



Min. B. 29.19

Año 1916

Núm. 3165

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INVERSION UTERINA

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO GORIA



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES.

1918

1918

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

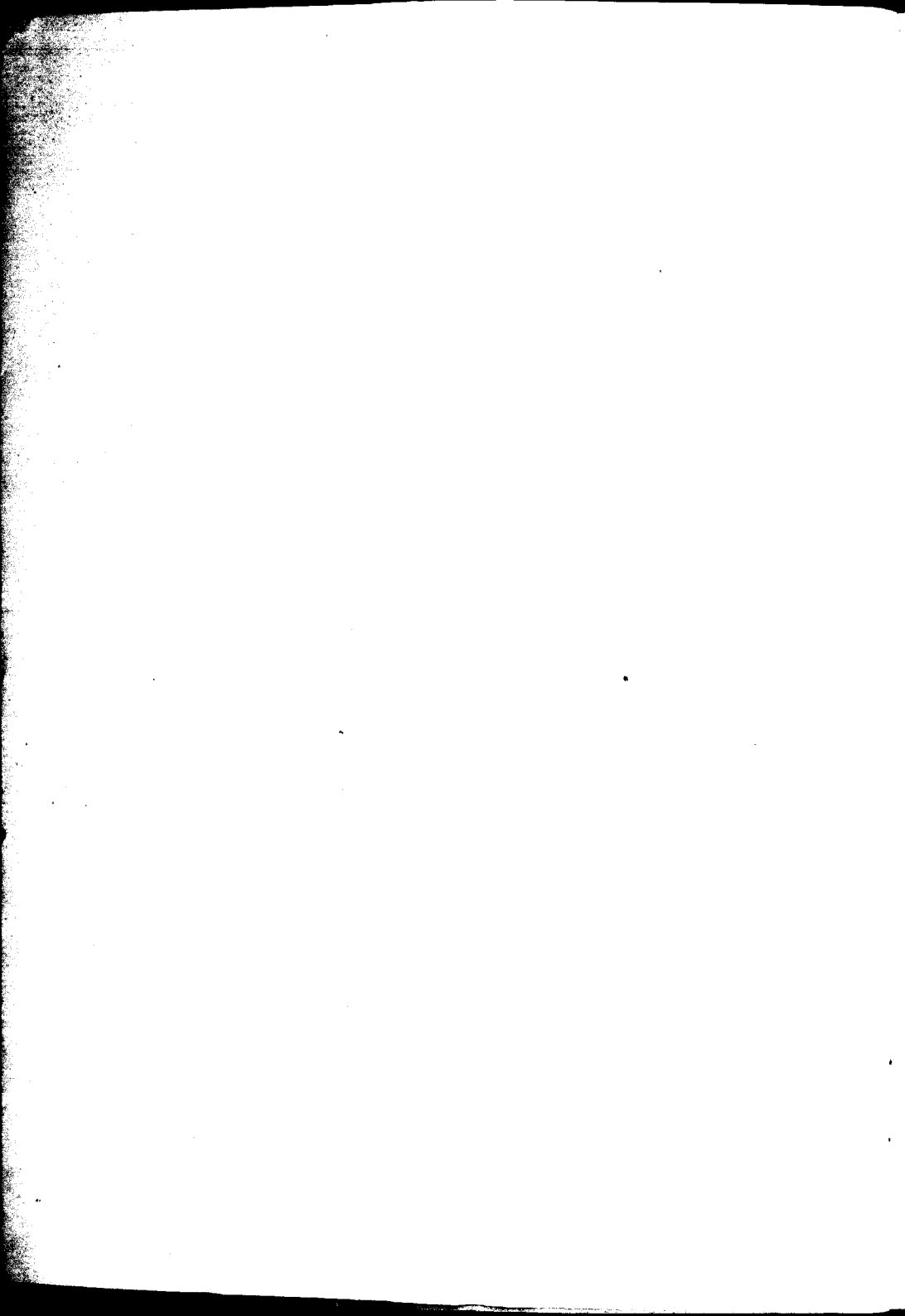
...

...

...

...

INVERSION UTERINA



Año 1916

Núm. 3165

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INVERSION UTERINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO GORIA

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - 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. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

1. > > EUFEMIO URALLES
2. > > PEDRO N. ARATA
3. > > ROBERTO WERNICKE
4. > > PEDRO LAGLEYZE
5. > > JOSÉ PENNA
6. > > LUIS GÜEMES
7. > > ELISEO CANTÓN
8. > > ANTONIO C. GANDOLFO
9. > > ENRIQUE BAZTERRICA
10. > > DANIEL J. CRANWELL
11. > > HORACIO G. PIÑERO
12. > > JUAN A. BOERI
13. > > ANGEL GALLARDO
14. > > CARLOS MALBRAN
15. > > M. HERRERA VEGAS
16. > > ANGEL M. CENTENO
17. > > FRANCISCO A. SICARDI
18. > > DIÓGENES DECOUD
19. > > BALDOMERO SOMMER
20. > > DESIDERIO F. DAVEL
21. > > GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. > > DOMINGO CABRED
23. > > ABEL AYERZA
24. > > EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
> MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHÃES
4. > > FERNANDO VIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

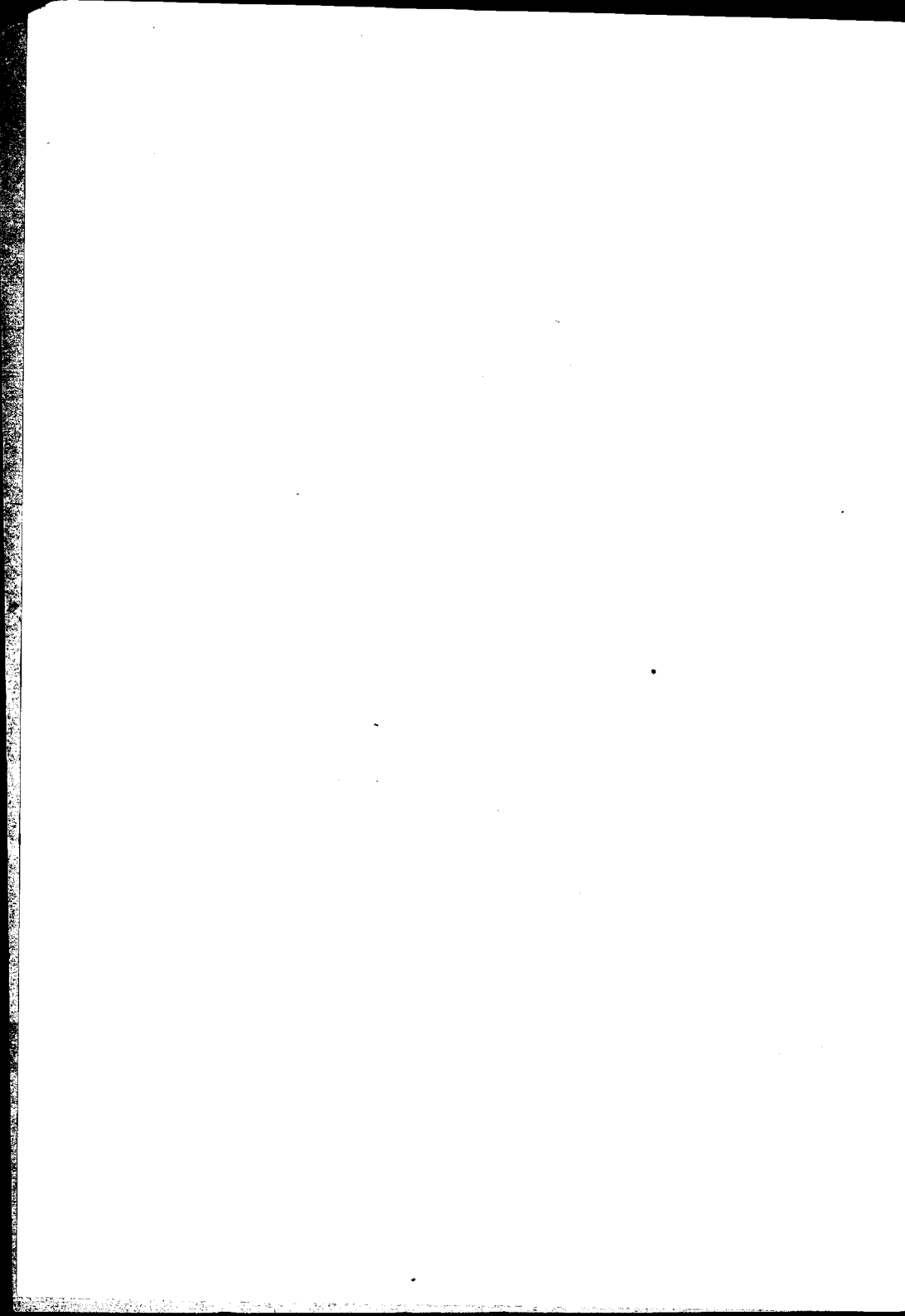
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMPS
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSE ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EGFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

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



ESCUELA DE MEDICINA

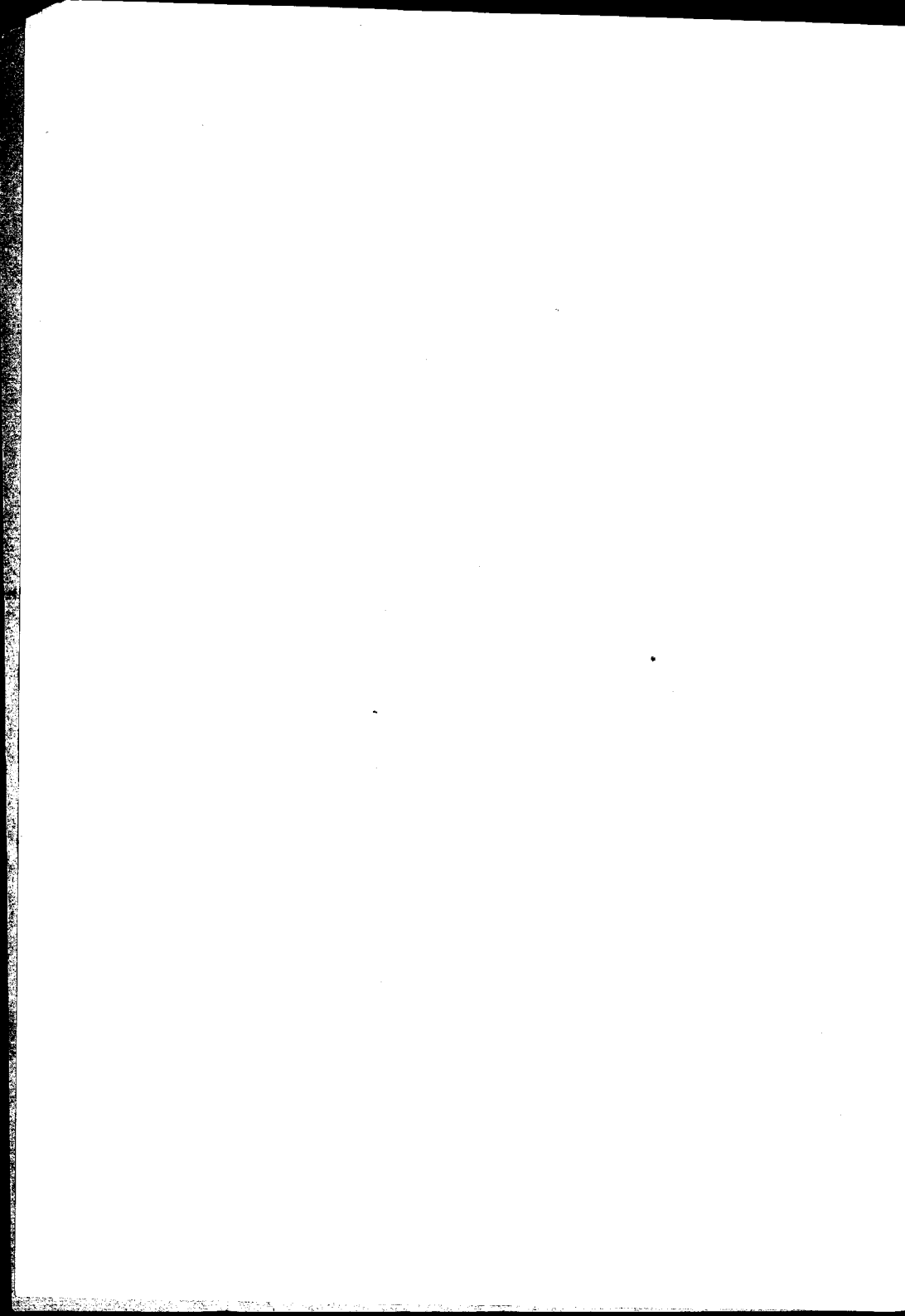
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- JUVENCIO Z. ARCE
 - PEDRO N. ARATA
 - FRANCISCO DE VEYGA
 - ELISEO CANTON
 - JUAN A. BOERI
 - » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

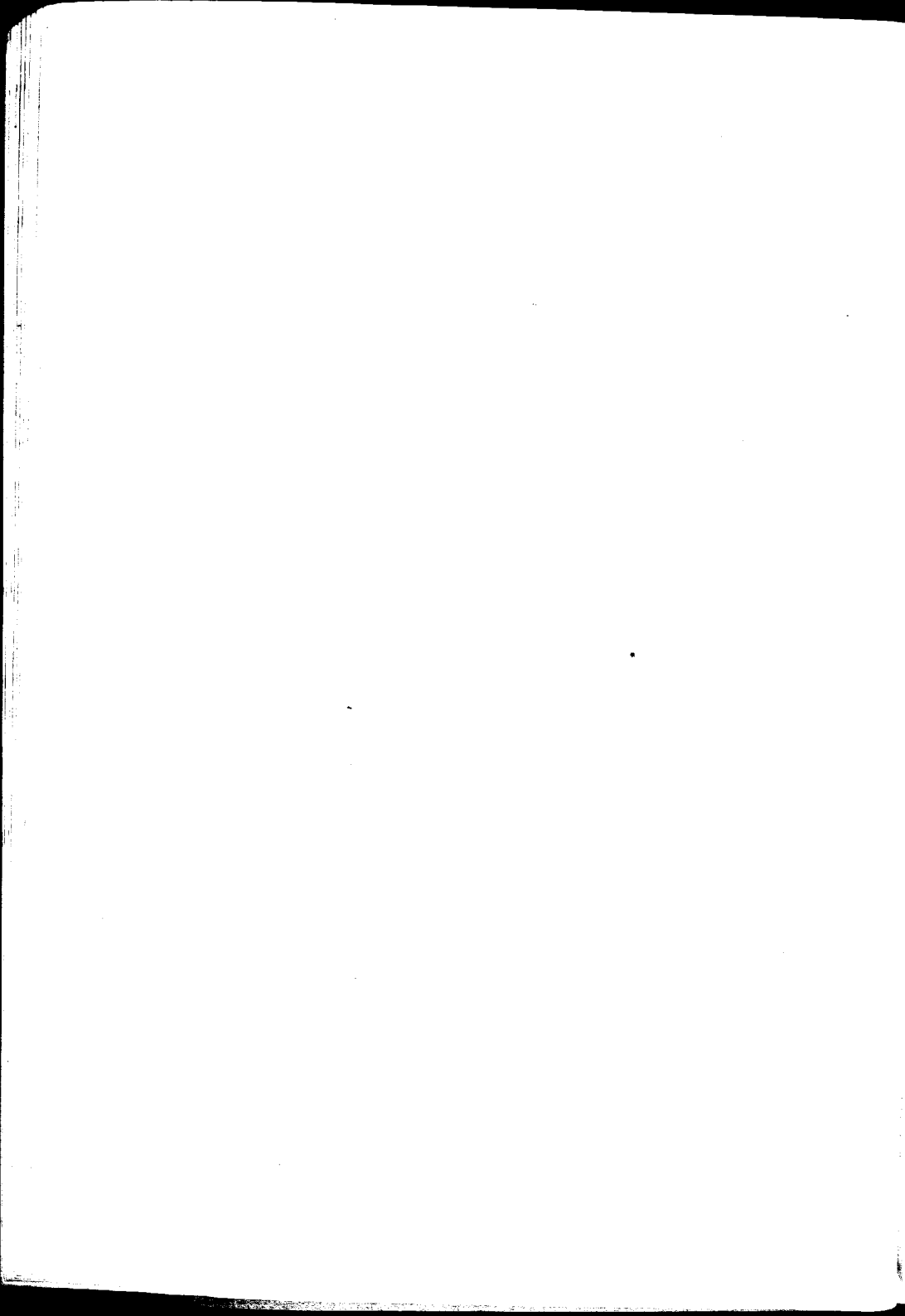
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAZONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química 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 SCHIATZ
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
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBETERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	« ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

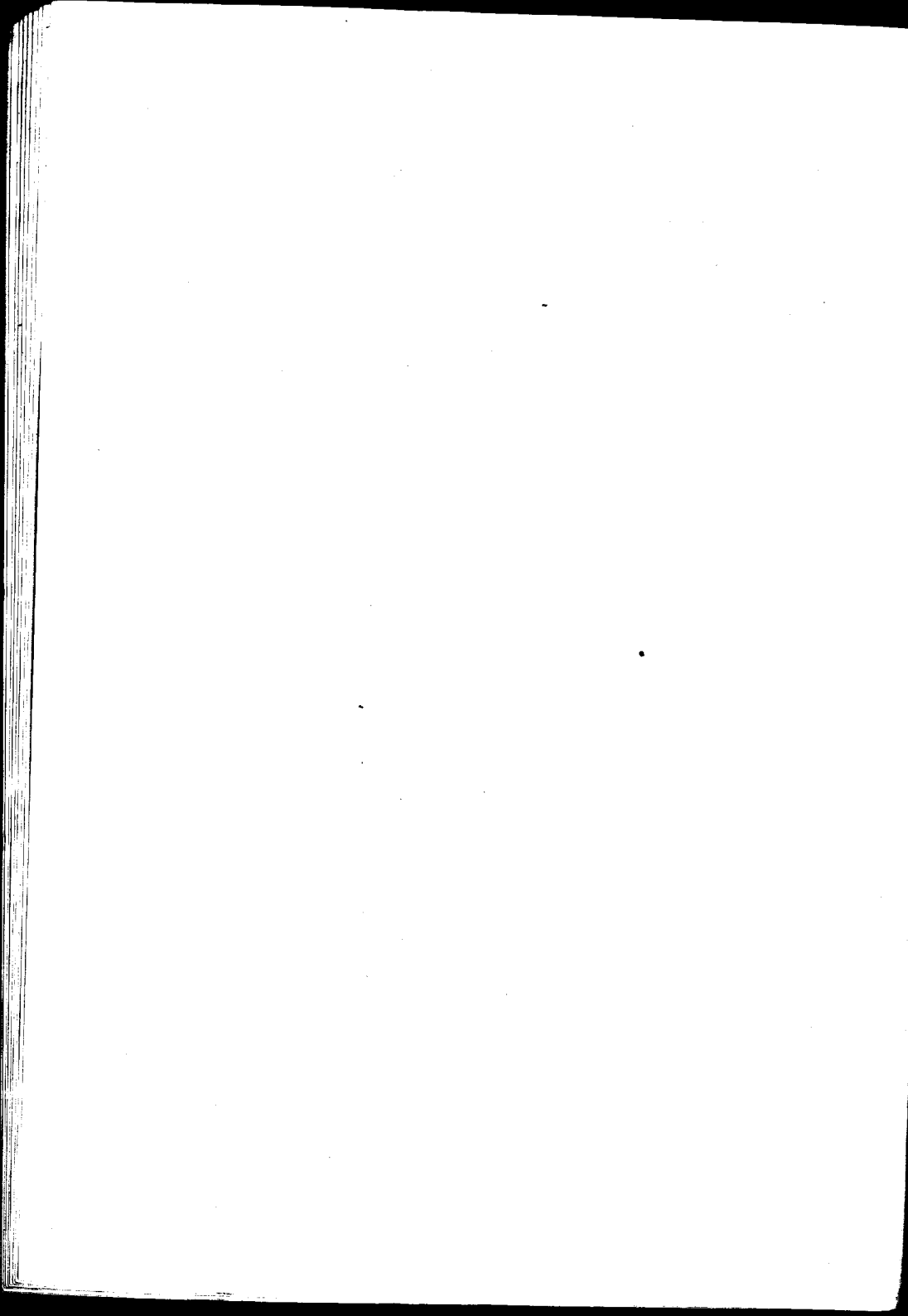
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO UBIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria.....	„ BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica.....	{ „ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clinica Psiquiátrica.....	{ „ ANTONIO F. PIÑERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.....	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

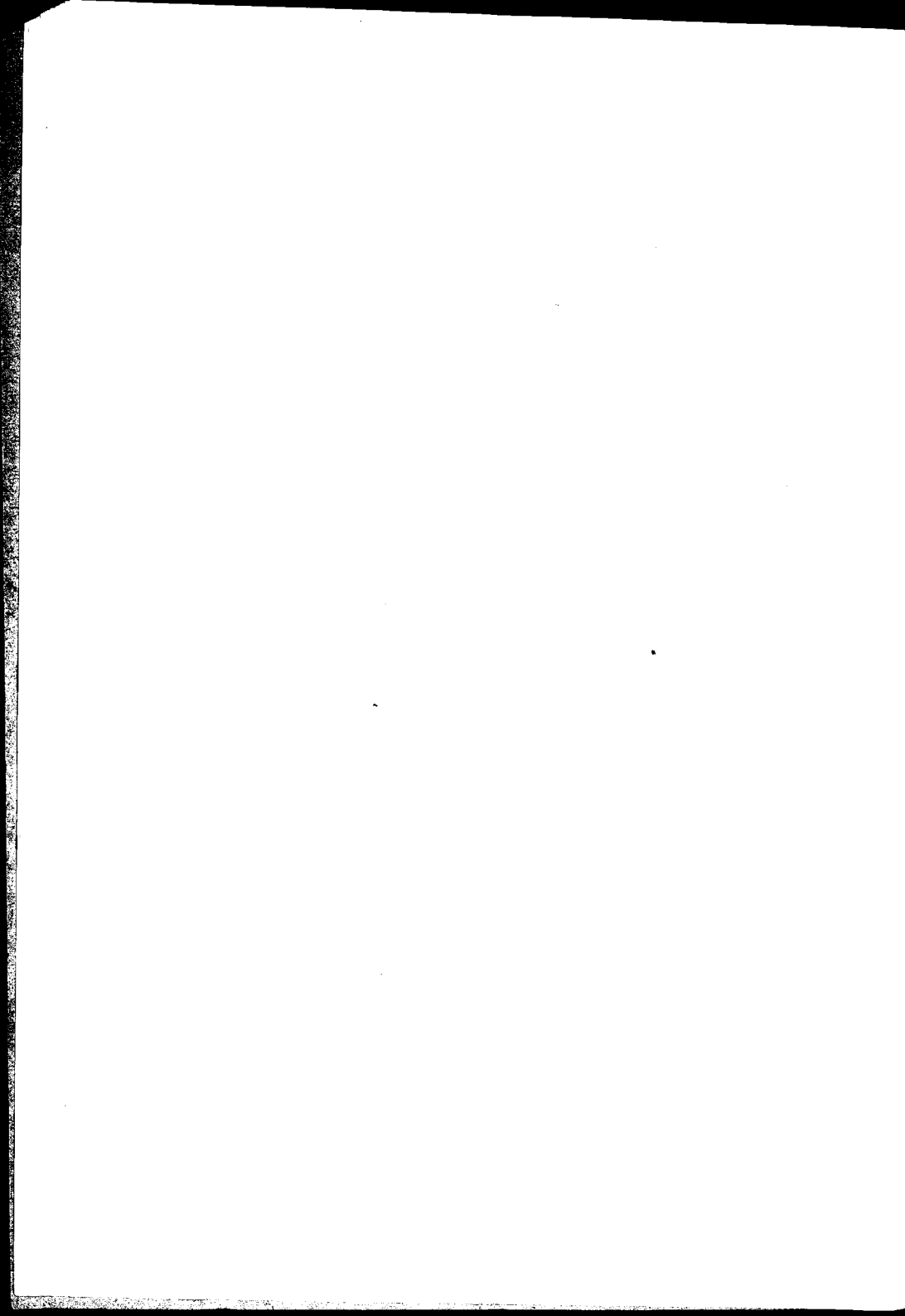
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. ROBOLO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	BERNARDO HOUSSAY
Higiene Médica.....	RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos.....	ALOIS BACHMANN
Anat. Patológica.....	GERMAN ANSCHUTZ
Materia Médica y Terapia.....	BENJAMINGALARCE
Medicina Operatoria.....	FELIPE JUSTO
Patología externa.....	MANUEL V. CARBONELL
Clinica Dermato-sifilográfica.....	CARLOS BONORINOU DAONDO
» Epidemiológica.....	ALFREDO VITON
» Oftalmológica.....	JOAQUIN LLAMBIAS
» Oto-rino-laringológica.....	ANGEL H. ROFFO
Patología interna.....	JOSE MORENO
Clinica Quirúrgica.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
» Médica.....	CARLOS ROBERTSON
» Pediátrica.....	FRANCISCO P. CASTRO
» Ginecológica.....	CASTELFORT LUGONES
» Obstétrica.....	NICOLAS V. GRECO
Medicina legal.....	PEDRO L. BALINA
	FERNANDO R. TORRES
	FRANCISCO DESTEFANO
	ANTONINO MARCO DE PONT
	ENRIQUE B. DEMARIA
	ADOLFO NOCETI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALAD
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BAIARRO
	EDUARDO MARINO
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHUTIO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	VICENTE DIMITRI
	ROMULO H. CHIAPPORI
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGE
	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	JOAQUIN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PEIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas....	{ „ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	{ „ OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	{ SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	{ „ LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	{ „ ANGEL SABATINI
	{ „ EMILIO M. FLORES

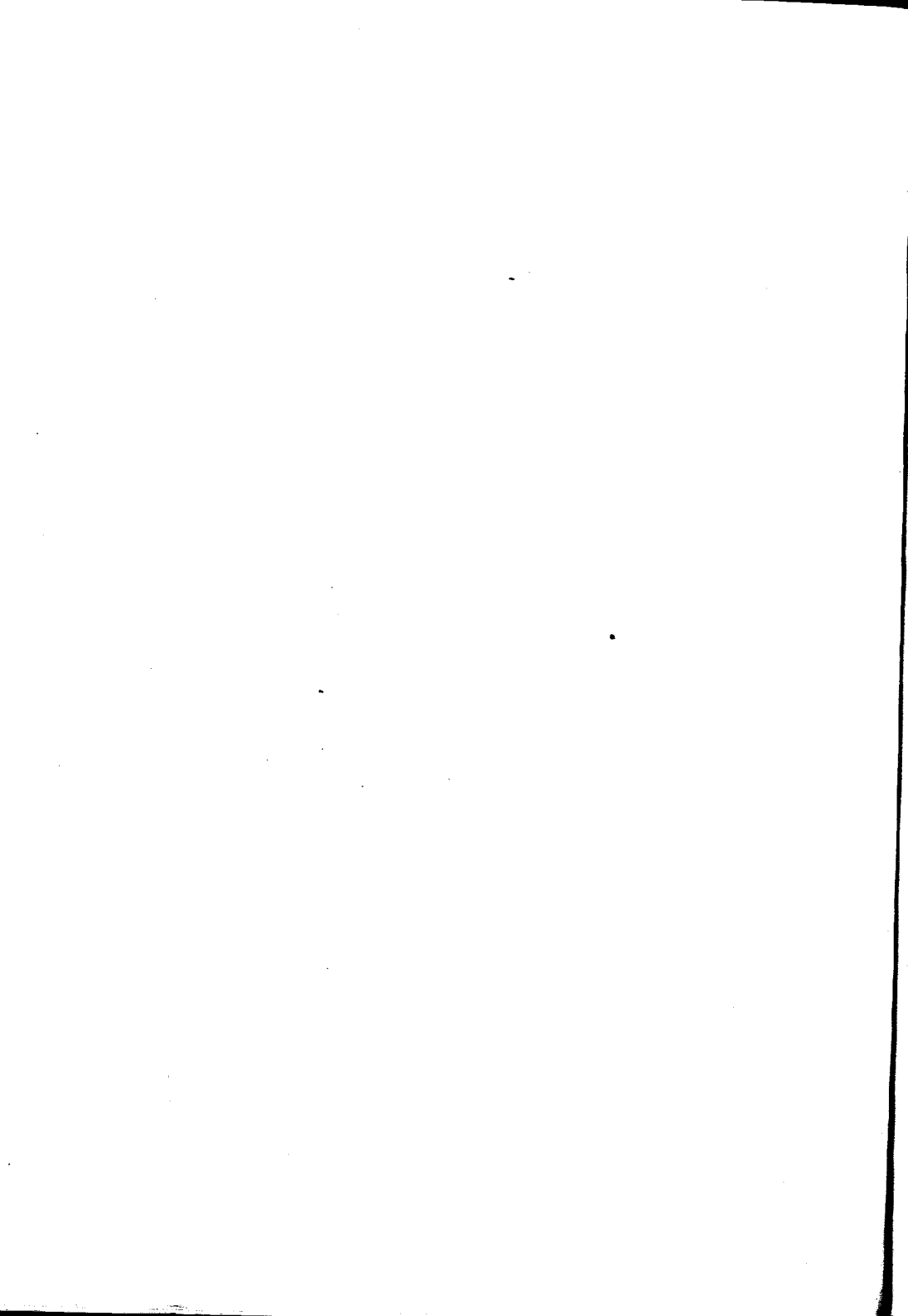


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO GABANNE
„ TOMÁS S. VARELA (2º año)
„ JUAN U. CARREA (Protesis)



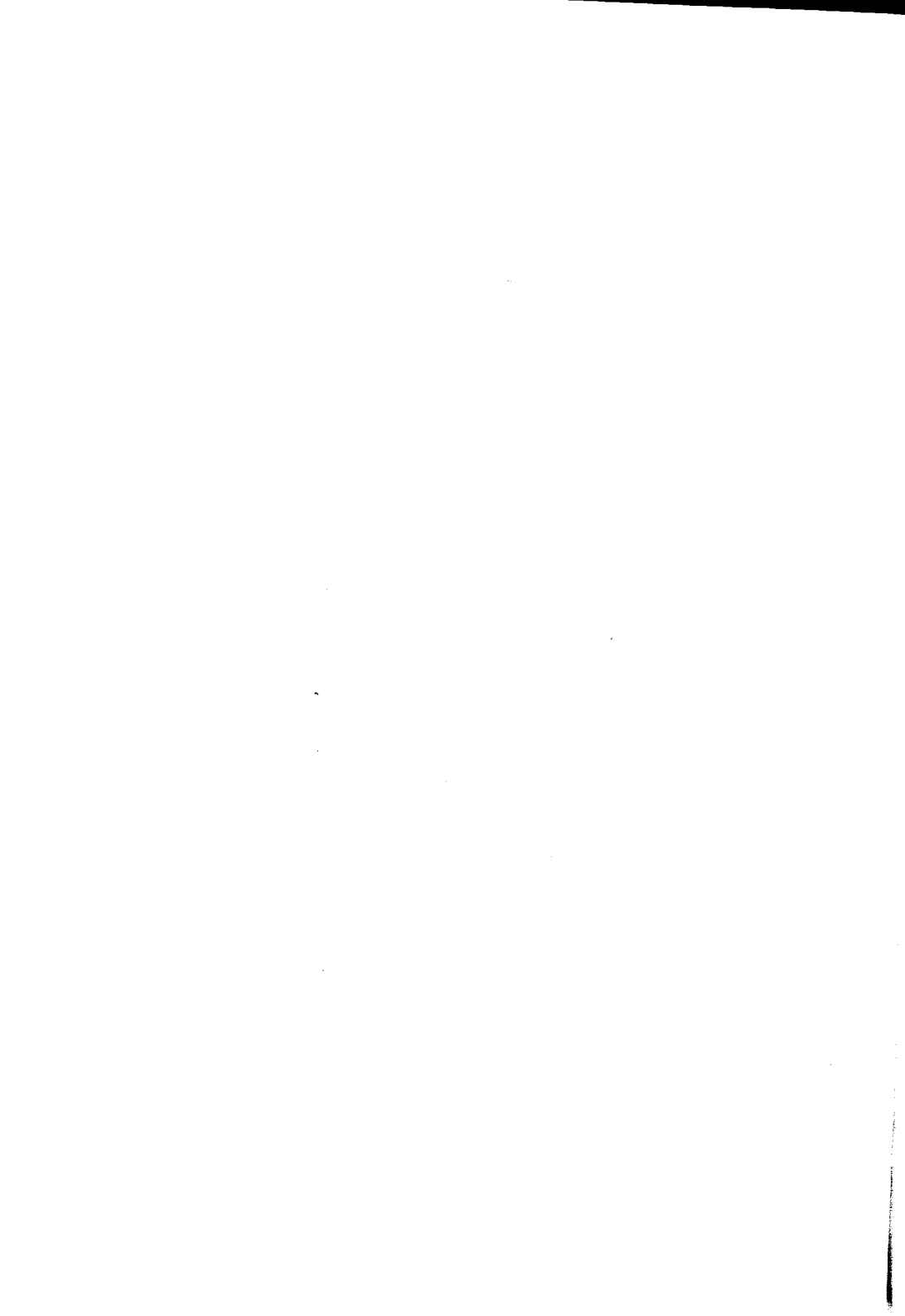
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año :</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año :</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año :</i>	
Clinica obstétrica.....	DR. FAKOR VELARDE
Puericultura	DR. UBALDO FERNANDEZ



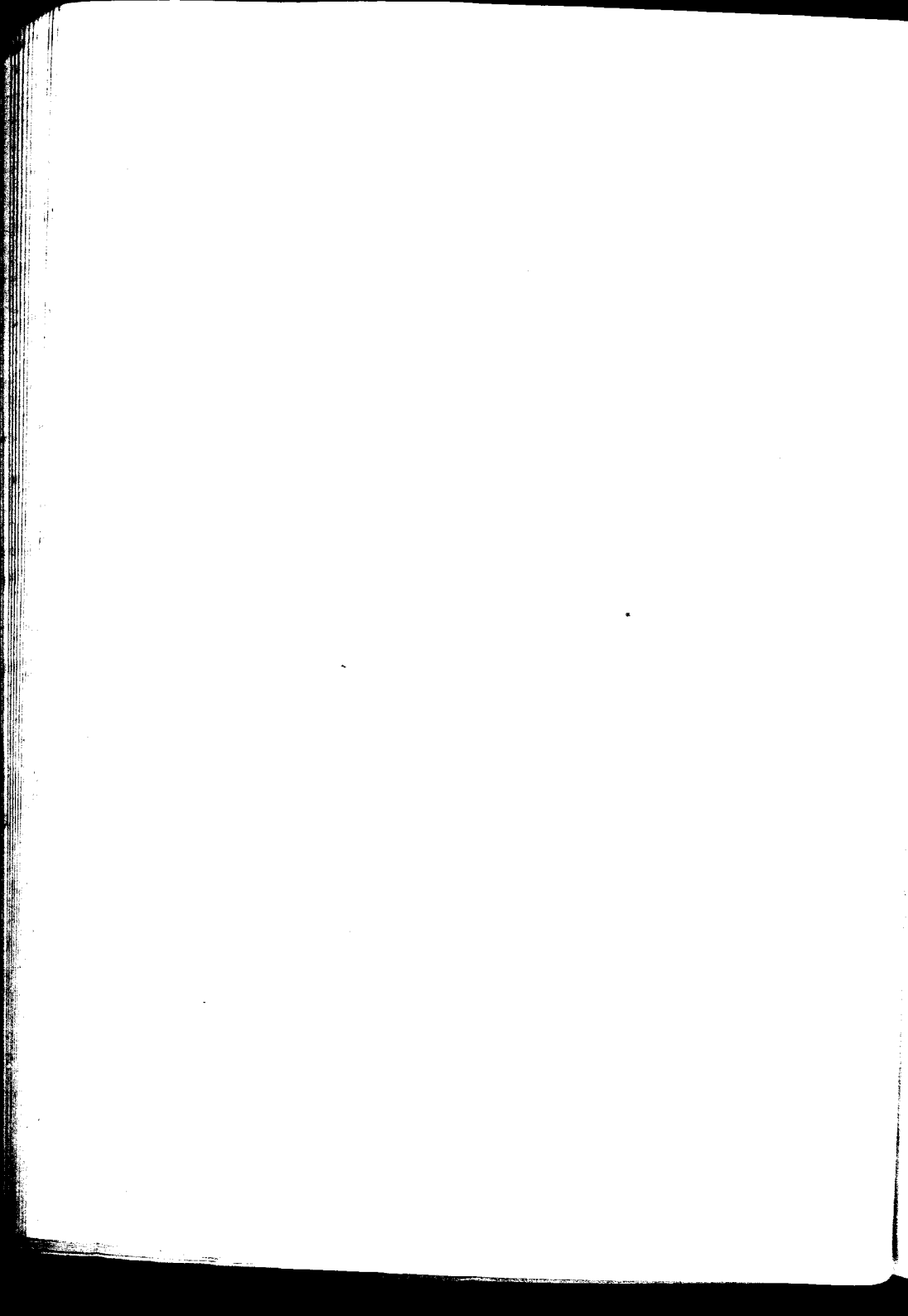
Padrino de tesis:

Doctor SALVADOR MALDONADO MORENO

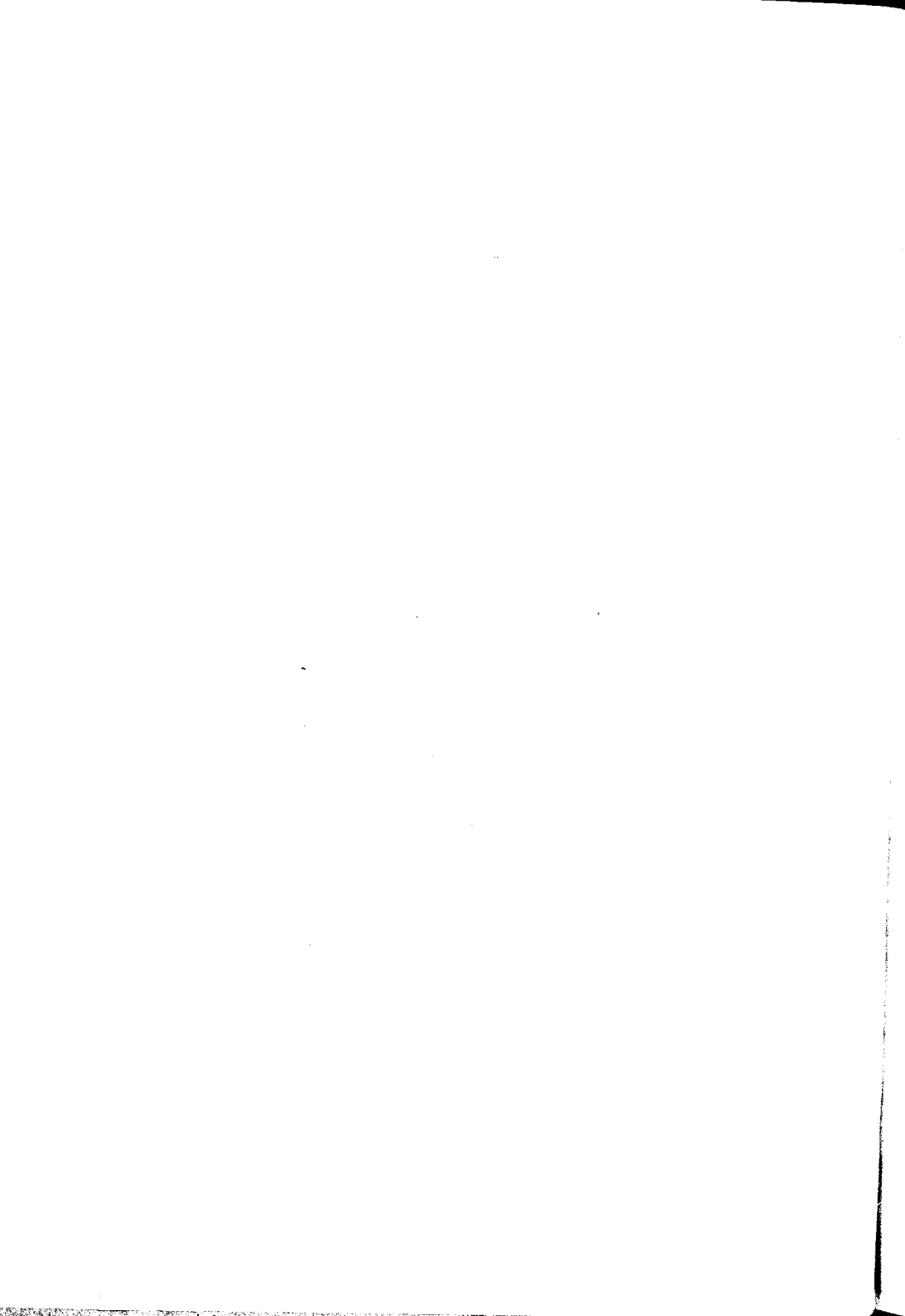


A LOS MIOS

GRATITUD



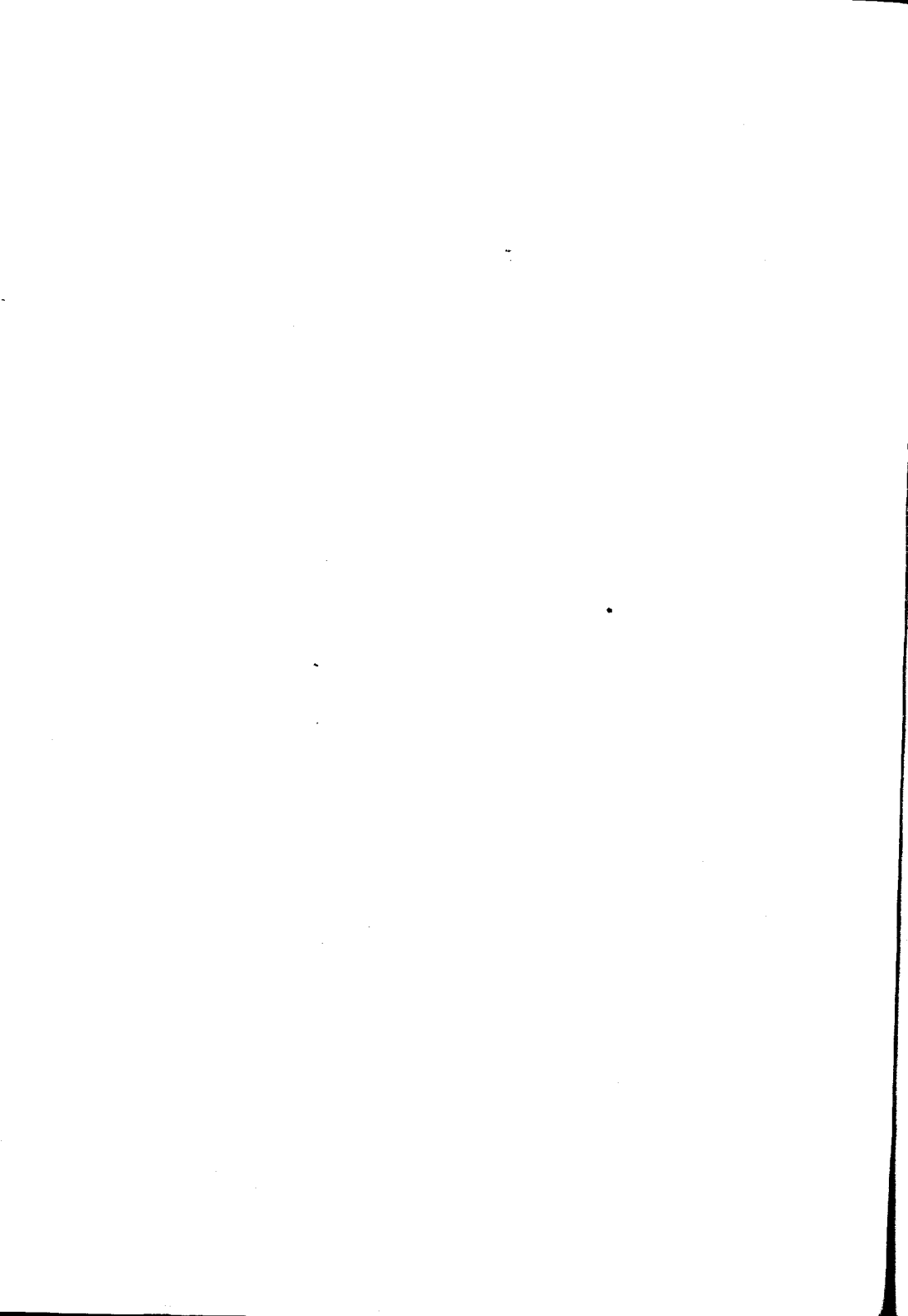
A MIS AMIGOS



A MIS COMPAÑEROS DE TAREA, DOCTORES:

FELIPE GARDELLA

FEDERICO CHIOSSONE



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Al cumplir con el último requisito hacia la Facultad, para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía, presento a la benevolente consideración de los que ayer fueron mis profesores, este mi modesto trabajo, no ocultándoseme el gravoso fardo que sobre mi conciencia gravitará siempre para mantener incólume la honrosa tradición de los que fuimos por varios años concurrentes asíduos a las aulas de nuestra querida Facultad, donde al calor del compañerismo, se forjaron tantos nobles ideales.

Sírvame su recuerdo en quizás más de una ocasión, como consuelo y aliento, en los inevitables sinsabores de la lucha diaria.

Mi ilimitada gratitud a todos aquellos profesores, que supieron inculcar en mi espíritu el noble sentimiento del deber.

A mi eximio maestro doctor Julio Méndez, al lado del cual dí mis primeros pasos en la práctica hospitalaria, mi respeto y gratitud.

Al doctor Salvador Maldonado Moreno, amigo y caballero intachable, mi agradecimiento por el honor que me dispensa como padrino de tesis.

Al doctor Gregorio Aráoz Alfaro, a quien debo gran parte de los conocimientos que posco en el difícil arte de curar a los niños, mi reconocimiento.

Al doctor Pastor Molla Villanueva, vaya la expresión de mi mayor afecto y estima.

CAPITULO I

Inversión uterina

DEFINICION -- Desígnase con el nombre de inversión uterina, aquel estado patológico en que una parte de la pared del útero (generalmente el fondo) cae dentro de su cavidad, marchando hacia el orificio interno o en su curso ulterior al través del externo, sale por la vagina, presentándose bajo la forma de tumor.

GRADOS DE INVERSION UTERINA

Primer grado — En un primer grado, el fondo del útero está simplemente deprimido en fondo de botella («Depresión simple de Leroux»).

Segundo grado — En un segundo grado, el fondo del útero profundamente deprimido atraviesa el cuello, llegando a la vagina; es intravaginal.

Tercer grado — En un tercer grado, puede estar completa o casi totalmente invertido; en este caso el útero ha franqueado la vulva, haciéndose extravaginal, asomando por fuera de las partes genitales.

Puede presentarse el caso llamado de inversión completa, en que el rodete constituido por el cuello ha desaparecido por haber tomado a su vez parte en la inversión, continuándose el pedículo del tumor, directamente con la pared de la vagina, caso raro, no existiendo más que ejemplos dudosos y discutidos (Pozzi). Tratándose entonces, de inversión uterina completa con prolapso.

ETIOLOGIA DE LA INVERSION

Condición indispensable para producirse la inversión, es que este órgano se encuentre distendido, con sus paredes adelgazadas por el desarrollo de un cuerpo en su interior, y que este cuerpo, de preferencia sólido, se evacúe bruscamente.

Para favorecer esta inversión, es preciso que una parte inerte del cuerpo uterino, sea tomada por las contracciones activas de la porción del músculo uterino situado por debajo de ella (Pozzi).

¿Cuándo se encuentran realizadas estas condiciones ?

1º Al final del embarazo, en el momento de la expulsión del feto, o a su continuación, durante el alumbramiento.

2º Cuando tumores que se han desarrollado lentamente en la matriz, son súbitamente expulsados. Ejemplo : fibromas pediculados.

No entraré a tratar ni discutir el vasto tema de las inversiones uterinas producidas ya sea por la expulsión de una masa de quistes hidáticos, citada por Hacher (1847), que habiendo ocasionado la inversión, ésta fué tratada por la ablación del órgano por la ligadura. Uno de los tantos curiosos métodos, empleados en tiempos más o menos remotos y que hablando del tratamiento, tendré ocasión de hacer una breve reseña histórica al respecto.

Recordaré solamente el caso Boyer (1825), en que se trata de una inversión uterina en una mujer fuerte, robusta y de una «gordura considerable» y que no había tenido familia desde la friolera de unos quince años atrás, y agregaré que por la historia clínica se trataba de un caso de inversión completa.

Hasta entonces Bayer, que exigía para la producción de la inversión la etiología que todos co-

nocemos, aceptó la de Puzos, que en ese caso atribuye la inversión a la acumulación y peso de la grasa sobre la matriz de esa mujer obesa.

Dadas las condiciones que necesita el útero para invertirse, se concibe fácilmente, que el ideal se encuentra realizado en el parto a término, en que el mecanismo se realizaría, según Jacquemier, de la siguiente manera :

« Se concibe, dice, que en los partos en que la potencia auxiliar, es decir, los músculos abdominales, se vuelve el agente casi exclusivo de la expulsión del feto, mientras que el útero languideciendo queda en parte extraño, el feto pueda arrastrar el útero invirtiéndolo, por un efecto análogo al que se produciría retirando del fondo de un cilindro membranoso cerrado e impermeable al aire, un pistón que hiciera el vacío ».

Y agrega, que la sola placenta con su peso, puede bastar para producir la depresión inicial del fondo uterino, siempre que la resistencia del músculo uterino, no sea superior a la fuerza de las presiones abdominales, las paredes de la matriz se deprimen.

Esta inversión tiene por característica, de seguir inmediatamente la expulsión del feto.

Dijimos que este accidente se produce en el parto a término. agregando que son también causan-

tes de ésto, los partos prematuros y abortos no inferiores al cuarto mes de gestación, y en prueba de ésto he aquí los siguientes datos estadísticos :

Brown : inversión uterina al 6º mes de embarazo.

Skal y Woden : aborto de 4 meses.

Brady : aborto de 5 meses.

Esto en cuanto a inversión producida por abortos. Veamos ahora la estadística general, que nos demuestra que la inversión uterina, accidente por demás raro, es producido según Crosse las siete octavas partes del total de los casos por causas de origen puerperal.

En cuanto a frecuencia, Braun nos cita una inversión sobre 150.000 partos; Crosse una sobre 140.000; Madden una sobre 190.000; Reave una sobre 140.000; Auvard una sobre 10.000; Beigel una sobre 190.000; Bar una sobre 120.000.

Según la presente estadística, todos los autores están conformes en que es un accidente raro, y casi siempre producido por el parto .

Con mayor frecuencia se observa antes y durante el alumbramiento, durante el parto y después del alumbramiento es más raro.

CAUSAS — Podemos admitir la división de predisponentes y determinantes.

Como su nombre lo indica, son *predisponentes* aquellas causas que preparan el terreno, haciéndolo propicio para la inversión.

Y entre éstos, se contarían todos aquellos estados, que produjeran un debilitamiento general del organismo como preñeces repetidas, metrorragias, edad avanzada, etc.

A consecuencia de un parto laborioso, que trae aparejada una inercia consecutiva de las paredes del útero.

La implantación anormal de la placenta ; su inserción en el fondo del útero.

Causas determinantes -- Cuando el parto, produciéndose bruscamente, sorprende a la mujer de pie, trabajando, mientras realiza un esfuerzo.

A veces es al fin del trabajo del parto, que a consecuencia de una brevedad natural o accidental del cordón, éste tironea sobre la placenta y deprime el útero al nivel de la implantación placentaria.

En el alumbramiento, se ha observado a consecuencia de tracciones intempestivas, que la placenta aún inserta en la pared uterina y de preferencia en el fondo, ha ocasionado la depresión total o parcial del fondo del útero, y como consecuencia la inversión del órgano.

¿ Siempre, en este caso, deberá achacarse a inexperiencia del operador la inversión uterina ? De ninguna manera, puesto que hay hechos citados y debidamente comprobados, en que está demostrado que los solos esfuerzos de la mujer bastan para producir la inversión.

Ciertos autores achacan al método de Credé, en varios de estos accidentes.

Otras veces, parece que el útero mismo juega un papel activo en la producción de la inversión. El fondo del órgano inerte, es tomado por las contracciones del resto del útero, que lo rechazan hacia el cuello (Ribemont y Dessaigues).

Otros autores van más lejos aún, como por ejemplo, Paul Dubois y Radford, que admiten la inversión del útero, bajo la influencia de las contracciones convulsivas e irregulares de las paredes uterinas al través del cuello relajado, y West agrega, que el órgano por sus propias contracciones puede invertirse, como sucede con la intosucepción del intestino.

Contra estas teorías, podemos objetar con datos anatómicos sobre la estructura del útero, que es inadmisibles que se produzca dicha inversión, sin antes haberse ocasionado una depresión en el fondo del útero, producida por la presión abdominal y favorecida por la inercia de dicho órgano.

Reasumiendo vemos: que la inversión uterina puede ser producida por dos órdenes de hechos: 1º Aquellas inversiones producidas por maniobras obstétricas llevadas sobre la placenta por intermedio de su cordón, sobre la placenta misma, o sobre el feto, ocasionadas por tracciones y maniobras intrauterinas, y 2º de causas extrauterinas a veces espontáneas, a veces favorecidas por ciertas maniobras (expresión del fondo del útero, método de Credé) en que todas actúan sobre la cara externa del cuerpo uterino, favoreciendo la inversión, por el principio de depresión en fondo de botella; el todo acompañado por la condición indispensable de la inercia, ya sea total o parcial del órgano.

INVERSION POR TUMORES INTRAUTERINOS

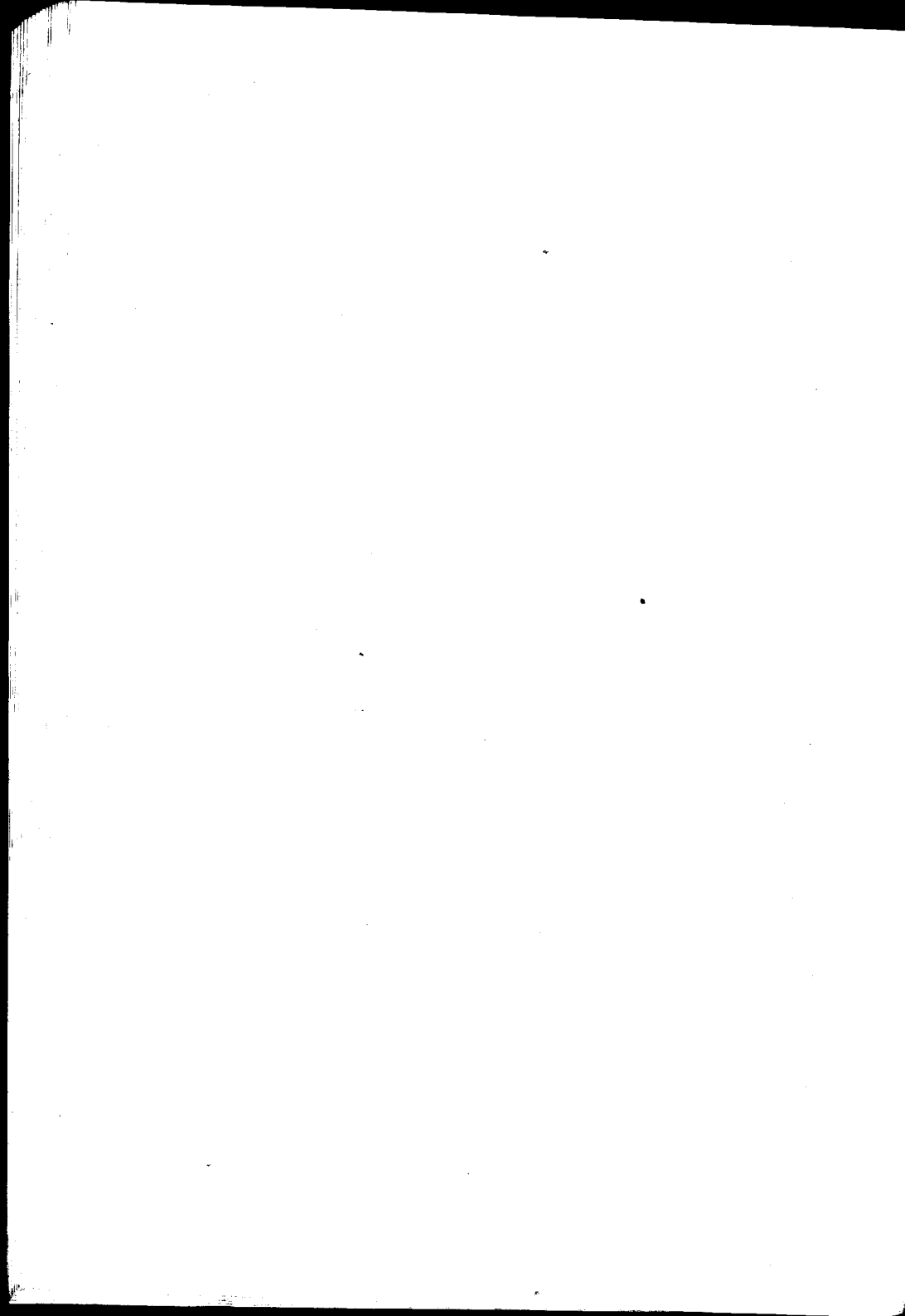
Según M. Crossé, de Norwich, en su prolijo trabajo «Ensayo sobre la inversión del útero» (habiéndole sorprendido desgraciadamente la muerte antes de su terminación), estableció que de cuatrocientos casos que pudo reunir, trecientos cincuenta eran producidos por el parto y de los cincuenta restantes, cuarenta habían sido ocasionados por efecto de la presencia de pólipos intrauterinos y la inversión habíase producido espontáneamente, por

el crecimiento y expulsión de estos pólipos y los otros diez casos, ocasionados por las tracciones que se habían practicado sobre el tumor para extirparlo.

También en un estudio hecho por Bandelocque, éste demuestra que todo pólipo por su volumen determina movimientos expulsivos del útero, comparables a una especie de parto y que sobre todo cuando ha alcanzado cierto volumen y peso considerable, puede arrastrar por su pedículo de inserción, la parte del útero donde está fijo.

Para que la inversión se produzca, es menester que la inserción del pólipo o tumor fibromatoso pediculado, se haga en el fondo del útero o partes próximas a él; puesto que fácilmente se deduce, que su inserción en el cuello produciría más bien un *prolapso uterino*

En una mujer con pólipo uterino, todo estado de debilitamiento orgánico, trae aparejado una menor firmeza de las paredes uterinas, observándose ésto, por ejemplo, hacia el período de la menopausa, o sino consecutivo a metrorragias abundantes y repetidas; el todo acompañado de cierto estado anormal del útero, que favorece la expulsión del pólipo y la inversión consecutiva.



CAPITULO II

Diagnóstico. — Pronóstico

Dos casos pueden presentarse al médico llamado en esta ocasión :

1º Cuando la inversión acaba de producirse durante el parto, o mientras el médico asiste a dicho parto, y

2º Puede ser llamado a larga distancia de producido el accidente : uno, dos, tres meses o más aún.

En el primer caso, el diagnóstico será sumamente fácil ; pero puede prestarse a dudas y a errores en el segundo de los casos mencionados más arriba.

Ahora bien, la sintomatología de una inversión reciente, tal como está claramente descrita en los textos de parto, es tan clara y tan característica, que no puede prestarse a confusión de parte del médico.

La aparición de un dolor súbito, un colapso repentino, acompañado de profusa hemorragia, la desaparición del tumor globoso, formado por el útero en el abdomen, en el hipogastrio, la aparición de un cuerpo esférico en la vagina o asomando en la vulva, son elementos suficientes para hacer diagnóstico.

Sobre todo la aparición del tumor en la vulva o su presencia en la vagina, constituyen un síndrome patognomónico de esta afección.

En el segundo de los casos, el médico puede encontrarse en presencia de una enferma que presente una sintomatología general grave, con depresión profunda del sistema nervioso; acompañado de abundante hemorragia o sin ella, puesto que Radford demostró, que abstracción hecha de los casos en que la placenta se adhiere parcialmente a la matriz, la hemorragia no es tan terrible ni formidable como pudiera creerse de primera intención, y que el shock es en gran parte independiente de las pérdidas sanguíneas.

La enferma también puede no presentar ningún carácter grave y sólo el médico puede encontrarse en presencia de un tumor intravaginal o que hace saliencia en la vulva, tumor que podría confundirse con un pólipo uterino.

Los antecedentes de haber tenido un parto, más

o menos laborioso, de haberse producido abundantes hemorragias, ha haberse acudido a manoseos en la cavidad uterina, haberse producido al final del parto un dolor brusco acompañado de un estado sincopal, pueden encaminar a un examen, practicado el cual y no encontrando fondo de útero en su sitio, se practica el tacto vaginal, el que nos pone de manifiesto un tumor liso, redondo, del tamaño de una naranja o de una mandarina o *de una ananá*, como dice Pinard.

Si en seguida practicamos el tacto rectal combinado con el cateterismo de la vejiga, notaremos que la sonda es percibida fácilmente por el dedo que practica el tacto, lo que no sucedería si el cuerpo del útero, no estando invertido, se interpusiera a modo de tabique entre el dedo y la sonda introducida en la vejiga.

A veces, es por obra de la casualidad que se llega a conocer el caso y se hace el diagnóstico; ejemplo: al practicar un sondaje vaginal se encuentra con un tumor que no permite o dificulta la penetración de la cánula; estos casos son aquellos en que la inversión del útero se observa al estado crónico como las citadas por West, por más que el accidente se remontará sin duda alguna a la época del parto, éste había pasado desapercibido, perdiéndose la oca-

sión feliz de reducir la matriz con muchas probabilidades de éxito.

West cita tres casos.

Una enferma admitida catorce meses después del parto en su sala de St. Bartolomew's Hospital, contó que al desprenderse la placenta por medio de la mano prodújole una abundantísima hemorragia, que le ocasionó un síncope, mientras tanto la matriz había hecho su aparición en la vulva, el médico encargado de su asistencia, la redujo por lo menos en apariencia. Durante una semana nada notó de anormal; al cabo de ésta, al tratar de caminar, el útero salió nuevamente fuera de las partes externas; cuenta la enferma que ella misma practicó la reducción, y desde entonces no volvió a presentarse más fuera de la vulva.

En otro caso, no había sucedido más que una hemorragia succedanea a la expulsión de la placenta, pero el retorno y la persistencia de las pérdidas sanguíneas, habían llevado a practicar el examen vaginal, de resultas del cual descubrióse la inversión uterina crónica.

Es en estos casos que pasan desapercibidos durante largo tiempo, en que las enfermas están expuestas a todas las complicaciones de este accidente, algunas de ellas muy graves, como las infecciones que pueden llevar a la matriz invertida a la

gangrena, sin contar las repetidas hemorragias que llevan a las enfermas a una anemia profunda.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL — ¿Basta acaso encontrarse con un tumor más o menos redondeado o piriforme, que haga saliencia en la vulva, para hacer diagnóstico de inversión uterina ? Indudablemente que no, puesto que hay otros estados en los cuales puede simularse dicha afección, como ser : primero. En un simple prolapso uterino, pero en este caso notaremos que la palpación abdominal nos indica que el fondo del útero no ha desaparecido, sino que sólo ha descendido más o menos, y si la palpación la combinamos con el tacto, comprobaremos la presencia del orificio del cuello uterino, comprobación que en determinadas circunstancias podría dificultarse si el útero basculando sobre su diámetro transversal, ha sufrido una marcada ante o retroversión, y se presenta acompañado de un colpocele posterior o anterior.

Puede también imponerse el diagnóstico diferencial con un fibroma pediculado uterino, caso que puede aún complicarse o mejor dicho, ir acompañado de inversión, una de las causas que frecuentemente la producen, como hemos visto anteriormente.

En este caso si el tumor no es muy voluminoso y permite seguir sus contornos, podemos guiándonos por el pedículo, ir hasta su punto de implantación.

A la histerometría, encontramos en caso de fibroma, que las dimensiones del útero están normales o más bien aumentadas, también será comprobada una dilatación de la cavidad uterina, la sonda se introducirá más profundamente que en el estado ordinario, dándonos muy posiblemente una sensación de peso, quizás también encontremos un principio de inversión en el punto de implantación del tumor, que servirá de punto de partida para una inversión completa.

Ahora bien, en una inversión el histerómetro también penetra y puede darnos una sensación engañadora, pero practicada minuciosamente, veremos que penetra con mayor dificultad y no nos dará una sensación de cavidad como el caso de fibroma pediculado. En este caso el histerómetro penetra desigualmente hacia uno y otro lado del pedículo. En un caso observado por mí en la sala V del Hospital Misericordia de La Plata, un fibroma pediculado había producido por su expulsión, una inversión parcial del útero.

A la palpación combinada con el tacto, notá-

base por el lado abdominal un verdadero hundimiento en el fondo del útero.

No trataré de otros diagnósticos diferenciales, como ser retención de placenta, puesto que por los datos clínicos y el examen, resultará fácil llegar a la verdad.

PRONOSTICO

Una depresión profunda del sistema nervioso y una abundante hemorragia, son los dos síntomas patognomónicos de la inversión uterina.

Con la enunciación de estos síntomas, vemos ya, que generalmente es una afección bastante grave y que en ciertos casos, el éxito o el desenlace fatal, depende de la mayor o menor prontitud con que se llega al diagnóstico y se practica acto continuo el tratamiento.

Como bien dice Radford, en muchas circunstancias el estado sincopal, de choc, no es debido a una abundante pérdida sanguínea, puesto que no la hubo, sino que el choque sufrido en el «sistema de las fuerzas» es en gran parte independiente de dicha hemorragia.

Una de las causantes de esa depresión profunda es el dolor, que algunos lo comparan a una fuer-

te presión ejercida sobre los testículos en el hombre y que Denucé dice: «que tiene algo de punzante que va derecho al corazón».

El estado del útero ofrece variantes que modifican mucho nuestro pronóstico, al lado de los casos bien raros por cierto en que el útero permanece blando, flácido y susceptible de ser reducido, se encuentran en su mayoría aquellos casos en que está duro, contraído y resiste a todos los esfuerzos practicados para reducirlo.

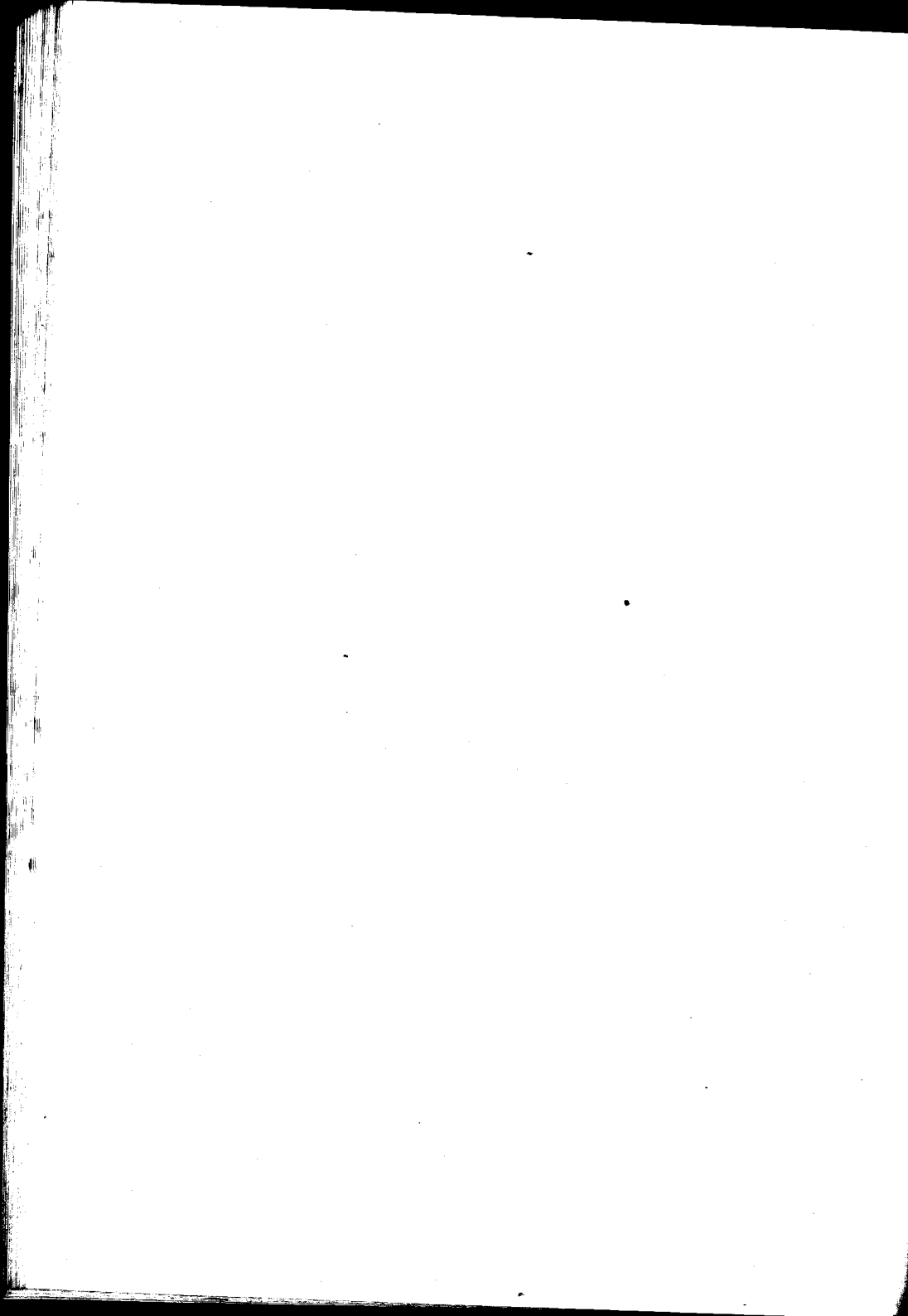
¿A qué debemos atribuir estos diferentes estados del músculo uterino? Como muy bien dice West, en el primer caso es atribuible a la ausencia o a la imperfección de la involución uterina, y en el otro al cumplimiento rápido y completo de este proceso.

Desgraciadamente, los casos en que el útero conserva su flacidez, no son más que excepciones a la regla general, puesto que en la mayoría de los casos, la contracción del útero y la retracción consecutiva del anillo se verifica muy rápidamente y toma tal resistencia y dureza el útero invertido, que en ciertas ocasiones ha sido tomado equivocadamente por la cabeza de un segundo feto gemelar.

Es en estos casos crónicos en que el pronóstico se hace más sombrío, no sólo por el peligro constante a las infecciones y a la gangrena favorecida por el retraimiento consecutivo del cuello uterino, sino

que tienden a agravar el estado de la enferma, las continuas pérdidas sanguíneas, que en muchos casos van gradualmente en aumento, mientras que las funciones genitales van recobrando su actividad, y así vemos historias clínicas, en que los autores citan casos en que a cada período catamenial, las pérdidas sanguíneas iban en aumento, hasta tornarse alarmantes unos meses después del parto.

En conclusión, diremos que toda inversión uterina que en el mismo momento del parto no ha sido reducida fácil y rápidamente, es una afección grave y que el buen éxito depende de la rapidez del tratamiento quirúrgico, levantando el estado general de la enferma con estimulantes y medicamentos apropiados.



CAPITULO III

Anatomía patológica

Los caracteres anátomo-patológicos de la inversión uterina, son distintos según se trate de un caso de inversión reciente aguda o crónica.

Cuando se trate del primero de los casos, encontraremos un tumor más o menos voluminoso, piriforme, a gruesa extremidad inferior libre, y la parte adelgazada superior, está constituida por el istmo uterino, que acompañando el fondo de útero, ha sufrido la inversión y penetra al través del rodete muscular del cuello más o menos relajado o tenso, que para algunos autores es el causante de la congestión por obstáculo a la circulación venosa de retorno, no manifestándose este obstáculo en la circulación arterial.

Examinando prolijamente el tumor, notaremos que sobre la parte más gruesa, o sea la correspon-

diente al fondo uterino invertido, hay un orificio a cada lado del tumor, orificio correspondiente a la desembocadura de la trompa.

Siguiendo con la palpación abdominal, encontramos que el tumor globoso formado por el útero cuando está en su sitio, ha desaparecido, y más abajo notaremos un verdadero infundibulo con bordes lisos y gruesos, infundibulo producido al invertirse el útero y conteniendo en su interior los ligamentos, trompas y ovarios, debiendo el médico proceder con precaución al practicar, por ejemplo, la operación de Piccoli, pudiendo encontrarse también con un ansa intestinal invaginada* en la inversión del útero.

Según el profesor Bar, el útero y la vagina se detienen en su descenso, gracias al infundibulo pelviano de Henle, o ligamento superior del ovario de His y Waldeyer, que no es más que un repliegue peritoneal, que teniendo su origen en la región lumbar, se dirige al ovario y de allí a la pared posterior del útero, donde se abre en abanico, entrecruzándose con el del lado opuesto y con las fibras uterinas. Pudiendo añadir que éstos son los únicos y verdaderos ligamentos que retienen el útero en su descenso, hechos debidamente comprobados en estudios sobre el cadáver.

En el segundo de los casos mencionados más

arriba, o sea en la inversión crónica, puede confundirse por su aspecto y consistencia con un pólipo fibroso, por la contracción del orificio uterino alrededor del cuerpo de la matriz invertida, parecería el pedículo de un tumor que proviniese del interior de la cavidad del útero.

Si en la inversión reciente se perciben fácilmente a ambos lados del tumor los orificios de la desembocadura de las trompas, en la inversión uterina crónica se han hecho imperceptibles; ésto añadido a las alteraciones de la mucosa uterina, al aspecto duro y esclerosado del parénquima hacen más fácil el error.

Los estudios anátomo-patológicos realizados por Francesca Venturini, sobre un útero cuya inversión databa de nueve meses atrás, dieron los siguientes resultados. Dice: «El espesor de la pared uterina está aumentado, la mucosa áspera e hiperhemiada. Examinando al microscopio los cortes de esta mucosa, muestra glándulas aumentadas de volumen, transformadas a veces en pequeños quistes, numerosas glándulas son sinuosas, y su pared está revestida de epitelio proliferante. El tejido conjuntivo interglandular está en parte infiltrado de pequeños elementos leucocitarios.

En otros puntos se constata una proliferación activa de elementos fijos.

Este tejido conjuntivo está recorrido por numerosos vasos sanguíneos. Se notan vasos y lagunas linfáticas en algunos puntos donde el endotelio ha proliferado de tal modo que la luz de los vasos está obstruída.

En cuanto a la pared muscular, el examen muestra que en las capas más próximas a la mucosa, hay hipertrofia de elementos musculares, lo que no existe en la proximidad de la serosa peritoneal; pero lo que más llama la atención, es el crecimiento del tejido conjuntivo; los hacecillos conjuntivos están hipertrofiados formando una red trabecular que separa los hacecillos musculares. Esta hipertrofia es sobre todo acusada en el tejido conjuntivo perivascular y muy particularmente alrededor de las venas.

En las capas más superficiales de la musculosa, bajo la mucosa, se observan lagunas linfáticas bastante considerables para que los tejidos revisitan en ciertos puntos un aspecto cavernoso.

La hipertrofia del tejido conjuntivo, va aumentando de la mucosa o la serosa; es a este nivel que el tejido conjuntivo es más considerable.

La trompa presenta las mismas lesiones perivasculares que el útero.

En el ovario que está sensiblemente aumentado de volumen, espesamiento de la albugínea y aumento hiperplásico de todo el estroma ovárico.

La hiperplasia se lleva sobre las capas superficiales.

En la profundidad del órgano, el tejido conjuntivo ha tomado una disposición variada.

Las mallas de este tejido, que tienen una apariencia mixomatosa, están infiltradas de serosidad. En el centro de la glándula, anchos espacios con persistencia de gruesos cuerpos amarillos.

En medio de estos tejidos, secciones de vasos sanguíneos espesados y de folículos vacíos, o conteniendo un óvulo en evolución.

En resumen : la mucosa está poco modificada, hiperhemiada ; pero su revestimiento epitelial ha conservado sus caracteres por todo donde él existe. El epitelio glandular ha proliferado, conservando su forma cilíndrica.

Las fibras musculares están hipertrofiadas en la vecindad de la mucosa ; ligeramente atrofiadas al contrario en la vecindad de la serosa. Es este lugar en donde se encuentran más acentuadas la hiperplasia del tejido conjuntivo y la esclerosis perivascular.

En cuanto a las lesiones del ovario, parece que no se trate, sino de un edema causado por las perturbaciones circulatorias, que provoca la inversión uterina ; la determina la fuerte tracción sobre los ligamentos y los vasos que ellos contienen.



« Son las lesiones perfectamente curables de la metritis glandular, y al mismo tiempo, lesiones de esclerosis ligadas sin duda a perturbaciones circulatorias ».

CAPITULO IV

Tratamiento

Desde los casos citados por antiguos autores, en que se redujo el útero invertido, poniendo la enferma con las piernas colgadas del techo, y la cabeza hacia abajo y con varios litros de aceite caliente, acompañado de mil manipuleos, se llegaba más o menos felizmente al objeto indicado, a la cirugía temeraria de los siglos XVI y XVII, que envalentonó a los prácticos de la época con la extirpación del útero invertido, en los casos de prolapso e inversión irreducible; no comenzó a tomar rango entre las operaciones regulares de la cirugía, la curación racional de la inversión, hasta fines del siglo pasado, que con la operación de Kustner modificada por Piccoli, ha llegado al último perfeccionamiento de la técnica operatoria.

También otros eminentes cirujanos han apor-

tado el producto de su labor, al perfeccionamiento de la técnica en el tratamiento quirúrgico de la inversión uterina crónica, y entre ellos podemos citar a Doyen, Kœhrer, Oui, Spinelli, con su método de colpohistorotomía anterior.

¡Morisani y Sara en Italia, que al igual de Piccoli, perfeccionaron la operación de Kustner.

En Francia, Duret siguió el mismo camino, prefiriendo como Piccoli, la colpohistorotomía posterior en la reducción del útero invertido.

¿Qué caminos se pueden seguir en la inversión uterina? Dos indicaciones solamente pueden presentarse al médico:

1º Tratar de reducir el órgano, y sólo en la imposibilidad de practicarlo se recurrirá a su extirpación.

Como fácilmente se comprenderá, en la mayoría de los casos se podrá llegar a un resultado satisfactorio por la reducción, que en una inversión aguda reciente, debe ser practicada de una manera inmediata.

En este caso, la reducción es generalmente fácil, obrando sobre todo en el intervalo de dos contracciones del músculo uterino, presentándose la ventaja que en ese instante el útero está blando, la

vagina amplia, pudiendo introducirse fácilmente la mano para reducir el útero, por una verdadera expresión, si la inversión es incompleta, o desenvaginandolo completamente y empujándolo con el puño, si la inversión es total.

Pero al lado de estos casos recientes, tenemos aquellos crónicos, en que el útero ha perdido su flacidez necesaria, está duro, retraído, y más o menos comprimido por su cuello, lo que hace imposible su reducción por la taxis. Y forzosamente hay que recurrir al método quirúrgico para reducirlo o en la imposibilidad de hacerlo, extirparlo.

Como se comprenderá fácilmente, un órgano como el útero, que no pierde sus propiedades fisiológicas por motivo de la inversión (caso de Smith de una mujer que tuvo once años la matriz invertida y poco tiempo después de reducida se embarazó). Como también por el pronóstico más sombrío que entraña su extirpación, hacen que se practique una cirugía conservadora, como la colpohisterotomía anterior de Doyen, Kœhrer, etc., o posterior de Kustner y Piccoli.

Pasaré a tratar en seguida la operación de Piccoli, que fué la practicada en el caso citado en mi historia clínica sin entrar a hablar de los varios métodos empleados para reducir un útero crónicamente invertido, basados en la presión constante

ejercida sobre el fondo de útero, que traería como consecuencia la relajación del rodete del cuello. Medios todos de resultados bastante aleatorios.

Operación de Kustner-Piccoli — Consiste en la apertura del fondo de Douglas transversalmente, se incinde en seguida el cuello del útero y toda la pared hasta el fondo del órgano, en seguida se practica la reducción, colocando los pulgares sobre la pared anterior, y haciendo presión se rechaza hacia atrás, mientras que los otros dedos toman y atraen hacia delante los labios de la incisión longitudinal posterior, se sutura en seguida la incisión uterina, quedando el útero con la pared posterior suturada delante y la anterior atrás, en seguida se reduce dentro de la pelvis al través de la incisión transversal del Douglas, recobrando su posición normal. El último tiempo consiste en la sutura del fondo de saco posterior.

Historia clínica

Hospital Misericordia de La Plata. — Sala IV.
— Servicio del doctor P. Molla Villanueva. — Cama 9.

T. M., casada, de 25 años de edad, profesión
q. d., nacionalidad argentina.

Fecha de entrada: 20 de junio 1915, 11.30
de la noche.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Buenos.

Enfermedad actual — Dice la enferma, que ha-
ce unas horas fué atendida de un parto normal, pero
la partera para acelerar el alumbramiento, empe-
zó a tironear del cordón, no obteniendo mayor re-
sultado con este procedimiento, resolvió introducir
la mano y comenzó a maniobrar brutalmente, se-
gún expresión de la enferma, agregando que estu-
vo tironeando sin compasión, experimentando atro-

ces dolores, hasta la extracción de la placenta, que fué acompañada de abundante hemorragia y un dolor agudísimo, « que casi le produjo un desmayo », al mismo tiempo notó un cuerpo extraño que aparecía en la vulva. A consecuencia de los dolores que sufría y de la hemorragia, fué llamada urgentemente la sala de primeros auxilios, remitiendo la enferma a este hospital a las 11.30 p.m.

Esta enferma llega en un estado de postración profunda, tinte de las mucosas intensamente pálido, acusa fuertes dolores en el vientre y región genital. Pulso débil y frecuente: 120 pulsaciones y 36°5 temperatura.

Al examen, presenta en la vulva, numerosos coágulos sanguíneos, los grandes labios entreabiertos, por un cuerpo que asoma, del tamaño de un puño grande, aparentando encontrarse en presencia de un cuerpo placentario, y despidiendo abundante cantidad de sangre.

A la palpación, se comprueba estar en presencia de un cuerpo globoso, de superficie lisa, que ocupa la vulva y cavidad vaginal, pendiente de una parte central más delgada.

Se da entrada a la enferma, ordenándosele reposo absoluto en decúbito dorsal, practicándosele los primeros cuidados de urgencia.

Se somete al mismo tiempo a la enferma a una vigilancia rigurosa.

Al día siguiente, 21 de junio, se intenta la reducción de la inversión, siendo imposible practicarla.

Junio 22 : Las pérdidas sanguíneas han disminuído, pulso débil y siempre frecuente : 115 por minuto, 36°8 temperatura.

Junio 23 : El estado general ligeramente mejorado, poca hemorragia. 95 pulsaciones por minuto.

Junio 24 : La enferma sigue mejorando gradualmente, la postración es menos acusada.

Junio 25 y días siguientes : El estado general sigue mejorando, hasta que varios días después, la hemorragia ha desaparecido totalmente. Temperatura normal, pulso algo frecuente.

Mientras tanto, trátase de levantar las fuerzas de la enferma, para estar en condiciones favorables para ser operada.

Julio 15 : Enferma con regular estado general, con un ligero tinte anémico.

Al examen local, se percibe un tumor de forma redondeada, piriforme, del tamaño de una mandarina y de consistencia dura, asoma a la vulva, introduciéndose en la cavidad vaginal por su parte angosta.

El tumor tiene una coloración rosada, no pre-

sentando secreción ninguna, no hay la menor pérdida sanguínea.

Palpando útero no se percibe en su lugar.

Habiéndose hecho diagnóstico de inversión uterina, se practica el tratamiento quirúrgico, operación de Piccoli.

Quince días después, la enferma es dada de alta, completamente curada.

ERNESTO GORIA.

Buenos Aires, Junio 15 de 1916

Nómbrese al señor Consejero doctor Eliseo Cantón, al profesor titular doctor Juan C. Llamas Massini y al profesor suplente doctor Jaime Salvador, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.

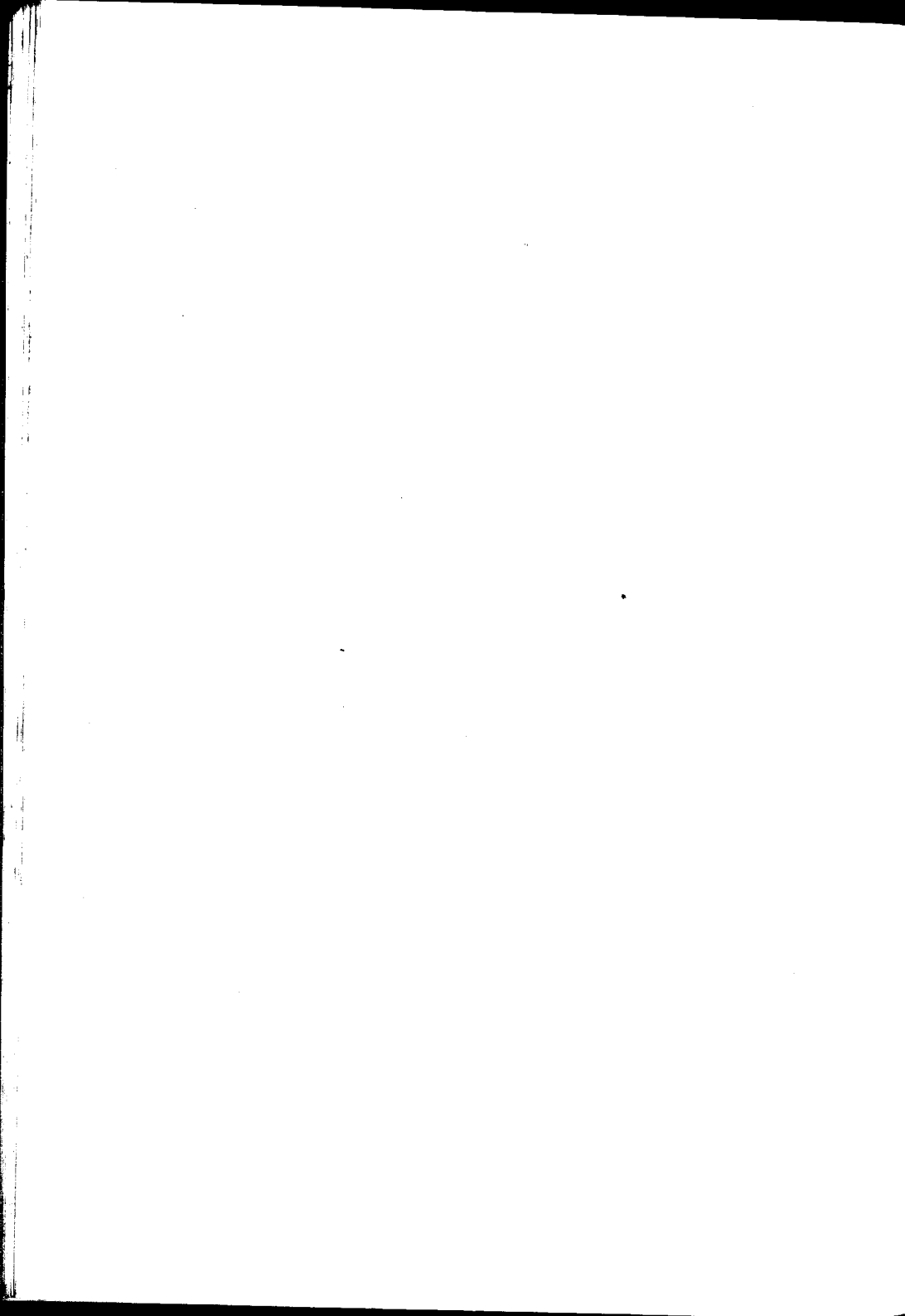
Buenos Aires, Junio 28 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3165 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnosticada la inversión uterina, ¿cuál debe ser su tratamiento inmediato ?

E. Cantón.

II

Medidas profilácticas contra la inversión uterina.

Llames Massini.

III

Patogenia de la metroptosis.

Jaime Salvador.



