

Sessió científica del dia 8 de gener de 1934

PRESIDENCIA DEL DR. PROUBASTA

## Uter doble. - Particularitats embriològiques

pel Dr. FRANCESC TERRADES

L'existència d'úters dobles és coneguda de molt temps, i encara que cosa rara, són molts els casos publicats perquè constitueixin una novetat. Jo mateix en aquesta Acadèmia, l'any 1922, vaig exposar un cas d'úter didelf en una múltipara de 65 anys, troballa operatòria en intervenir-la per un càncer efflorescent de coll, al qual hauré de referir-me després per algun detall; igualment tinc publicat un altre cas en la «Rev. de Obst. i Gin.» de l'any 1932, d'úter bicorn amb hematòmetra unilateral en una noia de 16 anys, diagnosticat i operat, al qual també em referiré; ultra alguns altres dels quals no puc donar història detallada. Però cada cas té les seves particularitats que serveixen per a anar comprenent certs detalls del desenvolupament embrionari de l'aparell genital, i el cas present és digne d'ésser conegut per més d'un concepte.

Dona de 30 anys, que compareix al Servei de Ginecologia de l'Hospital de Sant Pau, i que refereix haver tingut tres parts, de l'últim dels quals fa quatre anys; parts i puerperis normals, amb la particularitat que a cada part, després d'expulsar la placenta entera i espontàniament, al cap de 24 o 48 hores ha expulsat una massa carnosa embolcallada amb glevs de sang (aquesta dada la referí després d'operada). Ve a la visita queixant-se de molèsties a al fossa ilíaca esquerra des de fa temps, havent fet diversos tractaments que no són del cas referir, sense resultat; el començament fou insidiós, sense data precisa, sense febre ni més perpertorbació menstrual que la regla molt abundant, que, per altra part, ha tingut sempre.

Reconeguda la malalta, es troba una tumoració a la fossa ilíaca esquerra, un xic dolorosa a la palpació combinada, de límits difícils de precisar, perquè té molt de panicle adipós, tumoració que, malgrat les

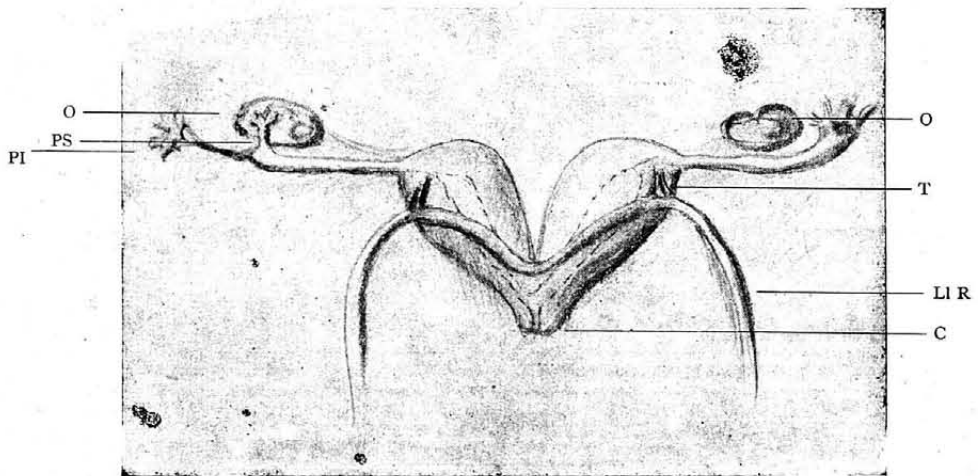
dificultats de percepció, sembla mòbil i independent de l'úter; la histerometria ens marca netament l'úter decantat a la dreta de la línia mitjana. Donada la imprecisió de les dades, es fa el diagnòstic de tumoració ane-xial esquerra, probablement ovari quístic relligat a l'úter per algunes ad-herències; i en veure que la malalta continua queixant-se de les seves molèsties, és laparotomitzada el dia 11 de novembre de l'any passat.

*Operació.*—Obert el ventre per incisió mitjana infra umbilical, ens trobem en presència de dos úters units pel coll; cada cos uterí té el des-envolupament normal de múltipara; el dret està situat a la dreta de la línia mitjana i un xic endavant; l'esquerra, al costat esquerre i un xic endarrera; en la seva unió, al nivell del coll, el peritoneu dèbilment ad-herit, com correspon, no presenta més variant del normal que el petit arrug-gat que forma, el qual arriba fins a la línia d'unió dels dos cossos, sense que es trobi cap brida que vagi de la bufeta al recte, com passa algunes vegades; si hi ha estat, cosa que no crec, no se'n conserva cap vestigi ni a la bufeta ni al recte. Del corn extern de cada úter en surt la corresponent trompa, a l'extrem de la qual i en el lloc que li correspon hi ha un ovari normal; però la trompa dreta, cap als dos terços del seu trajecte, es converteix en un tractus fibrós, no canalitzat en uns dos centímetres de llargada, que acaba en un pavelló exteriorment normal; en el punt on neix el tractus fibrós s'insereix un canalicul acabat en un petit pavelló tubàric que és permeable i comunica amb la part normal de la trompa i, per tant, es continua fins a l'úter. Però el més notable és la inserció dels lligaments rodons; aquests aborden l'úter a 1 centímetre per sota de la inserció de la trompa, i continuen el seu trajecte subperitonealment, per davant de l'úter i sense confondre's amb ell, formant una corba de concavitat supe-rior fins a unir-se el d'un costat amb el de l'altre al nivell de la unió dels dos cossos; el trajecte dels dits lligaments rodons, que vénen a formar-ne un de sol, se segueix fàcilment perquè es destaquen de la musculatura uterina, tot restant units a ella.

Però cada lligament, en abordar l'úter corresponent, envia un feix fibro-muscular d'un centímetre de llargada, el qual es fon amb la muscu-latura uterina al nivell de l'entrada de la trompa, amb la qual cosa s'as-segura la seva funció de sosteniment.

Vista la normalitat dels dos úters i que versemblantment tots dos han procreat, no em crec amb dret d'extirpar-ne cap, i sols faig una pèxia del lligament rodó esquerre a l'aponeurosi abdominal, per tal de sostenir el cos uterí corresponent, que estava un xic en retro, i podia ésser l'origen, per un començament de varicocele, de les molèsties que sentia la malalta. Els resultats operatoris foren normals i la malalta sortí de l'hospital guarida, després de comprovar que, a partir de 2 centímetres del forat del coll, el conducte es bifurca i unes vegades l'histeròmetra entra vers la dreta i d'altres vers l'esquerra.

La curiositat clínica del cas és la perfecta normalitat del funciona-ment sexual, fins al punt de tenir la malalta tres fills, que versemblant-ment varen gestar-se en els dos cossos uterins indistintament, a jutjar pel seu igual desenvolupament. Sencrowski cita el cas d'un úter doble amb gestació doble, però el corn més rudimentari es trencà en l'acte del



UTER DOBLE. — C. Coll uterí. O. Ovaris. PS. Pabelló normal però impermeable. LI R. Lligament rodó que es continúa amb altre per davant de la unió dels dos uters. T. Tractus fibro-muscular que del lligament rodó de cada costats s'inserta en l'uter.

part i el fetus caigué al peritoneu; si la malalta historiada hagués tingut gestació doble, probablement hauria tingut un part normal.

Però la curiositat embriològica és més important. Sabut és que en inflexionar-se els conductes de Müller, la porció horitzontal que constituirà la part ístmica de la trompa, en trobar la de l'altre costat, es dirigeix juntament amb ella cap a baix, fusionant-se per tal de constituir l'úter, que és voltat pel mesènquima que li forma la capa muscular. La falta de fusió dels dits conductes és atribuïda generalment a la formació d'una brida peritoneal que va de la bufeta al recte i impedeix que els dos contactin; aquesta brida és assenyalada en bastants casos (cas de Winckel i d'altres); en el primer cas meu d'úter didelf existia; en el cas segon i en l'actual, no. Però mentre hi ha qui creu, com Graetzer, que les dites brides són producte d'una peritonitis fetal (cosa poc probable, perquè la concepció d'un procés flogístic en aquesta època de la vida no s'avé amb la normalitat de la resta del fetus), d'altres admeten la possibilitat d'un avenç de proliferació que, partint de la part ventral de l'embrió, s'uneix a l'extrem intestinal inferior.

Sigui la que es vulgui la gènesi de la dita brida, jo no la puc admetre com a causant de l'anomalia que estudiem, per seductora que sigui aquesta teoria. En primer lloc, per no poder inscriure en ella tots els casos (en els tres meus, sols en el primer existia); però ni en aquell no pot atribuir-se la formació de l'úter didelf a la dita brida, perquè en el cas esmentat existia també un embà vaginal antero-posterior, en part romput, potser pel coit, potser pel part, la qual cosa indica que la manca de fusió dels dos conductes de Müller obeeix a quelcom més que a la brida peritoneal; o si no, ¿com hauria aquesta pogut influir en el fet que l'extrem inferior no es fusionés d'una manera perfecta? Jo em decanto a creure que la dita brida és més un efecte de la dita separació que permet que el peritoneu ventral de l'embrió contacti i s'adhereixi al peritoneu de l'extrem inferior intestinal; és a dir, el contrari de l'avenç de proliferació. Meyer cerca la causa en la curtedat dels lligaments rodons que impedeixen la unió de les dues vores internes dels conductes; però si en algun cas pot quedar desmentida la dita teoria, és en el present, en el qual sobra lligament rodó per tots costats. Com sigui que res no sabem de les misterioses causes directrius que cronometren el desenvolupament del fetus, difícil és pronunciar-se sobre els motius que les poden alterar, però no hi ha cap dificultat d'admetre la idea, encara que imprecisa, de Fèlix, segons la qual si, per qualsevol retard de proliferació dels conductes de Müller o del seu enfonsament en la pelvis o de l'excés d'amplitud d'aquesta (Rokitanski, Carus, Pfannenstiel), els trajectes horitzontals dels dits conductes no s'uneixen en el temps degut i els verticals resten inclinats i no paral·lels, no són embolcallats en conjunt pel mesènquima, la qual cosa dóna lloc a tots els graus possibles de divisió, des de l'*úterus arquatus* fins al didelf. En el present cas l'anomalia de la trompa dreta, força curiosa, prova que el desenvolupament dels conductes de Müller va sofrir algun trastorn que produïa l'anomalia en ella descrita.

No vull acabar el cas sense fer algunes consideracions que crec obligades sobre els lligaments rodons, que aquí apareixen com un de sol,

que partint d'un conducte inguinal aborda l'úter un xic per sota del normal, dóna un feix de fibres que s'insereixen al lloc normal de l'úter, forma una garlanda als dos cossos i va a passar prop del corn uterí de l'altre costat, al qual envia un altre feix muscular, i aborda finalment l'altre conducte inguinal.

Ja he dit abans que aquest cas no abona gaire la teoria de Meyer sobre la gènesi de l'úter doble; però, a més a més, ens permet de fer algun avenç sobre la gènesi dels dits lligaments.

Segons Frankl, el lligament rodó es forma en un plec peritoneal, en involucionar l'extrem cabal del pro-ronyó que arriba fins a la regió inguinal, encara que no sigui aquesta opinió compartida per tothom, com, per exemple, Meyer. Aquests plecs peritoneals, en la part que ha d'ésser pelvis menor, s'aproximen i s'uneixen en una formació central que divideix en forma d'embà transversal la bufeta del recte, amb la qual cosa queden constituïdes les dues cavitats peritoneals: vèsico-rectal i recto-genital; d'aquests plecs neixen els lligaments rodons. Vieger suposa que els dos lligaments rodons poden ésser considerats com a part d'una fibra genèticament única, car poden seguir-se feixos de fibres musculars llises que van d'un lligament a l'altre.

El present cas sembla confirmar plenament les idees de Vieger, puix que el lligament rodó es continua visiblement d'un costat a l'altre i, a més a més, a tot el seu nivell es forma un replec peritoneal que li marca bé el relleu. Quant a la seva unió amb l'úter pel ramal que li dóna al nivell de cada corn, sembla indicar els vertaders feixos musculars que del lligament es confondran amb la musculatura uterina i que, en el cas present, per retard del desenvolupament, s'han dissociat de les fibres que marquen la continuació del lligament.