AÑO 1908 N.º 1772

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RETRO - DESVIACIONES UTERINAS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BENJAMIN GALARCE

Interno del Hospital de Clínicas. Ayudante del laboratorio de Química Biológica

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini - Córdoba 2080

BUENOS AIRES

1908

RETRO - DESVIACIONES UTERINAS

AÑO 1908 N.º 1772

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RETRO - DESVIACIONES UTERINAS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BENJAMIN GALARCE

Interno del Hospital de Clínicas. Ayudante del laboratorio de Química Biológica

"LA CIENCIA MÉDICA"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI - CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1908

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

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

Dr. D. JOSÉ PENNA

CONSEJEROS

Dr. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BASTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA(con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

SECRETARIOS

Dr. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Dr. José Badía
Clínica Ginecológica	» Afredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret (en ejerc.)
Clínica Quirúgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica . .	« Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	« Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. Greenway
Física Médica	» *Vacante*
Química Médica	» *Vacante*
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	» *Vacante*
Histología	» Julio G. Fernandez » Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	» *Vacante*
» »	» *Vacante*
Semiología y ejercicios clínicos	» *Vacante*
Anatomía Topográfica	» *Vacante*
Fisiología General y Humana	» *Vacante*
Anatomía Patológica	» *Vacante*
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» *Vacante*
Medicina Operatoria	» *Vacante*
Clínica Ginecológica	» *Vacante*
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» *Vacante*
Patología externa	» Cárlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Patología interna	» *Vacante*
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	» *Vacante*
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas (en ejerc.) » Marcelino Herrera Vegas » José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming (en ejerc.) » Ricardo Colon » Luis Agote
Clínica Obtétrica	» Enrique A Pardo » Enrique Zarate » Alberto Peralta Ramos » Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	» *Vacante*
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas. » Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica (com lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» 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	» Frangisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	*Vacante*
Botánica y Mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada	*Vacante*
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Farmacognosia y posología razonadas	Sr. Juan A. Domínguez (en ejerc.)
Física famacéutica	*Vacante*
Química Analítica y toxicológica (primer curso)	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	*Vacante*
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica .	» *Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda (con licencia)

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	*Vacante*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terepéutica dentarias, Medicina Legal	*Vacante*

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JOSÉ ARCE

A LA MEMORIA DE MI QUERIDO PADRE

AL DR. SALVADOR DE LA COLINA

GRATITUD

Á LA MEMORIA DE MI QUERIDO AMIGO

RODOLFO S. DIEHL

Señores Consejeros:

Voy á presentar á vuestra consideración, la tesis inaugural que la Facultad exige como prueba final para optar al grado de Doctor en Medicina.

Como veréis en ella, trato del estudio de las «Rectrodesviaciones Uterinas», habiéndole dedicado la mayor atención, al tratamiento quirúrgico y en especial al nuevo procedimiento, del Doctor José Arce, quien me hace el alto honor de acompañarme como padrino y á quien le estoy sumamente agradecido, por sus sanos consejos y la sabía enseñanza recibida de él, durante los muchos años que he estado á su lado.

Quiero también expresar mi profunda gratitud á los Dres. Enrique Bazterrica, José Molinari,

Toribio Picardo, José Massini y Alfredo Bello, por las atenciones tenidas para conmigo, durante mi internado, como practicante del servicio de ginecología del Hospital de Clínicas, como así mismo al Doctor Pedro de Elizalde.

CAPÍTULO I

Las retrodesviaciones uterinas fueron consideradas en un principio como un elemento mórbido secundario sin mayor importancia, pero más tarde á medida que se estudiaron, se les dió un valor tan grande, que se pensó, que todo proceso patológico, radicado en los órganos genitales, se originaba por la posición anormal que el útero toma en las retrodesviaciones.

Más tarde se vió, que esta importancia no es tan grande, pues si bien es cierto que las retrodesviaciones tienen derecho á un capítulo aparte en la ginecología, no constituyen por sí solas toda la especialidad.

En este trabajo voy á tratar, al hablar de las retrodesviaciones, de la *flexión* y de la *versión* retro uterina, que para muchos autores cons-

tituyen dos entidades distintas, pues hacen de la versión un desplazamiento y de la flexión una deformación; mientras que otros, con los que estoy de acuerdo, no admiten tal dualidad considerando una sola entidad mórbida, constituida por un desplazamiento del útero, que según sea más ó menos pronunciado, toma el nombre: en el primer caso de *retro versión* y en el segundo de *retro flexión*.

Consecuente con lo expuesto anteriormente, es decir que la *versión* y la *flexión* retro uterina no son sino desplazamientos más ó menos pronunciados del útero, es lógico que las lesiones patológicas que presentan, como la etiologia, patogenea y tratamiento sean estudiadas juntas.

Antes de entrar en materia voy á dar un ligero esbozo de anatomía del útero y sus ligamentos, para mayor claridad en la explicación de la estática uterina.

El útero, órgano hueco de paredes espesas y contractiles, está colocada en la escavación pelviana, ocupando su parte media, es decir el espacio limitado por un lado por la vejiga y por el otro, por el intestino grueso. De forma cónica, aplanada de adelante hacia atrás, su base mira

arriba y su extremidad trunca, se encuentra en el orificio superior de la vagina.

Los anatomistas teniendo en cuenta un retraimiento circular, que se encuentra situado por debajo de su parte media, han dividido á esfe órgano en dos partes: una superior, que llaman cuerpo y otra inferior cuello; denominando á la línea de demarcación entre ellos, istmo del útero,

Se encuentra sostenido por seis ligamentos simétricamente dispuestos y en la siguiente forma: dos en las partes laterales, llamadas ligamentos anchos, dos en la cara anterior, los ligamentos redondos y dos en la cara posterior los ligamentos útero sacros.

Los ligamentos anchos, están formados por las dos hojas del peritoneo que después de recubrir la cara anterior y posterior del útero se adosan para dirigirse á las paredes laterales de la pelvis y constituir así, estos tabiques transversales.

Su dirección no es propiamente transversal, sino que ellos van en dirección ligeramente oblicua de adentro afuera y de adelante atras, dividiendo así la cavidad pelviana en dos compartimentos: uno posterior, ocupado por el recto y el otro anterior por la vejiga.

En el borde superior ó libre de este ligamento, encontramos tres órganos: el ligamento

redondo, la trompa y el ovario. La serosa hace sobre ellos un relieve sensible, constituyendo así los llamados alerones del ligamento ancha; el aleron anterior poco elevado, encierra el ligamento redondo; el alerón medio ó superior contiene la trompa y el alerón posterior responde al ovario.

Los ligamentos redondos toman su origen en las partes antero laterales del útero, un poco por debajo de la trompa y se dirigen oblicuamente de atrás á adelante, en dirección al orificio interno del canal inguinal, por donde penetran en él, lo recorren en toda su extensión y van á terminar en la base de los grandes labios.

De manera pues, que ellos vienen á tener una porción pelviana, que está constituida por el aleron anterior; una porción iliaca que se extiende del estrecho superior al orificio interno del canal inginal; una porción inginal que ocupa el canal del mismo nombre y una porción terminal llamada también vulvar.

Estos ligamentos, á pesar de su poco diámetro, poseen una resistencia considerable, como lo han demostrado las numerosas experiencias de Beurnier, quien ha conseguido soportar con ellos, pesos que oxilaban entre 600 y 900 gramos.

Los ligamentos útero sacros, llamados también repliegues de Douglas, toman su inserción sobre la cara posterior del cuello del útero, por debajo del istmo, luego se dirigen hácia atrás y arriba contorneando las paredes laterales del recto y van á terminar, ya en la tercera, segunda ó primera vértebra sacra, ó bién hacia dentro de la articulación sacra iliaca. Muchas veces sucede que esta inserción posterior, llega hasta la quinta vertebra lumbar, causa que indujo á Hugier á llamarlos ligamentos útero lumbares.

Estos seis ligamentos no constituyen por si solos el verdadero sostén del útero, pues sería incompleto, sino mencionaramos al periné, plano musculo menbranoso, que forma el punto de sosten, más importante en la estatica uterina.

El periné, dispuesto á manera de un diafragma, está constituído por tres aponeurosis: superficial, media y profunda y una serie de músculos entre los cuales se encuentran: el transverso del periné, isquio cavernoso, bulbo cavernoso, músculo de Guthrie, músculo de Wilson, isquio coxigio, elevador del ano, esfinter externo de la uretra, esfinter externo del ano, siendo los más importantes, en lo referente á contrarestar la presión abdominal, el elevador, el transverso y los dos esfinteres.

Ha dado motivo á numerosas discusiones científicas, la determinación de la posición fisiológica, que tiene el útero en la excavación pelviana. Sappey, Gaillard, Tillaux, Tomas y otros, han sostenido, que el eje de la excavación pelviana, se confunde con el eje del útero, Schroeder, His, Schulze, afirman, que el útero, está en anteversión ó ante flexión, con relación al eje pelviano; Claudius, no acepta esta posición, pues para él la posición normal del útero, es la retroversión y así podría citar numerosísimas opiniones autorizadas, con las que, demostraría, la desigualdad de opiniones que ha existido al tratar este punto.

Esta anarquia de opiniones en una cosa al parecer tan sencilla, es explicable, no solo por la multiplicidad de los métodos empleados, algunos inadecuados, en la determinación de la posición fisiológica del útero, sinó también por la

extrema movilidad de este organo, que colocado en un equilibrio inestable, por decirlo así, se ve sujeto á sufrir todas aquellas solicitudes, que partan, ya sea del recto, ya de la vejiga.

Así, se puede observar que el cuerpo del útero sufre desplazamientos que se ejecutan en un arco de círculo, que puede medir 60° á 70° de adelante á atrás y de atrás á adelante, bajo la influencia de la mayor ó menor distención de la vejiga, que el recto distendido, puede rechazarlo lo mismo que las ansas intestinales, aunque no en una forma tan pronunciada.

Hoy las opiniones están uniformadas, pues como muy bién lo establece Testut, la determinación de la verdadera posición fisiológica del útero debe determinarse, considerándolo, primero aisladamente y luego con relación á la cavidad pelviana, para evitar así las malas interpretaciones, que siempre dan origen á discuciones sin valor.

Considerado aisladamente, se ve que el eje del cuerpo del útero, no tiene exactamente la misma dirección que el cuello, si no se observa que forma, una ligera línea curva, cuya concavidad mira á la sinficis pulviana. Esta inclinación se mide por el ángulo que forman estos dos ejes, llamado angulo de incurvación del útero y cuya dimensión oxila entre 140° y 170°.

Su posición fisiológica bajo el punto de vista de su relación con la cavidad pelviana y teniendo presente que es un órgano muy móvil, lo que le hace estar en intima relación con los órganos que lo rodean, es de difícil determinación, siempre que no se encuentren, el recto, las ansas intestinales y la vejiga, en condiciones tales de vacuidad y distensión respectivamente, que hagan su influencia nula ó insignificante.

Luego pues en virtud, de lo que acabo de exponer, el útero está en *ante versión flexión*, que es su posición fisiológica normal, la que varía, no solo por procesos patológicos, sino por fenomenos fisiológicos, como lo demostraré en el curso de este trabajo.

CAPITULO II

A pesar de la opinión autorizada de Martin que admite la retroversión congénita, hoy no se discute esto y si es cierto, que puede observarse una posición viciosa del útero en la primera edad, solo es explicable, como muy bien lo dice Schultze, por una posición transitoria infantil. Cuando esta retroversión, se observa en una mujer ya desarrollada, y en la que ningún proceso patológico pueda ser su origen, su explicación nos la dá, la persistencia de la vagina corta infantil que á manera de una brida, impide que el útero ocupe su posición fisiológica normal. Luego pues, toda retroversión es adquirida; veamos cual es su etiología.

Sea dicho, que el parto y el aborto, son las causas etiológicas que deben de ocupar el primer

puesto, entre las causantes de esta entidad mórbida, pero creo, sin negarles su importancia, á las primeras, que la infección gonococcica, ya sea del útero, anexos ó de los ligamentos, es tan capaz como ellas, de producir alteraciones patológicas que traigan como consecuencia las retro-desviaciones. He hecho notar la importancia de la infección gonococcina de los anexos, pues he observado, en las enfermas operadas por retro-desviaciones fijas, en el servicio de ginecología del doctor Bazterrica, durante mi internado en el Hospital de Clínicas, que en todas ellas sus padecimientos primitivos, han comenzado por los anexos.

Se observan retro-versiones, en enfermas que no presentan infección ni han tenido abortos ni embarazos y cuya etiología, nos la dá, el temperamento artrítico que ellas presentan. Estas retro-desviaciones son las que clasifica Richelot, con el nombre de *retro-desviaciones simples* y cuya etiología, sería esplicada por una alteración de nutrición en los tejidos que forman los ligamentos; alteración que traería aparejada consigo, las lesiones patológicas correspondientes á esta entidad mórbida.

Estas enfermas requieren un tratamiento especial y enérgico, puesto que están expuestas, á *pousses* agudos, á lo que se agrega, la mala cons-

titución histológica de sus ligamentos, formados por tejidos fibrosos de mala calidad, desprovistos de elasticidad y tonicidad, que hace que causas tan vanales, como la marcha, ejercicios prolongados, esfuerzos, etc., produzcan en ellos, una relajación capaz de producir una mala posición en el útero.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, paso á explicar como estas causas etiológicas, actuan para producir las retro-desviaciones uterinas.

En el parto, lo mismo que en el aborto, puesto que los factores que intervienen en el uno son iguales á los del otro, la explicación es la siguiente: Producido el parto, puede quedar detenida dentro de la cavidad uterina, sueltas ó adheridas á la pared, membranas ó fragmentos placentarios, que obrando á la manera de un cuerpo extraño, producen un estado inflamatorio en el útero, que impide que la involución uterina siga su proceso habitual, trayendo como consecuencia un útero grande congestionado, que es, ó vá á ser el asiento principal de un proceso patológico, que traerá consigo una posición viciosa en ese útero

Otras veces, no es necesaria la retensión de estas membranas, para producir ese proceso inflamatorio, pues todas aquellas causas, que sean ca-

paces de perturbar la involución uterina serán suficientes, para originar ese estado congestivo del útero, que es el principio del proceso patológico que nos ocupa.

Hay que hacer presente, que durante el embarazo, los ligamentos uterinos sufren alteraciones, que traen como consecuencia un ensanchamiento ó adelgazamiento, que persiste después de verificado el parto, lo que les hace quedar en condiciones apropiadas para constituir una causa importante en estos procesos patológicos.

Antes de ocuparme de la infección, como causa etiológica, en las retro-desviaciones uterinas, quiero hacer constar que las desgarraduras del periné, ya sean completas ó incompletas, tienen un rol importante en estos procesos de que me ocupo, puesto que, al romper ese plano músculo membranoso, cuya importancia la he hecho resaltar al principio, la estática uterina queda rota por decirlo así.

La infección, ya sea gonococcica, puerperal, estreptocóccica, etc., obra de la manera siguiente producida la infección primitiva en el útero, no se localiza allí solo, sino que se propaga á los anexos, peritoneo pelviano y ligamentos uterinos produciendo por un lado alteraciones patológicas y por otro, exudados que son de mucha impor-

tancia, en las génesis de estas entidades morbidas.

Estos procesos infecciosos, son favorecidos en algunas enfermas, por causas especiales; así en las artríticas, los *pousses* agudos, porque pasa su útero, lo ponen en condiciones inmejorables, no solo para exaltar la virulencia atenuada de los microbios, que viven normalmente en la vagina, sin molestar á nadie, sino convirtiéndolo en un magnífico campo de cultivo microbiano

Esplicada la etiología paso á estudiar las lesiones anatomo-patológicas que he observado en preparaciones microscópicas de úteros, en diferentes grados de retrodesviaciones.

Voy á estudiar primero las lesiones macroscópicas: Si se examina una enferma cuyo útero está en retrodesviación, se observa que éste, está grande, congestionado, que su circulación no se hace en las condiciones normales, que su cuello aumentado de volumen por un proceso de hipertrofia é hiperplasia más ó menos pronunciado, presenta su orificio externo ligeramente entreabierto, dejando entrever á veces, sobre todo cuando las lesiones anatomo patológicas, son muy avanzadas, un ectropión de la mucosa.

Obsérvase también, cuando se operan estas enfermas, que se han producido por el lado del

peritoneo, exudados inflamatorios, que traen como consecuencia, adherencias que unen al útero á los órganos vecinos. Los ligamentos uterinos, como los anexos, sufren también las consecuencias de este proceso patológico y así se observa por el lado de los anexos, el ovario escleroso y por el lado de los ligamentos, alargamiento, adelgazamientos y relajamientos que traen como consecuencia la inutilidad de ellos. Estas son las lesiones macroscópicas de mayor importancia; paso ahora á describir las lesiones patológicas microscópicas, que tiene su asiento en el útero, ya sea en el cuerpo ya en el cuello, como también las que se observan en los ligamentos uterinos.

Para formar una idea clara de estas alteraciones patológicas, creo oportuno recordar la constitución histológica del útero, como tambien de los ligamentos.

El útero está constituído por tres capas de tejidos, que son yendo de afuera hacia adentro, la serosa, la muscular y la mucosa, siendo estas dos últimas, las más atacadas en este proceso.

La túnica serosa, no es sino una dependencia del peritoneo viceral pelviano, que después de haber pasado sobre la cara posterior de la vejiga, se refleja sobre el útero, comportándose

de la manera siguiente: recubre en toda su extensión la cara anterior; en la cara posterior, llega hasta el nivel de la inserción de la vagina, prolongándose sobre esta, en una extensión de de 15 á 20 milímetros, para luego reflejarse sobre el recto, formando así el fondo de saco posterior ó de Douglas.

La adherencia de esta capa serosa, con la muscular, no es igual en toda su extensión, pues varia en ciertos y determinados lugares, dato importante que es necesario tener presente, para explicar porque razón, estos procesos patológicos radicados en esta capa, son más sensibles en estos sitios. En efecto se observa una adherencia íntima en los dos tercios superiores del cuerpo del útero, como en su fondo, lo que no pasa en el resto, pues, en su tercio inferior como en sus bordes laterales, existe interpuesta entre ambas, una capa de tejido celular laxo.

La capa muscular, forma por si sola todo el espesor del útero, estando constituida por fibras musculares lisas, que sufren alteraciones patológicas sensibles, no solo en este proceso de que me ocupo sino también del embarazo y menstruación. Este dato es importante tenerlo presente, en aquellas lesiones de hiperplasia é hipertrofía, que se observan en algunas retrodesviaciones y

que muy bien pueden ser la consecuencia de algunos de estos procesos fisiológicos y no la de un proceso patológico,

Estas fibras, se encuentran dispuestas de tal manera, que forman tres capas: una externa, constituida por fibras longitudinales y transversales, siendo estas las que pasan del útero, á los ligamentos anchos, redondos, útero ováricos, útero sacros, como también á la capa externa y muscular de la trompa. Es en la capa media, la más espesa donde se observan numerosos vasos venos, que forman los llamados senos uterinos, causa por la cual se ha llamado á esta capa *stratum vasculosum*. Los vasos sanguíneos, que se encuentran en ella, está reducidos y fuertemente adheridos á estas fibras.

La capa interna tiene gran semejanza con la anterior y solo se diferencia de ella, por cuanto sus fibras no pasan ni á los ligamentos uterinos, ni á sus anexos.

La túnica mucosa, de color rosado lijeramente blanquecino, se adhiere íntimamente á la capa muscular y posee un espesor de dos milímetros: diámetro que disminuye en forma gradual, á medida que se dirige hacia el cuello ó los ángulos uterinos. Su superficie es lisa, y muy fiable razón por la cual, los procesos patológicos

que en ella se originen ó desarrollen, por insignificantes que sean, dejan siempre alteraciones profundas.

Al estado normal, la mucosa uterina está bañada por un líquido semitransparente, de reacción alcalina, que tiene en suspensión célula epiteleales y leucocitos. Su epitelio está formado por células prismáticas, ligeramente alargadas; su corión está constituido por un tejido embrionario en el que se notan células redondas con núcleos voluminosos.

Las glándulas en forma de tubos tortuosos ó en espirales, están formadas por tubos glandulares, estando sus paredes tapizadas por una hilera de células prísmáticas, en cuyas extremidades libres, flotan cilias vibratiles.

La mucosa del cuello uterino, es más pálida, más consistente y su espesor es menor. El epitelio, es cilíndrico con pestañas vibrales, muy semejante al anterior, del que sólo difiere por el tamaño de sus cilias que son más largas, como también por sus células, que en este caso son cilíndricas con núcleo ovoideo grande y no forman un plano único uniforme, sino que suelen ser sustituidas por células caliciformes, cuya función es la de segregar mucus.

Este epitelio, cambia su estructura histoló-

gica por completo, al llegar á la vagina, transformándose en un epitelio tipo epidérmico, es decir en un epitelio estractificado pavimentoso.

El corium de esta mucosa, rico en elementos fibrilares, presenta el tipo de tejido conjuntivo adulto, con preponderancia en fibras elásticas. Sus glándulas, numerosas sobre todo en las partes no vecina al orificio externo, presentan formas variadas, ya semejan criptas ó bién verdaderas glándulas en tubos ó en racimos, cuyo interior lo recubre una membrana vitrea, tapizada la célula caliciformes, que segregan un mucus espeso transparente y viscoso.

Es sobre esta mucosa, que se observa con mucha frecuencia, no como característico de esta entidad morbida que me ocupa, los llamamos huevos de Naboth, que no son sinó producciones quísticas, formadas por la obliteración de los conductos glandulares.

Respecto de la estructura histológica de los ligamentos uterinos haré presente que, los ligamentos anchos están constituidos por dos serosas que recubren á la muscular y cuya unión la establece una capa celulo-vascular; que los ligamentos redondos, son fibras musculares lisas y estriadas, las que lo forman en su casi totalidad y que los úteros ovarios, su estructura histoló-

gica, es semejante á la de los ligamentos anchos.

Despues de este ligero estudio de histología normal del útero, voy á explicar las lesiones patológicas, que he encontrado con mayor frecuencia en algunas preparaciones microscópicas.

Las modificaciones ó alteraciones patóticas, son casi las mismas, en lo referente al útero que las que se observan en las metritis crónicas ó en las llamadas pseudo metritis (Dóleris) y esto se explica, puesto que una de las causa de las metritis como de la entidad de que me ocupo, es la infección. Es tan constante esta lesión patológica, que casi se podría decir sin temor á equivocarse, que en toda retroversión hay siempre, una metritis más ó menos definida.

Debo hacer constar que las lesiones de metritis crónicas que he observado, no han sido siempre muy claras, y esto se explica, teniendo presente, que no siempre el proceso patológico que las caracteriza á ellas, se desarrolla con la misma intensidad y por igual en las tunicas de tejidos que constituyen el útero.

Asi, he observado algunas preparaciones que demuestran con suma nitidez, todo el proceso patológico de las metritis crónicas con degeneración esclerosa, es decir he visto el parénquima hipertrofiado ó mejor dicho el tejido conjuntivo

en vias de transfosmarse en tejido escleroso.

He encontrado, también cortes, que dejaban ver el periodo de infiltración de las metritis, caracterizados, por su aspecto alveolar, sus vasos grandes y los nucleos embrionarios enormes en pleno tejido conjuntivo.

Debo hacer notar, que todos los procesos de hiperplasia que he visto, siempre se han iniciado y radicado en el tejido conjuntivo y no en el muscular, en el que solo he observado, que sus fibras musculares, sobre todo cuando la esclerosis es muy avanzada, han sufrido una degeneración grasosa. Esto, está en un todo de acuerdo con los sostenido por Cornil, quien niega la hiperplasia del tejido muscular en estos procesos y solo admite la hipertrofia.

La mucosa, siempre espesa, está en íntima unión con la capa muscular; sobre su superficie libre, se observan verdaderas vegetaciones, que forman vellosidades, al lado de las cuales, se encuentran quistes, muy semejantes á los huevos de Naboth, de los que se diferencian, por la calidad del líquido que contienen, que en estos casos, es más seroso y menos gelatinoso y consistente.

Encuéntrase las lesiones patológicas propias de las tres formas de metritis crónica, también

estudiadas por Pozzi y caracterizadas en la forma *interticial*; por la transformación de su tejido conjuntivo inter-glandular, en un verdadero tejido cicatricial y cuyas glándulas, ya estranguladas, enquistadas, ó destruidas por completo, favorecen en forma notable, la degeneración esclerosa del tejido conjuntivo: en la forma *glandular* por su hipertrofia ó hiperplasia de sus glandulas, que las altera en tal forma á veces, que es imposible reconocerlas, ni por su forma, ni por su dirección y que Pozzi la explica diciendo, ser una consecuencia del proceso inflamatorio, desarrollado sobre la mucosa, que ha producido este fenómeno de hipertrofia ó hiperplasia, especialmente sobre el tejido que constituye las glándulas; y en la forma *poliposa*, caracterizada por el desarrollo de la mucosa, que le da el aspecto fungoso y erizado, con producciones poliposas y en la que puede encontrase, una degeneración quística ó un verdadero proceso intersticial y glandular, pues observansen vesiculas transparente al microscopio, que no son sinó glandulas degeneradas. Es, en ésta forma donde se observa, lo que Cornil llama *heteropia glandular*, que no es sinó el hecho de pasar las glandulas de la mucosa al tejido muscular como consecuencia del mismo proceso inflamatorio.

Luego pues haciendo un resumen, diré que la lesión patológica *principial*, está sobre la mucosa, donde se radica un proceso de *metritis crónica*, ó de pseudo-metritis, con *degeneración esclerosa* más ó menos avanzada.

Esta esclerosis, es favorecida por la extasis sanguínea, especialmente venosa, que es también un factor importante, en las lesiones de espesamiento de las paredes uterinas, como del edema, que se observa en la mucosa.

Las lesiones patológicas que he observado por el lado del cuello uterino, no tienen mayor importancia y no son sino, las mismas del útero, propagadas por vecindad, es decir de metritis cervical, acompañada de extropión, de la mucosa, desgarraduras, hipertrofias, erosiones, ulceraciones, etc., es decir, lesiones inflamatorias, que serían favorecidas ó mantenidas por las retrodesviaciones, sin ser ellas las causantes.

Como lesiones concomitantes, se observan: hidrosalpins, piosalpins, ovaritis, salpingo-ovaritis, ovarios escleroso quísticos, etc., que pueden ser uni ó bilaterales y las adherencias que tienen suma importancia en la entidad de que me ocupo y que pueden ser ya, *stractus* conjuntivos, ó bien verdaderos tabiques, como los que se encuentran á veces entre el recto y el útero. Respecto á la

patogenea, de estas adherencias, todos los autores no están de acuerdo, en efecto, para algunos, son originadas por el útero, es decir, que la inflamación uterina independiente y sola, trasmite por vía linfática, la infección al peritoneo: mientras que para otros, no es sino la consecuencia de una lesión inflamatoria anexial.

Antes de terminar con este capítulo, quiero hacer notar que las modificaciones que el proceso inflamatorio, lleva sobre la vagina, especialmente sobre su cara anterior y que traen como consecuencia su debilitamiento, favorecen en forma sensible el proceso de las retrodesviaciones.

CAPÍTULO III

No quiero empezar el tratamiento de las retrodesviaciones, sin antes dar un ligero resúmen sobre los síntomas que ellas presentan, como también dos palabras sobre el diagnóstico.

Los sintomas que presentan, dependen de la forma en que el proceso se ha desarrollado, así cuando él, se presenta en la forma incidiosa, llamada también latente, apesar de existir la lesión patológica, los fenómenos mórbidos son nulos.

Esto ha sido tenido sin duda alguna, muy presente por Olshausency de Winter, quien, sostiene que en la mayoria de las enfermas, en las que ha observado un útero en retrodesviación, no encontró ningún síntoma que lo carateri-zara.

En la forma aguda, que se presenta generalmente consecutiva á una caída, á esfuerzos

violentos, etc., los síntomas de que me voy á ocupar enseguida aparecen en forma brusca.

Es en aquellos procesos patológicos crónicos, que han originado la retrodesviación uterina, en los cuales se observan los síntomas que caracterizan á esta entidad. Estos síntomas son los siguientes: *funcionales*, representados por alteraciones en la menstruación, ya sea en la cantidad, duración, ó bien produciendo dismenorreas graves, leucorrea, alteraciones vesicales, constituidas por pollakiuria, retensión de orina, que puede ser completa, cuando la presión producida por el útero, no se limita solo en la vejiga, sinó también sobre los ureteres, tenemos constipación y á veces fenómenos de obstrucción ó oclusión intestinal.

Síntomas *nerviosos*, constituidos por dolores en las regiones hipogástrica, lumbar y perineal, de donde se irradían á los flancos, columna verbral, y miembros inferiores y cuya etiología, nos la dá, no solo la comprensión de los nervios pelvianos, sinó también la metritis concomitante, jaquecas, neuralgias, paresias y hasta verdaderas paraplegías de los miembros inferiores. I por último los síntomas de *orden reflejo,* representados por palpitaciones cardiacas, fenómenos de falsas anguinas, tos quíntosas, etc. etc.

El diagnostico de esta entidad morbida, de de que me ocupo, es relativamente facil, pues siempre al examinar una enferma, cuyo útero, esté en retrodesviación, encontraremos haciendo un prolijo exámen ginecologico, que la palpación hipogastrica, y el tacto vaginal, nos dá la sensación de un tumor, de forma redondeada, de superficie lisa, que ocupa el fondo del saco posterior ó de Douglas.

Este tumor, no puede ser un fibroma, pues no tiene su consistencia, ni un ovario, ni una trompa, prolaxados en este fondo de saco, pues el tacto nos demuestra que no es doloroso, caracter importante, que distingue en especial á los anexos inflamados.

Por otra parte haciendo uso del historemetro, se palpa perfectamente que este tumor, no es sino el útero en retrodesviación, que segun sea movil ó fija se le puede desplazar á voluntad del operador.

Numerosos han sido los procedimientos empleados en el tratamiento de las retrodesviaciones uterinas, ya sean fijas ó móviles. Se pueden agrupar estos tratamientoe en dos grandes gru-

pos: primero *no sangrantes*, segundo *sangrantes*.

Entre los primeros se cuenta la intervención, bimanual, llamada también operación de Schultze, que consiste en lo siguiente: colocada la enferma en posición lateral, (Sims) dorso sacra ó genupectoral, se introducen los dedos índice y mediano de la mano izquierda, en el fondo del saco de Douglas y haciendo presión sobre él, se levanta el útero, que se encuentra ocupando este fondo de saco, hacia arriba, y adelante, teniendo la precaución de colocar el eje uterino lo más derecho posible.

Esta maniobra intravaginal, debe ser acompañada de una ligera palpación, sobre el hipogastrio, que hace la mano derecha.

Este procedimiento solo es aplicable en aquellos casos en que la retroversión fuera movil, pues á pesar de aconsejar su autor, su aplicación cuando hay adherencias, es tan doloroso y se presta á complicaciones tan graves, pues al romperlas podría avivarse el proceso inflamatorio, que hoy está casi en desuso.

Puede también reducirse la retoversión uterina, cuando es movil, colocando las enfermas en posición genupectoral, obrando en este caso, contra la presión abdominal, que puede ser vencida, empleando como aconseja Tarnier, un pequeño

espéculum, ó una canula de inyección, que permiten el fácil acceso del aire exterior.

En todas estas reducciones, para obtener resultados, á veces positivos, es necesario acompañarlas con la aplicación de los pesarios.

Entre las diversas clases de pesarios, se distinguen los de *Dumontpallier* de forma anular, los los de *Hodge*, á doble curvadura; que se colocan de manera, que la curva superior, queda en el fondo del saco posterior, de manera de dar al pesario una posición oblícua de arriba abajo, de adelante atrás, mientras está en la vagina, para que de esa manera la presión abdominal, actue sobre él, y trate de colocarlo en posición horizontal; los de *Schultze*, en forma de ocho construidos de hilo de cobre y que se aplican, teniendo la precaución de colocar la circunferencia superior, de manera que abrace el cuello uterino, mientras que la inferior, que debe de ser proporcional á la capacidad de la vagina y arcada isquio puviana, se encuentra en el fondo del saco vaginal.

Debo advertir que la aplicación es siempre nula y á veces peligrosa, cuando las enfermas sobre las cuales se empleen, no posean un periné en condicioues inmejorables, no haya una gran amplitud ó laxitud de la vagina, ó una extrema movilidad del útero.

Con este tratamiento, no se tienen muchas probabilidades de éxito, pues basta ver la siguiente estadística de *Langer,* para convencerse de ello: sobre 57 casos, ha obtenido 7 curados, ó sea 12, 2 %, 27 mejoradas, ó sea 47 % y 15 no curadas, ó sea 26 %.

El segundo grupo ó sea el de los tratamientos sangrantes está constituido por una serie de numerosos procedimientos, que paso á estudiar: *Thiriar* y *Jonnesco*, hacen histeroplastias por vía abdominal, empleando la siguiente táctica; después de hacer una incisión transversal, ancha, sobre la parte del peritoneo que cubre la cara anterior del útero, que diseca en una extensión de tres centímetros, reseca, un segmento cuneiforme del tejido muscular, puesto al desnudo, para luego, reunir con catgut los labios de la herida así formada.

Mouclaire, reseca sobre cada una de las caras uterinas un segmento cuneiforme, cerrando con puntos transversales, los labios de estas heridas. Esta histeroplastia se hace por vía abdominal.

Elescher y *von Rabenau* por vía vaginal, disecan un colgajo en forma de U, que es fijado

al cuello uterino, por puntos de catgut, previo avivamiento de su superficie.

Red y *Follet*, por la misma vía hacen sobre la cara anterior del útero, una cúneo histerocto-mia, análoga á la de Thiriar y Jonnesco.

Doyen, no hace propiamente una histeroplastia, sino que, yendo por vía vaginal, coloca sobre la cara anterior del útero, una serie de puntos, de manera de producir un acortamiento en esta cara.

Langer, llendo por vía vaginal y después de una colpocoeliotomia, anterior, atrae el útero, de manera de suturar, con hilos de plata, su fondo á las paredes de la vagina. Este autor, aconseja que la sutura de la herida, debe hacerse en sentido longitudinal, para obtener así, un alargamiento de su pared anterior.

Dührsen, hace lo mismo que el anterior, con la diferencia, que fija el fondo del útero, por tres puntos del catgut, que toman en sentido vertical, la pared vaginal, menos su mucosa; *Richelot*, después de abrir el fondo del saco vaginal anterior, por donde atrae el útero, el que es fijado por puntos transversales, al cerrar la herida; *Le Dentu*, *Pichevin*, después de incindir el fondo del saco vaginal anterior, atraen al útero, adosan su cara anterior á la herida vaginal, que cierran por puntos transversales.

Mackenrodt, fija la cara anterior del útero á la pared de la vagina, con puntos oblícuos, después de disecar dos colgajos, en el fondo del saco vaginal anterior. Otras veces, hace una vesicofijación.

Gottchalk, hace un colpotomia anterior, abre el peritoneo, sutura la hoja peritonea vesical, cerca del fondo del útero y luego reune ambas hojas para terminar con la sutura de la herida vaginal; *Pryor*, yendo por vía vaginal aviva, sobre la cara anterior del útero y sobre la cara posterior de la vegiga, superficies análogas, que luego son saturadas entre sí.

Freund, fija la cara posterior, de la porción supravaginal del cuello al peritoneo que está debajo del promontorio, luego sutura la herida vaginal.

Sweiffel. abre el fondo del saco anterior vaginal con termocauterio y sin abrir el peritoneo, sutura la cara anterior del útero á los labios de la herida. *Jacobs*, hace lo mismo con la diferencia que no emplea el termo cauterio.

Amussat, dice que, cauterizando el fondo del saco posterior vaginal con termocauterio, la cicatriz produce una retracción capaz de curar la retrodesviación uterina.

Estos procedimiontos, son los llamados de

histeropecsias directas, por vía vaginal; paso ahora á ocuparme de las histeropecsias por via abdominal, llamadas también, gastro hiperocpecsias, ventrofijaciones, gastrofijaciones, etc., y cuyo fin es la fijación del útero á la pared abdominal.

Hecha por primera vez, por *Keberle*, el 27 de Marzo de 1869 y después de algunas modificaciones sufridas, es una de las operaciones más eficaces en el tratamiento de las retroversiones uterinas.

Entre los ginecólogos, que la han modificado merece especial mención, *Terrier*, quien fija el cuerpo del útero, mediante tres puntos de catgut, que pasan; el primero á la altura del istmo, el segundo por la parte media del cuerpo y el tercero cerca del fondo.

Alshausen-Länger, hace la fijación lateral del cuerpo del útero, por medio de suturas hechas al nivel de sus bordes, con crin ó seda que lo fijan á la pared adominal.

Pozzi, reune con una misma sutura contínua, los planos peritoneal y músculo apeneurótico, á la cara anterior del útero, en cuya capa superficial caminan los hilos.

Los procedimientos quirúrgicos de *Sinsmeister* y *Faucon*, tienen de particular, que las sutu-

ras que emplean para fijar el útero, son verticales y medianas, lo que hace difícil su realización.

Kelly, hace la fijación uterina, con puntos que pasan por sus lados, de adelante atrás y van á interesar el parenquima, de la cara posterior.

Leopold, Czerny, emplean el siguiente procedimiento operatorio: hecha la laparomia y puesto el útero al descubierto, fijan su fondo á la pared abdominal por una serie de hilos de seda ó crin que interesa la túnica serosa y parte superficial de la musculosa uterina y termina penetrando la pared abdominal.

Ahora voy á ocuparme de las operaciones llevadas á cabo sobre los ligamentos uterinos.

Las operaciones quirúrgicas, que tienen por base los ligamentos anchos, que hoy están casi en desuso. fueron hechas por *Imich*, quien suturaba el ligamento ancho de un lado, con su correspondiente del otro, mediante puntos, que pasando por detrás del útero producían pliegues que traían como consecuencia su acortamiento; *Duret*, que hacia lo mismo que el anterior después de sacar las anexos.

Winiwarter y *Riford*, describen un procedimiento, que consiste en atravesar ambos ligamentos anchos, en un sitio cercano al borde uterino y fijarlos á la pared abdominal.

Las operaciones sobre los ligamentos útero sacros, fueron hechas por primera vez por *Kelly*, quien atravesaba con una aguja con catgut estos ligamentos al nivel de su incersión uterina que luego anudaba, después de haberlos pasado, por debajo del peritoneo de la pared pelviana lateral correspondiente.

Las operaciones sobre los ligamentos redondos, son sin duda las más importantes y todas ellas están calcadas, en la célebre operación de *Alquié Alexander Adans*, sin rival, en cuanto á su exito, en aquellas retrodesviaciones moviles.

La via vaginal, casi no ha sido empleada en el acordamiento de los ligamentos redondos, pues solo se menciona, en los textos clásicos de ginecologia, la operación *Schauta*, quien, despues de hacer una colpoceoleotomia anterior, tomaba los ligamentos redondos, formando con ellos una ansa, cuyas ramas reunidas por puntos, eran suturadas por delante del útero.

La tecnica operatoria del procedimiento *Alquié Alexander Adans*, es la siguiente: se hace una incisión sobre el abdomen, á la derecha y

otra á la izquierda, ligeramente oblicuas de arriba abajo y de afuera adentro. de manera de caer sobre el canal inginal, el que abierto por su cara anterior deja al descubierto los ligamentos redondos. Hecho esto, se hace la reducción, de la retrodesviación uterina, por el ayudante, luego se traccionan estos ligamentos, lo más, que sea posible y se fijan, por puntos de catgut, que pasan por ambos pilares del canal y por el mismo ligamento. Luego se reseca la parte inservible y se sutura la piel.

Entre las numerosas modificaciones que ha sufrido este procedimiento tenemos las siguientes:

Casali, hace una incisión ùnica, que va desde un canal inginal al otro, por donde los pone en descubierto para luego fijar, después de traccionarlos, la parte excedente, al tejido conjuntivo que hay detras del pulvis.

Duret, hace una incisión curva de concavidad superior y liga los ligamentos redondos entre si, con catgut, obteniendo asi su acordamiento.

Edebohls y *Neirman*, fijan los ligamentos redondos, al canal inginal, en toda su extensión, al reconstruir su pared posterior, que destruyen *Chalat* emplea el mismo procedimiento.

Kocher, corta el ligamento redondo, en su incersión puviana, lo invierte hacia arriba y

afuera y luego lo fija á la cara externa de la aponeurosis del gran oblicuo.

Dóleris, lo mismo que *Martin*, fijan los ligamentos, á sus respectivos canales inginales, con suturas que pasan por debajo de la piel.

Ruggi, toma dos puntos equidistantes de cada ligamento redondo por donde los corta formando asi un ansa cuyas ramas reune con catgut.

Borde, hace un pliegue en el ligamento, por donde pasa una seda, cuya extremidad, pasando cerca del cuello uterino, va á unirse con la otra por medio de un nudo.

Polk, aviva la cara interna del ligamento, forma un ansa con él, y la adosa á la cara anterior del útero.

Algo parecido hace *Dudley*, quien aviva la cara anterior del útero desde la incersión del ligamento redondo, hasta el fondo de saco vesico uterino, en cuya superficie fija los ligamentos redondos en su porsión uterina.

Spinelli, secciona los ligamentos redondos, entre dos ligaduras de catgut, quedando asi, dos cordones que son fijados, uno á la cara anterior del útero y el otro á la pared abdominal.

Beck, despues de hacer un ojal en la serosa que cubre al ligamento redondo lo extrae por

ahi formando un ansa que no sutura á los planos peritoneal y musculo aponeurotico, sinó á la piel.

Doleris y *Richelot*, fijan á la herida abdominal, la porsión de los ligamentos redondos más proxima á la cara anterior del útero, de manera que viene á quedar suspendido el útero, en una forma semejante, á la de las gastro histeropexias.

Bardescu, emplea un procedimiento muy semejante al anterior, que consiste en lo siguiente: hace una laparotomia infra-umbilical trata los anexos y extrae los ligamentos redondos, por dos ojales trasmusculares, situados á ambos lados de la incisión mediana, formando con ellos ansas, que luego sutura al cerrar la incisión mediana.

Entre nosotros el procedimiento de acordamiento de los ligamentos redondos ha tenido sus imitadores, en efeccto Rosso, en su tesis inaugural, describe un procedimiento quirurgico empleado en el Hospital San Roque, que consiste en hacer una laparotomia infra-umbilical, después de la cual se priva al útero de sus adherencias, se le coloca en anteversión, se traccionan los ligamentos redondos que son fijados al angulo inferior de la herida, mediante catgut grueso y luego se cierra la pared abdominal con tres planos, dos profundos de catgut y uno superficial de seda.

El Dr. *Enrique Basterrica,* tiene un procedimiento propio, que consiste, en cortar entre dos pinzas los ligamentos redondos, cerca de su incersión uterina, (cinco centímetros) de tal manera, que resultan cuatro cabos ligamentarios, dos abdominales, que fija con catgut, á la cara anterior del útero, pasando por debajo de los cuernos uterinos y dos uterinos, que son fijados por la sutura de los planos peritoneal y músculo aponeurótico.

Los doctores *José M. Caballero* y *José Arce* emplean procedimientos propios, que difieren entre sí, en muy poca cosa, como lo veremos enseguida.

El Dr. *Caballero,* hace las siguientes modificaciones, al procedimiento primitivo: laparatomia mediana, trata los anexos y libera el útero, luego, perforando la fascia posterior y el peritoneo, al nivel del borde externo del músculo recto, con una pinza curva de forcipresura, introducida transversalmente á la herida operatoria, toma al través, de este túnel artificial, el ligamento redondo, á 7 centímetros de su incensión uterina y fija el asa ligamentosa á la aponeurosis del recto anterior y á la línea media, cuando se sutura el segundo plano. Esta operación se hace con cada ligamento redondo.

El Dr. *Caballero,* para apoyar su procedimiento dice, que él corrige un defecto, reproduciendo la realidad anatómica ó acercándose en lo posible, al mismo tiempo, que facilita el funcionamiento fisiológico, de los órganos comprometidos, por la retrodesviación uterina. Luego dice, que basta dar una ojeada, á la anatomía de los ligamentos redondos, para darse cuenta que sería difícil reproducir esta disposición alterada en la retrodesviación uterina, no empleando una técnica muy semejante á la de él.

Al compararlo con el procedimiento primitivo ó sea con el *Alexander,* dice que es muy superior, por cuanto no es un procedimiento ciego, permitiendo desprender las adherencias y corregir las lesiones de las trompas y ovarios que pasan muchas veces desapercibidas á pesar de un examen minucioso y atento.

No quiero dejar de llamar la atención, sobre este particular: en efecto he observado, que siempre se objeta al procedimiento *Alquié* ser impracticable en las retrodesviaciones aherentes, seguramente que no han de recordar estos señores, que su autor no trató de curar con él, sinó las retrodesviaciones móviles y que siendo extra peritonel, mal se podia ocupar en tratar los anexos.

El procedimiento del Doctor *José Arce,* es muy semejante al anterior y su tecnica operatoria es la siguiente: Hace una incisión transversal sobre la piel y tejido celular, luego incinde longitudinalmente hasta el peritoneo que abre.

Trata los anexos, que son tan frecuentemente atacados en esta entidad morbida que me ocupo, y movilisa el útero, hasta colocarlo en posición normal. Aisla el ligamento redondo, á su paso por el anillo inginal externo, lo toma con una pinza de Kocher y lo tracciona lo más posible, colocando una vez obtenido esto, un punto de catgut en U, que al mismo tiempo, que ocluye el orificio externo del canal inginal, fija solidamente á ese nivel, el ligamento. Lo mismo se hace del lado contrario.

Luego, cierra la herida, los planos profundos que llevan el asa formada á espensas del ligamento redondo, con catgut y la piel con crin ó garfios de Michel.

Si se mira con atención, se vé que este procedimiento, se acerca más á la verdad, anatomica, de que habla el Doctor *Caballero,* por cuanto en este procedimiento, el ligamento redondo es traccionado no por un tunel artificial, como en el procedimiento anterior, sinó por el mismo anillo inginal. Por otra parte el funciona-

miento fisiologico de la vejiga y el libre desarrollo que puede alcanzar el útero en caso de preñéz, es mucho más amplio, empleando este procedimiento, motivos á los que hay que agregar, los exitos operatorios obtenidos por su autor. Creo será uno de los procedimientos más seguros y eficaces en el tratamiento de las retrodesviaciones uterinas, siempre que no sean muy dolorosas, rebeldes recidivadas ó acompañadas de lesiones graves en los anexos, en cuyo caso creo que el mejor tratamiento, es la extirpación completa del útero (histerectomia total).

No he querido criticar, por separado estos distintos procedimientos quirúrgicos, empleados todos, con el objeto de corregir una porción viciosa del útero, por cuanto no me he creido con derecho para ello, pero esto no impide que, emita mi pobre opinión, en favor de los tratamientos que tienen su base, en el acortamiento de los ligamentos redondos tipo *Alquié Alexander, Adans,* por su tecnica tan sencilla.

BENJAMÍN GALARCE.

Marzo de 1908.

Buenos Aires, Marzo 26 de 1908

Nómbrase al consejero Dr. Juan A. Boeri, al Profesor titular Dr. Juvencio Z. Arce, y al Profesor suplente Dr. Alberto Peralta Ramos, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.° de la «Ordenanza sobre exámenes.»

E. Canton

R. S. Gómez

Buenos Aires, Marzo 30 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta n.° 1772 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Canton

R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Versión por maniobras externas.

II

Inconvenientes del acortamiento de los ligamentos redondos por fijación de los mismos á la linea media. (Doleris-Richelot).

III

La histeropexia abdominal procura una anteflexión del útero que no es normal, y si bien no impide la fecundación, puede hacer sentir sus efectos perjudiciales en el embarazo y en el parto.