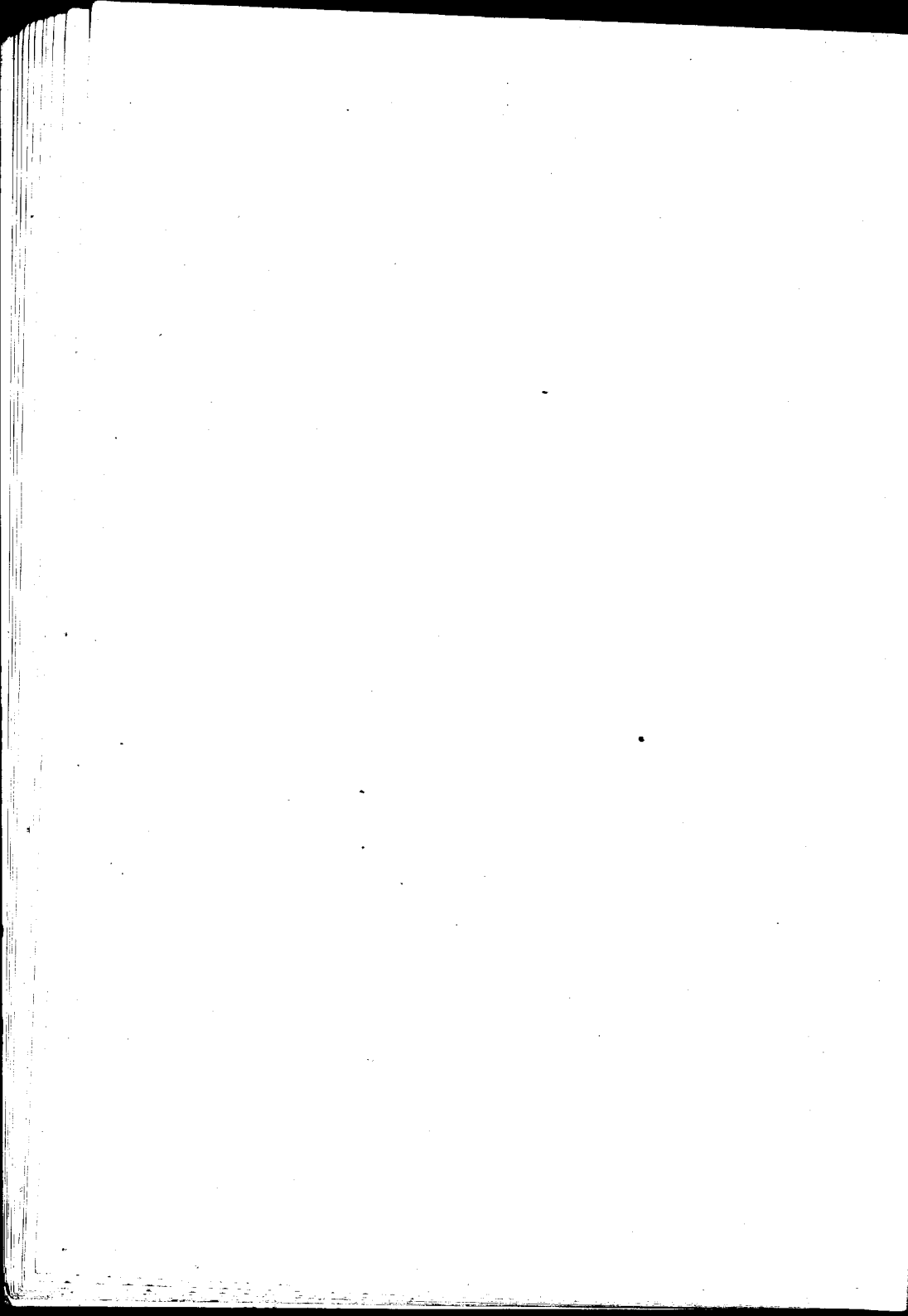
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASSINI
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

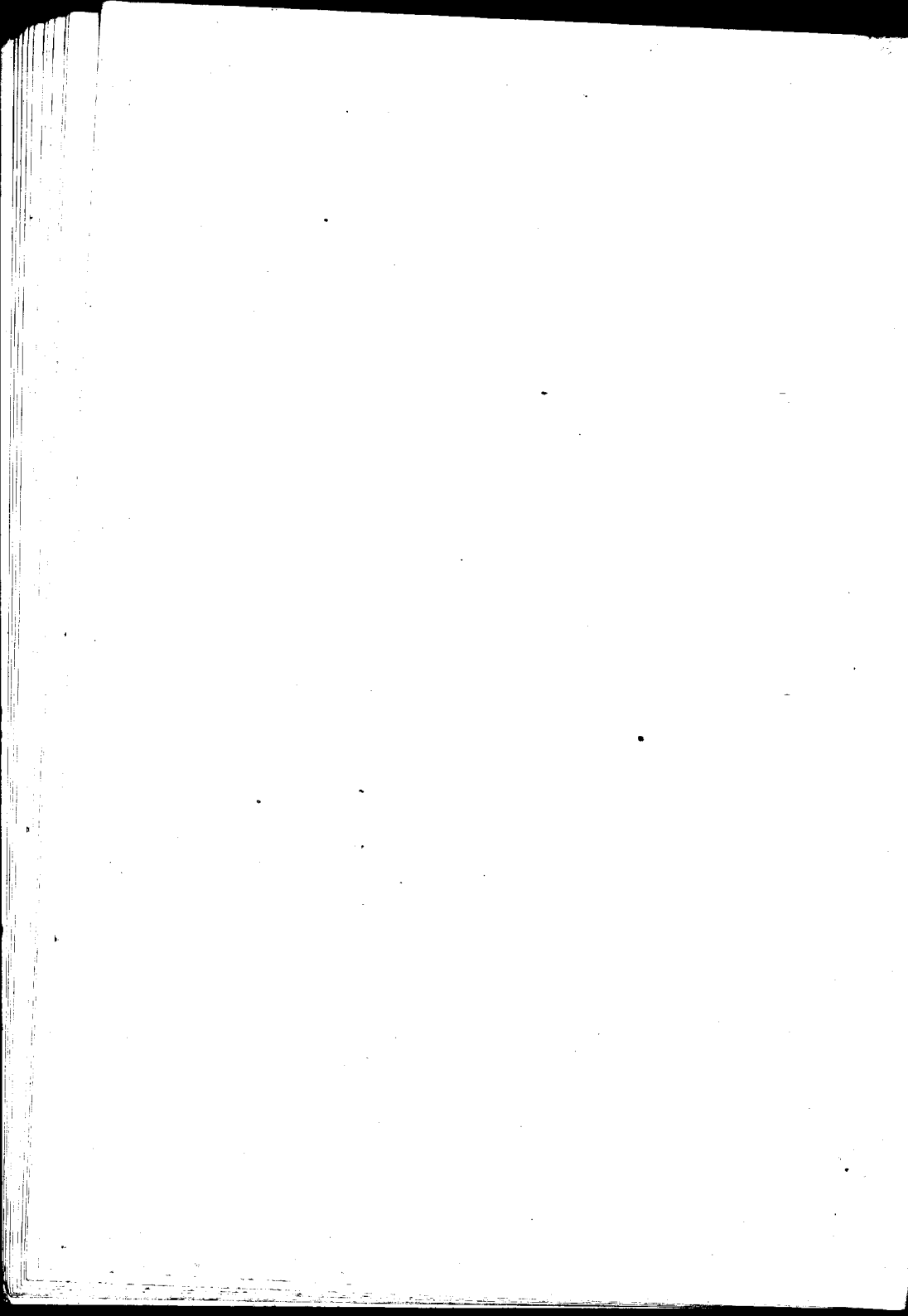
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)

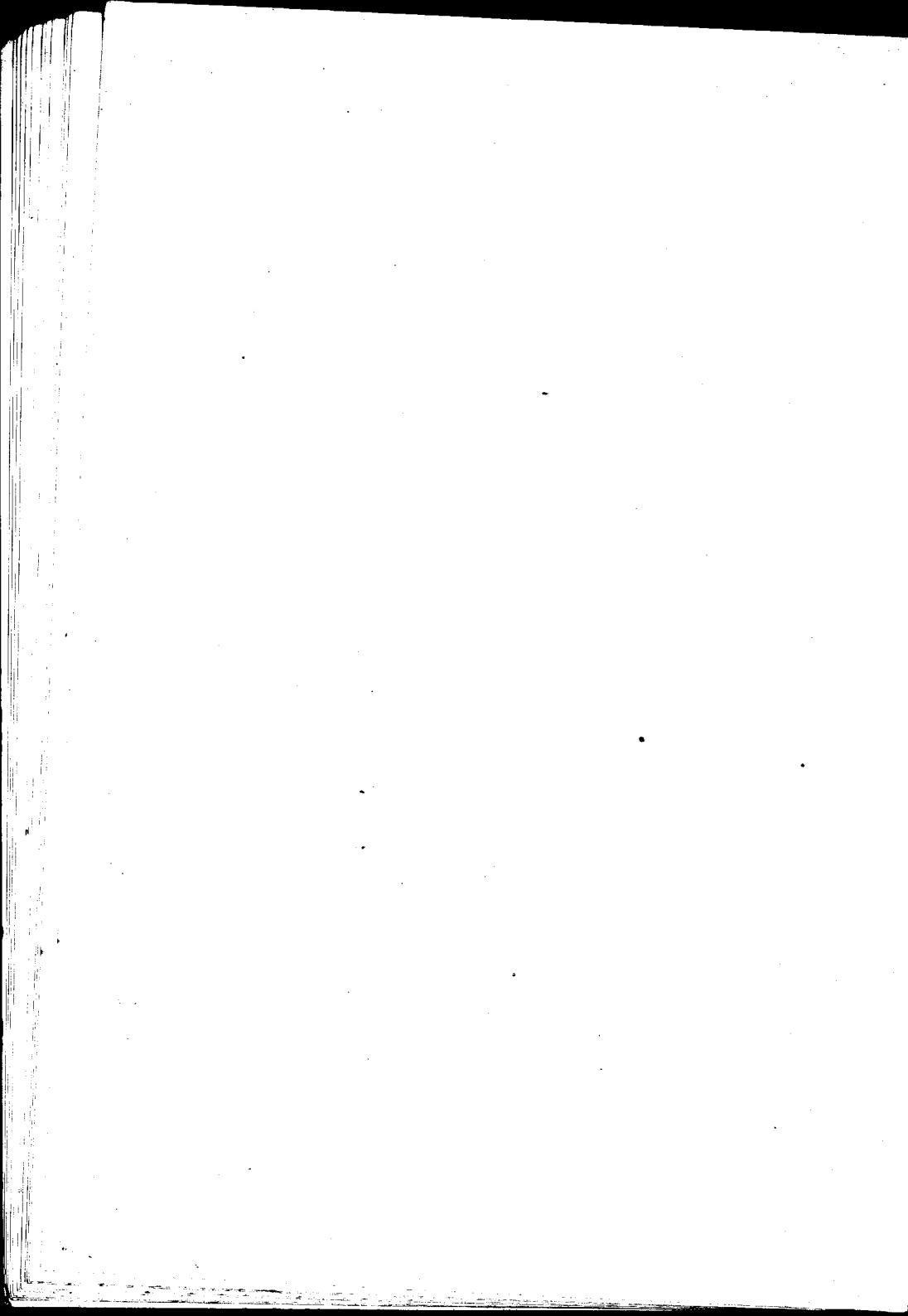


PADRINO DE TESIS:

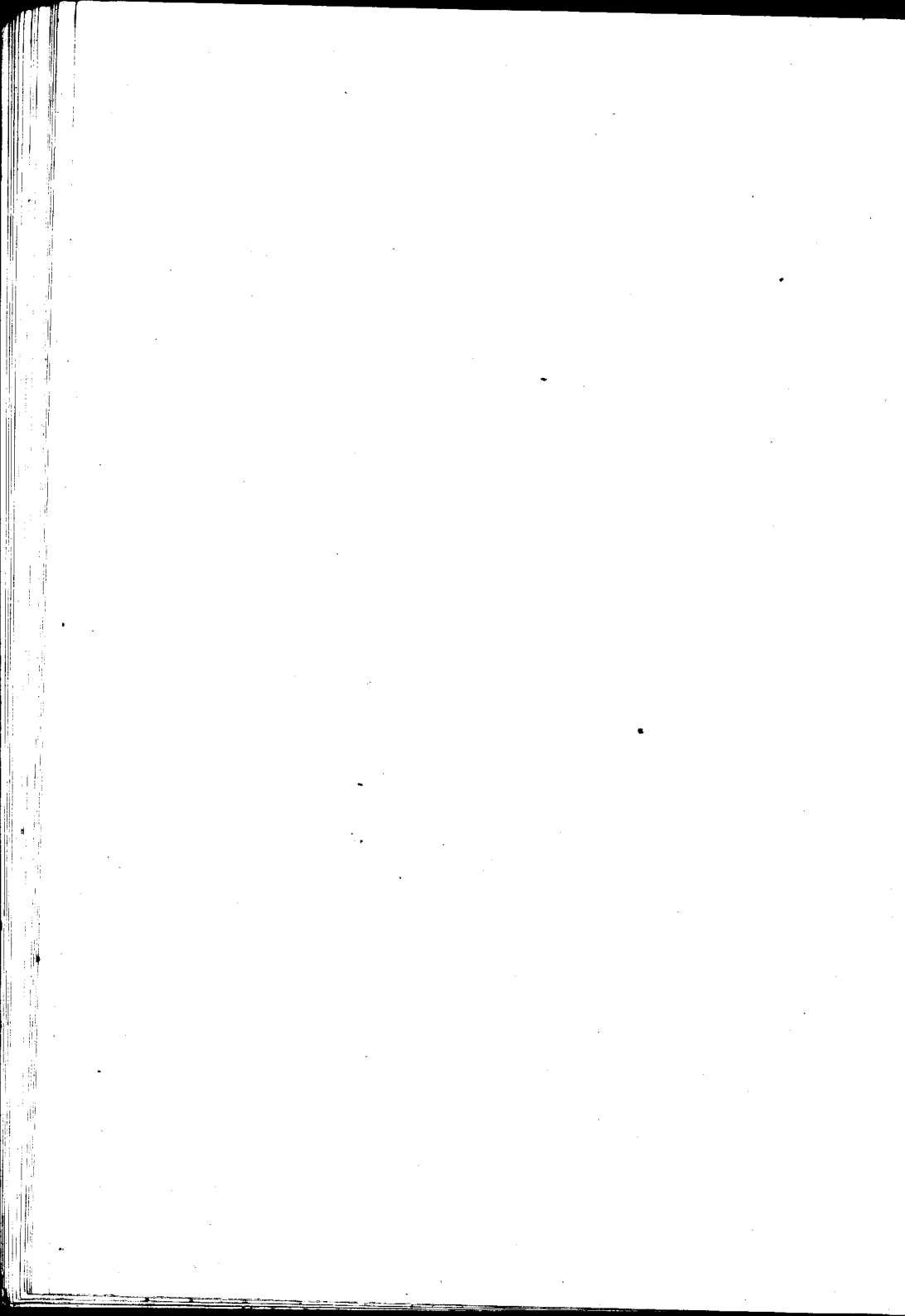
DOCTOR FRANCISCO I. CASTRO



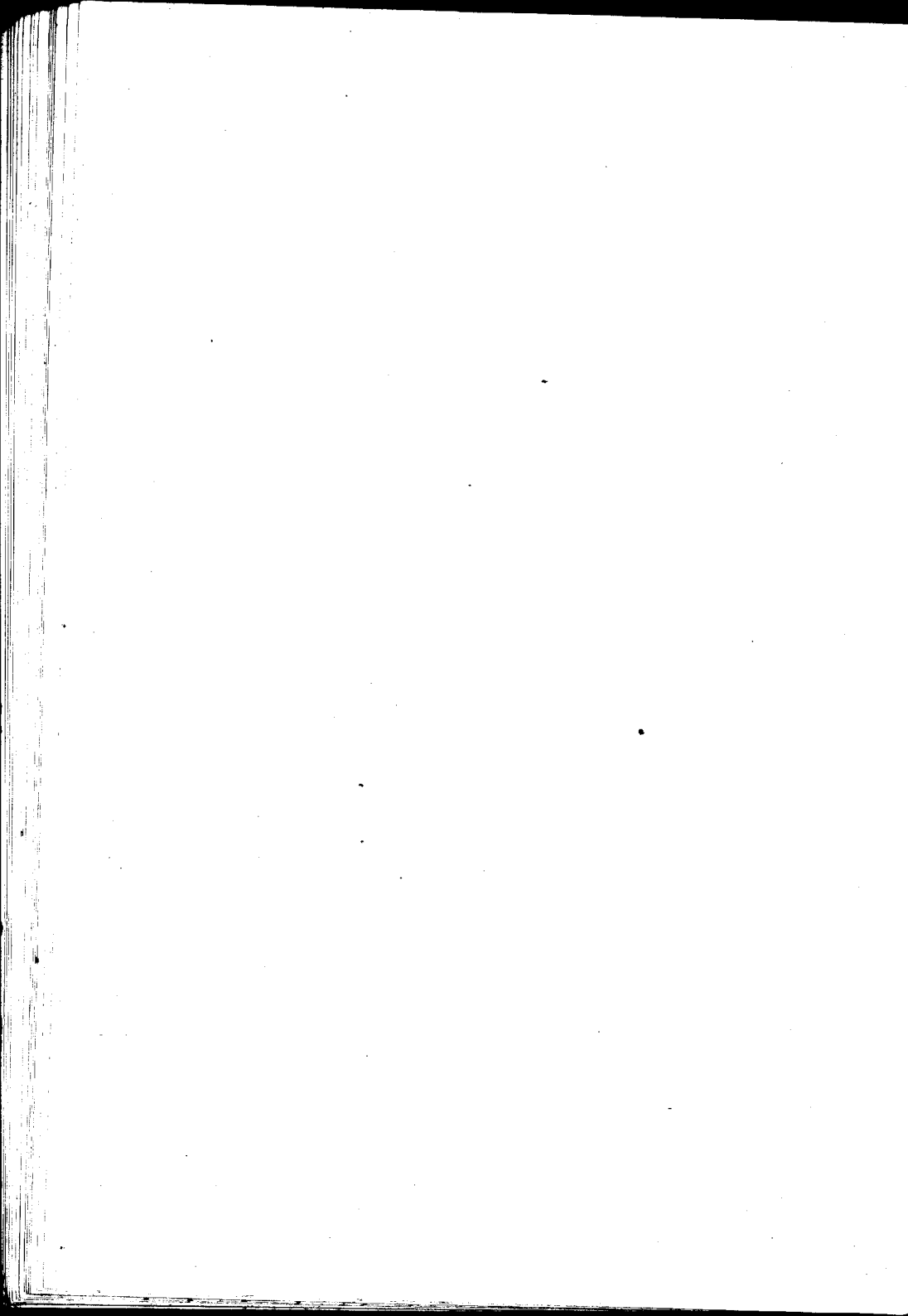
A mis PADRES



A MIS HERMANOS Y CUÑADOS



A Los MIOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

En cumplimiento de los reglamentos, de la Escuela de Medicina y como último esfuerzo, que se nos exige, para optar al título de Doctor en Medicina, presento á vuestra ilustrada consideración este modesto trabajo, confiando en que vuestra benevolencia querrá disculpar los errores, que en él encontraréis.

Al elegir este tema, lo he hecho por la rareza de la afección, y por los pocos casos descriptos entre nosotros. A mí no me ha sido posible seguir, sino un solo caso ; cuya historia clínica va al final de la exposición.

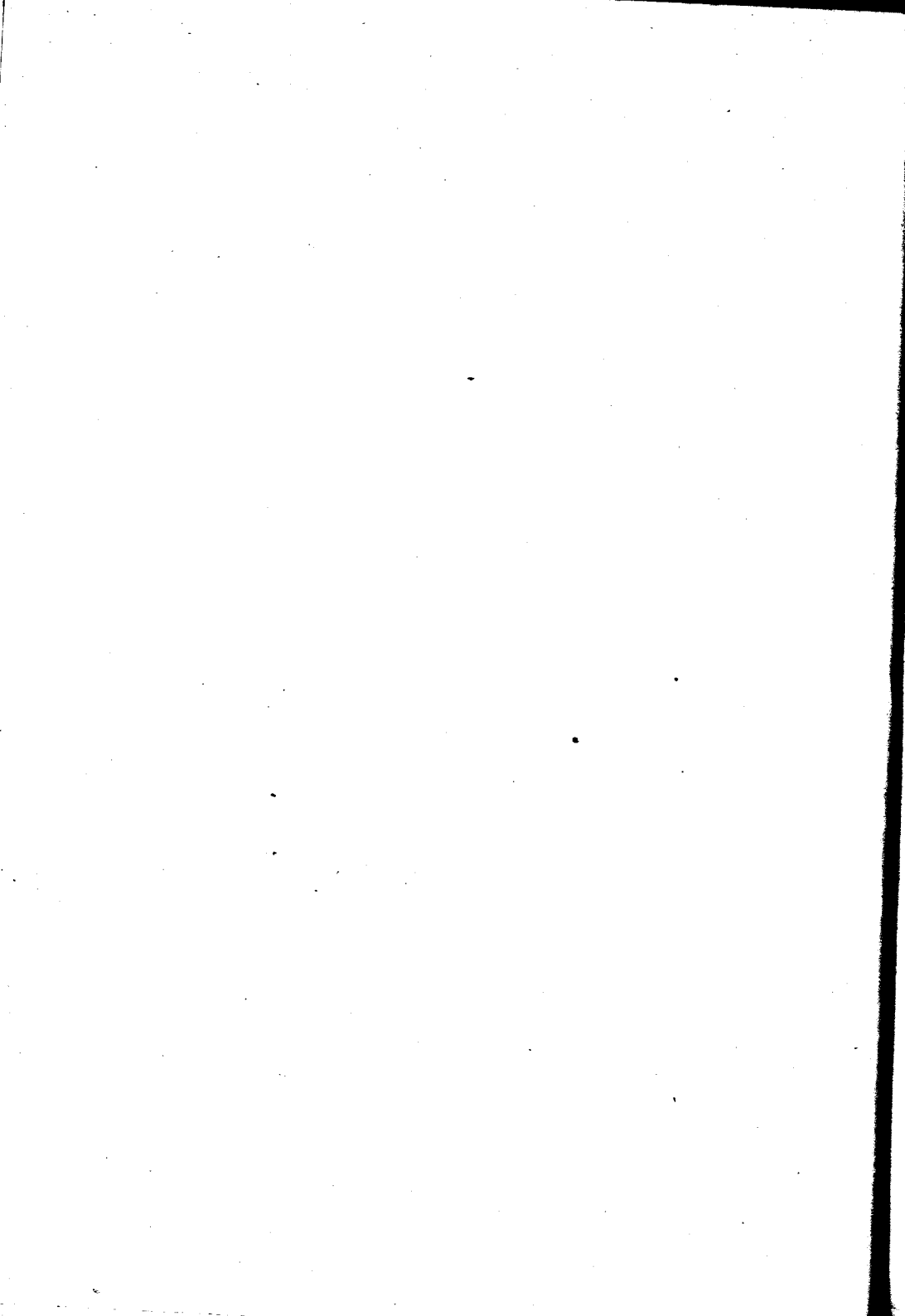
Séame permitido, al abandonar las aulas de nuestra querida escuela, expresar mi gratitud á los pro-

fesores, que con sus sabias lecciones, formaron mi espíritu médico ; permitiéndome así ser útil á la humanidad.

Al doctor Francisco I. Castro, que me hace el honor de acompañarme en este acto ; á los doctores Martín González y Juan A. Garona, mi mayor gratitud y estima por los conocimientos que he adquirido en sus servicios y por la deferencia con que siempre me trataron.

DEFINICIÓN

Con el nombre de inversión uterina se designa, la invaginación que este órgano verifica sobre sí mismo, quedando vuelto al revés ; es decir, que la mucosa viene á ser la capa más externa y la serosa la interna, de suerte que su fondo deprimido á manera de dedo de guante, forman un relieve más ó menos prominente, ya en el interior de la cavidad uterina, ya en la vagina, ya en el exterior.



HISTORIA

Hipócrates nos habla en su libro : Enfermedades de las mujeres ; del prolapso uterino, pero sin mencionar la inversión.

Aretee de Cappadoce, es el primero que cita la inversión uterina consecutiva al parto.

Celso describe un caso de inversión de útero debida probablemente á un pólipo, pero sin atribuirle este origen.

Soranus, Moschion, Paul d'Egine, mencionan en sus textos, la inversión uterina post-partum, pero ninguno de ellos considera la inversión por tumor uterino.

Los famosos médicos árabes, Rhazes y Avicenne, aportan algunos conocimientos á la inversión uterina, pero confundiéndola con el prolapso.

Es preciso llegar hasta Moriceau para diferenciar estas dos entidades patológicas. El fué el primero que demostró la depresión uterina, primer grado de la inversión (depresión en culo de botella de Moriceau), ésto refiriéndose siempre á la inversión postparto.

Puzós fué el primero que dividió las causas de inversión en dos clases : 1º Causa uterina consecutiva al parto, y 2º causa externa, desconocida, ya que se veía en jóvenes que no habían tenido hijos y en mujeres que habían pasado la menopausa, y que Puzós atribuía á la grasa, pesando sobre las vísceras, que hacía invertir el útero y que éste saliese al exterior.

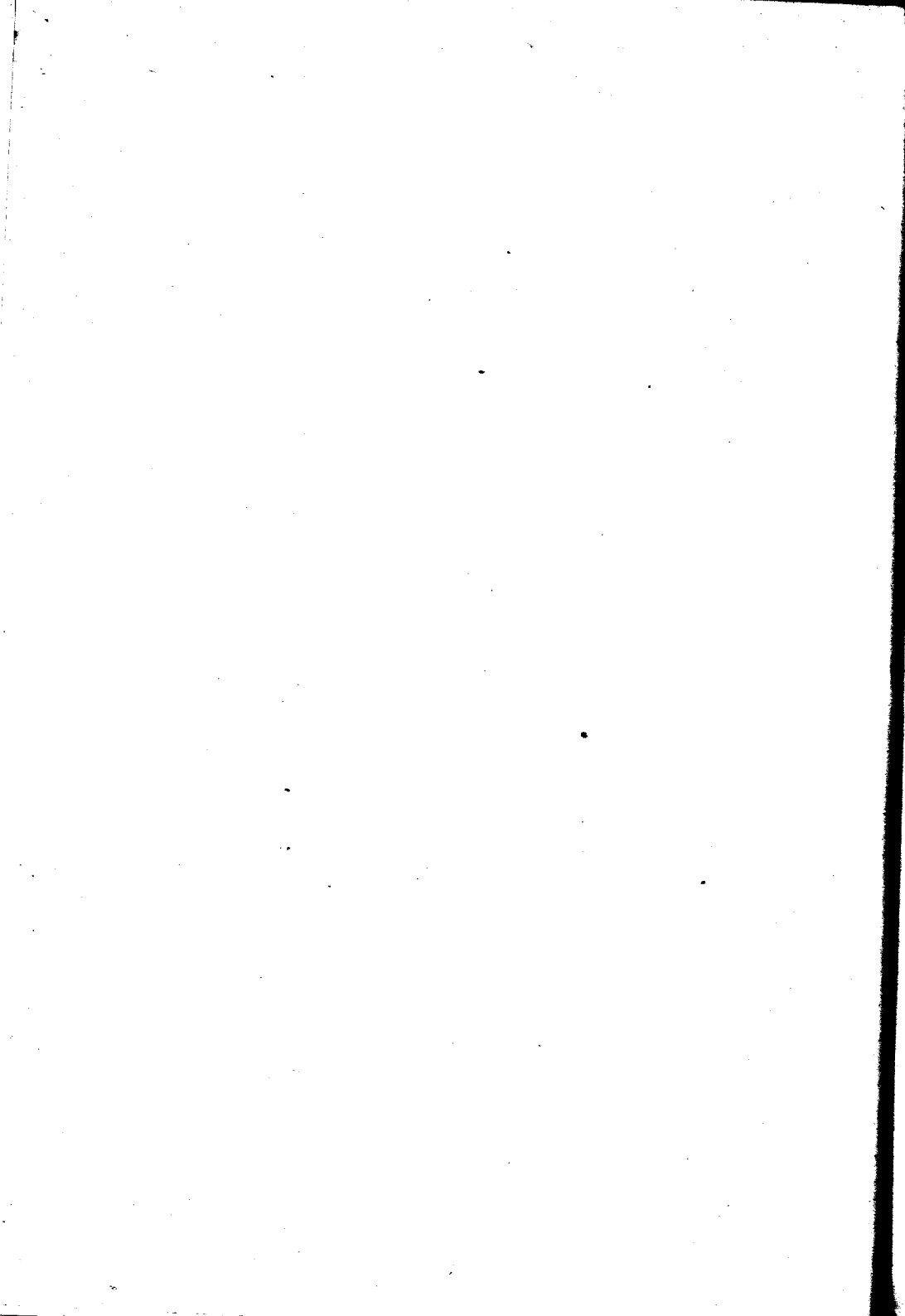
Después del descubrimiento de los pólipos uterinos por Levret á mediados del siglo XVIII, Sabatier fué el que describió un caso de inversión uterina debida á esta causa.

Después de esta individualización de la afección, las observaciones han sido numerosas, pues la misma rareza de la enfermedad ha hecho que casi no hay caso que se haya seguido que no se haya publicado, aumentando así los conocimientos en cuanto á su etiología y patogenia, debiendo citarse los nombres

de Thorn, Schauta, Treub y muchos otros que han tratado de dilucidar ciertos puntos sin llegar á un acuerdo definitivo.

Lo mismo puede decirse en cuanto al tratamiento, abandonándose los métodos brutales y lentos de reducción por los rápidos y generalmente coronados de éxito, métodos quirúrgicos, en consonancia con los adelantos de la cirugía moderna.

Küstner, Piccali, Keherer, Spinelli, son los que más han hecho en este sentido.



ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Dos son las causas capaces de producir la inversión uterina : el parto y los tumores intrauterinos.

La inversión de causa obstétrica, es con mucho la más frecuente ; aun cuando ella misma es rara ; pues Beigel dice que se produce una por cada 19.000 partos, y según la estadística de Crosse, sobre 400 inversiones uterinas sólo 50 son debidas á tumores. Entre estos tumores la mayoría corresponde á fibromas y una pequeña cantidad, á cáncer ó sarcomas.

Según Thorne, de 83 casos de inversión por tumor 77 fueron por fibroma, 4 por sarcoma y 2 por cáncer.

Para Küstner la proporción entre las inversiones de causa puerperal y las producidas por tumores, sería de 9 : 1.

Las condiciones necesarias para la producción de la inversión, son : el agrandamiento de la cavidad uterina, por el desarrollo gradual de un producto interior ; el reblandecimiento parcial y el adelgazamiento de la pared del órgano y que la bolsa uterina se vacíe de su contenido. Estas condiciones se hallan reunidas después del parto y en los tumores intrauterinos.

Se ha discutido si una retención de sangre en la cavidad uterina por estrechez del cuello puede ser causa de inversión.

La sangre acumulada en el útero por estrechez del cuello ó por imperforación del himen, hace las veces de cuerpo extraño, produciendo la transformación de las paredes uterinas y provocando dolores expulsivos que harían invaginar el cuerpo uterino. Le Blanc cita dos casos de inversión por hematometría.

Thatcher cita un caso de inversión por quistes hidatídicos desarrollados en el interior del útero.

Hay otras observaciones en que la inversión sólo pudo haber sido producida por la obesidad de la sujeto, ya que el último parto había tenido lugar hacía mucho tiempo y no habiendo tumor alguno

desarrollado en la cavidad uterina que pudiera explicarla.

Méndez de León admite, como causa capaz de producir la inversión, siempre que haya tumor la parálisis de las fibras musculares, consecutiva á un raspado y al efecto describe un caso que parece producido en estas condiciones.

Los fibromas pediculados del fondo del útero pueden en ocasión de una intervención, ser causa de inversión uterina, por tracciones exageradas, efectuadas por el operador al tratar de extirparlo.

Como hemos visto, los tumores que producen mayor número de inversiones son los pólipos, y de ello nos ocuparemos especialmente.

Spinelli, en su artículo : *Due casi d'inverzione uterina per estrinzecazione vaginale de tumori cavitari*, propone sustituir el título de inversión poliposa ; el término pólipo no respondiendo á ninguna individualidad patológica ; por el de inversión apuerperal en oposición á la inversión uterina puerperal.

Los fibromas productores de la inversión son los sub-mucosos del fondo del órgano ; para ésto es necesario que adquieran un cierto volumen y hagan el rol de cuerpo extraño dentro de la cavidad uteri-

na ; excitada la pared reacciona contrayéndose, tratando de arrojar al exterior el tumor, y si á esto se agrega el peso del tumor y la presión abdominal vuelta mayor que la uterina tenemos producido el primer grado de la inversión ; depresión en culo de botella de Moriceau, la parte invaginada ya no se contrae, continuando su trabajo la otra parte del cuerpo uterino haciéndose así una auto-deglución ó mejor dicho un auto-parto ; el cuello se dilata y da paso al tumor y al útero invaginado.

Schauta, niega todo rol primordial en la inversión, á la contracción uterina. Para él la única causa primaria, es una inercia total del cuerpo del órgano ; inercia que puede provenir de una parálisis pasagera bien de una atrofia ó de una degeneración del músculo uterino.

Los partidarios de esta teoría, alegan en su favor, que las inversiones se producen, generalmente después de la menopausa, época en que el órgano uterino sufre una regresión.

Para Treub el mecanismo de la inversión sería el siguiente : El tumor generalmente fibroma submucoso, haciendo las veces de cuerpo extraño dentro de la cavidad uterina, provocaría la contracción de

sus paredes ; ahora, la intensidad de estas contracciones no debe ser igual en toda la superficie del órgano, porque en el punto de inserción del tumor, la pared uterina es más delgada, que en el resto del cuerpo, sin contar la degeneración hialina que para algunos autores existiría en este sitio, pero aún sin ésto, la presencia del fibromá que no se contrae sino vuelve imposible ; por lo menos disminuye en mucho las contracciones de la parte de pared uterina á la que está íntimamente ligado.

Explicado así el primer término de la inversión, la depresión del fondo, la deglución, como la llama Pozzi, se haría paulatinamente.

Treub admite para los pequeños tumores intersticiales del fondo del útero, la necesidad de la presión abdominal para producir la inversión.

Creo que admitido el rol de la presión abdominal en estos casos, no hay por qué negarla en los fibromas sub-mucosos más voluminosos, así como el peso del tumor admitido por la mayoría de los autores.

Baudeloque ha demostrado que es necesario que el tumor sea lo bastante grande para determinar movimientos de contractura de las fibras uterinas, produ-



ciéndose así un pseudo parto, arrastrando con el tumor el útero á él adherido.

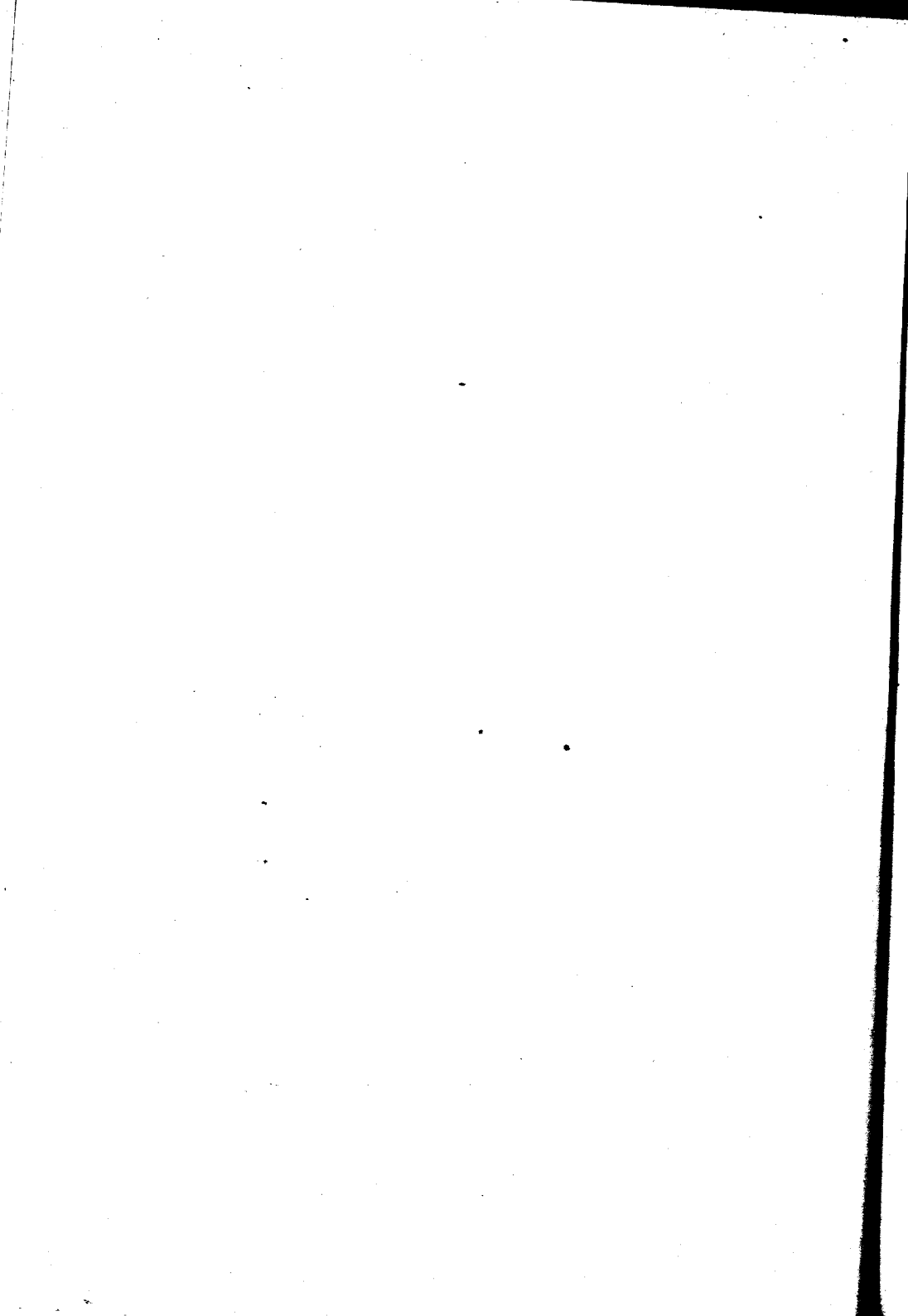
Hunter sostiene que la inversión comienza cuando el útero es todavía pequeño pero lo suficiente grande para sufrir la inversión. Desarrollado el pólipo llena la cavidad uterina y el útero se esfuerza por expulsarlo; la acción del útero se hace de arriba hacia abajo y el pólipo es gradualmente echado hacia la parte inferior arrastrando con él, el fondo del útero. Cuando el tumor está en la vagina, el fondo está en el hocico de Tenca y la mitad superior del útero está metida en la mitad inferior; la parte invertida hace el papel de cuerpo extraño y el resto del útero continúa su trabajo de expulsión.

Según Denucé para que se produzca la inversión es necesario que el tumor esté colocado en los dos tercios superiores de la cavidad uterina.

Deben considerarse como causas coadyuvantes de la inversión: la posición de pie, las marchas, sacudidas, fatigas habituales, choques repetidos, caídas, golpes.

La edad tiene su importancia, pues hacia los 35 ó 40 años es cuando son más frecuentes los fibromas, sufriendo á los 45 ó 50 una evolución que les per-

mite producir la lesión que nos ocupa á la que habría que agregar la regresión de la pared uterina admitida por Schauta.



ANATOMÍA PATOLÓGICA

La mayoría de los autores dividen la inversión uterina en tres grados, pero sin concordar en los límites atribuidos, á cada uno de estos grados. Así el primer grado está constituido, para todos, por la depresión del fondo uterino, depresión en culo de botella, mientras el segundo grado estaría constituido: para unos, cuando el fondo llega al nivel del cuello uterino y para otros cuando el fondo uterino haya franqueado el cuello apareciendo en la vagina, el tercer grado sería para los primeros, cuando el útero aparece en la vagina y para los segundos cuando el cuello ha sufrido también el proceso de inversión, entidad patológica tan rara que ha sido negada por algunos autores, pero que en realidad

existe pues, el caso seguido por nosotros y cuya historia clínica presento ; pertenece á este tipo.

Esta división es completamente teórica, pues el primer grado, posible teóricamente, pasa siempre desapercibido en la práctica, el segundo grado es el más frecuente y casi todos los casos descritos se refieren á este grado.

En cuanto al tercer grado, considerado como inversión incompleta, sin inversión del cuello, comparada con el anterior los casos descritos, y considerada como inversión completa, ya hemos dicho que es muy rara y cuando se observa hay prolapso genital concomitante.

Se ha propuesto también la división de completa é incompleta, comprendiendo ésta todos los casos donde no hay inversión del cuello y aquella cuando el cuello está también invertido.

Pozzi ha propuesto dividir la inversión uterina en dos grados : 1º sin prolapso cuando el útero queda en la vagina sin aparecer fuera de la vulva y 2º con prolapso cuando el órgano hace su aparición al exterior.

En la inversión por fibroma, el tumor dentro ó fuera de la vagina, está constituido por dos seg-

mentos superpuestos, separados por un surco más ó menos marcado.

El segmento inferior constituido por el fibroma, es de tamaño variable, generalmente del tamaño de una naranja, duro al tacto, irregular, de color rojizo ó grisáceo, que cruje al corte con el bisturí.

El segmento superior, constituido por el útero invertido, tiene la forma de un tumor alargado y algo aplastado, del volumen de una mandarina ó una naranja, blando al tacto, rojo, muy vascular, en su corte no cruje bajo el bisturí. Hacia su parte inferior, en las cercanías del surco que lo separa del segmento constituido por el fibroma, existen dos pequeños orificios, muy difícil de ver : son los orificios tubarios.

En la inversión incompleta, la parte superior de este segmento, se adelgaza y se introduce á través del cuello uterino que lo apreta como un anillo, el cuello queda así comprendido entre dos goteras circulares concéntricas, la más interna, entre el cuerpo uterino invertido y el cuello, es la más estrecha y su profundidad depende del grado de inversión y es generalmente más profunda atrás, que adelante ; el

surco externo es más ancho y está formado por los fondos de saco vaginales disminuidos de profundidad.

Cuando la inversión es completa, el reborde circular formado por el cuello, no existe, y los bordes del tumor formado por el útero invertido se continúan directamente con la mucosa vaginal.

Cuando la inversión data de algún tiempo (inversión crónica) y el tumor se ha hecho irreductible por la constricción del cuello ó las adherencias formadas el epitelio cilíndrico de la mucosa uterina se transforma en epitelio pavimentoso.

Si el tumor sale fuera de la vagina, los agentes externos, así como el roce de la ropa y de los muslos de la enferma, cutanizan su superficie, irritándolo y produciendo ulceraciones locales.

La constricción del cuello obstaculizando la circulación venosa, produce una congestión crónica favoreciendo las hemorragias y aumentando el volumen del tumor, haciendo de esto una nueva causa de irreductibilidad:

Si la constricción se hace en tal grado que obstaculiza, no solamente el reflujo, sino el aflujo de la sangre en el útero invertido, éste puede gangrenarse y caer, siguiéndose una cura espontánea ó de

muerte por peritonitis ó obstrucción intestinal si había alguna ansa en el infundíbulo.

Para algunos autores la congestión del órgano invertido, no es debida á la constricción del cuello, sino al estiramiento que sufren los ligamentos y el acodamiento consecutivo, acodamiento que sufren también los vasos uterinos que siguen el mismo trayecto ; las venas de paredes flaxidas cerrarían su luz impidiendo así el reflujo sanguíneo mientras que, las arterias de paredes más espesas y resistentes conservarían su permeabilidad permitiendo la llegada de sangre al útero.

Si se examina el útero invertido por la cavidad abdominal, se ve en el sitio que debía ocupar el órgano, entre la vejiga por delante y el recto por detrás, una cavidad tapizada por el peritórneo donde desciende el intestino y hacen relieve la extremidad interna de las trompas y algunas veces los ligamentos anchos y los ovarios.

El fondo del útero al invertirse, arrastra el peritórneo á él adherido, formando en su interior una cavidad virtual que comunica con el resto de la cavidad peritórneal, se explica entonces que si hay adherencias entre el fondo del útero y alguna ansa intes-

tinal sea ésta arrastrada dentro del infundíbulo, y aún sin adherencias el intestino puede fraguarse paso á través del orificio como si fuera una hernia, como se comprende, dada la constricción que luego efectúa el cuello, la estrangulación del intestino herniado se produciría con mucha facilidad.

Los ligamentos uterinos, como hemos dicho, se hacen salientes y tensos; los ligamentos anchos se pliegan sobre sí mismos y son incluidos en la cavidad formada por el útero invertido, así como los ligamentos redondos, útero-sacro-pubio-útero-vesicales y el repliegue de Douglas.

Para Bar, el útero y la vagina quedan detenidos en su descenso, por el ligamento redondo de Rouget, ó infundíbulo pelviano de Henle, llamado también ligamento suspensor del ovario de His y Waldeyer, este ligamento es un repliegue peritoneal, que parte de los lados de la región lumbar y se dirige al ovario del mismo lado abriéndose en abanico, sobre la pared posterior del útero, entrecruzándose sus fibras en la línea media con las del ligamento del lado opuesto.

La mucosa uterina examinada al microscopio, muestra las glándulas aumentadas de volumen á ve-

ces como pequeños quistes, las paredes de estos quistes están revestidas de epitelio proliferante, ya hemos dicho que la capa epitelial de la mucosa ha transformado sus células cilíndricas en pavimentosa estratificada.

El tejido muscular está en las cercanías de la mucosa, hipertrofiado y entre sus mallas hay lagunas linfáticas que lo hacen aparecer como cavernoso.

El tejido muscular en las inmediaciones de la serosa, está por el contrario atrofiado y no se observan lagunas linfáticas.

Los hacecillos conjuntivos muy aumentados de volumen, forman una red travecular espesa y resistente, que separa los hacecillos musculares.

Hay esclerosis perivascular.



SINTOMATOLOGÍA

En el período premonitor se observa el síndrome uterino : dolores, leucorrea, síntomas reflejos del tubo digestivo ; náuseas, vómitos, gastralgias, enteralgias, repugnancia para ciertos alimentos ; y del sistema nervioso : cefalea, mareos, irascibilidad, etc., se observa también, fenómenos de compresión de la vejiga y el recto ; sensación de peso en el periné y sobre todo hemorragias que suelen llevar á la paciente á un estado de anemia profundísima cuando no á la muerte.

La aparición del tumor en la vagina ó al exterior, sucede á cólicos violentos, pérdidas de sangre por la vagina ; Pozzi dice que cuando la inversión se hace lentamente suele no haber hemorragia ; y luego dolores expulsivos que arrojan al exterior el fibroma y el útero invertido adherido á aquel.

Estos cuerpos se presentan al exterior como formados por tres segmentos superpuestos separados unos de otros por surcos más ó menos marcados.

El segmento inferior constituído por el fibroma tiene una forma irregular, duro al tacto y de escasa sensibilidad.

El segundo segmento constituído por el útero es de forma alargada, más grueso en la extremidad inferior; regular, blando al tacto y de sensibilidad exquisita.

El tercer segmento está constituído en las inversiones incompletas por el reborde formado por el cuello no invertido, y se presenta como un anillo envolviendo, la parte superior del segundo segmento y separada de éste, por un surco donde se puede introducir un estilete.

En las inversiones completas el tercer segmento está constituído por las paredes de la vagina y va siempre acompañada de prolapso genital.

Una vez el tumor fuera de la vagina su exposición á los agentes externos y el roce traen las ulceraciones, la necrosis y la infección, siendo comunes las hemorragias.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El error que se comete más á menudo es confundir una inversión con un pólipo y vice-versa.

Si es pólipo el tacto vaginal ó rectal combinado con la palpación abdominal, nos muestra la existencia del globo uterino en su posición normal ó por lo menos dentro de la cavidad pelviana la no existencia del útero en la cavidad es un síntoma casi seguro de inversión.

La presencia en el tumor de los orificios de las trompas, basta, cuando es posible verlos, aún en ausencia de otro síntoma diferencial para sanjar la cuestión en favor de inversión.

La sensibilidad mucho más marcada en el útero invertido que en el pólipo.

La distinta coloración, gris en los pólipos, rosada en la inversión.

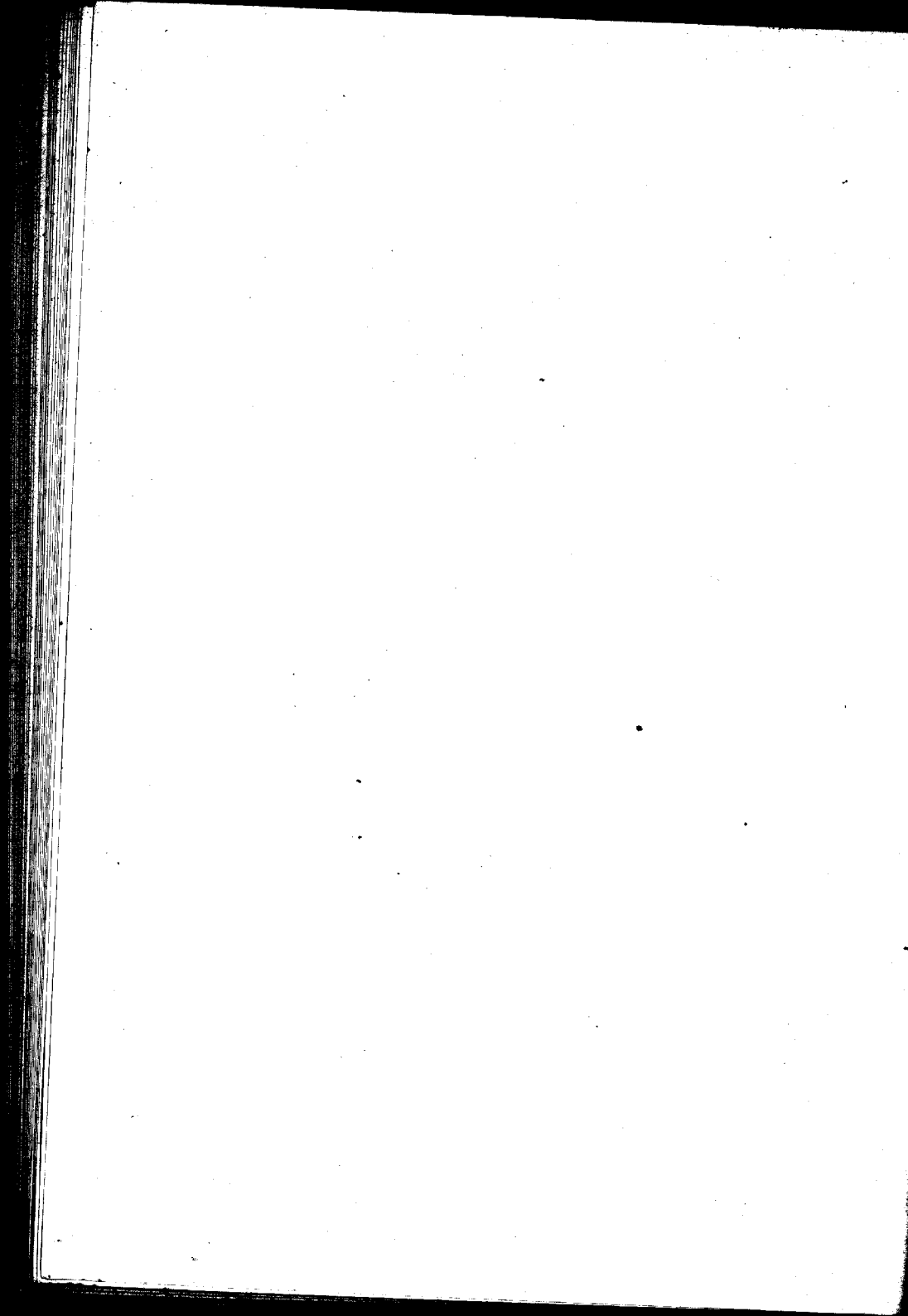
La mayor flexibilidad del útero invertido que en el pólipo. Estos tres últimos síntomas diferenciales tienen escasa importancia.

La histerometría muestra la cavidad uterina como aumentada en el pólipo, disminuída en la inversión incompleta, nula cuando la inversión es completa.

Cuando los surcos de separación del fibroma y el útero son marcados, así como cuando son visibles los orificios tubarios, el diagnóstico diferencial es fácil, pero hay casos en que la diferenciación de los segmentos que constituyen el tumor se hace difícil, entonces sería factible el procedimiento propuesto por Pozzi para diferenciación de una inversión simple (sin fibroma) y un pólipo; el procedimiento es el siguiente: previa ligadura del tumor se hace sobre éste una incisión, para ver su constitución si una parte del tumor está formado por el útero se cierra la herida y se procede en consecuencia. Bien entendido que la incisión debe ser hecha en la parte más alta posible, pues en la inversión por fibroma, si se hiciese

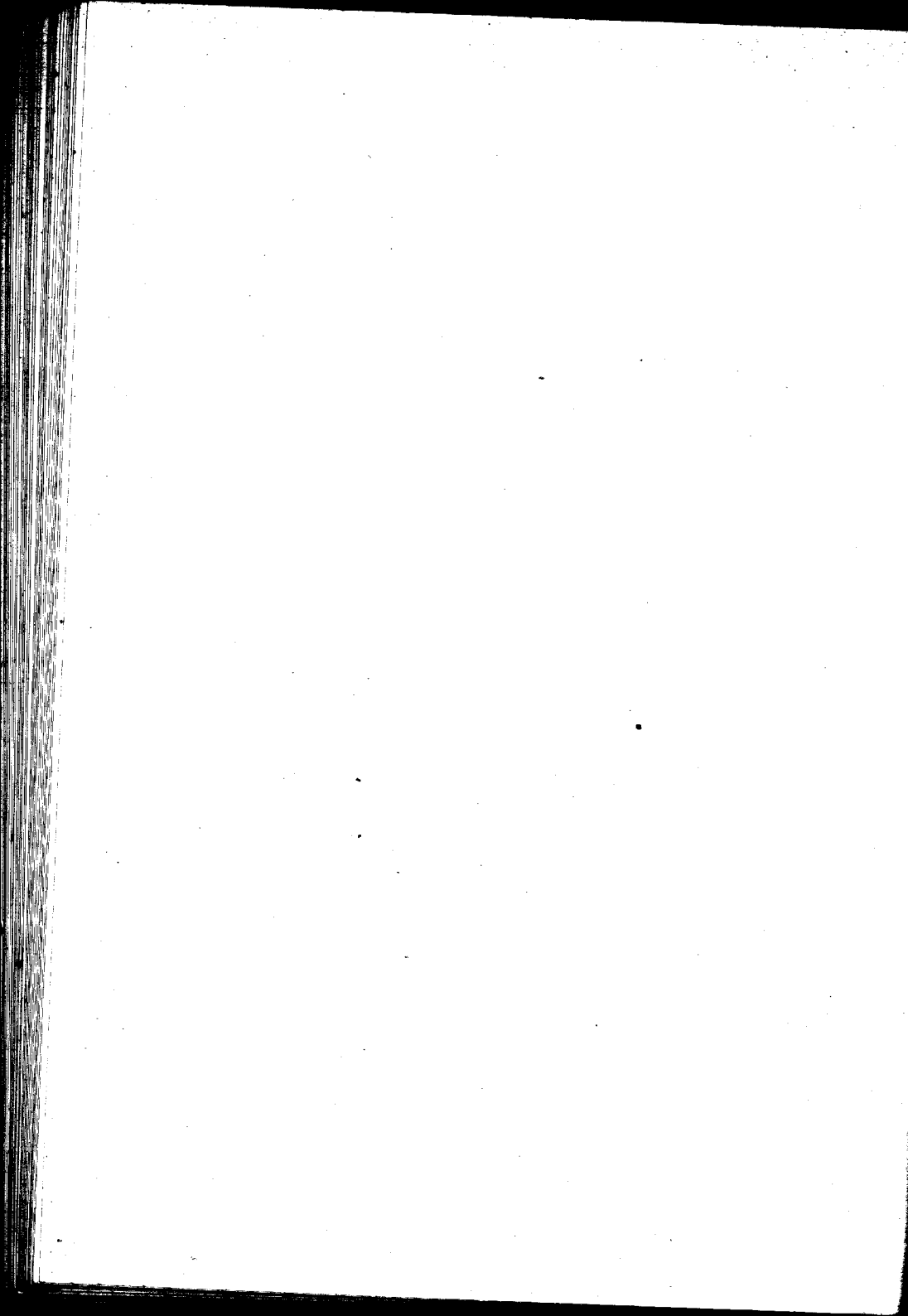
en la parte inferior caería la incisión sobre él y sería causa de confusión.

Balvé, en su tesis de Montevideo : « Inversión uterina », propone el estudio histológico del tumor, que dada la facilidad y rapidez con que puede ser hecho, es un medio de primer orden en los casos de duda.



PRONÓSTICO

Las abundantes hemorragias que se producen al quedar la mucosa uterina en descubierto, agregadas á las producidas por el fibroma mismo, facilitadas estas hemorragias por el obstáculo á la circulación de retorno, ensombrecen el pronóstico, así como las infecciones y la necrosis del órgano expuesto al roce de las ropas y á los agentes externos. Sin embargo, hay casos en que el sujeto ha vivido meses y aún años, sin mayores peligros para su existencia, así como hay casos de curación espontánea por esfacelo del órgano, pero no hay que contar con estos rarísimos casos de curación.



TRATAMIENTO

El tratamiento de elección en la inversión uterina, es la intervención conservadora, siempre que ésto no sea imposible por las hemorragias y el esfacelo desarrollado en la pared del útero invertido, como en el caso del cual presento la observación clínica.

En la inversión crónica la irreductibilidad del útero, hace casi siempre que sean inútiles los medios de reducción, sin tratamiento operatorio cruento; pero deben siempre intentarse.

En el tratamiento conservador, ya sea con reducción simple ú operatoria, debe empezarse por la extirpación del segmento inferior formado por el fibroma, disecándolo de la pared uterina.

Algunas veces, muy raras (hay dos ó tres casos citados), una vez extirpado el fibroma la reducción

se hace espontáneamente, sin necesidad de maniobras de ningún género, pero por lo general el anillo formado por el cuello, no permite la reintegración del útero en la cavidad abdominal, sin intervención.

El reposo, las inyecciones calientes, el masaje, pueden ser ensayados, después de la extirpación del fibroma, sin muchas probabilidades de éxito.

Los procedimientos de reducción sin operación cruenta pueden ser divididos en lentos ó dulces y en rápidos ó de fuerza.

Los procedimientos lentos de reducción, son generalmente eficaces, pero se han abandonado porque suele ser un tratamiento largo; algunas veces se necesita un mes y más para que el útero se reduzca por completo, luego son muy dolorosos, dificultan la micción y defecación y subsiste el peligro de las hemorragias, siempre grave.

Estos procedimientos consisten en una presión continua hecha sobre el tumor y obtenida por diversos medios: pesarios á aire ó agua, balón de Charpentier, balón hidrostático de Naugebauer, pesario de Gariel, repositorio de Aveling ó bien taponamiento de la vagina con gasa iodoformada renovado cada dos días.

Los procedimientos rápidos ó de fuerza son efectuados con instrumentos ó á mano, son menos eficaces que los anteriores, pero más prácticos, sobre todo la reducción manual.

El taxis con instrumentos está hoy abandonado, y eran éstos los ideados por Viardel, por White, Barnes, Duncan, Aveling, etc. Poney ha ideado últimamente la tracción elástica prolongada que sería una combinación de los procedimientos lentos y los de fuerza y que ha dado en sus manos excelentes resultados.

La reducción manual, que debe ensayarse siempre puede hacerse por tres procedimientos :

1º El de Viardel, cuya técnica es la siguiente : Anestesia general. Se coloca la mujer en posición obstétrica, se toma el cuello fijándolo con una pinza que se confía á un ayudante ; el operador con la mano izquierda colocada sobre la pared abdominal fija el embudo de inversión, mientras que con la derecha teniendo cerrada ó con los dedos estirados y reunidos formando un cono ; como cuando la mano del partero va á ser introducida en la vagina ; se rechaza poco á poco el fondo del útero tratando de hacerlo pasar por el anillo formado por el cuello. Conseguida la

dilatación del cuello y la introducción del útero en la cavidad abdominal se sostiene la mano en el fondo hasta que el cuello se haya contraído lo suficiente para no permitir una nueva inversión.

2º Taxis-lateral. Método de Deleurye : Anestesia general. El cuello fijado con una pinza se confía á un ayudante, la mano izquierda sobre la pared abdominal fija el embudo de inversión ; con la mano derecha se engloba el tumor formado por el útero invertido, de modo que los cuatro últimos dedos se hallen aplicados sobre la pared póstero-lateral y el pulgar en el lado opuesto (ántero-lateral) por presiones sucesivas el pulgar hace deslizar, á través del anillo, la parte de útero sobre la que está colocado, permitiendo así primero la introducción de un cuerno uterino y luego la del otro.

3º Taxis periférico. Método de Astruc : En este método se hace la reducción como si se tratara de una hernia, empezando la reducción por las partes más cercanas al anillo. Anestesia general. La fijación se hace como en los métodos anteriores.

Los procedimientos de fuerza tienen el inconveniente de ser brutales y poder producir la ruptura del útero.

Las operaciones conservadoras pueden practicarse por vía abdominal ó vaginal.

La primer vía abandonada hoy consiste en la laparotomía infraombilical y la dilatación manual ó instrumental hecha por el interior de la cavidad abdominal, y luego hacer la reducción con una mano introducida en la vagina y la otra en el abdomen sosteniendo el cuello. Esta operación fué hecha por primera vez por Gaillard Thomas en 1869, con éxito, después de haber ensayado en vano todos los métodos de reducción.

Everke hizo después la siguiente modificación á la operación de Gaillard Thomas : Después de laparotomizar, hace al cuello, por vía abdominal, dos incisiones medianas que permiten así reducir el cuerpo del útero invertido. Apenas reducido sutura estas incisiones y cierra.

Breman laparotomiza también y luego punziona el fondo del útero con un trocar, atando en la extremidad inferior del instrumento exteriorizado un grueso rodete de gasa ; se sirve del trocar como de un tirabuzón, reduciendo de esta manera el útero á su cavidad.

Las intervenciones por vía vaginal para la reducción de útero invertido, pueden dividirse en cuatro tipos :

1º Colpohisterotomía parcial y posterior, operación de Küstner : incide la parte posterior del anillo formado por el cuello del útero permitiendo así la reducción del cuerpo invertido.

2º Colpohisterotomía, completa posterior, operación de Piccali, modificación de la anterior, prolongando la incisión posterior hasta el fondo de útero é incide transversalmente el fondo de saco de Douglas, haciendo más fácil la reducción.

3º Colpohisterotomía parcial anterior, operación de Kherer : Incisión sobre la parte anterior del cuello.

4º Colpohisterotomía, anterior completa. Operación de Spinelli. Incisión lineal desde el cuello hasta el fondo uterino é incisión transversal en el fondo de saco anterior.

Las cuatro reducen el útero por la herida y luego suturan sus labios.

La operación que ofrece más ventajas es la de Piccali, pues hace una ancha abertura por donde se reduce fácilmente el útero, tiene la ventaja sobre la

de Spinelli (incisión anterior), que en ésta se corre el peligro de herir la vejiga.

Entre nosotros hay un caso operado por este método, descrito por Pérez en su tesis, y que fué coronada de éxito.

La histerectomía vaginal que debe practicarse, como hemos dicho más arriba en caso de esfacelo ó de hemorragias incoercibles que no permitan una intervención conservadora, puede hacerse por procedimientos lentos y rápidos.

Los procedimientos lentos, ecraseur linear, ligadura á tracción elástica, han sido abandonados por lo dolorosos y ésto por muchos días, pues son necesarios catorce días y aún más para que se esfacele y caiga, siendo un procedimiento ciego, pues una ansa intestinal puede estar incluida en el infundibulo formado por el útero invertido y ser tomado en la ligadura, si á ésto se agrega la infección peritoneal posible si la oclusión no es completa y las adherencias formadas no son lo suficiente sólidas, se explica el abandono de estos métodos, que gozaron de gran favor en épocas en que la cirugía estaba muy lejos de ser lo que es en la actualidad y en que la antisepsia era completamente desconocida.

La histerectomía vaginal es el procedimiento rápido usado en la actualidad, siempre que los métodos conservadores no estén indicados.

La histerectomía vaginal está facilitada en gran manera en la inversión uterina, pues el órgano está ya exteriorizado.

Describiremos el procedimiento de Secheyron, que es el que se ha seguido, con ligeras modificaciones, en nuestro caso.

Anestesia general. La mujer colocada en posición obstétrica. Luego de la hemostasia preventiva con dos pinzas laterales, se hace una incisión circular de la mucosa, en los límites de la mucosa vaginal y uterina; se disecciona hacia adelante y hacia atrás; se perfora los fondos de saco uterinos y por esta abertura se ve si hay alguna ansa intestinal incluida en el embudo de inversión; se colocan pinzas en las partes laterales del cuello y se secciona á ras de ellas. Ligaduras y sutura de la herida con seda ó catgut.

HISTORIA CLÍNICA

Hospital Municipal de Lomas de Zamora.—Servicio del doctor Francisco J. Castro, según historia folio 119, libro año 1913.—Sala I.—Cama 15.

A. M. de M., 51 años, casada, lavandera.—Ingresó : octubre 19 de 1913. •

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Ha tenido las enfermedades comunes de la niñez (sarampión, coqueluche, etc.); por lo demás, dice haber sido siempre sana. Regló á los 14 años, reglas regulares, sin dolores ; se casó por primera vez á los 20 años ; en este matrimonio tuvo 4 partos normales ; de los hijos 2 viven, son sanos y 2 fallecieron á corta edad, igno-

ra de qué ; no ha habido abortos ; siempre se ha levantado tres ó cuatro días después del parto.

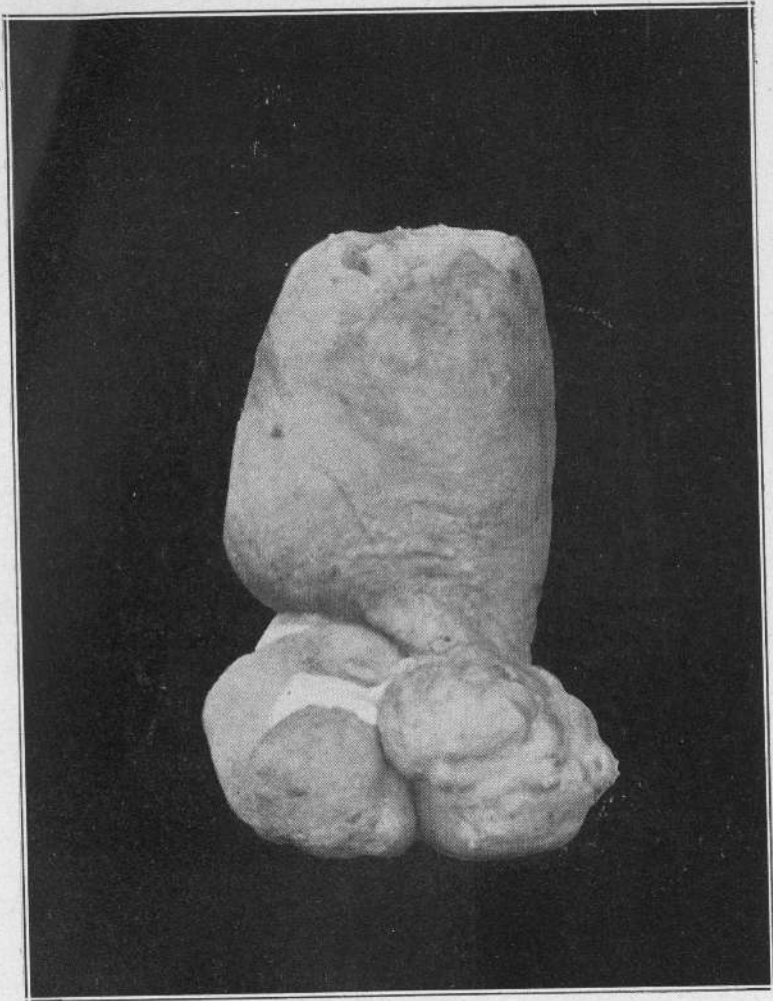
A los 40 años se casó nuevamente ; no ha tenido hijos ni abortos en este último matrimonio. El último parto tuvo lugar hace 21 años.

Dejó de reglar á los 47 años ; 6 meses después tuvo una copiosa hemorragia por la vagina que se repitió 3 meses más tarde, pero en menor cantidad.

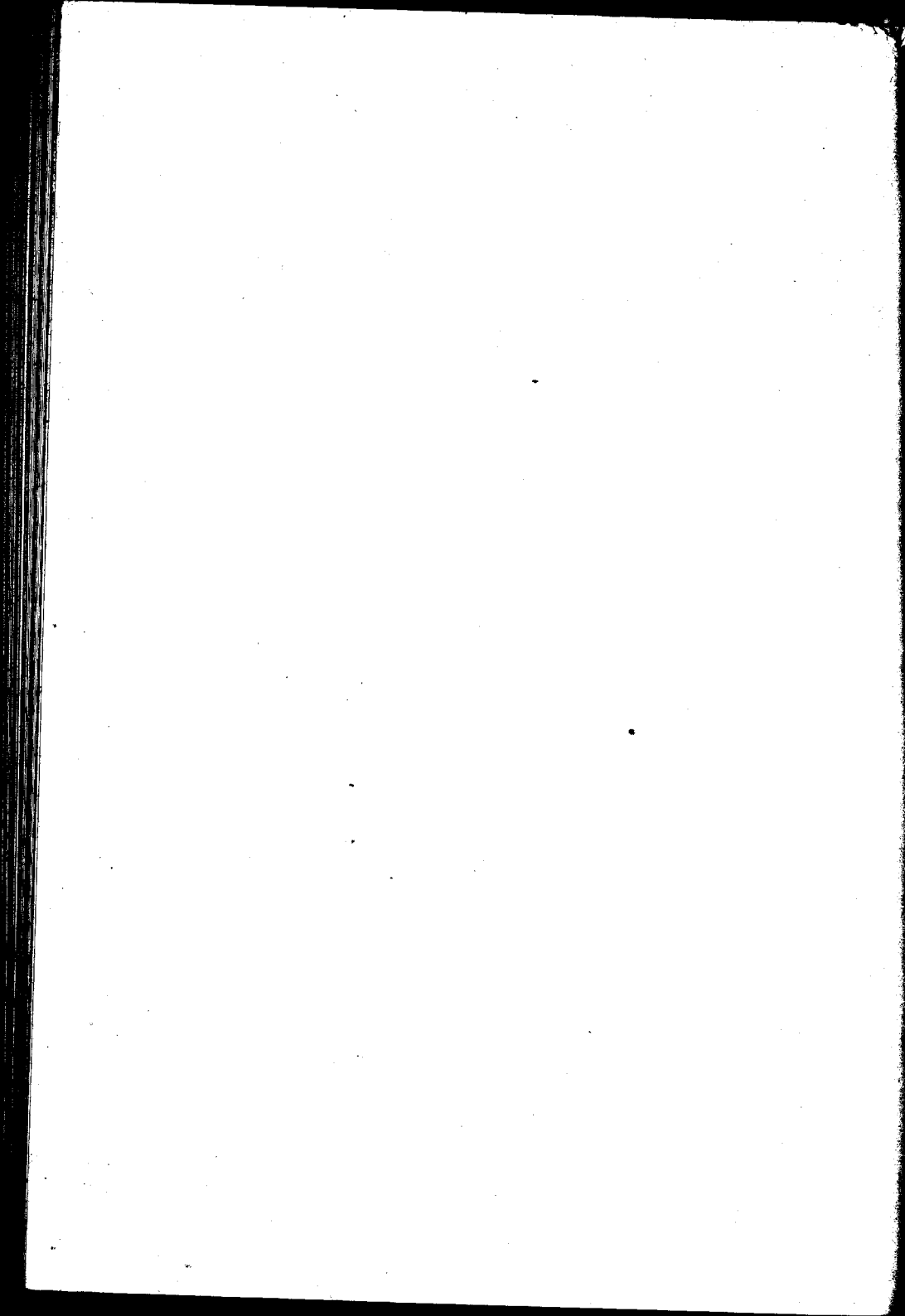
Enfermedad actual — Hace dos meses empezó á sentir dolores en ambas fosas ilíacas, deseos frecuentes de orinar y micción dificultosa ; se cansaba fácilmente y los dolores aumentaban en la posición de pie.

El 12 del corriente mes, tuvo fuertes dolores en el bajo vientre y que la enferma compara á los dolores del parto ; el mismo día tuvo una copiosa hemorragia vaginal y junto con ella siente que un tumor desciende por la vagina apareciendo fuera de la vulva ; entre los muslos, que la enferma reduce con sus manos deteniéndose así la hemorragia.

Los días siguientes tuvo ligeras pérdidas, pero continuó desempeñando sus ocupaciones.



Utero y fibromas extirpados á la enferma



Cuatro días después de la primer hemorragia (el 16), al ponerse en cama, el tumor hace saliencia nuevamente, produciéndose una nueva hemorragia, bastante considerable, que se detuvo sola, no siéndole ya posible la reducción del tumor.

Vista por un médico en estas condiciones, diagnosticó pólipos uterinos y le aconsejó la entrada al hospital para su intervención.

Estado actual — Mal estado general, bueno de nutrición, abundante panículo adiposo, anemia profunda, mucosas decoloradas, pulso hipotenso, regular, rítmico, frecuencia 110 por minuto, temperatura 38° 2.

Presenta entre los muslos haciendo saliencia por la vulva, un tumor, del volumen de una cabeza de feto de seis meses, de forma alargada, irregular, y como compuesto de dos cuerpos, el inferior dividido á su vez en 2 segmentos redondeados, duro, de color rojizo, con algunas placas de color blanco, más duras que el resto, y apergaminadas al tacto, ulcerado en su parte inferior, separado del segmento superior por un surco poco profundo. El segmento superior está constituído por un tumor alargado, blando, liso,

que se continúa en la parte superior con las paredes vaginales. Hay algunos puntos de necrosis.

Los fondos de saco laterales, están ocupados por una especie de cuerda tensa y disminuidos de profundidad. El tumor es indoloro espontáneamente y á la presión, sangrando fácilmente en las manipulaciones del examen.

Al tacto combinado con la palpación abdominal no se encuentra el útero en la cavidad pelviana. En las cercanías del surco que separa los dos segmentos y un poco por encima, en sitios diametralmente opuestos se notan 2 pequeños orificios, que permiten la introducción de un estilete.

Octubre 20 : Se le inyectan 500 gramos de suero fisiológico (la noche anterior se le habían hecho 250 gramos), cafeína, aceite alcanforado.

La necrosis de algunas partes del útero, así como la existencia de un foco supurante unido á las hemorragias que se producen, al movilizar el tumor deciden al jefe del servicio doctor Castro, á practicar la histerectomía.

Intervención — Anestesia general clorofórmica. Se colocan dos clamps laterales para cohibir la he-

morragia, y se hace un corte circular á la mucosa en los límites del cuello y la pared de la vagina. Se diseca esta mucosa hacia atrás y se hace una abertura para ver si hay algún órgano en la cavidad verificado que no ; se colocan dos pinzas y se secciona. Ligadura y sutura con seda. Taponamiento vaginal de gasa iodoformada. Inyección intravenosa de 250 gramos de suero.

Octubre 22 : Se cambia la gasa dejada en la vagina. Mejor estado general ; no hay temperatura ; pulso más tenso, frecuencia 90 por minuto.

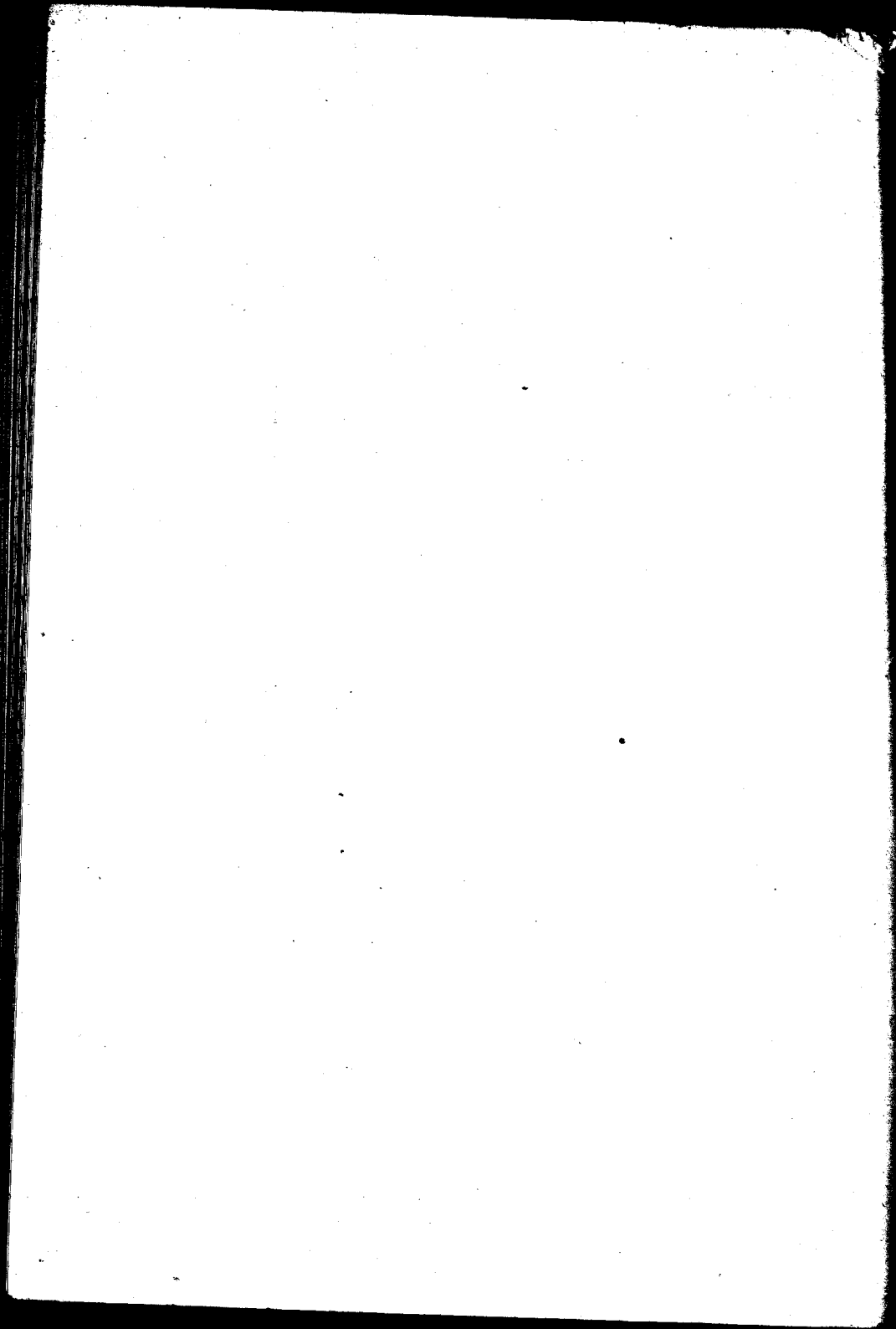
Octubre 24 : La herida limpia en buenas condiciones. Se le suspenden las inyecciones de suero que se le estaban haciendo (250 gramos por día).

Octubre 30 : Se le retira la gasa y administra un purgante.

Noviembre 3 : Alta curada.

Gerónimo H. Loray.





BIBLIOGRAFÍA

- Bournier* — Manual de Ginecología.
- Leblond* — Chirurgie Gynecologique.
- Polaillon* — Maladies des femmes.
- Pean y Urdy* — Histerectomie.
- Pozzi* — Gynecologie.
- Pozzi* — Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominal.
- Lutand* — Précis des maladies des femmes.
- Valbé* — Inversión uterina, tesis de Montevideo.
- Fresson* — Indications et manuel operatoire dans l'inversion uterine.
- Denucé* — Traité chirurgical de l'inversion uterine.
- Pierrepont* — Contribution a l'étude des prolapsus genitaux sintomatiques d'un tumeur de l'uterus u de des anexes.—Tesis de Paris.

Bordeau — La hernie complete des organes profon-
des de la femme en dehors de la grossesse.

Salvador Jaime — Un caso de inversión uterina.

Forgue — Patología externa.

Fournier — Traité de Ginecologie.

Buenos Aires, Marzo 21 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Marcial V. Quiroga, al profesor extraordinario doctor José F. Molinari y al profesor suplente doctor Osvaldo Botaro, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES.

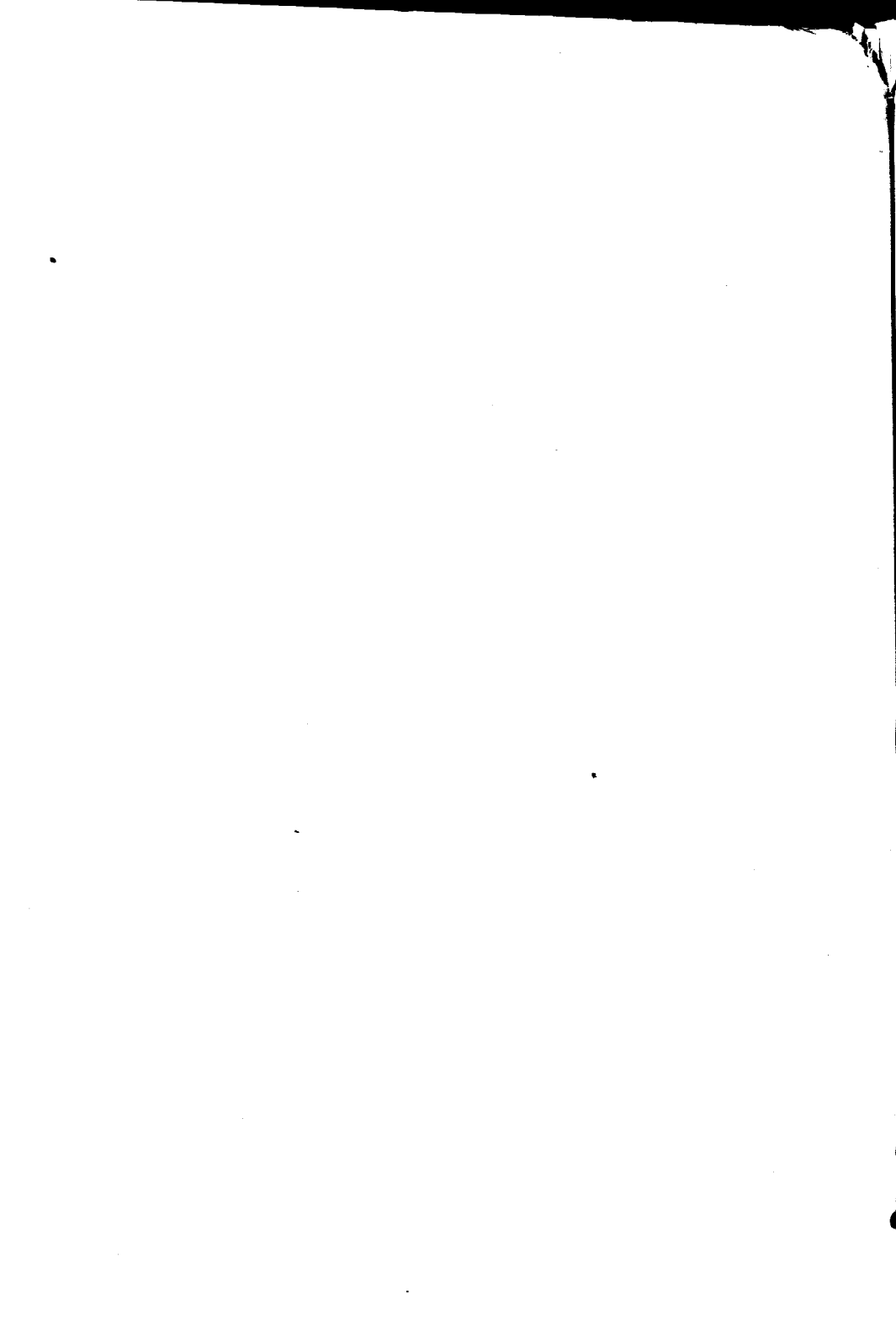
J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Abril 2 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2751 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Pronósticos de los pólipos uterinos en relación á la edad de las enfermas.

Quiroga.

II

Indicaciones de la colpohisterotomía en la inversión uterina.

J. F. Molinari.

III

Indicaciones y contraindicaciones operatorias basadas en la temperatura.

Bottaro.

30574

