Año 1905 Núm. 1569

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Retroversión del útero

SU TRATAMIENTO

por el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO GUTIERREZ

Ex-practicante interno del Hospital Pirovano (1900-1904)

Ex-practicante mayor del Hospital Dr. Teodoro Alvarez (1904-1905)

Buenos Aires

Imprenta y Encuadernación de David Soria

Calle Cerrito, n. 334

1905

RETROVERSIÓN DEL ÚTERO

SU TRATAMIENTO

por el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos

Año 1905 Núm. 1569

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Retroversión del útero

SU TRATAMIENTO

por el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos

---

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO GUTIERREZ

Ex-practicante interno del Hospital Pirovano (1900-1904)

Ex-practicante mayor del Hospital Dr. Teodoro Alvarez (1904-1905)

Buenos Aires

Imprenta y Encuadernación de David Soria

Calle Cerrito, n. 334

1905

Art. 162 del Reglamento de la Facultad—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE DECANO

DR. D. PEDRO LAGLEYZE

ACADEMICOS TITULARES

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ. T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » GREGORIO N. CHAVES

ACADEMICOS HONORARIOS

DR. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

SECRETARIOS

DR. D. ZENÓN AGUILAR
DR. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica.	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	" Jaime R. Costa
Química Médica.	" Atanasio Quiroga
Botánica Mèdica.	" Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	" Pedro N. Arata
Histologia teórico-práctica.	" Rodolfo de Gainza (con lic)
Anatomía Descriptiva	" Juan José Naon
Anatomia Descriptiva	" Juan D. Piñero (con licen.)
Semiologia y ejercicios clínicos.	" Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomia Topográfica.	" Juvencio Z. Arce
Fisiologia General y Humana.	" Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	" Telémaco Susini
Bacteriologia	" Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada.	" Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica.	" Justiniano Ledesma
Patología Externa	" Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	" Adalberto Ramaugé (con lic)
Clínica Ginecológica	" Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	" Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	" Baldomero Sommer
» Epidemiológica	" José Penna
» Quirúrgica.	" Juan B. Justo
» Neurológica	" José M. Ramos Mejía
» Médica.	" Luis Güemes
» Médica.	" Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica.	" Pedro Lagleyze
Patología Interna	" Marcial B. Quiroga (con lic)
Medicina Legal.	" Francisco de Veyga (con lic)
Clínica Quirúrgica	" Antonio C. Gandolfo
» Médica.	" Gregorio N. Chaves
» Obstétrica.	" Samuel Molina
Toxicología Experimental.	" Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	" Manuel Blancas
Patología General	" Roberto Wernicke
Clínica Médica	" Abel Ayerza
» Genito-urinarias	" Federico Texo
» Psiquiátrica	" Domingo Cabred
» Quirúrgica.	" Diógenes Decoud
» Obstétrica.	" Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Física Médica.	" Juan José Galiano
Química Médica	" Francisco B. Reyes
Botánica Médica	" Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la medicina.	*Vacante*
Histología teórico-práctica	" Julio G. Fernández
Anatomía Descriptiva	" Joaquin L.Figueroa *(en ejcio.*
Semiología y ejercicios clínicos	*Vacante*
Anatomía Topográfica.	*Vacante*
Fisiología General y Humana	" Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	" José Badía
Bacteriología	" Juan Carlos Delfino " Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada.	*Vacante*
Materia Médica y Terapéutica.	" Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	" Leandro V.Valle *(en ejercicio*
Clínica Ginecológica	" Alfredo Lagarde " José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica.	" Wenceslao Tello " Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	" M. Aberastury
Patología externa	" Pascual Palma " M. Herrera Vegas
Patología interna	*Vacante*
Clínica Oftalmológica	" Francisco C. Barraza " Teófilo A. Moret
» Epidemiológica	*Vacante*
» Quirúrgica.	" Enrique Corbellini " Daniel J. Cranwell " Avelino Gutierrez " Francisco Llobet " Marcelo Viñas " Nicolás Repetto
» Neurológica	" José A. Esteves " José R. Semprun
Medicina Legal	" Domingo S. Cavia " Pedro Barbieri *(en ejercicio)*
Clínica Médica	" Patricio Fleming " Ignacio Allende " Ricardo Colon " Luis Agote
Clínica Obstétrica	" Fanor Velarde " Enrique A. Pardo " Enrique Zárate " Miguel Z. O'Farrell
Toxicología Experimental	*Vacante*
Clínica Pediátrica	" Facundo Larguía " Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	" Pedro Benedit
» Psiquiátrica	" Benjamin T. Solari " José T. Borda
Patología General	*Vacante*

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	Catedráticos Titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparadas; principio de clasificación.	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogía.	" Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	" Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	" Francisco Barraza
Farmacognósia y posología razonada	" Juan A. Boeri
Física farmaéutica.	" Julio Gatti
Química analítica y toxicológica (1er curso)	" Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	" J. Manuel Irizar
Química analítica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	" Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	" Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	Catedráticos Sustitutos
Zoología gen., anatomía y fisiología comparadas; principio de clasificación.	*Vacante*
Botánica y mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada	*Vacante*
Química orgánica aplicada.	*Vacante*
Farmacognósia y posología razonada.	Sr. Juan A. Dominguez
Física farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (1er. curso)	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Química analitica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	*Vacante*
Higiene legislación y ética farmacéutica	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	Catedráticos Titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. Parto distócico y Clínica Obstétrica.	Dr. Juan R. Fernández *(con lic.*

ASIGNATURAS	Catedráticos Sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	Dr. Fanor Velarde *en (ejercicio*
Parto distósico y Clínica Obstétrica	*Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	Catedráticos Titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias Medicina Legal	Dr. Leon Pereyra " Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	Catedráticos Sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	*Vacante*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	*Vacante*

Padrino de Tesis

Académico titular Dr. ELISEO CANTON

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A LA MEMORIA DE MI PADRE

À MI ABUELA

CLEMIRA V. DE ACUÑA

Á MI TÍO

DOCTOR JULIO P. ACUÑA

A MIS HERMANOS

Señores académicos:

Señores profesores:

Al finalizar mi vida de estudiante, os vengo á rendir mi última prueba para obtar el título de doctor en medicina, y sin la pretensión de llevar una curiosidad científica á tus vastísimos conocimientos, espero en tu benevolencia sabreis aprobarla.

El tema que sirve á esta tesis es parte de mi cosecha durante los años de internado en los hospitales, y que para mí tiene el doble mérito de haber yo practicado la intervención en los dos casos que presento, y de poder seguir por espacio de casi tres años á los enfermos y observar los beneficios que de dicha operación han obtenido.

Pero antes de abandonar la vida llena de ilusiones del estudiante, para afrontar las serias responsabilidades del médico, permitidme señores académicos y señores profesores, que haga público mi mayor gratitud hacia vosotros por la ciencia que me inculcásteis, y muy especialmente al doctor Gregorio N. Chaves, á quien debo la mayor parte de mis conocimientos en clínica.

Mi más profundo agradecimiento al director del Hospital Pirovano, doctor Jaime Darquier, por las numerosas atenciones que me ha dispensado, y en quien no he encontrado jamás al superior, pero sí siempre al maestro y al amigo.

Al doctor Cantón por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto solemne de mi vida.

CAPÍTULO I

Estática del útero

El útero es un órgano que está colocado en la pequeña pelvis y como todo órgano tiene sus medios propios de contención.

Su forma es la de un cono truncado aplanado de delante atrás, cuya base mira hacia arriba y el vértice á la vagina. Se distinguen dos partes: una superior, más voluminosa, á quien corresponde más la forma conoidea, se llama cuerpo; otra inferior más pequeña y de forma cilíndrica, se llama cuello.

El cuerpo presenta una cara anterior ligeramente convexa, que mira hacia la vejiga, y entre ambas el peritoneo forma un repliegue para constituir el fondo de saco vésico-uterino; una cara posterior más convexa que la anterior y que en su parte media tiene una cresta redondeada y poco saliente; esta cara mira hacia atrás, y el peritoneo después de recubrirla pasa sobre la cara anterior del recto, formando el fondo de saco recto-vaginal; la base del cono ó fondo del útero, es cóncava en la niñez, rectilínea en la nulípara, convexa en la multípara; dos bordes laterales que corresponden á la inserción de los ligamientos anchos y son recorridos por las arterias

uterinas. El cuellc es la parte del útero donde se inserta la vagina, dividiéndolo en tres segmentos: el superior ó extra-vaginal queda por arriba de dicha inserción, el segmento vaginal, que corresponde á la inserción, y el inferior ó intra vaginal, llamado hocico de tenca

Estas dos partes del útero, están unidas por una tercera, el istmo, relativamente largo durante la primer edad disminuye en la nulípara y llega hasta casi desaparecer en la multípara.

Las dimensiones varían según que la mujer haya tenido ó no preñez; en una nulípara la longitud es de 6 á 7 centímetros y el ancho de 4 centímetros; en una multípara de 7 á 8 centímetros de largo por 5 centímetros de ancho.

El útero es mantenido en la pelvis por sus ligamentos y son: los ligamentos anchos, de forma cuadrangular, están formados por el peritoneo, que después de recubrir su cara anterior y posterior se adosa sobre sus bordes, para dirigirse de dentro afuera y delante á atras, hacia la pared y continuar con el peritoneo parietal, dividiendo la cavidad pelviana en dos partes, una anterior para la vejiga y otra posterior para el recto. Este ligamento tiene tres repliegues, uno anterior para el ligamento redondo uno superior para la trompa y otro posterior para el ovario.

Los ligamentos redondos, de capital importancia para la operación de Alexander, toman su origen en

la parte antero lateral del útero por debajo de las trompas y se dirijen hacia fuera, abajo y adelante para ganar el canal inguinal. En su primer trayecto corre entre las dos hojas del ligamento ancho más cerca de la pared anterior que, á veces le forma un verdadero meso, corta en ángulo agudo la arteria y vena iliaca externa y en el anillo interno describe una curva con concavidad interna abrazando la arteria epigástrica que forma una curva en sentido opuesto. Por el orificio interno se mete al canal, que lo recorre en toda su longitud acompañado por el ramo genital del nervio génito-crural y vasos funiculares que lo costean por afuera, á su paso vá abandonando pequeñas fibras que se insertan en los tejidos vecinos y en algunos casos desaparecen completamente en la mitad externa del canal; pero lo más común es que llegue bajo la forma de un cordón redondeado hasta el orificio externo y recien sus fibras se abran en forma de abanico para insertarse unas en la espina del pubis, otras en la sínfisis, y la mayor parte se pierden en el tejido celular de los grandes labios, volviendo así más sólidas las inserciones de los ligamentos redondos.

El peritoneo envuelve al ligamento y lo acompaña hasta el anillo interno del canal, aquí los abandona para pasar á la pared abdominal formando una pequeña depresión que se llama foseta inguinal externa. En el feto el peritoneo acompaña al ligamento hasta la espina del pubis formando el canal de

Nuck, pero á los 7 ú 8 meses éste se obstruye para desaparecer completamente al nacimiento.

La resistencia de estos ligamentos es variable, se encuentran algunos que resisten dos kilos de peso como otros que se rompen facilmente.

Los ligamentos útero-sacro que tienen su inserción uterina por debajo del istmo y se dirijen hacia arriba y atrás y van á insertarse á la primera vértebra sacra por adentro de la articulación sacro-coxigea.

Y por último el periné, que contribuye eficazmente á mantener el útero en buena posición.

Son éstos los medios de fijación del útero y una vez conocidos podemos preguntarnos, cuál es la posición normal de este órgano; para responder tendremos que considerarlo aisladamente y en relación con el eje de la pelvis. Aisladamente, el cuerpo y el cuello no se continúan en línea recta, sino que forman un ángulo que puede variar de 120° á 150°; de manera que al estado normal presenta una flexión lijera.

En su relación con la pelvis, el problema es más dificil, y las conclusiones de varios autores son completamente diferentes, pues baste recordar que todas las posiciones intermedias entre la vertical y la horizontal, han sido tomadas como normales; unos, como Sapey, dicen que el eje del útero se confunde con el de la cavidad pelviana; otros, como Schultze, His, admiten que está hacia adelante, so-

bre la cara posterior de la vejiga, y en fin otros, como Luschka, Braune, al contrario, que descansa sobre la cara anterior del recto.

Este desacuerdo entre autoridades científicas, no se puede suponer que sea debido á mala interpretación de los hechos, sino á la poca estabilidad del útero; pues si analizamos la eficacia de los diferentes ligamentos uterinos, veremos que si los ligamentos anchos impiden los movimientos de lateralidad y de torsión, le dejan libres los de ascenso y descenso como los dirigidos en el sentido del plano ántero-posterior; los ligamentos útero sacros podrán limitar sólo hasta cierto punto el descenso, como los ligamentos redondos lo podrán hacer en la dirección hacia atrás; y es tal la movilidad del órgano, que para convencerse basta tomarlo entre las dos manos por medio de la palpación bimanual é imprimirle movimientos en diferentes sentidos, como también hacer por medio de una pinza y á través de la vagina, ligeras tracciones para verlo descender, y en algunos casos aparece en la vulva.

Se comprenderá, que un órgano que presente tales medios de sostén, facilmente puede ser deplazado por el funcionamiento de la vejiga, que cuando está distendida por la orina, lo rechaza hacia atrás y arriba; como el recto, cuando está lleno de materias fecales lo inclina hacia adelante; igual acción tienen las asas intestinales que ejerciendo presión de arriba hacia abajo, pueden modificar el ángulo de cur-

vaduras, como también insinuándose en todas aquellas partes de la cavidad abdominal que puedan contenerlas, pueden descender al fondo de saco vésico uterino ó al fondo de saco recto vaginal, obligando al útero á ir hacia adelante ó hacia atrás.

Sin estar sometido á ninguna de estas causas que pueden inducir en error en la apreciación de la estática del útero, Testut basándose en cortes sobre cadáveres congelados, llega á estas conclusiones: El eje del cuello y el del cuerpo no están en línea recta sino inclinado el uno sobre el otro; el eje total del útero (eje del cuello y del cuerpo reunidos) forma una línea curva de concavidad anterior, estando, por consiguiente, el cuerpo inclinado sobre el cuello, formando lo que él llama antecurvadura, y que dicho eje cuando el útero está en posición normal, corresponde al eje de la pelvis con su concavidad hacia la sínfisis pubiana y el fondo mira adelante y arriba en dirección del ombligo.

CAPÍTULO II

Patología de la retroversión

Se llama desplazamiento del útero á cualquier-modificación en su posición normal; estos desplazamientos pueden ser de todo el órgano y hacerse haciaun lado, adelante y atrás y toman los nombres de latero-versión, ante-versión y retroversión respectivamente; ó bien el desplazamiento puede ser parcial y en este caso ó es el cuerpo que se inclina sobre el cuello, ó es éste que lo hace sobre aquél, es esto lo que se llama flexión y como son en el mismo sentido que las anteriores, tendremos las ante-flexiones las retro-flexiones y los latero-flexiones.

A esto tendremos que agregar otra clase de desplazamiento, los de ascenso y de descenso, es decir los que se hacen hacia la cavidad abdominal ó los que van hacia la vulva.

De estas variedades de desplazamientos, los que nos interesa es la retroversión.

Se dice que el útero está en retroversión, cuando sin modificar en nada las relaciones del cuerpo y del cuello se inclina hacia el recto formando su eje total con el eje de la pelvis, un ángulo obtuso abierto hacia atrás, ángulo que mide el grado del despla-

zamiento; cuando la retroversión es lijera ó mediana, el fondo del útero está á la altura del sacro, cuando es pronunciada puede caer al fondo de saco de Douglas y llegar hasta deprimir el periné; el cuello al contrario, ejecuta un movimiento de báscula de atrás á adelante hacia la sínfisis del pubis.

En su nueva posición, la matriz puede estar libre ó movible, ó como sucede frecuentemente, fijado al peritoneo parietal, por adherencias que, cuando son recientes, se dejan estirar y romper fácilmente, mientras que cuando son antiguas se vuelven resistentes é inmovilizan el útero, causando mayores molestias á la enferma y haciendo su tratamiento más laborioso.

Estas adherencias no sólo se limitan al fondo, sino que ocupan gràn parte de la cara posterior y bordes laterales del órgano, y pueden extenderse hasta los anexos.

Fácilmente se comprenderá que estas alteraciones en la estática del útero, van acompañadas de trastornos en la circulación y que consisten en congestiones crónicas que predisponen á la infección; así vemos úteros voluminosos con cuello grande reblandecido, con su orificio externo entreabierto, con metritis cervical ó generalizada á toda la mucosa uterina; no son raras las salpingitis catarral, las degeneraciones escleroquísticas de los ovarios, como su prolapsus; afecciones que pueden haber existido antes que la retroversión, como pueden ser una con-

secuencia de ella y que es necesario tenerlas muy en cuenta, cuando se pretende obtener una curación completa de estos enfermos.

Los medios de fijación del útero también sufren; los ligamentos anchos se tuercen sobre su eje, los ligamentos redondos se alargan y se relajan, el periné se vuelve flácido y depresible.

En cuanto á la vejiga, el cuello uterino, al dirigirse hacia arriba y adelante, viene á comprimir el cuello vesical de donde trastornos en la micción; su forma puede estar alterada. «En una enferma de Laroyenne estaba comprimida por el cuello de un útero grávido y en retroversión dividida en dos partes: una por delante del útero y la otra fué llevada hacia atrás al fondo de saco de Douglas, donde se presentaba bajo la forma de un tumor fluctuante.» (F. Lavadie Lagrave.)

CAUSAS

Conociendo el poder de los medios de sostén del útero, facilmente pueden deducirse las causas de la retroversión; siempre que haya una causa que lleve un aumento en el volumen ó densidad del órgano, ó que disminuya la tonicidad de sus ligamentos, habrá una desviación.

En una mujer de temperamento artrítico, que tie-

ne sus ligamentos flácidos y periné depresible, se vé la retroversión producirse rápidamente por un traumatismo, como en tres casos de Valleix en que dos fueron por caída sobre la nalga y otro después de una carrera prolongada.

En los grandes esfuerzos como los producidos por la tos, el vómito etc., puede haber una verdadera luxación del órgano hacia atrás.

Los pequeños traumatismos, pero constantemente repetidos, como los producidos por la equitación, ó por el coito, habiendo desproporción con los órganos genitales machos, que relajan los ligamentos utero-sacros permiten al cuello bascular hacia delante, mientras que el fondo se va á atrás.

Hemos dicho que la vejiga al ser distendida por la orina rechaza el útero hacia atras y arriáa; las exigencias sociales, impiden á la mujer en muchos casos vaciar su contenido, de donde resulta que por espacio de varias horas, la matriz se encuentra en retroversión y si á esto añadimos la poca higiene en el vestir de la mujer moderna, que por hacer resaltar las bellezas de su talle, comprime con el corsé el abdomen y la parte inferior del torax, impidiendo el libre juego del diafragma y ejerciendo presión por medio de la masa intestinal no ya sobre el fondo sino sobre la cara anterior del útero, que está rechazado hacia atrás, puede ser causa determinante de retroversión, que si al principio es temporaria puede con el tiempo volverse permanente.

Ciertos tumores pueden ser causa de la retroversión, tales como los fibromas uterinos y especialmente los de la pared posterior, que lo solicitan hacia el fondo de saco Douglas; los quistes de los ligamentos anchos, los del ovario, los procesos inflamatorios del parametrio y de los anexos por medio de adherencias que unen el fondo de la matriz con la pared posterior de la pelvis.

Las inflamaciones crónicas del útero que aumentan el volumen del órgano y su peso, pueden ser causa de retroversión, como, á su turno ésta actua sobre aquélla, por los trastornos circulatorios á que lo condena su nueva posición, estableciéndose entre ambos un verdadero círculo vicioso, en que la una mantiene la otra.

Si son numerosas las causas que en una nulípara pueden producir la retroversión, en la mujer que ha procreado se aumentan otras y aún más graves. Durante la preñez el cuerpo del útero aumenta considerablemente de volumen y peso, aumento que es más pronunciado hacia su fondo, los ligamentos se hipertrofian y se alargan considerablemete; después del parto los ligamentos no pueden recuperar inmediatamente su tonicidad y se encuentran impotentes para mantener en su posición normal á un órgano que se vé solicitado hacia atrás por su mayor peso y por la posición en decúbito dorsal, en que se mantiene á las parturientas.

Abandonar el lecho muy temprano, cuando la in-

volución está todavía en su principio, la marcha, los esfuerzos, por mínimos que sean, repercuten sobre el útero, que tiende á descender, y si hay un buen periné que se oponga á su paso, toma la posición horizontal. Cuando la involución uterina se hace mal y especialmente es retardada en su pared posterior, es causa de retroversión.

SÍNTOMAS

La retroversión puede instalarse bruscamente, como son las producidas por caídas, esfuerzo muscular, etc., y en estos casos dolores intensos aparecen en la pequeña pelvis; la enferma no puede mantenerse sentada ni de pie, y su cara manifiestan sus grandes sufrimientos; el pulso es pequeño y frecuente, la palpación es dificil á causa de los dolores que provoca.

Lo más común es que ella comience de un modo incidioso, la enferma acusa dolores vagos en la ingle, el sacro, las partes laterales de la pelvis, que son los puntos de inserción de los ligamentos uterinos y se irradian á la parte anterior y superior de los muslos; tiene sensación de peso en el periné que disminuye cuando la mujer cruza sus piernas y se acentúa con la marcha y en la posición sentada.

El funcionamiento de los órganos vecinos está

interesado; del lado de la vejiga, por la compresión que el cuello uterino ejerce sobre el cuello vesical, las micciones son más frecuentes, sin que haya lesiones de este órgano, y en caso de útero grávido en que la presión es mayor, puede llegar hasta la retención de la orina ó hacer defectuosa su evacuación, volviendo el terreno apto á su infección y entonces una verdadera cistitis es su consecuencia.

Del lado del recto, comprimido como está este órgano por el fondo del útero, la defecación es en la mayor parte de los casos dolorosa, la constipación es la regla y cuando procesos inflamatorios crónicos han producido adherencias sólidas, pueden llegar á la obstrución intestinal.

Las reglas son dolorosas, por la dificultad que encuentra el líquido catamenial para su salida al exterior; son más abundantes y más frecuentemente repetidas; estas alteraciones de la menstruación, en parte son debidas á la desviación, pero más son tributarias de la metritis que casi siempre acompaña á la retroversión.

El exámen directo de estas enfermas nos da: al tacto vaginal encontramos el cuello dirigido hacia la sínfisis del pubis, voluminoso, reblandecido, con su orificio externo entreabierto, con su mucosa ulcerada; poniendo un espéculo, si la retroversión es lijera ó mediana, se verá en su campo, sólo el labio posterior, si ella es intensa sólo encontraremos el fondo de saco vaginal, porque el cuello está por de-

trás de la sínfisis y para examinarlo se tendrá necesidad de bajarlo con una pinza y llevarlo al eje de la vagina; en el fondo del saco vaginal posterior, se siente el cuerpo del útero, que se presenta bajo la forma de un tumor duro, separado del cuello por un surco bien neto. A la palpación combinada se notará que la matriz no está por detrás de la sínfisis del pubis y si no hay adherencias que la inmovilicen, deprimiendo el cuello con la mano que está dentro de la vagina se podrá, ayudado con la mano que palpa, volverlo á su posición normal.

Con el tacto rectal se sentirá que el útero está acostado sobre la cara anterior del recto.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las retroversiones en muchos casos no se hace porque no hay ningún signo que llame la atención del lado de los órganos genitales, permaneciendo la enfermedad en estado latente, como sucede en la mujer vieja, en que la retroversión es el primer paso del prolapsus, afección que poco hace sufrir á la mujer, y como sucede también en la niñez, pero son más raras, porque una retroversión congénita sólo se manifiesta durante el período genital, cuando el funcionamiento de estos órganos es más intenso y por consiguiente más

expuesto á las infecciones. Y se comprende que sea así, porque como hemos dicho antes la mayor parte de la sintomatología de la retroversión, es producida por la metritis ó lesiones inflamatorias de los anexos.

Por lo general, la enferma llega al médico, quejándose de dolores vagos en la pelvis, en los muslos, hacia el ano, alteraciones de las reglas, trastornos en la micción, síntomas todos que nos llevan á pensar que se trata de una afección de los órganos de la pequeña pelvis; pero en ningún caso la clase de enfermedad que tenemos que combatir; sola la sensación de peso en el periné, los trastornos en la defecación, constipación rebelde, obstrucción intestinal temporaria, son síntomas más propios de retroversión que de las otras clases de desviaciones uterinas.

Pero si queremos hacer un diagnóstico exacto para instituir un tratamiento, es tan sólo de los signos físicos de quien debemos valernos, por que son ellos los que ofrecen más garantías.

Al hacer la palpación bimanual en una mujer con retroversión, encontramos el cuello hacia arriba y adelante, y en el fondo de saco posterior, un cuerpo duro y redondeado; lo primero que se piensa es en un fibroma localizado en la cara superior del útero.

Para hacer el diagnóstico diferencial, se aconseja tener presente una arista que hay en la parte media de la cara posterior de la matriz; pero este signo es poco eficaz, porque á más que es defectuosa en mu-

chísimos casos, es dificilmente perceptible al través de los fondos de saco vaginales.

Es necesario ir á buscar el fondo del útero, que cuando se trata de un fibroma está hacia adelante, mientras que cuando es una retroversión, dificilmente se lo siente con la mano que palpa, si no se lo hace bascular con los dedos metidos en la vagina.

Por el tacto rectal, cuando se trata de una retroversión, se siente el cuerpo continuar con el cuello sin modificar en nada sus relaciones normales; mientras que cuando es un fibroma se puede sentir el punto de inserción de éste en la matriz.

Un ovario ó una trompa lesionada que vienen á ocupar el fondo de saco posterior, puede confundirse con una retroversión. Para su diagnóstico diferencial se tendrá en cuenta de que en una anexitis el dolor es más intenso y especialmente cuando se trata de un ovario, que vuelve la marcha y la defecación sumamente dolorosa.

Es necesario buscar el fondo del útero que en caso de ser un anexo enfermo lo encontramos en su posición normal ó rechazado hacia delante.

En caso de duda y cuando no se sospeche un embarazo, nos queda la histerometría, que cuando se trata de una retroversión, nos indicará la dirección del útero, y llevándolo hacia delante, desaparece el tumor que se siente en el fondo de saco vaginal posterior.

Pero afirmar que el útero está en retroversión, no

es sino hacer en parte el diagnóstico, es necesario determinar la clase de retroversión que se nos ofrece como las afecciones de los anexos, que generalmente la acompañan; porque son puntos capitales para la elección del tratamiento á instituir.

Bajo el punto de vista de su movilidad Trelat las divide en reductibles, resistentes y adherentes; son reductibles aquellas en que por medio de la palpación bimanual ó con el histerómetro se puede volver el útero á su posición normal, sin que adherencias de ningún género opongan resistencia; son resistentes aquellas en que adherencias laxas y facilmente destructibles, ligan el útero al peritoneo parietal; en esta clase de retroversión, la reducción es facil por medio de la palpación y de la sonda, pero una vez abandonada la matriz, solicitada como está por dichas adherencias, vuelve rápidamente en retroversión; adherentes son aquellas en que ligaduras sólidas é inextensibles fijan el órgano á la pared posterior de la pelvis, como á la cara anterior del recto y son éstas las que oponen una resistencia tenaz cuando se intenta imprimir al útero un movimiento de atrás á adelante, y si al mismo tiempo se practica el tacto rectal se sentirá su cara anterior dirigirse hacia la sínfisis del pubis.

MARCHA Y PRONÓSTICO

La retroversión, es una enfermedad eminentemente crónica, que jamás marcha hacia su curación espontánea, antes al contrario, retroversiones que al principio están en estado latente, pueden un día volverse dolorosas, y si se las abandonan repercuten sobre el estado general de las enfermas.

Hemos visto que en una retroversión los ligamentos anchos sufren una torsión; esto es un obstáculo á la circulación venosa del ligamento como del útero, que se ven atacados de congestión pasiva y crónica que determina la esclerosis de estos órganos y favorece su infección, que en muchos casos, no sólo queda circunscripta á la mucosa, sino que por medio de los linfáticos se propaga al peritoneo produciendo peritonitis parciales, cuyos exudados se organizan más tarde y constituyen las adherencias que lo unen á la pelvis y de este modo una retroversión de reductible que es, pasa á ser resistente ó adherente.

Trastornos nerviosos más ó menos acentuados pueden aparecer y están caracterizados, por neuralgias á la altura de las últimas costillas; fenómenos dispépticos, náuseas, vómitos, tos seca y quintosa (tos uterina de Aran.)

Y la mayor parte de estas enfermas, que antes tenían un caracter jovial, se vuelven tristes, melancólicas, irrascibles, incapaces de toda actividad y por último se ven atacadas de histeria ó epilepsia.

Por las pérdidas constantes de sangre y la mala alimentación, el estado general languidece, se debilitan, se ponen anémicas y si á esto agregamos la autointoxicación que se produce por las obstrucciones temporarias del recto y los que se hacen al través de la mucosa uterina, una verdadera caquexia no tarda en aparecer.

Pero la parte más interesante del pronóstico en las retroversiones, es el que se relaciona con el funcionamiento de los órganos genitales.

El coito en estos enfermos es casi siempre doloroso y su cumplimiento se vuelve para ellos una penosa obligación.

La esterilidad es casi siempre sus consecuencias debido á que el líquido fecundante cae en el fondo de saco vaginal posterior, en vez de hacerlo sobre el orificio externo del cuello, facilitando así su ascensión á través de la cavidad uterina para ir en busca del óvulo maduro y fecundarlo.

Pero esta larga y penosa travesía puede llegar á hacerla el espermatozoide y la fecundación efectuarse. ¿Cuáles serán sus consecuencias? Si se trata de un útero libre, cuyo fondo, que es la parte que más desarrollo tiene durante la preñez, está dirijido hacia atrás, se comprenderá, los síntomas de la

retroversión llegarán á su máximum de intensidad y en algunos casos ser tan graves, que pueden poner en peligro la vida de la enferma; cuando está enclavado en la pelvis y mantenido allí por sólidas adherencias, la preñez llegará á cierto estado, en que todo adelanto será imposible por falta de movilidad del útero y entonces el aborto será su consecuencia fatal.

Como se ve, son múltiples las complicaciones que pueden volver sombrío el pronóstico de las retroversiones y que en algunos casos se presentan, al parecer, aislados, y en otros es necesario de parte del clínico que los sepa descubrir y relacionarlos con la verdadera causa para poder mejor combatirlos.

Pero de entre ellos, hay una que merece una atención toda especial, y es la preñez, si es que como una complicación deba considerársela.

No se mirará jamás el aborto espontáneo, ni mucho menos el provocado artificialmente como un tratamiento á los accidentes que el embarazo pueda acarrear, y si el médico tiene la oportunidad de atender á su enferma desde el principio deberá poner en juego los medios más suaves á fin de que la preñez llegue á su término, con el mínimun de peligro para la madre y el niño.

Si estos medios han fracasado ó el médico llega cuando las complicaciones se han producido, siempre tiene á su alcance el tratamiento quirúrgico,

la laparatomia se impone y dada su poca grave-dad, ella deberá ser practicada y los dedos del ciru-jano irán á romper las adherencias y dar al útero la posición y libertad necesaria para su desarrollo ulterior.

CAPÍTULO III

Tratamiento

Diagnosticada una retroversión, su naturaleza, como las lesiones que la acompañan, tendremos que excoger el tratamiento á instituir. Son varios los que están al alcance del práctico, y según las circunstancias en que se encuentre, como de la variedad de la afección que va á tratar, podrá usar uno ú otro ó varios á la vez. Describiré algunos, haciéndolo ligeramente con aquellos caídos en el olvido por su poca eficacia y detallándolos más á los de resultado más seguro.

En el tratamiento de las retroversiones se debe tener presente la reducción del útero, mantenerlo en su posición normal y de tratar las lesiones concomitantes. Una de las causas de esta afección hemos dicho que son las desgarraduras del periné, como la pérdida de su tonicidad; y como á la retroversión acompañan en muchos casos el prolapsus de la pared anterior y posterior de la vagina, se pensó que restableciendo el periné podría curarse el desplazamiento, y de aquí que la colporrafía anterior y perineorrafía eran miradas como una variedad de tratamiento.

La colporrafía anterior, según la práctica Hegar, trata de resecar la mucosa vaginal prolapsada, y para esto se describe un losange con cuatro pinzas eriñas, una á dos centímetros por debajo del meato, otra tanto más atrás sobre la línea media, cuanto más grande es el prolapsus, y una de cada lado; con un bisturí se levanta la parte de mucosa vaginal circunscripta por las pinzas, teniendo cuidado de no penetrar en la vejiga; este tiempo de la operación es bastante delicado, porque la mucosa está bien adherida, se disminuye la extensión del campo de avivamiento con una sutura al catgut, que aproxima los bordes, una segunda sutura con crín de los labios así aproximados, termina la operación.

Numerosos son los procedimientos para la perineorrafía; describiré el de Doleris, una incisión curva de concavidad anterior es practicada en el borde cutáneo-mucoso de la vulva y periné, y cuyas extremidades llegan hasta la mitad de los grandes labios, se separa la pared posterior de la vagina, de la anterior del recto, se comienza el desprendimiento con el bisturí hasta una cierta altura en que el tejido celular es abundante, se continúa con el dedo y se vá tanto más atrás cuanto mayor es el prolapsus; es en la sutura donde está la particularidad de este procedimiento «la aguja penetra lateralmente á izquierda del ano, camina profundamente en el tabique recto-vaginal y viene á enganchar el colgajo vaginal muy cerca del punto extremo del despren-

dimiento. Después la aguja sigue un trayecto inverso y simétrico que la lleva al costado derecho del ano. El asa del primer hilo una vez apretada deberá llevar la pared vaginal hacia la vulva, al mismo tiempo servirá para afrontar los bordes opuestos de la incisión cutánea. Un segundo y un tercero deberán ser colocados de idéntica manera, pero más afuera» (Doleris.)

En estos procedimientos, se tiene más en cuenta de las afecciones vaginales, y al tratar éstas se pretendía modificar la posición viciosa del útero, especialmente en la perineorrafía, que al acortar la pared de la vagina, se lleva el cuello hacia el sacro, obligando al cuerpo á bascular hacia la sínfisis; al mismo tiempo, reforzando el periné, se hace desaparecer una causa de retroversión; pero esto es más ilusorio que real, pues se ve retroversiones producirse en mujeres que tienen un periné resistente, y la tracción que pueda ejercerse sobre el cuello es nula y no modifica en nada la desviación, no sólo en las adherentes, sino en aquellas en que el útero está completamente libre.

Pero si estas operaciones no sirven como un tratamiento único para las retroversiones, son útiles á título de complementarias, cuando se practican otras en que se actúa más directamente sobre el útero.

Otro procedimiento es la reducción. Se puede hacer por la posición dada á la enferma, por la palpación bimanual y el histeriómetro.

El primero consiste en que la enferma, todas las mañanas antes de abandonar el lecho, permanezca algún tiempo en la posición genu-pectoral, es decir, la pelvis levantada y el torax en un plano inferior; de este modo el fondo del útero se inclina hacia adelante y recupera su posición normal.

Este tratamiento es sólo aplicable á las retroversiones libres y como un coadyuvante á otros más radicales.

El segundo, puede aplicarse aún á los adherentes; trata de llevar el útero adelante por medio de la fuerza; en la enferma cloroformada y en posición ginecológica, se meten dos dedos en el fondo de saco vaginal anterior, y haciendo presión sobre el cuello, lo dirige atrás, mientras la otra mano deprime la pared abdominal entre el pubis y el ombligo y recibe el fondo del útero que lo lleva adelante.

Este procedimiento brutal y á ciegas que expone á las más graves complicaciones, debe de ser completamente abandonado.

En el tercero, se usa del histerómetro, que se introduce en la matriz con su concavidad hacia el sacro; se endereza el instrumento y con él el fondo del útero que va hacia el pubis.

Este procedimiento es aplicable, á condición que no se lo haga con violencia ó brusquedad y es condenable en las retroversiones adherentes.

Con estos procedimientos, se consigue volver temporariamente la matriz á su posición normal;

pero una vez abandonada cae nuevamente en retroversión. Entonces es necesario mantener la reducción y á esto tienden algunas operaciones practicadas, sea directamente sobre el útero ó indirectamente por medio de sus ligamentos, ó por medio de aparatos que la enferma lleva por un tiempo más ó menos largo son los pesarios.

Estos son de diferentes formas y los más conocidos son los de Dumontpallier, de Hodge y de Lawson-Tait, todos ellos tratan de mantener el útero reducido, en muchos casos se consigue haciendo desaparecer en parte su sintomatología, así se ven enfermas en quien desaparecen los dolores, la constipación, los trastornos nerviosos y algunas llegan hasta practicar el coito sin que les incomode el pesario puesto en la vagina.

Para mantener la reducción, estos instrumentos toman punto de apoyo sea sobre la columna anterior de la vagina, ó en el periné, de donde resulta que en una enferma que no tenga estos puntos bien sólidos, es inútil y su uso debe de ir precedido de una perinoerrafía. Pero el uso del pesario tiene sus inconvenientes, á parte de que en la inmensa mayoría de los casos no se llega á una curación permanente, muchas mujeres no pueden soportarlo.

Las verdaderas indicaciones del pesario, son: en las retroversiones recientes producidas por traumatismos y en las antiguas que han permitido un embarazo á término, en estos casos se pondrá un

pesario después del parto para aprovechar la sub-involución en que el útero con todos sus ligamentos recupera su antigua tonicidad; en aquellos que refutan toda operación sangrienta, ó en aquellos que por condiciones especiales no puedan soportarlas.

Por la poca eficacia de todos estos procedimientos el práctico se ve en la necesidad de recurrir á otros medios que aseguren más el mantenimiento del útero, su buen funcionamiento, como el de los órganos vecinos y estos medios son la fijación directa ó histeropexia y la indirecta ó sean aquellos que se hacen por medio de su sistema ligamentario.

La histeropexia puede hacerse por la vagina ó á través de la cavidad abdominal.

Fijación directa

HISTEROPEXIA VAGINAL

En 1830, Amusat, tuvo la idea de producir, sea con el termo-cauterio ó substancias cáusticas, cicatrices en el fondo de saco vaginal posterior en la esperanza de que dichas cicatrices, al retraerse, llevarán el cuello hacia el sacro, obligando al cuerpo á ir hacia la sínfisis; siendo esto uno de los primeros pasos dados hacia las intervenciones por la vagina.

Pero lo que se debe entender por histeropexias vaginales, son aquellas operaciones que abordan el útero por la vagina y lo fijan sea á su pared anterior ó á la vejiga; hay tres procedimientos principales.

Procedimiento de Duhrssen—Que consiste en bajar con una pinza el cuello y practicar una incisión de tres centímetros en el fondo de saco vaginal anterior, se introduce el índice y se deprende la vejiga se abre el fondo de saco peritoneal; con un histerómetro se levanta el útero y se lo lleva adelante, se ponen hilos temporarios y escalonados en su cara anterior para con ellos hacer tracciones de manera á traer el fondo á la herida, una vez que éste se presenta se sutura la cara interna del colgajo vaginal al fondo del útero.

Procedimiento de Mackenrodt—En este procedimiento se divide la pared vaginal anterior en casi toda su longitud, se desprende la vejiga del útero, se abre el fondo de saco peritoneal y se sutura el peritoneo que recubre la vejiga á la cara anterior del útero haciendo desaparecer el fondo de saco vesico-uterino; sutura de la herida vaginal.

Procedimiento de Le Dentu — En este procedimiento se hace como en el anterior la incisión vaginal que vá de dos centímetros del meato hasta un centímetro del labio anterior del cuello, se desprende de la vejiga y se abre el fondo de saco peritoneal, esta abertura se aprovecha para penetrar con los dedos y recorrer el fondo y cara posterior del útero

rompiendo las adherencias si las hay; se lo levanta con un histerómetro, se ponen hilos escalonados y provisorios como en el procedimiento de Duhrssen para aproximar el fondo á la herida, hecho esto se sutura de la manera siguiente: la aguja atraviesa primero el borde izquierdo de la herida vaginal en su parte superior, atraviesa el tejido uterino en un centímetro de largo, á la altura del fondo, después el borde derecho de la herida vaginal.

¿Cuál es el resultado de estos procedimientos?

El de Le Dentu tiene la ventaja sobre los otros que da más campo y facilita la destrucción de adherencias; pero en todos ellos se corre el peligro de herir la vejiga, y al fijar el útero lo hace muy abajo, manteniéndolo en anteflexión y el cuello muy atrás. El fondo modifica la forma de la vejiga, comprimiendo su cara posterior la obliga á hacer un repliegue en el espacio comprendido entre los dos uréteres y determina la formación de un fondo de saco.

Los uréteres son un tanto alargados y acodados, pero no son comprimidos (Lavadie Lagrave.)

Los resultados inmediatos no están exentos de peligros, pues tiene que operarse en un campo en que la desinfección es muy dificil y al penetrar en la cavidad abdominal se corre el riesgo de infectar el peritoneo.

Los resultados lejanos presentan sus ventajas y desventajas; ventajas porque en su nueva posición da al útero todas las garantías de solidez, las reci-

divas son raras, y bajo este punto de vista el procedimiento de Le Dentu es mucho superior al de Mackenrodt, pues la unión es amplia y lo hace á la vagina que se opondrá eficazmente á toda retroversión.

Bajo el punto de vista obtétrico el cuadro cambia; con estos procedimientos se substituye las adherencias posteriores, cuando las hay, por otras anteriores quizás más fuertes y á órganos menos extensibles, adherencias que, no sólo ocupan la cara anterior, sino el fondo, porque en dichos procedimientos se aconseja poner los hilos de fijación tanto más arriba cuanto se pueda; de aquí resultan trastornos durante la preñez, dolores intensos aparecen, y lo que es más grave aun, fijado como está en su nueva posición por sólidas adherencias que le impiden toda expansión, el aborto es su resultado fatal; y en algunos casos en que la preñez ha llegado á término, el parto casi siempre hubo necesidad de terminarlo con una aplicación de forceps ó por maniobras internas.

Histeropexia abdominal

En esta operación se abre la cavidad abdominal, por la lapararatomia infra-umbilical; poniendo la enferma en la posición de Trendelenburg; se busca el útero, se rompe las adherencias, teniendo cuida-

do con aquellos que van al intestino para evitar perforarlas, las que son laxas se rompen fácilmente, pero las que son resistentes, necesitan ser cortadas con el bisturí ó el termocauterio; cuando se teme hemorragia, se exploran los anexos y si éstos están enfermos se les extrae ó se les hace un tratamiento adecuado á su lesión.

Una vez que el útero y los anexos están completamente libres se los levanta y se los lleva á su posición normal.

Para mantener la reducción, se sutura la cara anterior del útero á la pared abdominal. Hay varios procedimientos para esto.

El de Terrier que consiste en pasar tres hilos de seda, uno por debajo del fondo, otro en su parte media y un tercero cerca del itsmo, hilos que atraviesan el tejido uterino en varios puntos y que toman de cada lado de la incisión abdominal toda la pared con excepción de la piel; el hilo inferior ocupa la parte más baja de dicha incisión; los hilos serán anudados y se cierra el resto de la herida con catgut, la sutura de la piel hecha con crín, termina la operación.

El de Pozzi que en vez de hacer la sutura con puntos separados la hace contínua; se comienza en el ángulo inferior de la herida tomando el peritoneo, las aponeurosis y los músculos rectos, de esta manera se continúa hacia la parte superior, pero al

llegar á la altura de la cara anterior del útero que es aplicada contra la pared addominal, se toma en la sutura parte de tejido uterino; tres puntos puestos en esta forma, son suficientes para fijar el útero en su nueva posición, teniendo cuidado que el superior esté por debajo del fondo uterino; el mismo hilo sirve para continuar la sutura de la pared hasta cerrar la cavidad abdominal.

Se completa la operación, haciendo un segundo plano de sutura con catgut, en que no se toma sino la aponeurosis y los músculos rectos; la piel se sutura con crín.

El de Leguen en que se suspende el útero á la pared evitando de este modo toda constrición del tejido uterino.

Una vez hecha la laparatomía, tratados los anexos y desprendido el útero de sus adherencias es llevado hacia adelante y aplicado contra la pared abdominal, la sutura se hace del siguiente modo: ayudado con una aguja de Reverdin y de un hilo de seda ó catgut bastante largo, se lo pliega en dos y se pasa un primer punto de sutura en la cara anterior del útero, por debajo de su fondo, un segundo es colocado en su parte media y un tercero lo más bajo que se pueda; de manera que por cada trayecto del tejido uterino pasan dos hilos que forman una asa de un lado, asa que es cortada con las tijeras, teniendo de este modo cada fondo de sutura cuatro cabos: dos á derecha y dos á izquierda; para termi-

nar la sutura, con la misma aguja de Reverdin se atraviesa la pared excepto la piel, es decir los músculos rectos, las aponeurosis y el peritoneo, y se pasa uno de los cabos de la izquierda, del punto superior; á un centímetro por debajo se pasa, de igual modo, el otro cabo del mismo lado y se anuda entre los dos; con los cabos del costado derecho del mismo punto superior, se procede de idéntica manera, procedimiento que se sigue con los otros puntos; esto terminado, no resta sino cerrar la cavidad, que puede hacerse en dos planos: uno inferior, que toma toda la pared, y otro superior, que no toma sino las aponeurosis y los músculos rectos; la piel es suturada aparte con crín.

Los resultados de esta operación son en parte satisfactorios; las recidivas han sido señaladas porque las adherencias entre el útero y la pared, demasiado laxas, se han dejado estirar y permitir á la matriz caer en retroversión; pero estos hechos son raros, lo más común es que la reducción se mantenga, sea cual fuera el procedimiento empleado para la colocación de los hilos; por otra parte ella permite la destrucción completa de las adherencias y el tratamiento de los anexos, consiguiéndose con esto hacer desaparecer los síntomas más incómodos para la enferma, y en muchos casos ha bastado sacar una ó las dos trompas lesionadas, para ver al útero tomar su posición normal, sin que sea mantenido en ella por sutura de ninguna clase.

Bajo el punto de vista del funcionamiento del útero los resultados de esta operación no son tan satisfactorios, pues ella expone á una serie de inconvenientes y que en algunos casos pueden poner en peligro la vida de la enferma.

Lavadie Lagrave, basándose en sus propias observaciones, como en los trabajos de Demelin, de Piras, de Villeneuve y Pinard, llega á las siguientes conclusiones:

1.º Durante la preñez, se producen estiramientos, dolores al nivel de la cicatriz, ellos se manifiestan al partir del sexto mes, en un gran número de casos estos dolores han provocado el aborto ó el parto prematuro.

El desenvolvimiento del útero se hace en una dirección anormal, con una anteflexión forzada y como consecuencia una mala dirección del cuello.

El cuello solicitado, por la ampliación de la pared posterior, mira hacia la concavidad del sacro, está levantado y se lo alcanza con dificultad por el tacto vaginal.

El eje del útero se vuelve muy oblícuo (de arriba abajo y de delante atrás) con relación al eje de la pelvis, es la pared anterior que tendrá que sufrir todo el esfuerzo de la contracción uterina. El segmento inferior de esta pared anterior, se dilata, se adelgaza y tapa la extremidad cefálica.

Por otra parte la presentación del feto es frecuentemente viciosa (Flaischlen, Goubaroff, Pinard.)

2.º Durante el trabajo, los estiramientos y dolores se exageran tanto más, cuanto que el útero contrayéndose llama la pared y deprime la cicatriz. El globo uterino no puede descender, el feto no se encaja, las contracciones son irregulares y faltas de energía, el cuello se dilata lentamente.

3.º Durante el alumbramiento, se ve como consecuencia de la histeropexia la retención de placenta, el útero interrumpido en su retracción y hemorragias más ó menos importantes.

Según la estadística de Villeneuve, sobre 134 preñeces, 67 tuvieron dolores, hemorragias, intervenciones ó fueron seguidas de complicaciones durante el parto ó el alumbramiento (36 veces.) Estas cifras son tanto más significativas, cuanto que en la mayor parte de los casos, las mujeres habían parido anteriormente y en condiciones normales, de manera que las complicaciones mencionadas eran debidas á la histeropexia misma.

La proporción de estos accidentes es tal que no se debe recurrir hoy á la histeropexia sino cuando la mujer haya llegado á la época de la menopausa ó perdido la esperanza de una concepción.»

Fijación indirecta

En estas intervenciones, se corrije la posición viciosa del útero por intermedio de sus ligamentos; de éstos todos han servido para operaciones dife-

rentes, así tenemos que Polk propone el acortamiento de los ligamentos anchos haciéndoles un pliegue en su parte externa.

Kelly hace el acortamiento de los ligamientos úterosacros, al cual Polk une el de los ligamentos redondos y procede del siguiente modo. Se abre primero el fondo de saco vaginal anterior por donde se libra la matriz de sus adherencias y se trata de tomar los ligamentos redondos se les pliega y así plegados se les sutura á la anterior del útero.

Se abre después el fondo de saco vaginal posterior, se penetra en el de Douglas y tomando los ligamentos úterosacros se les pliega y así se les sutura, estos hilos son pasados á través de la pared vaginal en la parte externa de la incisión y anudados de manera que el cuello sea llevado hacia atrás y arriba, se termina la operación cerrando la herida vaginal.

Hoy ninguno de estos procedimientos es empleado y sólo queda como tratamiento eficaz para las retroversiones el acortamiento de los ligamentos redondos que puede hacerse sea en su parte abdominal, ó en porción inguinal, de aquí que hay dos procedimientos: uno intraperitoneal y otro extraperitoneal.

El acortamiento intraperitoneal fué ideado por Wylie que procede de este modo; abre la cavidad abdominal por la laparatomía infra-umbilical, lo que le permite destruir las adherencias cuando las hay y

tratar los anexos enfermos, toma los ligamentos redondos con una pinza, aviva la cara interna del pliegue así formado y lo sutura con catgut.

El procedimiento de Duddley, modificado por Baudovin difiere un poco del anterior, se toma el ligamento desde su inserción uterina y se le libra del revestimiento peritoneal en una extensión variable, se le hace un repliegue que es suturado á la parte superior y lateral de la cara anterior del útero.

Beofor en la creencia de que el acortamiento de un solo ligamento es incapaz de curar una retroversión los acorta á todos; la operación se hace como sigue: abierta la cavidad abdominal, se toman los ligamentos redondos se los pliega, estos pliegues se los sutura á la pared por arriba del anillo inguinal interno. La parte externa del ligamento ancho es suturada al peritoneo parietal hasta el orificio inguinal interno y tanto más arriba cuanto se pueda sin ejercer tracciones violentas.

Las extremidades uterinas de los ligamentos redondos son suturados al peritoneo parietal por encima de la vejiga.

Se hace un repliegue á los ligamentos utero-sacros y son fijados en los ligamentos anchos á cada lado del cuello. Beck también tiene un procedimiento; después de haber hecho la laporatomía, toma uno solo de los ligamentos redondos, lo lleva á la herida y sutura por debajo del pliegue así formado el peritoneo, la aponeurosis y los músculos

rectos; se cierra la cavidad abdominal y se sutura la piel con crín; y aun aconseja que los ligamentos sean tomados por algunos de estos puntos, quedando de este modo incluídos en la piel.

Olshausen y Saenger, después de hecha la laparatomía toman, con una aguja armada de fuerte hilo de catgut, la parte superior de un ligamento redondo, los dos cabos de dicho hilo son pasados á través de la pared y anudados, se hace de igual modo para el ligamento del otro lado.

Doleris tiene su procedimiento especial, con el cual ha obtenido resultados muy satisfactorios.

El practica la laparotomía con una incisión que comienza desde la sínfisis é interesa la piel, los músculos, la aponeurosis y peritoneo, abierta la cavidad se toman los ligamentos redondos por su parte media y se los fija á la pared abdominal de uno y otro lado de la incisión, después se cierra la cavidad y se sutura la piel.

A este primer procedimiento Doleris lleva una modificación que consiste en que la incisión que corta la piel desde la sínfisis respete la aponeurosis de la línea blanca en una extensión de tres centímetros por encima de la sínfisis, después de abierta la cavidad, se perfora con una pinza la bandeleta fibrosa respetada, con esta pinza así colocada y entreabierta se toma el ligamento que es llevado afuera, formando así un repliegue por encima de la aponeurosis; se hace lo mismo con el ligamento re-

dondo del otro lado y se suturan los dos repliegues entre sí con hilos de catgut; se cierra la cavidad y se sutura la piel.

Entre nosotros, el doctor Caballero ha ideado un procedimiento que ha sido publicado en la Tesis del doctor A. Cazes Irigoyen, y que transcribo á continuación. Consta de cinco tiempos.

Primer tiempo—Incisión de la pared obdominal. Estando la enferma anestesiada y en la posición de Trendelenburg, se hace una incisión mediana subumbilical de seis centímetros por lo menos de largo y que empieza á tres centímetros del pubis.

Incindida la piel, el tejido celular, la línea blanca en toda su extensión y el peritoneo parietal, se pasa al

Segundo tiempo—Movilización y reducción del útero. Si la retroversión es movible, la reducción del órgano es muy sencilla.

Si hay adherencias peritoneales intestinales ó epiplóicas, se desprenden con precaución ó se cortan entre ligaduras, y una vez libres de ellas se reduce como cuando es móvil, llevando la matriz en anteversión normal. Durante este tiempo se tratan las lesiones anexiales, si es que existen, por la resección de los ovarios ó las trompas, ó simplemente por la ignipuntura ó la salpingorrafía.

Tercer tiempo—Toma de los ligamentos á través de la pared abdominal y creación de un túnel músculo-apaneurótico. Con una pinza de Koche se toma

un ligamento redondo á seis ó siete centímetros de su inserción uterina y con otra un punto simétrico del otro ligamento. Se dan estas dos pinzas á un ayudante y el cirujano procede á hacer lo que dá toda la novedad á este procedimiento.

Con una pinza curva de forcipresura capaz de perforar los tejidos, se penetra en la parte más baja de la incisión, perpendicularmente á ésta, entre el músculo recto y su aponeurosis anterior.

Se hace correr así á la pinza unos cuatro ó cinco centímetros y entonces poniendo su curva que mire hacia abajo, se perfora el músculo recto y el peritoneo hasta que la punta de la pinza aparezca en la cavidad abdominal. Este punto de salida está muy próximo al orificio interno del canal inguinal.

Hecho esto, el cirujano abre la pinza sin retirarla del túnel creado. Entonces el ayudante acerca un ligamento que es tomado por el cirujano al ras de la pinza de Kocher que lo tiene. Una vez hecho esto, el cirujano retira su pinza á través del túnel arrastrando consigo una asa del ligamento redondo. La misma maniobra se hace para el otro lado.

Cuarto tiempo—Fijación ó neo-inserción del ligamento redondo. Con hilo ó crín se hace un punto en U que suture las asas del ligamento redondo á la aponeurosis anterior del recto. Basta un solo punto para una sólida fijación pero como complemento y para mayor seguridad puede ponerse otro punto que una los dos ligamentos en el centro.

Quinto tiempo—Sutura de la pared abdominal. Se sutura en tres planos como en cualquier laparatomía.

De todos estos procedimientos el de Doleris ha sido el más usado y el que se basa en una estadística mayor y en enfermas más largo tiempo seguidas, de modo que se ha podido observar no sólo los resultados terapéuticos, sino la acción que dicho procedimiento tiene sobre la preñez. Al practicar la laparatomía lleva la ventaja de que la destrucción de adherencias que ligan al útero, como el tratamiento de los anexos es hecha bajo el control de la vista quitando así la causa de casi todos los sufrimientos de la enferma, al dar á los ligamentos redondos una inserción en un plano fibroso y resistente, asegura al útero su mantenimiento en la nueva posición; al dejar completamente libre la cara anterior como el fondo uterino, permite á la matriz un facil y uniforme desarrollo durante el embarazo y por fin al volver el eje total del útero á corresponder al eje de la pelvis el parto tiene más probabilidades de terminarse naturalmente, porque la resultante de la contracción uterina sigue dicho eje.

El procedimiento adoptado por el Dr. Caballero tiene todas las ventajas del de Doleris y aún más, los de reproducir las disposiciones anatómicas que normalmente tiene el ligamento redondo; pues como muy bien lo hace notar el Dr. Irigoyen, al crear un túnel entre el músculo recto y su aponeurosis ante-

rior y al reflejarse sobre el borde externo de dicho músculo, el ligamento sigue un trayecto del todo semejante al del canal inguinal; dejando el libre funcionamiento del útero y de la vejiga un tanto alterada en su forma al ser distendida por la orina, debido á la inserción baja y mediana que los otros procedimientos dan á los ligamentos.

Excelentes resultados terapéuticos han sido ya observados (40 casos Irigoyen) y quizás no esté lejano el día en que palpándose idénticos resultados obstétricos que la teoría los hace prever, veamos el procedimiento del Dr. Caballero ocupar el lugar de preferencia para bien de las enfermas y honra del autor.

El acortamiento de los ligamentos redondos fué ideado por Alquié, que lo practicó en el cadáver en 1840; es recién en 1881 que Alexander y Adams lo hacen en el vivo.

Su técnica es sumamente sencilla, consta de tres tiempos.

PRIMER TIEMPO

Incisión de la piel –Esta incisión se hará siguiendo una línea que va de la espina del pubis á la espina ilíaca anterior y superior, reparo fiel aun en las mujeres de abundante panículo adiposo; se comenzará de la espina del pubis y pasando á dos centímetros del arco de Falopio, se dirigirá hacia arriba

y afuera hasta alcanzar una longitud de 8 centímetros, incindida la piel y tejido celular subcutáneo, se pone á descubierto la aponéurosis del gran oblicuo en toda la extensión de la herida.

SEGUNDO TIEMPO

Investigación de los ligamentos—Es este el tiempo más difícil de la operación; para encontrarlo se aconseja buscar un pelotón de grasa que siempre hay en el anillo inguinal externo y en este punto se investiga el ligamento á su salida del canal; en la inmensa mayoría de los casos y especialmente en la mujer flaca es facil encontrarlo, pero muy amenudo sucede que no llegan sino bajo la forma de delgados filetes tendinosos que es muy difícil disecarlos; pero esto no es un grave inconveniente porque se puede y se debe incindir la aponeurósis del gran oblicuo abriendo el canal; se baja el labio inferior de esta herida y se separan las fibras musculares del pequeño oblicuo y transverso, en medio del tejido adiposo que se presenta, se busca pequeñas fibras tendinosas y siguiéndolas hacia el anillo inquinal interno bien pronto se convierte en un cordón redondeado que es el ligamento. Una vez encontrado se lo aisla y se lo tira dulcemente de manera á llevar su porción abdominal al exterior; el peritoneo lo acompaña y es necesario que con una sonda canalada se trate de volverlo á la cavidad; puede

ocurrir que en estas maniobras se rompa, entonces se trata de suturarlo con catgut. Se procede de idéntica manera con el ligamento del costado opuesto. Entonces un ayudante reduce el útero, sea con con los dedos metidos en la vagina, sea con el histerómetro.

TERCER TIEMPO

Fijación de los ligamentos—Una vez que el útero está reducido y los ligamentos aislados, se ejerce sobre éstos tracciones suaves, hasta que aquél se mantenga en anteversión ligera, y en estas condiciones se fija el ligamento á la aponeurósis del gran oblicuo con hilos de catgut; estos puntos toman el ligamento y el labio superior é inferior de la herida aponeurótica, quedando así reconstituído el canal; la porción sobrante del ligameuto se reseca.

Kocher en vez de hacerlo seguir la dirección del canal, lo lleva hacia la espina ilíaca antero superior y lo sutura al gran oblicuo. La piel se sutura con crín.

Los resultados de este procedimiento son excelentes siempre que sea practicado cuando se presenten sus indicaciones.

-Bajo el punto de vista terapéutico, su acción tiene que ser eficaz y durable; al hacer tracciones sobre los ligamento:, el útero se ve solicitado hacia delante y viene aplicarse á la pared abdominal; como

estos acortados y fijado á un plano resistente se opondrán á que la matriz vuelva á su posición viciosa.

Las estadísticas de los diferentes autores lo comprueban y así tenemos que Mundé en 1888 tenía 23 casos de retroversión tratados por este procedimiento con 17 curaciones completas; en 1896 ascendían á 97 con 87 curaciones.

Edebohls publica una estadística de 166 operaciones con resultados favorables. Doleris tiene la suya de 88 casos con 81 curaciones.

Con relación á la preñez y al parto la operación de Alquié no deja nada que desear, libre como queda el útero tanto en su fondo como en sus caras, puede desarrollarse sin que adherencias de ningún género se opongan á ello ú obliguen á una parte á hacerlo más que otra, facilitando de este modo la buena presentación y una terminación feliz del parto.

Este procedimiento está hoy casi completamente abandonado y es el acortamiento intra-abdominal el que generalmente se sigue; indudablemente este último tiene sobre el primero la inmensa ventaja de poder ir á tratar las afecciones del útero y la de los anexos que acompañan á la retroversión cosa que no se puede en la operación de Alquié y que disminuye en mucho el número de sus indicaciones y más aún cuando se puede disponer de los medios nece-

sarios para una buena esterilización que vuelve la laparatomía poco peligrosa.

Pero sin embargo, cuando se trata de una retroversión simple en que no hay adherencias que fijen el útero ni hay lesiones intensas del lado de los anexos, cuando no se ha podido obtener una curación completa por medio del pesario, el masaje ó la posición genupectoral, la operación de Alquié Alexander encuentra su verdadera indicación y dado su sencillez, el poco peligro á la infección y á la hemorragia, y teniendo en cuenta sus buenos resultados, creo que el acortamiento extraperitonial debe ser preferido.

CAPÍTULO IV

Observaciones

1.ª—F. C., española, 32 años, su primera regla la tuvo á los 13 años, no eran dolorosas y duraban tres días.

Se casó á los 24 años; al año de casada tuvo un hijo; el embarazo y el parto fueron normales; la lactancia duró 13 meses, quedando embarazada en seguida que destetó el hijo; al tercer mes del embarazo abortó debido á un esfuerzo muscular; tuvo una fuerte hemorragia. Desde entonces datan las alteraciones de las reglas, que se repiten cada 15 ó 20 días y duran de 10 á 12 días son sumamente dolorosos, dolores que se irradian á los muslos y al sacro; tiene sensación de peso en el periné y cualquier trabajo la fatiga; no hay trastornos en la micción ni en la defecación.

En este estado pasó seis meses hasta que ingresa al hospital el 10 de julio de 1902.

Al examinar la enferma encontramos el cuello grande y dirigido hacia la sínfisis, en el fondo de saco vaginal posterior se siente el cuerpo del útero que continúa en casi línea recta con el cuello; para

introducir el histerómetro es necesario hacerlo con la concavidad hacia atrás.

La reducción del útero es muy facil sea por medio de la palpación bimanual ó la sonda.

En vista de que se trataba de una retroversión movible, intenté por espacio de un mes, la posición genupectoral y el masaje, al mismo tiempo que trataba la metritis concomitante; estos medios resultaron ineficaccs y el 9 de Agosto la enferma fué operada; se le hizo el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos; á los 22 días se levanta y el 15 de Septiembre sale de alta.

Después de la operación los dolores desaparecen, desaparece también la sensación de peso del periné; las reglas le vienen cada mes, y no son dolorosas y duran tres días.

En Junio de 1903 tiene su primer preñez después de la operación; el 20 de Enero de 1904 ingresa al hospital y pare el 9 de Marzo, sin que se haya notado absolutamente nada de anormal tanto durante el embarazo como en el parto.

A los 7 meses examino la enferma y el útero estaba en buena posición; en el mes de Abril de 1905 vuelvo á verla y le encuentro un embarazo de tres meses.

2.ª—M. F., oriental, 25 años, su primera regla la tuvo á los 12 años, se casó á los 16, y tanto antes como después de casada las reglas eran dolorosas y duraban de 10 á 20 días.

En los ocho primeros meses de casamiento tuvo dos abortos, un año después del último su primer hijo, y dieciseis meses después un segundo hijo; después tuvo un aborto de seis meses.

En Noviembre de 1902 ingresa al hospital; al examen se le encuentra una retroversión reductible; el 24 del mismo mes fué operada; el 31 de Diciembre sale de alta con una pequeña supuración del lado izquierdo. Después de la operación las reglas no eran dolorosas y duraban sólo de 4 á 5 días; la marcha y el trabajo le fueron otra vez posibles sin que sienta ninguna incomodidad.

A los siete meses de la operación tuvo un aborto gemelo. Al año y medio ingresa de nuevo al hospital por un trayecto fistuloso en el lado izquierdo; es operada y se le extraen dos hilos de seda; 15 días después sale de alta con su herida cicatrizada; el útero se conservaba en buena posición.

Buenos Aires, Mayo de 1905.

Alejandro Gutiérrez.

Buenos Aires, Mayo 19 de 1905.

Nómbrase al académico doctor J. de Tezanos Pinto, al profesor titular doctor Enrique Bazterrica y al profesor suplente doctor Alfredo Lagarde para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la ordenanza sobre exámenes.

UBALLES.
Robertson.

Buenos Aires, Junio 27 de 1905.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de esta tesis, según el acta número 1569, entréguesele al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza respectiva.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Inconvenientes de la retroversión adherente.

¿Cuáles son los inconvenientes á que dá lugar la vagino-fijación?

¿A qué se debe el casi total abandono del acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos, operación que fué al principio acogida con tanto entusiasmo?