UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AUGUSTO V. BLANCHET

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL H. RAWSON - EX-MENOR INTERNO DEL H. BOSCH
EX-MENOR Y MAYOR DEL H. PIROVANO

BUENOS AIRES

ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "LA UNIÓN". FREITES. GUASPARI & TORRÁ - TACUARÍ 125

1909

RETRODESVIACIONES UTERINAS

(TRATAMIENTO)

AÑO 1909 Nº. 2054

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

TRATAMIENTO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AUGUSTO V. BLANCHET

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL H. RAWSON - EX-MENOR INTERNO DEL H. BOSCH
EX-MENOR Y MAYOR DEL H. PIROVANO

BUENOS AIRES

ESTABL. GRÁFICO "LA UNIÓN". FREITES. GUASPARI & TORRÁ - TACUARÍ 125

1909

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice - Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTOS
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTOS

Académicos Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » OLHINTHO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. Antonio Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
» » Luis Güemes
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Araoz Alfaro
» » José R. Semprun
» » Abel Ayerza
» » Eufemio Uballes
» » Francisco Sicardi
» » Telémaco Susini
» » Nicasio Etchepareborda
» » Eduardo Obejero
» » Juan A. Boeri (suplente)
» » Juvencio J. Arce.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo)
» » Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoologia Médica.	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica, ...	» (Vacante)
Química Médica.	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada à la Medicina .	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva , ...	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
Semiología y ejercicios clínicos . .	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topogràfica.	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana. . .	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica.	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología.....	» CÁRLOS MALBRAN
Higigne Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Tirapéutica...	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología externa.....	» ORDULIO HERNANDEZ (Con lic.)
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Genecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifllográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÈ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FLANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
Patología interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal..	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Mèdica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDÍT
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica.....	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas		Catedráticos extraordinarios
Física Mèdica	DR.	JUAN JOSÈ GALIANO
Anatomía Patológica	»	JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	»	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	»	PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	»	TEÓFILO A. MORET
Clinica Quirúrgica	»	DANIEL J. CRANWELL AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	»	MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	»	JOSÈ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	»	BENJAMÍN T. SOLARI
Clíníca Pediátrica	»	ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	»	DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR.	D. J. GREENWAY
Física Médica	»	ALFREDO LANARI (en ejercicio)
Botánica Médica	»	RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	»	JULIO G. FERNÁNDEZ JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	»	LEOPOLDO URIARTE ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	»	FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	»	JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	»	ELISEO V. SEGURA
Potología externa	»	CARLOS ROBERTSON RICARDO S. GÓMEZ
Patalogía interna	»	RICARDO COLON PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmológica	»	ENRIQUE DEMARIA FRANCISCO LLOBET
» Quirúrgica	»	MARCELO VIÑAS MARCELINO HERRERA VEGAS JOSÉ ARCE
» Neurológica	»	MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	»	PEDRO BARBIERI
Clinina médica	»	LUIS AGOTE DAVID SPERONI JUAN J. VITON
» Obstétrica	«	ENRIQUE A. PARDO ENRIQUE ZÁRATE ARTURO ENRIQUEZ ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediàtrica	»	MANUEL A. SÁNTAS MAMERTO ACUÑA GENARO SISTO
» Génito Urinaria	»	BERNARDINO MARAINI
« Psiquiátrica	»	JOSÈ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía	» ADOLFO MUJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonada	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» MANUEL R. IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedrático sustituto
Farmacognósia y posología razonada	DR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejer.)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedràticos sustitutos
Parto Fisiológico y Clínioa Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNÁNDEZ
» » » » »	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patológía.....	DR. DEÓN PEREYRA
Cirugía, Protètica, Higiene, Materia Médica' Terapéutica dentarias, Medicinal Legal.....	» ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TÉSIS

DR. MARTIN REIBEL

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÌA DEL HOSPITAL RAWSON

A MIS PADRES

A MIS AMIGOS

LUIS PANIZZA Y CARLOS M. LAPUYOLE

A LOS SEÑORES MÉDICOS Y PRACTICANTES

DEL HOSPITAL PIROVANO

CAPÍTULO I

ANATOMÍA Y ESTÁTICA UTERINA

La variabilidad de las posiciones del útero en las diversas mujeres y aún en una misma mujer en diferentes momentos y distintas actitudes, ha hecho que los autores no estén de acuerdo sobre la estática de este órgano al estado normal.

El órgano de la gestación, normal, fuera de las épocas de embarazo, está todo contenido en la pelvis; su fondo no sobrepasando por consiguiente el estrecho superior.

Es un órgano hueco de paredes musculares gruesas que forma con el peritoneo que lo reviste un tabique transversal, dividiendo la cavidad pelviana

en dos compartimentos: uno anterior que contiene la vegiga y uno posterior donde está alojado el recto. Según que estos órganos, vegiga y recto estén llenos ó vacios obligarán al útero tomar posiciones variables dentro de los límites que le permitan sus medios de fijeza.

Estando la vegiga y el recto vacios y la mujer parada, al estado normal, el útero toma una posición que Testut-Jacob llaman *posición de equilibrio.* Aquí el cuerpo está acostado sobre la cara posterior de la vegiga, formando su eje con él de la vagina un ángulo abierto hacía adelante. A más de esta inclinación sobre el eje de la vagina, está ligeramente acodado hacía adelante sobre su cuello. Es esta la posición llamada anteversoflexión fisiológica del útero.

Es en esta posición que goza de movimientos hacia adelante, atrás y hacía los lados; movimientos siempre limitados por los medios de fijeza.

Son estos medios: los ligamentos, el peritoneo, los vasos y el periné.

Los medios de fijeza uterinos mantienen el órgano en su situación fisiológica actuando de un modo distinto: los ligamentos y el peritoneo lo tienen suspendido, mientras que el periné y las expansiones aponeuróticas que envainan los vasos del espacio pelvi-sulperitoneal le sirven de punto de apoyo y limitan sus movimientos de descenso.

Los ligamentos redondos van de los cuernos ute-

rinos á los grandes labios, donde se expanden después de haber seguido por el canal inguinal.

Están formados de fibras elásticas y musculares lisas que con su tonicidad normal se oponen á las retroflexiones. Son los que mantienen la matriz en su anteversoflexión normal.

Los ligamentos anchos son los verdaderos suspensores del útero y los encargados de limitar sus movimientos de lateralidad.

El perítoneo replegándose sobre la parte superior y posterior de la vagina, donde forma el fondo de saco de Douglas, recubre los repliegues aponeuróticos sacro-recto-génito-pubiano, forma los ligamentos útero sacros ó repliegues de Douglas, que unen el recto al istmo uterino y á la base de la vegiga; sirven de sostén al útero, se oponen á su desplazamiento hacia la sónfisis pubiana y á su descenso.

Después de formado el fondo de saco de Douglas, el perítoneo recubre la cara posterior del útero, su fondo y su cara anterior para replegarse después sobre la vegiga y formar el fondo de saco résico-uterino. En los bordes del útero las dos hojas peritoneales se adosan para formar el ligamento ancho é insertarse en el hueso ilíaco, dividiendo así la pelvis en dos alojamientos como dijimos anteriormente.

En el ligamento ancho están comprendidos tres

órganos importantes: el ligamento redondo, el ovario y la trompa.

El periné es el punto de apoyo más eficaz de los órganos pelvianos; su desgarradura ó la pérdida de su tonicidad es el punto de partida de los prolapsos de los órganos genitales.

CAPÍTULO II

RETRODESVIACIONES

Siempre que el útero tome una posición permanente tal, que su eje forme con el de la vagina un ángulo abierto hacia atrás, hay una retrodesviación.

Según que sea todo el órgano, cuerpo y cuello que ha basculado hacia atrás ó el cuerpo solo, se tratará de retroversión ó retroflexión. En el primer caso el cuello ha sufrido un desplazamiento, ocupa el fondo de saco anterior de la vagina; en el segundo ocupa su situación normal y el cuerpo está acodado sobre el cuello.

Hay casos en que el cuerpo está acodado sobre

el cuello y este ocupa el fondo de saco vaginal anterior; es una retroversión combinada con una flexión del cuerpo: retro-versoflexión.

Estas variedades tienen todas una misma etiología, los mismos síntomas, su pronóstico y tratamientos son los mismos, los consideraremos bajo el título común de retrodesviaciones.

Las retrodesviaciones uterinas son congénitas ó adquiridas.

Las primeras son raras; parecen ser debidas á una persistencia de este órgano al estado infantil. En esta época el eje del útero no tiene la dirección del eje de la pelvis como en la edad adulta sino que sigue él de la vagina. Una falta de alargamiento de la vagina durante el desarrollo de la pelvis impide al útero ejecutar su movimiento de anteversoflexión fisiológica y esto ayudado por la masa intestinal que hace actuar su peso sobre la cara anterior exagerando así la retrodesviación.

Las adquiridas, de mucho más frecuentes, son las que nos ocuparán; se observan con más frecuencia durante el período genital de la mujer, están intimamente relacionadas con el parto y el aborto.

Son raras las retrodesviaciones producidas por un tumor que ocupe la cara anterior del útero.

En la producción de estas afecciones entran en juego el útero y sus medios de fijeza.

Después de un parto ó un aborto, el órgano de

la gestación, grande, congestionado y pesado, ocupa una posición viciosa por la menor causa.

Los ligamentos, alargados por la gestación, no se han retraído lo suficiente para limitar los desplazamientos uterinos y lo dejan en una posición anormal.

Si son los ligamentos redondos y los útero-sacros los que han perdido su tonicidad y alargado, el fondo del útero pesado caerá hacia atrás y el cuello se irá hácia la sínfisis pubiana, constituyendo la retroversión.

Si los ligamentos útero-sacros no han cedido y si los redondos, el fondo del útero cae hacia atrás, el cuello queda en su posición normal y tendremos una retroflexión.

Así constituídas las lesiones, el útero puede volver á su posición fisiológica por maniobras practicadas y un tratamiento apropiado. En caso contrario se forman adherencias entre el fondo del órgano, con los anexos y órganos vecinos por un proceso de pelviperitonitis circunscrita, quedando constituidas las retrodesviaciones fijas.

En la edad avanzada las retrodesviaciones son debidas á las desgarraduras ó al relajamiento del periné, ó una atonía de los elementos de fijación por la desnutrición de estos órganos. Coinciden amenudo con la esplanoptosis.

Algunas retrodesviaciones fijas son aparentemente movibles; la causa estriba en que al tratar

de enderezar la matriz el ginecólogo se lleva la pared anterior del recto, la reducción no siendo por consiguiente más que aparente.

Estudiaremos aquí la posición del útero y las lesiones concomitantes.

En las retroversiones, el útero ha sufrido un desplazamiento total: el cuerpo tiene su eje desviado no siguiendo ya él de la pelvis; su fondo se ha ido hacia atrás y el cuello se ha desplazado hacia adelante. Es natural que entre la retroversión extrema en que el fondo del útero se encuentra en el fondo de Douglas y la retroversión lijera en que el cuerpo no forma la anteversoflexión ligera normal hay todas las graduaciones intermedias.

En la retroflexión el cuello no se ha movido de su posición, solo el cuerpo ha basculado hacia atrás y forma un ángulo de acodamiento. Las retroverso flexiones son una combinación de las dos anteriores. El cuello ha sufrido un desplazamiento hacia adelante y el cuerpo ha caído hacia atrás acodado sobre el cuello.

A más de las desviaciones encontramos al útero congestionado, aumentado de peso y de volúmen. Al principio el peritoneo está intacto, más por el proceso inflamatorio que se propaga se forman adherencias celulosas primero, fibrosas después, entre el fondo del útero y los órganos vecinos, lo que trae la fijeza de la retrodesviación.

Los anexos con suma frecuencia presentan lesiones inflamatorias, antiguas ó recientes propagadas por el útero. Hay lesiones de ovaritis escleroquística ó purulenta, salpingitis, etc. A esto se agrega muchas veces el prolapso de los anexos por la formación de bridas que los tironean hacia abajo.

Los ligamentos han perdido su tonicidad y están alargados. El periné no desempeña ya su papel de sostén del útero.

Síntomas. — Los dividiremos en funcionales y físicos. Entre los primeros observamos fenómenos locales debidos á la compresión y los fenómenos reflejos. La paciente se queja de dolores lumbares, en el hipogastrio irradiados á las ingles; sensación de peso en el periné. Casi siempre hay constipación; la defecación es amenudo dolorosa. Hay con frecuencia disuria, polakiuria alternada con retención de orina, por la compresión del cuello uterino sobre el cuello vesical en las retroversiones.

Son muy frecuentes los trastornos nerviosos de causa refleja. Las enfermas pierden su buen humor, se vuelven hipocondríacas, exitables, sobre todo durante los períodos menstruales. Los transtornos digestivos, la denutrición y el desfallecimiento general no son raros.

Como siempre hay metritis, la menstruación es

más ó menos trastornada; las reglas aumentan de duración, se hacen irregulares y dolorosas.

Las retrodesviaciones son con frecuencia causa de esterilidad; sin embargo se han visto algunas curar por el embarazo. Lo más frecuente es que el embarazo termine por aborto.

Síntomas objetivos. — Al exámen, practicando el tacto vaginal, un tumor redondeado, liso, situado en el fondo de saco vaginal posterior.

A la palpación hipogástrica combinada con el tacto vaginal, se constata que el útero no ocupa su posición normal.

En las retroversiones el cuello se palpa en la continuidad del cuerpo; en las retroflexiones se siente un surco bien marcado entre el cuerpo y el cuello. El útero es doloroso á la palpación.

Se podrá corroborar esta posición del útero por la histerometría ejecutada con prudencia, siempre que no se sospeche un embarazo.

En la sintomatología de estas afecciones no encontramos siempre las mismas formas clínicas. Algunas mujeres puede decirse que llevan su desviación al estado latente, Por casualidad en el exámen de una paciente, el médico encuentra una retrodesviación que nada había hecho sospechar. En las mujeres viejas se observa con frecuencia esto. Lo más común es observar el sindrome ute-

rino, debido á la metritis y á las lesiones anexiales; la retrodesviación por sí sola no trae trastornos si no va acompañada de lesiones inflamatorias del útero y anexos.

En fin tenemos una forma en que predominan los fenómenos nerviosos; aquí en general los síntomas son debidos menos á las desviaciones que á las lesiones de ovario.

Diagnóstico. — Se deduce del exámen de la enferma. Los síntomas funcionales son insuficientes para hacer un diagnóstico de retrodesviación.

Con un fibroma no se confunde porque es más resistente, indoloro y se halla el útero en otro sitio. La histerometría nos sacaría de la duda.

Con un hematocele se distinguirá por su forma menos fácil de determinar y otros síntomas propios de esta afección. Con las lesiones anexiales por el tacto vaginal combinado con la palpación hipogástrica se llegará á determinar la verdadera naturaleza de las lesiones. El histerómetro estará siempre para ratificar ó rectificar el diagnóstico, siempre que sea posible.

Por último se investiga si el útero es móvil, movilizable ó adherente. En el primer caso el órgano cambia de posición con las diversas actitudes de la enferma, ayudado por los dedos que introducidos en la vagina, en el fondo de saco posterior,

rechaza el útero hacia adelante. En el segundo hay adherencias laxas que fijan su fondo, con un poco de esfuerzo se pueden romper y movilizarlo. En fin cuando hay fuertes bridas fibrosas no es más posible desplazarlo sin maniobras peligrosas.

Marcha. — Estas afecciones algunas veces evolucionan expontáneamente hacia la curación; á pesar de la persistencia de la desviación los trastornos desaparecen por la curación de la metritis y de las lesiones anexiales. Lo más común es que se produzca una agravación de los padecimientos de la enferma, librando la afección á su evolución expontánea.

Las retrodesviaciones movibles y reductibles al principio se hacen después fijas. La metritis entra entonces en juego con todo su cortejo sintemático y acompañada de lesiones de anexos. Las enfermas desfallecen constantemente, vienen luego las complicaciones del lado de la vegiga, del recto que pueden poner en serios peligros, la vida de las enfermas.

Pronóstico. — En sí mismas las retrodesviaciones no son graves, pero sí por las complicaciones y por la dificultad en tratarlas. La frecuencia del aborto y sus consecuencias debe tenerse muy en cuenta en el pronóstico de estas afecciones.

CAPÍTULO III

TRATAMIENTO

Método no sangriento. — El tratamiento de las retrodesviaciones no es de los más sencillos y amenudo es dificil curar una mujer con su matriz desviada.

Todo tratamiento debe comprender los tres puntos siguientes: 1º reducir la desviación; 2º mantener el útero reducido y 3º tratar las lesiones concomitantes.

Nos ocuparemos en primer lugar de los procedimientos no sangrientos. Comprenden la reducción manual ó instrumental.

Se puede corregir la desviación colocando la

mujer en posición genu-pectoral, de modo que la pelvis quede elevada y el torax bajo; el útero bascula entonces y se pone en su situación normal por su propio peso; esta basculación del útero es facilitada separando las paredes vaginales con los dedos ó un espéculum de modo que el órgano goza de mayor movilidad estando distendidos los fondos de saco por el aire que ha penetrado en la vagina. Se aconseja á la enferma que adopte esta posición un corto tiempo todos los días y si es posible que duerma en decúbito abdominal.

En algunos casos de retrodesviaciones recientes en que el útero es muy móvil, sin adherencias, se puede conseguir curar la desviación, coadyuvado con el tratamiento de la metritis.

La reducción manual por el procedimiento de Schultze es frecuentemente empleado y con éxito en algunos casos.

El procedimiento es el siguiente: se anestesia la paciente, para evitar que las contracciones de la pared abdominal dificulten la maniobra de reducción. Con los dedos de una mano en el fondo de saco posterior de la vagina se levanta el cuerpo del útero caido; la otra mano en el hipogastris deprime la pared del abdomen y buscando el fondo del útero lo lleva hacia adelante hasta quedar detrás del pubis. Se puede también hacer bascular con los dedos en el fondo de saco anterior haciendo presión sobre el cuello.

Una vez reducido el útero á su posición normal es necesario mantenerlo en esta actitud. Para esto se pueden usar los pesarios, la columnización de la vagina y los tallos intrauterinos de Lefour.

Los pesarios más usados son: él de Dumontpalier que no es más que un anillo que introducido en el fondo de la vagina aprisiona en su luz el cuello uterino, teniendo como punto de apoyo las paredes vaginales que deben ser resistentes; el pesario de Hodge es de doble curvadura, tiene su parte posterior más agrandada que debe aprisionar el cuello; se coloca de modo que su punto de apoyo sea la pared anterior de la vagina. Hay á más los de Gaillard Thomas y de Schultze, menos usados.

Estos aparatos tienen el inconveniente de que solo pueden emplearse en las retroversiones, pues en las retroflexiones estando el cuello bien la desviación no queda corregida, siendo el órgano flexible.

En las retroflexiones se puede usar con ventaja el tallo de Lefour.

Como se ve esto es un procedimiento muy simple á primera vista, reducción manual y mantenimiento por esos diversos aparatos; pero para reducir es necesario que el útero no tenga adherencias y si tiene que opongan débil resistencia á su ruptura, en caso contrario es una maniobra

que no conviene por el peligro de reavivar el proceso inflamatorio.

Una vez el útero reducido y contenido se tratan las lesiones concomitantes, metritis, etc., que siempre cederán con mayor facilidad que cuando está desviado. Es necesario frecuentes lavages vaginales y á pesar de eso los pesarios se incrustan con frecuencia, ó pierden su buena posición, lo que es necesario verificar de tiempo en tiempo, si llenan su objeto. Muchos provocan dolores porque no siempre es posible encontrar uno que se adapte perfectamente á la mujer que lo va usar y se hacen intolerables. Algunas enfermas de fondo neuropático no toleran ningun cuerpo extraño en la vagina.

Para que los pesarios mantengan el útero reducido es menester contar con la integridad del periné, de lo contrario falta el punto de apoyo. De ahí la necesidad de la restauración del periné cuando se desee emplear estos aparatos.

En el mejor de los casos será necesario que la enferma lleve el pesario de seis meses á un año, lo que no todas están dispuestas hacer.

Con este método se han obtenido resultados variables. Sänger ha obtenido sobre 57 casos, 10 por ciento de curaciones y 40 por ciento de mejorías. Bouilly con el pesario de Hodge modificado, parece haber sido más feliz; sobre 130 casos ha obtenido 105 curaciones, 12 fracasos y en 13

enfermas no se ha corregido la desviación porque se reproducía inmediatamente después de sacar el pesario, pero las molestias habían desaparecido.

Teniendo en cuenta que solo las retrodesviaciones movibles son susceptibles de ser tratadas por este procedimiento, la duración del tratamiento es largo, molesto, que su resultado es inseguro y que las lesiones de anexos no pueden ser tratadas convenientemente, se reservará este método para aquellas enfermas en que sea imposible recurrir á los procedimientos que luego describiremos.

Métodos sangrientos. — Conocidos los métodos no sangrientos en el tratamiento de las retrodesviaciones, con sus indicaciones y resultados vamos á pasar en revista los numerosos métodos sangrientos.

Los procedimientos empleados, numerosisimos, tienen todos por objeto la fijación del útero en la posición normal ó la más próximo á la normal. Unos lo fijan directamente, otros por acortamiento de los ligamentos redondos.

Los métodos que fijan directamente el útero los constituyen las histeropexias; vaginal y abdominal.

Como procedimiento primitivo de histeropexia vaginal se ha practicado la cauterización del fondo de saco vaginal posterior con hierro al rojo; por retracción cicatricial el cuello uterino es tiro-

neado hacia atrás y puede traer una corrección de la retroversión, si no habia adherencias del fondo del útero. Salta á la vista que este procedimiento no puede emplearse en lo úteros flexibles; por otra parte produce una cicatriz retráctil que no deja de tener sus inconvenientes para el embarazo y el parto.

Se han propuesto muchas intervenciones modificando las inserciones vaginales sobre el cuello, con el fin de obtener una histeropexia vaginal ó vagino-fijación todas ellas defectuosas. Las únicas dignas de tenerse en cuenta son las operaciones de Dührsen, de Mackenrodt y de Le Dentu.

La vaginofijación de Dührsen se practica como sigue: se incinde el fondo de saco vaginal anterior próximo á su inserción y transversalmente, en la extensión de un centímetro. Tomando con una pinza el labio superior de la herida se agranda esta con tijera hasta poder introducir el dedo indice que desprende la vegiga del útero. Con un histerómetro introducido en el útero se rechaza el fondo hacia adelante hasta que el operador lo toque con su dedo izquierdo introducido en la herida. Se pasa un hilo de seda transversalmente en la pared anterior para fijarlo y tirarlo hacia la herida; se van colocando después más arriba uno ó dos hilos más, hasta que aparezca el fondo; conseguido esto se colocan tres hilos de seda que son los que van á mantener la fijación; con la

aguja se atraviesa la pared vaginal en el colgajo superior verticalmente hacia arriba, se atraviesa la pared anterior del útero en el sentido longitudinal, se anudan y cortan á ras. Se sutura la herida con catgut.

Mackenrodt fija el útero á la vegiga en vez de fijarlo á la vagina. Incinde longitudinalmente la pared anterior de la vagina, desprende la vegiga del útero y abre el fondo de saco peritoneal vésico-uterino, sutura el peritoneo que recubre la vegiga con el fondo del útero y por último sutura la pared vesical desprendida del cuello uterino á la cara anterior del útero hasta el orificio interno. Se sutura luego la incisión vaginal.

Le Dentu practica la vaginofijación como sigue: con una pinza tira el cuello uterino hacia la vulva; coloca en la pared anterior de la vagina tres pinzas, una á un centímetro por detrás del meato, y dos á derecha é izquierda sobre la vagina. Incinde la vagina de delante atrás empezando á dos centímetros del meato y terminando á un centímetro del cuello; diseca la pared vaginal de la vegiga en una extensión de dos centímetros de cada lado y separa el bajo fondo de la vegiga del cuello. Con un histerómetro introducido en el útero lo hace bascular hacia adelante hasta que su fondo sea accesible y abre el fondo de saco vésicouterino para explorar si hay adherencias, rompiéndolas si son laxas.

Se colocan luego hilos que tienen por objeto bajar el útero. Se procede entonces á la fijación pasando seis ú ocho puntos, pasando la aguja á través del labio izquierdo de la herida, á través de la cara anterior del útero y luego á traves del labio derecho de la incisión; se anudan así los hilos algunos comprendiendo la cara anterior del útero y otros solo la pared vaginal, llevando el último punto lo más alto posible en el útero.

Estas operaciones parecen muy fáciles de practicar, pero no es así. La de Dührsen con su incisión da muy poca luz y el útero sale de una posición viciosa para quedar en otra que aunque no es tan mala no es la situación que es de desear; queda en una anteflexión exagerada cuyos inconvenientes para el embarazo saltan á la vista. El útero tendiendo á alejarse de su punto de fijación tironea las adherencias hasta hacerlas ceder, en caso que no cedan el aborto es casi siempre el resultado de esta anteflexión. Y entre los pocos embarazos llegados á término muchos han terminado por partos distócicos.

La operación de Mackenrodt es indudablemente superior á la de Dührsen en cuanto á resultados obstétricos, por cuanto el útero no queda tan fijos en anteflexión, pero con mucha frecuencia se han visto heridas de vegiga pués la disección de este órgano no es siempre fácil. Como la anterior tiene el inconveniente de que no rompe las

adherencias retrouterinas, no pudiendo emplearse sino en las desviaciones móviles.

Como facilidad para llevar á cabo, el procedimiento de Le Dentu es indudablemente el mejor; el resultado ortopédico es superior á los anteriores; tiene la ventaja de abrir el fondo de saco vésico-uterino y romper las adherencias si son débiles, en caso contrario vale más abstenerse ú obrar con mucha prudencia.

Con cualquiera de estos procedimientos las lesiones de anexos se pasan por alto, lo que resulta un inconveniente de la más alta importancia. Cuando hayamos visto los demás métodos de tratamiento nos daremos cuenta de que si estas operaciones están abandonadas es con sobrada razón.

Histeropexia abdominal. — Llamada también gastro-histeropexia ó ventrofijación, es la fijación de la matriz á la pared abdominal anterior. Es otra forma de fijación directa.

Varios procedimientos se emplean. Citaremos los más usados: el de Terrier, el de Pozzi y el de Legueu.

Todos ellos hacen laparotomía mediana suprapubiana, libran el útero de sus adherencias, tratan convenientemente los anexos si hay lugar á ello y lo fijan á la pared abdominal. Es esta última

parte de la intervención que los autores citados practican distintamente.

Terrier después de haber colocado el útero en la posición deseada lo fija con tres hilos de seda fuertes: el 1o. penetra todo el espesor de la pared abdominal, excepto la piel, de fuera adentro, del labio derecho de la incisión, toma luego la pared anterior del útero á la altura del istmo y penetra la pared abdominal, lado izquierdo de la incisión de dentro afuera excepto la piel; coloca después los otros dos hilos más arriba, en la misma forma, de modo que el tercero esté cerca del fondo. Anuda los tres hilos y cierra la pared abdominal.

Pozzi cierra la pared abdominal con un surjet empezando por el ángulo inferior de la herida, comprendiendo toda la pared; llegado á la altura deseada donde tiene el útero fijado con una pinza por el ayudante, incluye en el anza de seda una capa superficial de la pared uterina y así varias anzas, continua después suturando la pared abdominal hasta el extremo superior de la incisión.

Legueu suspende el útero por tres hilos transversales, independientemente de la sutura abdominal; con evidente ventaja porque los hilos no comprimen absolutamente la cara anterior del útero.

Se procede como sigue: se cortan tres hilos de seda de unos 70 cms, que con una aguja de Reverdin se pasan dobles, escalonados en la cara

anterior del útero, de modo que comprenda peritoneo y un poco de tejido muscular, no llegando el más alto hasta el fondo para dejarlo libre. Pasada el anza de hilo se corta en el extremo, quedando así seis hilos á los que se hace atravesar la pared abdominal de atrás adelante á un centímetro de distancia, cada extremo del lado correspondiente de la herida. Se anudan luego los hilos que atraviesan juntos la cara anterior del útero y se cierra la cavidad abdominal.

Como puede verse la histeropexia abdominal se una intervención sumamente fácil de practicar. Veamos sus resultados.

Se le ha objetado el inconveniente de abrir la cavidad peritoneal, lo que expone á graves peligros. Esta objeción no tiene valor ninguno en la actualidad, si bien antes era de peso; hoy con la asepsia el peligro de peritonitis es muy remoto y la laparotomia antes de ser un inconveniente es una ventaja grande porque permite al cirujano librar el útero de sus adherencias y tratar los anexos.

El resultado ortopédico es excelente, el útero queda en una buena posición, la vegiga que parecería estar comprimida entre el pubis y el útero no sufre mayormente, pués no hay trastornos por ese lado y sea por el enderezamiento ó por el tratamiento de los anexos, las enfermas dejan de padecer.

El resultado obstétrico deja mucho que desear y las estadísticas son concluyentes al respecto. Es frecuente el aborto por el obstáculo que ofrece la pared anterior del útero á su distensión y con suma frecuencia cuando el embarazo llega á término las malas presentaciones son el resultado de la irregular distensión de las paredes uterinas. Se producen tironeamientos dolorosos á la altura de la cicatriz que hacen el embarazo muy penoso.

Milander cuenta sobre 74 embarazos, 6 abortos y 3 partos prematuros; en los embarazos á término observó 3 presentaciones de hombro y una de nalga. Resultados parecidos han obtenido otros autores.

La duración del parto es casi siempre prolongada, las contracciones uterinas son irregulares, poco enérgicas; la dilatación del cuello se hace con suma lentitud.

A eso solo no se reducen los inconvenientes de las gastro-histeropexias: el alumbramiento se hace con dificultad por la desigual retracción de las paredes uterinas, causada por la adherencia de la pared anterior al abdómen, las retenciones de placenta son muy frecuentes, las hemorragias abundantes.

Esto es muy digno de tenerse en cuenta para reservar las histeropexias abdominales solo á las mujeres que hayan pasado su período genital.

Operaciones plásticas. — Basado en que la pared anterior del útero es más larga que la posterior, en las retroflexiones especialmente, Thiriar ha ideado un procedimiento disminuyendo la longitud de la pared anterior; es la cúneo-histerectomía.

Janesco practica la cúneo-histerectomía por vía abdominal, reseca un segmento cuadrangular de la pared uterina anterior sin tocar la mucosa. Sutura y queda el útero en anteflexión.

Elisher la practica por vía vaginal, lo que siempre es un inconveniente porque no se tocan para nada los anexos y solo puede practicarse en las retrodesviaciones móviles.

Estos procedimientos han sido poco empleados hasta ahora, no hay estadística y los resultados poco conocidos. De cualquier manera estas operaciones tienen el inconveniente de practicarse en la misma pared uterina; no se podrán llevar á cabo en mujeres embarazadas, á más queda una cicatriz en el músculo uterino que siempre debe evitarse en lo posible.

Acortamiento de los ligamentos redondos.— Estas intervenciones tienden á hacer desaparecer la causa de las retrodesviaciones, el alargamiento de los ligamentos redondos.

El procedimiento primero es él de Alquié-Alexander-Adms, que consiste en hacer un acorta-

miento extraperitonal de los ligamentos redondos. La técnica es muy simple, se hace una incisión como para la hernia inguinal, se busca el ligamento á su salida por el anillo inguinal externo, de ambos lados; tirando los ligamentos redondos el útero se pone en anteflexión fisiológica, que puede facilitarse introduciendo en él un histerímetro, porque si la retrodesviación fuese mucha tirando los ligamentos podrían exagerarla. Conseguida la corrección de la desviación se fijan por unos puntos de catgut los ligamentos á las aponeurosis que forman el canal inguinal.

Muchas veces es difícil hallar el ligamento á su salida por el anillo inguinal porque sus fibras se expanden prematuramente para perderse en los grandes labios, en ese caso es necesario incindir la pared anterior del canal hasta encontrar el cordón que forma el ligamento.

Este método reproduce con más exactitud que ningún otro la situación normal del útero, pero solo es aplicable á los casos de retrodesviación pura sin adherencias, ni lesiones de anexos. Sus indicaciones son por consiguiente muy restringidas.

Los procedimientos de acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondo son numerosísimos.

Como para las histeropexias abdominales todos hacen laparotomía mediana suprapubiana.

El de Wylie consiste, después de abierto el

peritoneo, en tomar uno de los ligamentos redondos á igual distancia entre el pubis y el cuerno uterino, tirarlo hacia afuera por la herida abdominal, avivar la cara interna del pliegue formado levantando el ligamento raspando el peritoneo á este nivel. Asegura la soldadura por tres ligaduras de seda alrededor del pliegue así formado comprendiendo lo más posible del ligamento redondo; cierra la herida y coloca un pesario de Smith.

Ruggi emplea un procedimiento muy parecido; con una aguja curva con catgut atraviesa el ligamento redondo cerca de su entrada en el canal inguinal y sobre el repliegue peritoneal que lo rodea; se hace un nudo en la punta del catgut, después se hunde la aguja en el ligamento redondo cerca del cuerno uterino, se aproximan las dos partes del ligamento atravezadas por el catgut y se hace una sutura continua doble para mantenerlos.

Mathieu toma el ligamento redondo con dos pinzas, de modo que queda dividido en tres partes iguales; hace llevar el acortamiento sobre las partes interna y externa, el tercio medio no participa. Se tiene así dos ansas á convexidad externa en vez de una como en él de Wylie.

Polk sutura los ligamentos redondos entre sí en forma de X, los aviva cerca de la extremidad uterina, los lleva delante del útero y los acoda hacia adentro; en el vértice del ansa los reune

uno al otro con un hilo resistente. El pliegue aquí es interno con relación al útero, en los procedimientos anteriores era externo.

Dudley aviva la cara anterior del útero en su borde y la cara anterior del ligamento redondo correspondiente que fija á la cara uterina hasta el fondo de saco vésico uterino. Por este procedimiento el útero no queda ya fijo por sus cuernos sino por la proximidad del istmo y es muy frecuente observar después retroflexiones. Para salvar este inconveniente Badouin sutura los ligamentos redondos en forma de Λ á la cara anterior del útero de modo que la fijación queda alta.

Beck practica la ligamentopexia abdominal. Busca los ligamentos redondo después de laparotomía, los libra de la serosa y los sutura uno con otro en una longitud de ocho á diez centímetros. Se forma así un cordón cuya extremidad superior bifurcada va á unirse al cuerno uterino y cuya extremidad inferior también bifurcada va á los anillos inguinales. Saca después el cordón hacia afuera de la herida abdominal de modo que sus extremidades correspondan á las extremidades de la herida. Sutura el peritoneo, la capa músculo aponeurótica excluyendo la cuerda ligamentosa de la pared abdominal.

Dartigues ha ideado un nuevo procedimiento: es la ligamentopexia retrouterina ó subtuboovárica. En un primer tiempo después de laparotomía, hace

la transisficción del ligamento ancho en la zona avascular subtuboovárica; rebate el útero adelante hacia el pubis y extiende el ligamento ancho con una pinza, lo perfora en el ángulo que forma el borde lateral uterino de un lado, la trompa y el ligamento úteroovárico por otro; en una zona desprovista de vasos y cuya transparencia no deja dudas á este respecto. En un segundo tiempo hace la prehensión del tercio inicial del ligamento redondo delante del ancho; el útero es echado hacia atrás y con la pinza de transficción se toma delicadamente á tres centímetros del cuerno uterino el ligamento redondo revestido de su repliegue peritoneal. En un tercer tiempo pliega el ligamento redondo tomado sin tironeamiento de la pinza de transficción bajo el ángulo úteroovárico; el ligamento redondo es llevado hacia atrás á través del ancho, constituyendo un pliegue ó mejor dicho un ansa ligamentosa que es fácil ligar con una semejante del lado opuesto. El cuarto tiempo es de adosamiento ligamentoso retrouterino; con una aguja Reverdin se pasa un hilo de catgut que une las dos ansas ligamentosas retrouterinas de los ligamentos redondos.

Cugno trae 5 casos operados por este procedimiento, en todas las retrodesviaciones ha sido corregida pero no habla de los resultados obstétricos. Salta á la vista que por el embarazo los ligamentos redondos deben sufrir una distensión enorme que

dificilmente podrán recobrar su retractilidad normal. No creo que sea necesario practicarla para ver que su resultado no ha de ser el ideal.

Entre nosotros el Dr. Bazterrica emplea un procedimiento propio. Laparotomisa, secciona los dos ligamentos redondos á más ó menos cinco centímetros de su extremidad uterina; sutura los cabos periféricos al útero próximo á su punto de inserción y los cabos uterinos á la herida abdominal. Este procedimiento adolece del defecto de tener que suturar á la pared uterina, lo que es un inconveniente en caso que se intervenga en una mujer embarazada.

Doleris hacia un acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos fijándola á la pared abdominal en el extremo inferior de la herida operatoria. Quedaba el útero puede decirse suspendido en un solo punto por los dos ligamentos redondos. Más tarde con el fin de hacer más sólida esa fijación modificó su procedimiento alejando los ligamentos á un centímetro de la incisión mediana. Es indudable que la operación de Doleris es la mejor de las que hemos pasado en revista, porque el útero queda fijo por la porción más resistente de los ligamentos, que es el segmento más posterior. Tiene el inconveniente de aprisionar la vegiga y en caso de embarazo la pared uterina anterior queda dificultada en su desarrollo. Se han observado con ella algunas obstrucciones

intestinales. Entre nosotros el Dr· Zabala ha tenido un caso en una enferma operada por el procedimiento de Doleris.

Otro procedimiento que se aproxima de Doleris modificado es el de Bardescu quien después de laparotomía mediana, desprendimiento de adherencias, etc., hace un ojal á través de la aponeurosis anterior del recto, á través del músculo y del peritoneo; saca por ese ojal, con una pinza, el ligamento redondo que fija á la aponeurosis con un punto al mismo tiempo que cierra el ojal; procede del mismo modo del otro lado. Al cerrar la pared abdominal incluye nuevamente el ligamento en la sutura.

Spaeth con el fin de alejar la fijación de los ligamentos, de la linea media, hace la incisión transversal de Pfannenstiel; perfora la pared abdominal cerca del anillo interno del canal inguinal, saca por allí el ligamento redondo y con un punto de sutura cierra la herida y fija el ligamento delante de la aponeurosis.

Capítuto IV.

OPERACIÓN DE CABALLERO

El Dr. Caballerro practica la neoinserción de los ligamentos redondos de un modo parecido á Bardescu. Hace laparotomia mediana é infraumbilical á tres centímetros por encima del pubis; moviliza el útero desprendiendo las adherencias si hay y trata los anexos. Toma con dos pinzas de Kocher las dos ligamentos redondo á 6 ó 7 centímetros de su inserción uterina y los entrega al ayudante. Con una pinza de forcipresura fuerte penetra en la parte más baja de la incisión entre el músculo recto del abdomen y su aponeurosis anterior; poniendo al curva de la pinza que mire para abajo

perfora la fascia posterior y el peritaneo en el borde externo del recto de modo que la punta aparezca en la cavidad peritoneal, muy próximo al orificio interno del canal inguinal. Abre luego la pinza sin retirarla del túnel así creado; el ayudante acerca un ligamento que es tomado por el operador al ras de la pinza de Kocher que lo tiene fijo. Se retira la pinza arrastrando el ligamento con ella á través del túnel; esto se hace de ambos lados y se fija el ligamento por un punto en U á la aponeurosis anterior del recto y otro punto que una las dos ligamentos entre sí. Después se cierra la pared abdominal.

Esta operación es una modificación del procedimiento Doleris; tiene de este lo bueno que es la laparotomía y la separación de los ligamentos redondos, pero Doleris se ha quedado corto en esa separación que no es más que un centímetro de la incisión abdominal, lo hizo con el solo objeto de dar mayor solidez á la fijación del útero, siendolo por dos puntos en vez de uno solo como en procedimiento primitivo.

Con la neoinserción de los ligamentos redondos los resultados terapéuticos son tan buenos como con cualquier otro procedimiento en que se practique también la laparotomía, sea por la nueva posición que se ha dado á la matriz, lo que facilita sobremanera la curación de la metritis ó por el tratamiento que se ha hecho de los anexos; las

enfermas dejan de sufrir, sus reglas se hacen regulares é indoloras y el estado general se levanta muy pronto.

Las complicaciones de la laparotomía: peritonitis, fistulas, etc. no pueden ya temerse en estos tiempos si se hace según las reglas de la asepsia.

El resultado ortopédico de esta operación es exelente; es indudable que de todos los procedimientos que hemos citado es este el que fija el útero en una posición que se apróxima más á la normal. Existe un espacio preuterino que permite á la vegiga distenderse con facilidad. En cuanto á solidez no hay nada que objetarle, supera á los procedimientos de Wylie, Ruggi, Mathieu, Polk, etc. porque estos autores practican el acortamiento sobre la parte más resistente del ligamento redondo, doblándolo la parte próxima al útero que es la más musculosa y que no cede, dejando la parte anterior más débil encargada de mantener al órgano en su posición, con lo que son frecuentes las recídivas. A más con este procedimiento el útero goza de cierta movilidad y gracias al espacio preuterino suficientemente amplio no se observan estrangulamientos intestinales como pasa con el de Doleris.

A eso no se reduce la superioridad de la operación de Caballero sobre las demás. Es en sus resultados obstétricos que este procedimiento no puede compararse con ninguno de los anteriores.

En efecto, durante la preñez la cara anterior

á cargo del Dr. Martin Reibel, se practica esta operación desde fines de 1904 y los resultados son como puede observarse por los cuadros adjuntos, excelentes.

El Dr. Reibel practica la operación de Caballero no solo para las desviaciones retrouterinas sino también en los prolapsos vaginouterinos; acompañadas algunas, de operaciones plásticas sobre la vagina y el periné ó con la neoinserción de los ligamentos redondos sola. Ha tenido dos recídivas en mujeres viejas (una no está en el cuadro); hacia la fijación con catgut que volvió á reemplazar después por crin de Florencia (como lo hacia Caballero) y no observó más recidiva.

De las 45 operadas por el procedimiento de Caballero, dos estando embarazadas han llevado su gestación á términos con partos normales. Cinco se embarazaron poco tiempo después de operadas, con terminación igualmente feliz. Una se embarazó por segunda vez.

Hay que observar que de la gran mayoria de las enfermas de hospital, después de curadas es difícil conseguir que informen acerca de su estado y es indudable que muchas operadas más se han embarazadas y han parido sin que se tenga noticias de ellas.

Como puede observarse por los cuadros que acompañan son pocas las enfermas que tenían desviaciones retrouterinas puras. Mucha parte del

útero, estando completamente libre, se distiende sin dificultad; lo que es una causa menos de aborto y de dolores durante la gestación.

Como no se toca el útero, traumatizándo, se puede practicar esta operación en embarazadas, sin que el embarazo se interrumpa.

El cuerpo uterino estando completamente libre no hay nada que dificulte la acomodación fetal y el trabajo del parto no se obstaculiza. Las contracciones se hacen con regularidad y el cuello que no ha sido tocado se dilata normalmente; de ahí que no se observe en estas operadas el porcentage de partos distócicos tan elevado como en otros procedimientos.

En fin, el alumbramiento se hace en las mejores condiciones, nada molesta la retracción uterina, no hay retenciones de placenta ni hemorragias.

Después del parto los ligamentos redondos se retraen y recobran su tonicidad primitiva, porque es su porción más resistente, la dotada con mayor cantidad de fibras musculares la que sufre esta distensión, la parte que se conserva por este procedimiento. Es esta una de las razones porque no se ven recídivas como en los otros métodos.

Confirma todo lo dicho las estadísticas del Hospital Rivadavia, donde se viene empleando el procedimiento desde que su autor lo ha ideado con resultado satisfactorio.

En el servicio de Ginecología del Hospital Rawson,

buen resultado terapéutico se debe al tratamiento de los anexos enfermos.

Beláustegui ha modificado un poco la operación de Caballero: en vez de hacer el túnel músculo apeneurótico artificial, perfora con la pinza de forcipresura la apaneurosis anterior del recto y crea un túnel aponeurocutáneo. Dice que así hay mayor solidez en la inserción. Observando bien es un inconveniente porque crea dos ojales en la aponeurosis anterior del recto que podrían ser punto de partida de hernias.

No debo terminar este trabajo sin mencionar el procedimiento ideado por el Dr. José Arce. Hace la incisión de Pfannenstiel, transversa, suprapubiana, ligeramente curva con la concavidad hacia abajo. Diseca el colgajo inferior y lo rebate sobre el monte de Venus; incinde la línea blanca longitudinalmente, abriendo la cavidad peritoneal; rompe las adherencias retrouterinas, trata los anexos coloca el útero en buena posición. Busca los ligamentos redondos á su salida por el anillo externo del canal inguinal, tira de ellos hasta que el útero quede fijo en su anteversoflexión fisiológica y las fija á la aponeurosis anterior del canal inguinal, estrechando al mismo tiempo dicho canal para evitar una posible hernia inguinal. La parte del ligamento que sobra de las tracciones ejercidas la fija á la aponeurosis anterior del recto y sutura la pared abdominal y la piel.

Teoricamente es ideal la operación, como dice su autor, es la que se aproxima más á la verdad anatómica normal. No hay estadística por ahora que la apoye, pero es muy posible que cuando entre en la práctica corriente sea una poderosa competidora de la operación de Caballero.

En el Hospital Rawson se han practicado algunas histeropexias abdominales en enfermas á quienes fué necesario extirpar ambos anexos; en otras después de laparotomía tratamiento de los anexos y desprendimiento de adherencias, el útero ha vuelto expontáneamente á su posición normal se ha cerrado la cavidad peritoneal sin más trámite, pero el procedimiento más comunmente empleado es la neoinserción de los ligamentos redondos, fijándolos con catgut uno al otro en la línea media é incluyéndolo en la sutura de la pared abdominal ó con crin cuando se trata de mujeres viejas con prolapso úterovaginal.

Estadística del Hospital Rawson Operación de Caballero

Retroflexiones libres simples	1
id adherentes y embarazo	1
id libres con lesiones de un anexo	3
id id id id ambos anexos	2
Retroversiones libres simples	2
id id con metrorragias	1
id id id hematocales extraper	1
id id id anexos de un lado	2
id id id id id dos lados	3
id adherente simple	5
id id apendicitis y anexos	1
id id con anexos de un lado	5
id id anexos ambos lados	6
id id con desgarradura periné	1
id id con parametritis	1
Prolapso vaginauterino completo	7
id id con embarazo	1
id id id anexos	1
id id en retroflexión	1

HOSPITAL RAWSON = Servicio de Ginecología del Dr. Reibel

1904	NOMBRE	EDAD	Nacionalidad	ESTADO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Octubre 17	A. T.	18 años	Argentina	Casada	Retroversión uterina adherente.	Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Noviembre 2	R. G.	38	»	»	Retroversión uterina libre.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Noviembre 15	M. R.	24	Italiana	»	Retroversión uterina adherente - Ovaritis escleroquística derecha - Quiste de la trompa izquierda del tamaño de un huevo de paloma.	Desprendimiento de adherencias - Resección cuneiforme del ovario derecho - Extirpación del quiste - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Diciembre 22	T. C. de R.	32	Española	»	Retroversión uterina libre - Metrarragías.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Hamamelis - Lavages intrauterinos.	Curada
1905							
Marzo 21	C. G.	30	Italiana	»	Retroversión uterina adherente - Salpingoovaritis escleroquística doble.	Desprendimiento de adherencias - Resección cuneiforme del ovario izquierdo - Salpingo ovariectomiador - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Marzo 25	T. L.	22	Española	»	Retroversión uterina libre - Hematocele pelviano extraperitoneal - Ovarios microquísticos.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Abril 3	R. M. de M.	50	Italiana	»	Prolapso vagino uterino completo.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Colporrafia anterior - Colpoperineo plastía.	Curada
Abril 13	G. G.	38	Española	»	Prolapso vagino uterino completo · Salpingo ovaritis quística derecha.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Salpingo ovariectomía derecha - Colporrafia anterior - Colpoperíneo plastía.	Curada
Junio 3	J. G-	25	Italiana	»	Retroversión uterina adherente - Ovarios microquísticos.	Desprendimiento de adherencias - Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Embarazo al poco tiempo - Parto normal - No hay recidiva.
1906							
Marzo 19	F D.	24	»	Soltera	Retroflexión uterina libre - Ovario izquierdo quístico y prolapsado.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Ovariectomía izquierda.	Curada
Abril 20	M. M.	27	Española	»	Retroflexión uterina libre - Quiste ovario izquierdo.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Ovariectomía izquierda.	Ha tenido dos embarazos á término - Partos normales - No hay recidiva.
Abril 23	F. B. de D.	31	Argentina	Casada	Retroflexión uterina libre.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Embarazo à término - Parto normal - No hay recidiva.
Julio 30	J. F. de G.	20	Oriental	»	Retroflexión uterina libre - Ovaritis escleroquística derecha.	Resección cuneiforme del ovario derecho - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Julio 31	F. A.	47	Española	»	Retroversión uterina - Colpocele anterior y posterior.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Colporrafia anterior - Colpoperineo plastía.	Curada
Octubre 19	M. L.	24	Argentina	»	Retroflexión uterina libre - Ovaritis escleroquística.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Octubre 31	G. R.	23	»	Soltera	Retroflexión uterina adherente - Salpingo ovaritis izquierda quística - Ovaritis escleroquística derecha.	Salpingo ovariectomía izquierda - Resección cuneiforme del ovario derecho - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
1907							
Enero 23	S. S.	33	»	Casada	Retroversión uterina libre . Ovario izquierdo escleroquístico prolapsado.	Resección cuneiforme del ovario izquierdo - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Marzo 7	M. C. de C.	32	Española	»	Embarazo de dos meses - Retroflexión uterina adherente.	Desprendimiento de las adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Siguió el embarazo á término - Parto normal - No hay recidiva.
Marzo 25	M. P.	52	Italiana	»	Prolapso vagino uterino completo.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Colpoperineo plastía.	Curada
Abril 9	D. S. de V.	23	Española	»	Retroversión uterina móvil - Ovario derecho escleroquístico.	Resección cuneiforme del ovario derecho - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Mayo	M. G.	50	»	»	Prolapso vagino uterino completo.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Junio 14	F. B. de L.	50	Francesa	»	Prolapso vagino uterino completo.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Recidivado
Julio 25	P. I.	24	Española	»	Prolapso vagino uterino - Embarazo de dos meses y medio.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Siguió el embarazo á término - Parto normal.
Noviembre 22	C. D.	45	Italiana	Viuda	Prolapso vagino uterino de 2° grado.	Colporrafia anterior - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
1908							
Enero 2	C. P.	24	Argentina	Soltera	Retroversión uterina adherente.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Enero 7	O. C. de L.	43	Española	Casada	Retroversión uterina libre.	Neo inserción de los ligamentas redondos.	Curada
Febrero 14	T. S.	17	Argentina	Soltera	Postaborto: desgarradura de la vagina (longitudinal) - Infección - Retroversión uterina adherente.	Lavages vaginales é intrauterínos - Piramidón - Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Febrero 21	M. R. de B.	33	»	Casada	Retroversión uterina adherente - Prolapso de ambos ovarios.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Se embarazó - Parto normal - No hay recidiva.
Febrero 26	M. A. de M.	47	Italiana	»	Prolapso vagino uterino.	Lavages - Taponamiento - Neo inserción de ligamientos redondos (con crin).	Curada
Marzo 15	D. D.	22	»	»	Retroversión uterina móvil - Ovarios microescleroquísticos.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Embarazo al mes de operada - Parto normal en la Maternidad del Hospital Rawson.
Agosto 19	S. M. de R.	60	Argentina	Viuda	Prolapso vagino uterino.	Neo inserción de los ligamentos redondos (con crin) - Colpoperineo plastia. (Doleris).	Curada
Setiembre 6	A. L.	23	»	Casada	Retroversión uterina - Ovarios escleroquísticos prolapsados - Oclusión intestinal.	Resecciôn cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Setiembre 29	M. A.	19	»	Soltera	Prolapso del útero en retroflexión - Cistocele - Ovarios microescleroquísticos.	Lavages - óvulos - Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos - Colporrafia anterior.	Curada
Octubre 13	T. C. de M.	24	Española	Casada	Retroversión uterina libre - Prolapso de ovarios escleroquísticos.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserciôn de los ligamentos redondos - Colpotomía posterior.	Curada
1909							
Enero 14	A. M. de G.	39	Italiana	»	Retroversión uterina adherente.	Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Enero 16	C. L.	35	»	»	Retroversión uterina adherente.	Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Enero 26	T. B.	32	Española	Soltera	Retroversión uterina adherente - Colpocele anterior.	Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos - Colporrafia anterior.	Curada
Febrero 13	A. T. de B.	18	Rusa	Casada	Retroversión uterina adherente - Parametritis.	Lavajes : Óvulos - Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Marzo 13	M. L. C.	33	Argentina	Soltera	Retroversión uterina libre.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Marzo 30	J. B. de G.	22	Italiana	Casada	Apendicitís - Retroversión uterina adherente - Ovatitis escleroquistica derecha.	Apendicectomía - Resección cuneiforme ovario derecho - Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada
Abril 4	M. G.	32	Argentina	»	Retroversión uterina adherente - Prolapso de ambos ovarios - Cistocele.	Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de ligamentos redondos - Colporrafia anterior.	Curada
Abril 17	L. C. de R.	39	Italiana	»	Retroversión uterina adherente - Desgarradura antigua de periné.	Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de ligamentos redondos - Colpoperineo plastía.	Curada
Abril 21	S. R.	30	Argentina	»	Prolapso útero vaginal, con útero en retroversión - Colpocele anterior y posterior - Desgarradura antigua de periné.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Raspado - Amputación de cuello supravaginal.	Curada
Mayo 11	R. P.	25	Italiana	»	Prolapso útero vaginal - Salpingo ovaritis izquierda - Ovaritis escleroquística derecha.	Ovariectomía izquierda - Resección cuneiforme del ovario derecho - Neo inserción de los ligamentos redondos - Drenage vaginal.	Curada
Mayo 31	E. S.	28	Española	»	Retroversión uterina libre - Ovaritis escleroquística doble prolapsados.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos anchos - Colpotomía posterior.	Curada

Julio 15 de 1909.

AUGUSTO V. BLANCHET

Buenos Aires Julio 15 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al Profesor titular Dr. Samuel Molina y al Profesor extraordinario Dr. José F. Molinari, para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el art. 4. de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN

R. S. Gómez
Secretario

¿Que acción desempeñan los ligamentos del útero, en la estática de éste órgano?

BAZTERRICA

Las desviaciones del útero son curables?

S. MOLINA

Indicaciones de la gastro-histeropexia abdominal.

J. F. MOLINARI

Buenos Aires, Julio 30 de 1909

Habiendo la comisión precedente aconcejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta Nº 2054 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez
Secretario