AÑO 1910 N. 2167

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS PANIZZA

Ex-practicante externo del Hospital Rawson.
Ex-menor y mayor de la Asistencia Pública

«LA CIENCIA MÉDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1910

RETRODESVIACIONES UTERINAS

TRATAMIENTO

AÑO 1910 N. 2167

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS PANIZZA

Ex-practicante externo del Hospital Rawson.
Ex-menor y mayor de la Asistencia Pública

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1910

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

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros Titulares

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
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
14 » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15 » » DANIEL J. CRANWELL
16 » » HORACIO G. PIÑERO
17 » » JUAN A. BOERI
18 » » ANGEL GALLARDO
19 » » CARLOS MALBRAN
20 » » M. HERRERA VEGAS
21 » » ANGEL M. CENTENO

Secretario

DR.D. DANIEL J. GRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
« « MARTIN SPUCH
« « TELEMACO SUSINI
« « EMILIO R. CONI
« « OLHIUTHO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » JUAN A. BOERI (suplente)

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica.	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica.	» ALFREDO LANARI
Química Médica.	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina. . .	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos. . .	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana . . .	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica . . .	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica. . . .	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica.	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Fisica Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia Patológica.	» JOSÈ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica oftalmológica.	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. 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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histologia	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriologia	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ
	» CARLOS R. CIR O
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patologia externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patologia interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» M. HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN J. VITON
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» A. PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÈ
Clínica Pediátrica	» MANUEL R. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogia	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada. . . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posologia 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	
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» FRANCISCO P. LAVALLE » RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognósia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomia, Fisiologia, Patologia	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal. .	» N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR AUGUSTO V. BLANCHET

Á LOS MIOS

Á LA MEMORIA DE MI AMIGO

REMIGIO SANCHEZ

CAPÍTULO I.

Estática uterina

El útero ó matriz del órgano de la gestación, órgano hueco de paredes gruesas, esencialmente muscular y que desempeña el más importante papel en la expulsión del feto en el momento del parto.

De aspecto periforme, se compone de dos partes; el cuerpo y el cuello; el cuerpo es la gruesa extremidad que ocupa la parte superior sin sobrepasar en estado normal el estrecho superior de la escavación pelviana y el cuello en la parte inferior que es su continuación y hace prominencia en la vagina formando lo que se llama el hocico de tenca.

En esta posición de equilibrio el útero se desplazaría continuamente según las posiciones del cuerpo sino estuviese mantenido por los ligamentos suspensores.

Colocado en la escavación pelviana, la divide al continuarse por sus bordes con el ligamento ancho en dos compartimentos, uno anterior ocupado por la vejiga sobre suya parte superoposterior descansa el útero y otra posterior ocupada por el recto.

Estos dos órganos cambian constantemente de volúmen contribuyendo así á que la matriz se desplase, tomando posiciones muy variables en la misma mujer, según el estado de replexión ó vacuidad de ellos en distintas horas del día.

Estos desplazamientos están limitados por la tonisidad de los ligamentos suspensores y son fisiológicos; solo se considerarán patológicos cuando quedan permanentemente en su nueva posición produciendo los trastornos funcionales y físicos que caracterizan estas desviaciones. Traidas entonces á su posición primitiva vuelven á la adquirida para más tarde contraer aderencias que lo fijan definitivamente.

El útero se encuentra recubierto por el peritoneo; esta serosa después de recubrir la cara posterior de la vejiga se refleja para vestir la cara anterior del útero, formando el fondo de saco vesico-uterino, pasa luego á recubrir su fondo y de allí su cara posterior para después volverse á reflejar sobre el recto y formar el fondo de saco posterior ó recto-uterino, llamado también de Douglas, más

profundo que el anterior y lugar donde se depositan generalmente los derrames producidos en la escavación como pasa en los hematoceles.

El peritoneo, como vemos, forma al recubrir las caras anterior y posterior del útero dos hojas que al llegar á los bordes del órgano se adosan y solo están separadas por un tejido celular laxo, por donde corren las arterias y venas que irrigan estos órganos, y dividiendo, como hemos dicho, la escavación transversalmente, van á continuarse en las paredes con el peritoneo parietal. Estas hojas son las que forman los ligamentos anchos que limitan los movimientós de lateraliead de la matriz y están reforzados por fibras musculares en su interior, que van á continuarse con las de la capa superficial del útero, y fibras elásticas.

En el borde superior del ligamento ancho se observan tres reflieges: uno anterior que contiene el ligamento redondo, uno medio y otro posterior que contienen la trompa y el ligamento suspensor del ovario respectivamente y que contribuyen á dar solidez al ligamento.

Entre estas dos hojas del ligamento es donde se desarrolla el útero dvrante la preñez, separando sus hojas y es por lo que desaparece al fin del embarazo; estos ligamentos se reconstituyen después del parto, pero si, ya sea por infección, le-

vantamiento prematuro de la enferma, no vueluen á tener la resistencia necesaria, se producen las desviaciones potológicas y las caídas y desensos del útero.

De la cara posterior del cuello uterino parten dos reflieges llamados de Douglas que son los ligamentos uterosacros, contornean las caras laterales del recto y van á fijarse al sacro; tienen la misma constitución que los ligamentos anchos y por función, impedir el desenso del útero al mismo tiempo que fijan el cuello; se comprende que el relajamiento de estos ligamentos, permitiría el desplazamiento de cuello hácia adelante al cuerpo vascular hacia atrás produciéndose una retroversión, su retracción produciría el fenómeno contrario y tendríamos producida una anteverción en que el cuello tironeado se encontraría mirando al fondo de saco posterior y como el eje del cuerpo se continua con el eje del cuello, el cuerpo vascularía en sentido contrario.

Los ligamentos redondos son dos cordones resistentes que nacen al nivel de los cuernos uterinos y después de su recorrido en el ligamento ancho, describen una curva de concavidad interna para ganar el orificio interno del canal inguinal comportándose con la arteria epigastrica como el canal deferente en el hombre, recorre el canal inguinal,

sale por su orificio externo y se espande en un pincel de fibras en el pubis y en los grandes labios.

Estos ligamentos tienen normalmente de 12 á 15 cts. de longitud, pudiendo alargarse por relajamiento en las retrodesviaciones, en el embarazo, etc., etc. Ellos impiden ó limitan el desplazamiento del útero hácia atras cosa que se produce si este ligamento pierde su tonicidad.

De manera que estos ligamentos son los que mantienen al útero en su posición fisiológica impidiendo su desenso y sus movimientos exagerados de lateralidad ayudados eficazmente por el resistente piso perineal á tal punto que no dan resultado las operaciones sobre los ligamentos, en caso de retrodesviaciones, si existen lesiones del periné y no son corregidas con anterioridad.

La posición normal del útero ha sido objeto de numerosas discusiones y se le han dado, por diferentes autores, todas las posiciones, desde la vertical hasta la horizontal en el cuadrante supero anterior de la circunferencia imaginaria que formaría el fondo del útero teniendo como centro el cuello; y hasto hubo quien sostenía que era la retroversion.

Estas diversas opiniones están hoy casi uniformadas, estando los autores en que la posición fisiológica es la anteversoflexión ó posición de equilibrio de Testú Jacob; formando su eje con el de

la vagina un ángulo obtuso abierto hácia adelante y por esto decimos antevercion y si se dice anteversoflexión es porque el eje del cuerpo no se continua con el eje del cuello en la misma línea recta, sino que forman una curva de concavidad anterior, de modo que el órgano se acoda suavemente en la parte que separa el cuello del cuerpo.

Referente á esta posición hay un caso muy ilustrativo de Testú; habiendo dividido según un plano anteroposterior vertical mediano, el cadáver congelado de una jóven, encontró que el útero estaba en posición vertical, colocó la pieza en líquido conservador y al día siguiente el útero había cambiado de posición y se encontraba en anteflexión. Había sucedido que por razones de densidad el contenido de los reservorios que rodeaban el órgano, flotaban en el líquido, dejando por consiguiente, de ejercer presión sobre éste, que libre de obstáculos tomó su posición acostumbrada. Los paquetes intestinales llenos de materias fecales inclinaban el útero hácia atrás, dándole la posición que tenía cuando se hizo el corte.

Como vemos, el útero goza de cierta movilidad normal, que permite dejar algun juego al cambio de volumen constante que la vejiga y el recto experimentan y si á esta movilidad, agregamos las alteraciones de estructura y volúmen que sufre, no

solo el útero, sino todos sus anexos y ligamentos, durante el embarazo y los períodos menstrales, comprenderemos las frecuentes y variadas causas que exponen á la matriz á sufrir desviaciones, sino se observan cuidados y reglas higiénicas diversas.

Capítulo II

Retrodesviaciones

El útero es susceptible de desplazarse ya sea hácia adelante, hácia atrás, hácia la derecha ó la izquierda, constituyendo así las ante retro á latero desviaciones, caracterizadas anatomicamente por la fijesa del útero en su nueva posición.

Esta desviación del útero supone ya un relajamiento y pérdida de tonisidad del aparato de sostén que ha pasado desapercibido hasta producirse el cambio de posición del útero que movil en un principio concluye por adherirse en su nuevo sitio.

Estas adherencias, productos de las reacciones peritoneales inflamatorias producidas en el lugar en que la matriz está en contacto con el peritoneo parietal ó visceral de un órgano vecino, son celulosas en un principio pero luego toman una organización fibrosa habiendo necesidad de romperlas para liberar la matriz.

Estas desviaciones se clasifican en anteriores, posteriores y laterales.

De éstas, las retro-desviaciones, que son las que nos van á ocupor, se dividen en retroversiones y retroflexiones, siendo las primera, aquellas en que la desviación del órgano se ha producido eu total de manera que el cuerpo vascula hacia atras y el cuello hacia adelante quedando el eje de ambos en la misma recta, mientras que en las segundas el cuerpo se ha acodado cerca del cuello quedando éste en su posición mientras el cuerpo ha ido á ocupar el fondo de saco posterior; por consiguiente sus ejes forman unidos una curva pronunciada de concavidad inferior.

Ambas alteraciones de posición aunque distintas podemos estudiarlas juntas pues sus causas son las mismas, sus sintomas se confunden y en cuanto á su tratamiento es, con variantes, el mismo; obedeciendo siempre al mismo fin: traer el útero á su posición normal y mantención del útero en la posición dada.

En las retro-desviaciones tenemos también la retroversoflexión que existe cuando el cuerpo del útero ocupa el fondo de saco de Douglas y el cuello ha perdido también su posición normal encontrándose en el fondo de saco anterior.

Todo el proceso patológico en esta afección no se limita á la desviación del órgano sino que á ella se unen ya sea primitiva ó secundariamente lesiones

inflamatorias del útero mismo, como la metritis ó de los anexos como las ovaritis escleroquísticas, salpingitis purulenta etc. y prolapsus de los anexos tironeados por el cuerpo del útero al adquirir su nueva posición. Las vísceras vecinas comprimidas, se alteran en su regular funcionamiento contrabuyendo á agravar el proceso; del lado del recto, constipación con sus consecuencias por la reabsorción de productos del intestino y del lado de la vejiga trastornos debidos á la compresión del cuello de ella por el cuello de la matriz.

Los trastornos nerviosos reflejos que entran en el cuadro, son variables y acompañan los demás síntomas en esta como de casi todas las afecciones de la matriz.

Eteología y Patogenia.—La retro-desviación uterinas son congénitas ó adquiridas.

Las congénitas son debidas á una falta de desarrollo de los órganos genitales de la mujer.

En la niña, el eje del útero se encuentra en la prolongación del eje de la vajina; cuando llega la pubertad, época del desarrollo completo de la cadera y de los órganos genitales, el útero toma su posición definitiva en anteversión, pero para ejecutar este movimiento es necesario que la vagina se alargue para permitir al cuello cierto movimiento, si esto no se produce y queda la vagina con su caracter infantil,

de cortas dimenciones, el útero no puede tomar su posición y si á esto agregamos la presión que sobre la matriz ejercen las masas intestinales con todo su peso, comprenderemos como ésta se inclinará hacia atras constituyendo la retro-desviación.

La inmensa mayoría de estas retro-desviaciones, son adquiridas y obrando como la causa más común el aborto y el parto; otras causas que conducen también al mismo resultado son los tumores de la cara anterior del útero, la vejez por la pérdida de tonisidad del aparato suspensor y máxime cuando á esto se une la falta de resistencia del piso perineal, acompañándos por esta última causa de desenso del aparato genital.

Como acabamos de ver, la causa más común de la afección que nos ocupa es el parto y el aborto y conociendo, las condiciones en que quedan los órganos genitales durante el embaaazo nos será fácil darnos cuenta del porqué: durante el embarazo todo el aparato genital está alterado, el útero muy agrandado, los ligamentos se han alargado considerablemente; si después del parto ó del aborto, la involución no se hace regularmente queda el órgano agrandado, congestionado y aumentado de peso y los ligamentos suspensores no han recobrado su tonicidad: vemos entonces que en estas condiciones, si la mujer no permaneciera el tiempo necesario en la

cama para que se normalice todo, si se produce una infección etc., le será muy fácil al útero desviarse y quedar definitivamente en esta nueva posición. Los ligamentos útero-sacros sin resistencia dejan al cuello libertad para dirigirse hacia adelante solicitando el movimiento del cuerpo en sentido opuesto á lo que no se oponen los ligamentos redondos por estar relajados y tenemos la retroversión producida. Si los ligamentos de Douglas resistieran al libre juego del cuello y los redondos sediesen, veremos formarse una retroflexión.

En esta nueva posición la circulación del útero se hace mal, la expulsión de su contenido se obstaculiza, y tenemos entonces su cavidad en condiciones propicias para eternizar una metritis si ya existiera ó para que ésta se produzca si aún no existe.

Estas desviaciones libres, y por consiguientes reductibles por métodos no cruentos, en un principio, se hacen después fijas, requiriendo entonces métodos más complicados para su corrección y mantenimiento.

A las causas citadas ya, agregaremos la inserción de la placenta en la cara anterior del útero, que retarda la involución de esta parte de la pared, y entonces al retraerse la cara posterior arrastra el útero hacia atrás; siempre que á esta causa

predisponente se añadan las causas determinantes de que hemos hablado; la salida de la cama prematura, las infecciones uterinas, etc., etc.

Las desviaciones producidas por el desarrollo de un tumor en la cara anterior del útero son poco numerosas.

Síntomas. — En las afecciones del aparato genital de la mujer, sino es todas, por lo menos en la gran mayoría, observamos un conjunto de síntomas á los que se ha designado bajo el nombre de sindrome uterino que es general para ellos y á las que se añaden otros, propios de cada afección en particular, pero que necesitan de los datos dados por el exámen físico para poder edificar un diagnóstico exacto.

Dentro de estos mismos síntomas comunes hay una variabilidad notable, y ésto, debido á la repercusión que estas afecciones, como ninguna otra, tienen sobre el sistema nervioso general y sobre un órgano ú otro en particular como por ejemplo sobre el corazón, estómago, lo que forma parte del sindrome uteríno, intestinos, etc.

La acción sobre el sistema nervioso general en estas enfermedades era conocida desde hace mucho tiempo, y una prueba de ello lo tenemos en la enfermedad nerviosa que llamamos histeria, nombre que se le dió antiguamente creyendo que su causa

era el utero enfermo y que aún conserva su nombre.

Divídense los síntomas de las retrodesviaciones uterinas en funcionales y físicas.

Los primeros son de orden mecánico y de orden nerviosos y el predominio de unos síntomas sobre otros dan las diversas formas clínicas de la afección.

Las enfermas se quejan de dolores lumbares, sensación de pesantez en la vulva y en el ano cuando la mujer está parada y una sensación de cuerpo extraño cuando está sentada, hay constipación y la defecación es dolorosa; los dolores lumbares se irradian á la ingle y la raiz de los miembros inferiores.

La mixión es dolorosa y frecuente (disuria y polaquiuria) sin haber cistitis, síntoma debido á la compresión que el cuello del útero ejerce sobre el coello de la vejiga, así como la constipación se debe á la compresión del recto por el cuerpo del útero.

Los dolores, variables también según la susceptibilidad de cada enfermo, son debidos á los tironeamientos que sufren los ligamentos y á compresiones de los nervios.

Los trastornos menstruales consisten en aumento de duración y frecuencia de las reglas que se hacen dolorosas, debido más á ias lesiones infla-

matorias del útero concomitantes que á la desviación misma.

Los trastornos nerviosos, frecuentes y variables, son: la histeria, neurastenia, ataques epileptiformes, hipocondria, fenómenos dispépticos, tos uterina, neuralgias diversas á distancia, zonas histerógenas, etc.

Algunas enfermas quedan materialmente imposibilitadas para todo trabajo, guardando el lecho casi permanentemente.

No siempre las mujeres que padecen de retrodesviaciones son estériles, algunas se embarazan y llegan á término de su preñez produciéndose la curación; en otras el aborto es frecuente con todas las malas consecuencias que esta posición del útero favorece.

El embarazo en una mujer con su útero en retroflexión puede dar lugar á graves accidentes, pues si éste no se corrige enderezándose durante los tres primeros meses, el útero se enclava en la concavidad del sacro y como sigue aumentando de volumen, comprime el recto y la vejiga que pueden esfacelarse, siendo esto de pronóstico grave. El médico debe desenclavar ese útero por maniobras que generalmente se hacen por el recto, pues fuera de los fenómenos serios de compresión, está espuesto

á su ruptura en el momento de la expulsión y ruptura del periné con todas sus consecuencias.

Los signos físicos que nos dá el tacto bimanual son los siguientes: en el fondo de saco posterior encontramos un tumor de forma globulosa, liso y regular, doloroso que se continúa directamente con el cuello en caso de retroversión, el cuello ocupa el fondo de saco anterior y mira hacia adelante. En caso de retroflexión palpamos netamente entre el tumor del fondo de saco posterior y el cuello que está en su posición normal, el ángulo de acodamiento por el que el uno está en continuidad con el otro.

El útero ha desaparecido de su posición normal en anteversoflexión.

El tacto rectal hará palpar en la cara anterior del recto, el tumor duro y liso que encontramos en el fondo de saco de Douglas.

El histerometro nos ayudará, mostrándonos la dirección y profundidad de la cavidad uterina.

En los casos de flexión suele ser dificil penetrar con el histerometro hasta el fondo de la matriz pues el extremo del instrumento choca con la pared posterior.

Los síntomas físicos son invariables en la afección, pero no así los funcionales; que desde los casos en que la mujer está reducida á un verda-

dero inválido hasta la ausencia completa de síntomas subgetivos existe toda la escala; dependiendo esto, ya sea de la afección misma, ausencia de lesiones inflamatorias ó del terreno en el se desarrolla la enfermedad.

La forma latente que ha pasado desapercibida puede en la época de la actividad genésica hacerse dolorosa, por las infecciones á que entonces está expuesta y que no curan porque á ello se opone la posición anormal del útero.

La forma dolorosa, se caracteriza por las lesiones anexiales que le acompañan y por la metritis concomitantes, causas del síntoma dolor.

Los fenómenos nerviosos que caracterizan otra forma clínica de la afección parecen ser debidas á lesiones de los anexos y principalmente de los ovarios, lesiones inoignificantes pero suficientes muchas veces para acarrear la histeria, neurastenia, y otros trastornos que agravan notablemente el mal.

Estudios modernos, corroboran esta manera de pensar, haciendo depender estos fenómenos á la falta de secreción interna del ovario.

«Todas las glándulas, ha dicho Brown-Séquard, provistos ó no de conductos escretores, dan á la sangre principios útiles, cuya ausencia se hace sentir después de la extirpación ó de su destrucción por una enfermedad».

El ovario es una glándula de las llamadas de secreción interna, por carecer de conducto escretor y los fenómenos observados por consiguiente de la extirpación de estos órganos ó durante la menopausa son debidos á la falta de secreción interna de él y corregidos por la opoterápia ovarica.

El producto de esta secreción es desconocido Cueratullo y Luis Tarulli han estudiado este asunto y creen que su rol es de favorecer las oxidaciones de las sustancias orgánicas fosfatadas, de los hidratos de carbono y de las grasas.

La opoterapia ovárica como tratamiento de los fenómenos nerviosos en las ovaritis escleroquísticas ha dado buenos resultados.

La retrodesviación del útero gravido se anuncia por dolores en el bajo vientre, fosas iliacas y región lumbar, tenemo vesical, constipación, la que suele ser muy tenaz. La distención de la vejiga impedida en su libre evación puede hacer creer en una preñez á término ó en hidramnios.

Todos estos trastornos solo cesan sacando el útero de la concavidad del sacro, sinó continúan regravándose.

Las retrodesviaciones evolucionan hacia la cronisidad, siguen su marcha reagravándose, hasta llegar á dejar la enferma en condiciones lamentabïes; la salud se altera cada vez más, pues á los

sintomas primeros, que son los dolores, las alteraciones de la menstruación, la dipepsia muy común y los trastornos nerviosos, se agregan más tarde las consecuencias de la reabsorción de los productos escrementiciales que la constipación acarrea, la cistitis consecutiva al impedimento de la emisión regular de las orinas y cistitis que generalmente revisten un tipo gangrenoso grave; la anorexia unida á las pérdidas sanguíneas contribuyen al debilitamiento gradual del enfermo.

Sin embargo, puede observarse, aunque raramente la curación ó por lo menos pasar á la forma latente; sucediendo ésto cuando curan, la metritis y las lexiones inflamatorias de los anexos; en estas condiciones, ni aunque el útero conserve su mala posición, es indolente, concluyen los trastornos que acompañan estas inflamaciones y se dá como curada la enfermedad.

Es fácil comprender lo poco frecuente que será esta manera de evolucionar de la enfermedad, por las malas condiciones de nutrición del órgano y la dificultad de tratar la metritiz en un útero desviado, sin hablar de la casi imposibilidad de tratar los anexos y demás lesiones mecánicas y reflejas que trae parejada.

Diagnóstico.—Por los signos funcionales solamente, nos sería imposible diagnosticar cual es la

clase de desviación esperimentada por la matriz, pues casi todos sus síntomas se presentan, cualquiera que sea aquella; son entonces los síntomas físicos que vienen á ayudar al medico haciendo ver el cuerpo del útero en el fondo de saco posterior. (retrodesviación).

Lo que el medico toma por el cuerpo del útero puede ser también un fibroma, un hematosele, un prolapsus de los anexos etc. y confundir así una afección con otra.

Ahora, una vez hecha la diferencia de diagnóstico entre las varias desviaciones y confirmado que el fondo de saco posterior se encuentra ocupado se debe hacer la diferenciación entre las otras afecciones con las que podemos confundirlo.

Un fibroma nos presenta una consistencia más dura y luego que el tacto vimanual nos mostrará el tumor ocupando el fondo de saco de Douglas, pero al útero en su posición, lo que no sucedería en caso de retrodesviación; el signo de Le Dentu y Pichevin ó la cresta mediana posterior es discutible. El histerometro nos ayudaría mostrándonos la dirección y profundidad de la cavidad uterina.

El hematosele presenta un tumor menos limitado, más movil, su evolución distinta y tiene síntomas distintos generalmente.

En el prolapsus de los anexos encontramos

que el tumor se prolonga hacia las partes laterales es generalmente doble y muy doloroso al tacto, dato sin embargo, este último, de poca importancia pues el útero inflamado en retroflección también lo es.

El histerometro y el tacto bimanual son poderosas auxiliares pues nos indican la verdadera situación de la matriz.

Eliminadas estas afecciones, nos quedamos en que el útero está en retrodesviación y como dentro de este vicio de posición cabe la retroversión y la retroflexión, nos qeda establecer si es lo uno ó lo otro.

En el primer caso encontramos el cuerpo del útero en la misma línea de prolongación del eje del cuello; es decir, aquel inclinado hacia atrás y por consiguiente lo palparemos en el fondo de saco posterior, mientras que el cuello se encuentra no en el eje de la vajina, sino muy adelante y á veces es difícil de cargar en el especulo.

En el segundo caso, encontramos el cuerpo haciendo prominencia en el fondo de saco de Douglas, el cuello en el eje de la vajina ó hacia adelante y arriba pero entre uno y otro encontramos el angulo abierto hacia abajo que forma al acodarse el cuerpo y el cuello como una charnela.

Hecho ya nuestro diagnóstico, completaremos

nuestro exámen con el del estado del útero respecto á las metritis concomitante que generalmente existe. sensibilidad, volumen, leucorrea, metroragía, estado del cuello etc. Luego los anexos, cosa muy importante á afectos del tratamiento y por último si la nueva posición adquirida por el útero, se ha hecho adherente y por consiguiente fija ó es reductible.

Muchas veces sucede que al desplazar el útero, se desplaza con él la cara anterior del recto á que está adherida y tomaremos por reductible una retrodesviación adherente; de esto se cerciorará haciendo al mismo tiempo el tacto rectal y entonces al mover al útero nos daremos cuenta perfectamente del desplazamiento de la cara anterior del recto al seguir en sus movimientos á la matriz.

Pronóstico: El pronóstico de esta afección debe ser reservado, pues si la afección en sí no reviste suma gravedad puede suceder que por sus complicaciones ponga en peligro la vida del enfermo.

La esterilidad en esta afección es frecuente y en caso de embarazo los abortos son numerosos con sus malas consecuencias y especialmente en estas circunstancias. Como hemos dicho anteriormente, las retrodesviaciones del útero gravido es grave y es causa de distosia.

Fuera de las complicaciones que son graves en esta afección, la evolución de la enfermedad es penosa para la enferma haciendo de estas muchas veces, mujeres incapaces para todo trabajo, verdaderas inválidas.

Capítulo III

Tratamiento

Las primitivas operaciones para tratar las retrodesviaciones uterinas se reducían á maniobras simples que tenían por objeto traer la matriz á su situación normal, pero con los adelantos de la ciencia y los perfeccionamientos de la técnica hoy se usan operaciones sangrientas con mejor resultads y al abrigo de recidivas, cosa muy común anteriormente.

Desde esos métodos primitivos hasta los más adelantados que hoy día se llevan á la práctica, vamos á pasarlos en revista, haciendo al mismo tiempo el estudio comparativo de las ventajas de los unos sobre los otros y sus indicaciones para cada caso; pues si muchas veces puede recurrirse al método no sangriento, hay otros en que el tratamiento racional debe ser el sangriento sin el cual

no podrían ser tratados los anexos convenientemente ni rotas las adherencias que fijan el órgano desviado en su nueva posición.

Los métodos empleados para tratar las retrodesviaciones uterinas se dividen en dos: los no sangrientos y los sangrientos.

Cualquiera de ellos que se use, para ser bueno debe responder al objeto buscado, que es: traer la matriz á su buena posición, que esta posición dada se conserve y por fin curar las lesiones concomitantes del útero mismo y de sus anexos, todo esto sin que se impida para el porvenir el regular funcionamiento del órgano.

Métodos no sangrientos — El más simple de éstos es el de Courty, la reposición expontánea aerea; consiste en hacer tomar á la mujer lo posición genupectoral, entreabriendo la vagina con un espéculo ó con una simple cánula vaginal, posición que la enferma tomará durante un rato todas las mañanas al levantarse. Además aconseja dormir en decúbito abdominal.

En esta posición estando la cadera levantada y el torax bajo, el útero vasculará y vendrá á colocarse en su posición fisiológica, ayudado por la columna de aire que hace presión sobre las paredes de la vagina. Conjuntamente se debe tratar la metritis.

La reducción manual consiste, como su nombre lo indica en corregir la desviación mediante las manos del médico.

Colocada la mujer en decúbito dorsal, las piernas separadas y flexionados los muslos, anestesiada, para que se relajen los músculos abdominales y no impidan la maniobra, se introducen los dedos de la mano izquierda en la vagina, los que levantarán el cuerpo del útero colocado en el fondo del saco posterior mientras que la otra mano deprime las paredes del abdomen y buscando el fondo del útero trata de insinuar los dedos por detrás de él y lo trae en anteflexión; este movimiento es ayudado por la mano que está en la vagina y hace presión sobre la cara anterior del cuello para llevarlo hacia atrás.

Traído á esta posición hay que mantenerlo y esto se efectúa por medio de pesarios. Los hay de muchos modelos, pero uno de los más usados es el de Dumontpallier que es un anillo de goma que toma en su luz el cuello y distendiendo las paredes de la vagina mantiene el órgano reducido.

Existe el de Hodge y de Gaillard-Thomas, el de Schultze y otros.

El mejoramiento de los enfermos después de este tratamiento suele ser rápido pero la mantención del pesario se hace incómoda y dolorosa y es difi-

cil que la enferma se decida á llevarlo 6 y 8 meses y un año como es necesario; además que no se puede dejar en su lugar mucho tiempo pues se incrusta y concluye por alterarse apesar de los cuidados higiénicos que se tengan.

El pesario mantiene el útero reducido en caso de retroversión, siendo su resultado nulo en los casos de retroflexión pues en estos casos, el cuello está en su posición normal.

Otro medio de contensión del útero reducido son los tallos intrauterinos.

La indicación de este tratamiento es la misma que la anterior adoleciendo de los mismos defectos respecto á la mantención del aparato.

Las estadísticas llevadas por distintos médicos son distintas respecto á sus resultados; así vemos á Sanger obtener un 10 por 100 de curaciones y en cambio Boully obtsvo 105 curaciones de 130 enfermos tratados.

El éxito depende en mucho de emplear el método en aquellos casos en que está realmente indicado.

Los otros métodos no cruentos y menos usados son el masaje, la electricidad y la columnización de la vagina, inciertos también en sus resultados.

Estos métodos no cruentos adolecen todos de

los mismos defectos y para dar resultados tienen que encontrarse reunidas en el enfermo cierto número de condiciones que no es muy frecuente encontrar.

Por primera condición, debe tratarse de retrodesviaciones libres pues si hay adherencias no dará resultado la operación, pues si se pudiera enderezar el útero, lo que no sería fácil, sin romper esas adherencias, sería difícilmente tenerlo reducido.

Las lesiones anexiales no son tratadas por este medio y por los medios médicos difíciles de curar salvo aquellos casos de lesiones mínimas que curan al tratar la metritis.

Como vemos, las indicaciones de estos métodos no son muy frecuentes y sus resultados solo serán satislactorios en casos de retrodesviaciones libres, sin lesiones anexiales ó con lesiones mínimas y contando con la integridad del periné se emplea también cuando está contraindicada toda operación cruenta.

Otro inconveniente que debe tenerse en cuenta se que el tratamiento es largo y penoso y es difícil que las enfermas cumplan las prescripciones médicas, produciéndose recidivas á causa de esto.

Métodos sangrientos: Estos métodos son de risultados mas seguros y llenan mejor que los ante-

riores las cuatro condiciones enumeradas ya que debe llenar todo tratamiento para ser eficaz.

Los procedimientos operatorios empleados son numerosos, ni aunque muchos no son sino modificaciones á los primitivos, que adolecian de defectos que la experiencia hizo descubrir; todo ellos pueden agruparse en dos clases: los directos y los indirectos.

Los primeros son las hisperopexias, operaciones que se llevan á cabo sobre el útero mismo y las segundas que obran sobre los ligamentos suspensores y de estos sobre el ligamento redondo.

Ahora estas histeropexias son vaginales y abdominales según se ejecute la fijacion del útero por la vagina ó por la cavidad abdominal.

Las primeras histeropexias que se llevaron á cabo fueron las vaginales ideados por Amussat en 1830 y Richelot 1868; consistían en cauterizar con hierro enrogesido el fondo de saco posterior á fin de formar una cicatriz fibrosa y retractil que al contraerse arrastraba el cuello hácia atrás haciendo vascular el cuerpo hácia adelante.

Esta operación podía corregir una retroversión pero no una retroflexión, y una retroversión misma siempre que no fuera adherente, teniendo además otros inconvenientes comunes á todas estas histeropexias como lo veremos al fin.

Nicoletis en 1887 modificó en algo esta operación pero sin mayores resultados y más ó menos al mismo tiempo. Von Rabeneau, tuvo el primero la idea de abrir el fondo de saco anterior para fijar el útero directamente á la pared vaginal; Schücking le sige con algunas innovaciones al procedimiento y luego Iweifel, Dührssen, Mackerodt Le Dentu y Pichevin; pero de todas estas operaciones solamente se vulgarizaron las de Phürssen, Le Dentu y Mackerodt.

Dührssen hacía su vaginofijación de la manera siguiente: incindía el fondo de saco anterior transversalmente en una extensión de un centímetro, en la inserción de la pared vaginal al cuello; profundizaba luego la incisión al mismo tiempo que la agrandaba de un centímetro más ó menos á cada lado, luego con ayuda de los dedos, separaba la vejiga del útero y abría el peritoneo; traía después el útero hácia adelante hasta tocarlo con el dedo, por medio de un histerometro introducido por el cuello; una vez el útero al alcance, pasaba un hilo en la pared uterina para llegar el fondo y hacerlo más axesible, tirando de este hilo colocaba otro más arriba y así hasta que el fondo aparecía en la herida. Entonces colocaba tres hilos que después de atravesar el colgojo anterior de la pared vaginal atravesaba la pared uterina sin tocar la mucosa y

anudándolos fijaba el útero en esta posición; sacaba después los hilos que le habían ayudado á sostener el útero y hacer que su fondo descendiera, cortaba los hilos fijadores á ras de los nudos, serraba la herida vaginal y retirando el histerometro hacía un lavaje, tratando después la metritis.

De 114 operados hasta la fecha en que el autor presentó su comunicación había obtenido 102 curaciones.

Mackenrodt creyendo salvar los inconvenientes de la operación de Dührssen con respecto al embarazo hace la vesicofijación.

Incinde longitudinalmente el fondo de saco anterior y pared anterior de la vagina, desprende el útero de la vejiga, abre el peritoneo y sutura el útero á la vejiga.

De estas operaciones nos queda la de Le Dentu. Este operador empieza por descender el útero por medio de una pinza con la que toma el cuello uterino por su parte anterior, con otras tres pinzas largas toma la pared vaginal anterior, una colocada á un centímetro atrás del meato urinario y las otras dos una á la derecha y otra á la izquierda. Incinde luego verticalmente desde dos centímetros más atrás del meato hasta un centímetro más arriba del borde inferior del cuello, diseca cuidadosamente 1 1/2 ó 2 centímetros á cada lado de la incisión

la pared vaginal y después separa la vejiga del útero. Con un histerometro, trae la matriz en anteversión, abre el peritoneo, esplora el fondo del útero y rompe las adherencias, si existen, y coloca los hilos que servirán para tener el útero fijo en anteversión hasta colocar los puntos que quedarán permanente.

Para ejecutar la operación de fijarlo se pasan los hilos tomando primero el labio izquierdo de la herida, luego la pared anterior del útero salvando la mucosa y por fin el labio derecho: se pasan seis ú ocho puntos colocando algunas vaginales solamente para afrontar mejór los bordes de la incisión se cortan estos hilos á ras de sus nudos. Los hilos auxiliares se irán sacando á medida que se van haciendo inútiles,

En un principio se dejaron casi los métodos no sangrientos para ser suplantados por éstos, que daban mejores resultados y representaban un adelanto en el tratamiento de las retrodesviaciones; ni aunque sus indicaciones eran casi las mismas que en las anteriores, pues daban resultados en los casos de retrodesviaciones libres de adherencias ó con adherencias muy fáciles de romper y en que las lesiones anexiales fueran nulas ó mínimas.

Tenían sobre aquellas las ventajas de ser más eficaces y exponer menos á las recidivas, pero en

cambio, fuera de la dificultad de la técnica, traia inconvenientes para el libre desarrollo del útero durante el embarazo por los tironamientos que la nueva adherencia ejercía sobre la cara anterior, produciéndose abortos y partos distóxicos ocasionados por posiciones viciosas del feto, consecutivas al desarrollo anormal de la cavidad uterina y como consecuencia del parto, en estas condiciones, las hemorragias debidas á la falta de involución.

En la operación de Dührssen y Le Dentu, la nueva posición del útero no era la normal pues se colocaba en anteflexión lo que es un inconveniente; en la de Mackerodt la posición dada se acercaba más á la fisiológica pero en cambio tenía sus inconvenientes del lado de la vejiga á la que exponía hasta su ruptura.

Así como estas operaciones suplantaron á las primitivas, otras más adelantadas reemplazaron con justa razón á estas, salvando algunos de sus inconvenientes y defectos, estas fueron las histeropexias abdominales que aparecieron cuando el temor á la laparotomia hubo desaparecido por los adelantos de la asepsia y antisepsia.

Histeropexias abdominales. — Estas operaciones consisten en fijar el útero á la pared abdominal y tienen sobre las anteriores la ventaja de poder romper las adherencias y tratar las lesiones

la sutura hasta cerrar el ángulo superior de la incisión.

Legueu después de hacer su laparotomia y traer la matriz á la posición querida, atraviesa la pared anterior del útero con tres hilos dobles que cortándolos en sus extremos resultan seis, antes de penetrar en la pared uterina toma la pared muscular y poritoneo como también después de pasar los hilos por la pared uterina y luego anuda estos hilos dos á dos primero los de un lado y luego los del otro. Queda por ultimo cerrada la pared.

Esta operación tiene sobre las dos anteriores la ventaja de suprimir la contricción de la pared uterina y como deja el fondo libre puede este desarrollarse mejor durante el embarazo.

Estas hisferopexías tienen sobre las operaciones anteriores las ventajas de que hemos hablado al principio, ventajas en cuanto al resultado terapéutico y ortopédico, lo que fué ya un gran adelanto pero los resultados obstétricos dejan mucho que desear, el embarazo, cuando no termina con el aborto es doloroso por las tiraniamientos producidas sobre la cara anterior y si llega á término, el parto suele hacerse distosico y la falta de involución después de hecho puede traer hemorragias graves y infecciones que son provocadas por las manipulaciones que se hacen necesarias en estos casos.

Milander en una estadística de 74 embarazos tubo seis abortos y tres partos prematuros y en los que llegaron á término tres presentaciones de hombro y una de nalgas.

Como vemos, por sus resultados obstétricos, estas operaciones deben hacerse en enfermas que hayan pasado su período genital.

Por sus resultados terapéuticos y ortopédicos tiene indicaciones mucho más numerosas que las anteriores.

El temor á los trastornos vesicales, no es justificado, pues este órgano puede, en estado de reflexión espandirse á uno y otro lado del útero sin que la adherencia de éste á la pared abdominal lo impida; algunos casos de cistitis observados se han debido á coteterismos descuidados.

Mas justificados parecen ser los temores á estrangulamientos íntestinales pues se han observado varios casos.

Del método llamado cuneohisteropexia ya sea abdominal ó vaginal no tenemos una estadística de la que se puedan sacar deduciones prácticas.

Está basado este método en que en las retrodesviaciones uterinas, la pared anterior de la matriz se encuentra alargada y por consiguiente acortándola se puede mantener el útero reducido.

Janesco lo hace por vía abdominal, sacando

una cuña cuadrangular de la pared uterina, sin tocar la mucosa, y luego la une transversalmente quedando el útero en anteversión, Clicker lo hace por vía vaginal.

Las indicaciones de esta operación son restringidas dando resultados en los casos de retrodesviaciones libres y anexos sanos y estos resultados aún no son muy satisfactorios.

No puede hacerse la cuneohisteropexia en mujeres embarazadas.

Los resultados obstétricos son dudosos y la cicatriz dejada en la pared uterina es un inconveniente de la operación digno de tenerse en cuenta como también la anteflexión exagerada en que queda la matriz.

Ligamentopexias: Estas operaciones obran indirectamente sobre el útero y directamente, podemos decir, sobre la causa de la retrodesviación que es el alargamiento de los los ligamentos redondos, los que se acortan mediante esta operación.

Polk acortaba por vía vaginal al mismo tiempo los ligamentos uterocacros.

Hoy día son las ligamentopexias las operaciones que por sus resultados han implantado las que anteriormente hemos enumerado.

Pueden ejecutarse por vía extra ó intraperitoneal.

una cuña cuadrangular de la pared uterina, sin tocar la mucosa, y luego la une transversalmente quedando el útero en anteversión, Clicker lo hace por vía vaginal.

Las indicaciones de esta operación son restringidas dando resultados en los casos de retrodesviaciones libres y anexos sanos y estos resultados aún no son muy satisfactorios.

No puede hacerse la cuneohisteropexia en mujeres embarazadas.

Los resultados obstétricos son dudosos y la cicatriz dejada en la pared uterina es un inconveniente de la operación digno de tenerse en cuenta como también la anteflexión exagerada en que queda la matriz.

Ligamentopexias: Estas operaciones obran indirectamente sobre el útero y directamente, podemos decir, sobre la causa de la retrodesviación que es el alargamiento de los los ligamentos redondos, los que se acortan mediante esta operación.

Polk acortaba por vía vaginal al mismo tiempo los ligamentos uterocacros.

Hoy día son las ligamentopexias las operaciones que por sus resultados han implantado las que anteriormente hemos enumerado.

Pueden ejecutarse por vía extra ó intraperitoneal.

Es Alquié en 1840 el primero que presentó en la Academia de Francia, el nnevo método para el tratamiento de las retrodesviaciones uterinas por acortamiento de los ligamentos redondos, pero su memoria no fué conocida en el exterior del país, cuando en 1881 Alexander practica la operación que creyó ser el primero en llevarla á cabo; Adame la vulgariza después y es por lo que esta operación es con justicia llamada de Alquié-Alexander-Adams; pero más conocída por operación de Alexander.

Para practicarla se hace una incisión como para una hernia inguinal, se busca el ligamento redondo á su salida del canal inguinal, cosa que no siempre es fácil pues este cordón á su salida se expande en un pincel de fibras difíciles de reconocer. Para encontrarlo dice Mitot debemos guiarnos por un paquete vásculo-nervioso constante, que emerge de la parte superior del canal y que se destaca sobre el color blanco nacarado de la oponebrosis del oblicuo, debajo inmediatamente del paquete está el ligamento. Otros, y es lo más seguro, abren el canal inguinal y en su interior reconoceremos el ligamento á su salida de la cavidad abdominal.

Una vez tomado el cordón, se coloca el útero en antevercion fisiológica, por medio de un histerómetro, se tira de los ligamentos para fijar la po-

sición y se suturan á la aponebrosis que forma la pared del canal.

Esta operación sencilla y que reproduce muy bien la situación normal del útero tiene indicaciones bastante restringidas, pues solo es aplicable á los casos en que no existen adherencias y los anexos están sanos. En estos casos sus resultados son muy satisfactorios bajo todo punto de vista y tienen sobre las otras operaciones sangrientas la ventaja de la venignidad y simplicidad de la operación y salva dos inconvenientes con respecto á los resultados obstétricos.

El acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos tiene muchos procedimientos y todos tienen de comun la laparotomía mediana supropubiana.

Tenemos los procedimientos de Wylié, Ruggi, Polk, Mathieu, Dartiguez, Cudley, Beck. etc. y entre nosotros los procedimientos de Basterrica, Caballero y Arse.

Wylie de Nueva York y Ruggi dieron á conocer, el uno en América y el otro en Europa, una nueva operación en 1889, que consistía en el acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos.

Wylie toma los ligamentos redondos con una pinza, las sacas fuera de la herida abdominal y for-

ma á igual distancia del pubis y de los cuernos uterinos un pliege, aviva la cara del ligamento que van á quedar en contacto y los fija con puntos ó ligaduras; esto después de romper adherencias y tratar convenientemente las lesiones anexiales, sierra luego la incisión y coloca un pesario que se debe llevar un tiempo.

Ruggi hacía la misma operación con diferencia solamente de técnica, pues él, una vez visibles los ligamentos redondos, tomaba una aguja y atravesava este á su entrada en el canal inguinal, anudaba el hilo y sin cortarlo volvía á atravesar el ligamento cerca del cuerno uterino, tirando luego unía estos dos puntos y con un surget adosaba perfectamente el pliege formado por el ligamento; esta sutura se asegura baciéndola doble.

Mathieu hace llevar el acortamiento sobre las partes internas y externa del ligamento y para esto toma con dos pinzas el ligamento, que queda dividido en tres partes iguales y une el cabo periférico del pedazo interno con el cabo central del tercio externo formando así dos anzas de convexidad externa.

Polk se vale de otro procedimiento; acoda los ligamentos hasta unir el uno con el otro formando una x adelante del útero, aviva estos ligamentos en

su punto de contacto cerca de la matriz y los sutura fuertemente.

Diartiguez une los ligamentos redondos, el de un lado còn el del otro, pero en la cara posteríor del útero; para esto hace un ojal en el ángulo formado, arriba por el ligamento tuboovarico y adentro por el borde lateral del cuerpo, buscando un lugar donde no existen vasos, lo que se puede hacer fácilmente por la transparencia del ligamento ancho, luego con una pinza toma el tercio posterior del ligamento redondo y trayendo el útero hácia adelante para el ligamento á través del ojal, como esto se ha hecho de ambos lados liga los dos anzas en la parte posterior de la matriz.

El procedimiento de Dudley consiste en avivar la cara anterior del útero cerca de sus bordes y la cara de los ligamentos redondos en los puntos en que van á quedar en contacto; luego sutura los ligamentos á la pared uterina.

Este procedimiento adolece del defecto que la inserción de los ligamentos redondos queda muy bajo y puede producirse más tarde una retroflexión. Para abrir este inconveniente Boudouin modifica la técnica y en lugar de suturar el ligamento redondo de arriba abajo, hace con él una V de abertura superior y así queda acortado el ligamento y su punto de inserción siempre en la extremidad superior y

con más ésto, que ahora el punto de sostén del útero se encuentra en la cara anterior dándole así mayor solidez.

La ligamentopexia abdominal de Beck consiste en lo siguiente: toma los ligamentos redondos, las libera de la serosa y los sutura el uno con el otro en una estención de seis á ocho centímetro, de modo que quede el aparato suspensor anterior del útero, transformado en un ligamento mediano insertado en sus dos extremidades, más corto y más grueso teniendo siempre sus mismos puntos de inserción: los cuernos uterinos adentro y el pubis afuera; luego saca este cordón afuera de la herida mediana abdominal de manera que las extremidad de ambas se correspondan y por fin sutura el peritoneo, luego la capa músculo oponebratico y por fin la piel, escluyendo la cuerda ligamentosa de la pared.

Hay 5 casos operados por Caugno con resulta- terapéuticos y ortopedicos satisfactorios pero no habla de sus resultados obstétricos. Según podemos creer teóricamente, este cordon formado al adosar los ligamentos, debe sufrir una distención exajerada durante el embarazó y debe ser difícil que vuelva á recobrar su retractibilidad suficiente después del parto.

Todas las ligamento-pexias que hemos pasado en revista acortan los ligamentos relajados y mantienen

el útero corregido pero dejan como puntos de inserción de estos los puntos precisamente menos resistentes, que son sus extremidades externas que como hemos visto son fibrillas muchas veces difíciles de ver y que no tienen nunca la resistencia del grueso cordón intro-abdominal.

Doleris en vista de esto ideó su operación.

La primitiva consistía en fijar los ligamentos redondos al ángulo inferior de la herida abdominal, pero quedaba entonces el útero fijo solamente en un punto mediano y para darle mayor seguridad modificó esta inserción, fijando separadamente los ligamentos á uno y otro lado de la parte inferior de la abertura del abdomen.

Sin embargo de tener esta operación sobre las anteriores la ventaja de su inserción más sólida, tiene el inconveniente de oprimir la vejiga cuando está distentida y de oponerse al desarrollo normal de la matriz durante el embarazo. Se han observado también obstrucciones intestinales en enfermas operadas por este método.

Entre nosotros, ha observado un caso de obstrucción intestinal, el doctor Zavala en una operada por el procedimiento de Doleris.

Otro procedimiento de ligamento-pexia abdominal es el de Bardescu.

Este operador hace su laparotomía mediana su-

prapuviana y después de romper las adherencias y tratar los anexos si es necesario, hace un ojal á través de la aponebrosis del recto abdominal, del músculo mismo y de hoja aponebsótica posterior y por fin del peritoneo, toma el ligamento redondo con una pinza y sacándolo por el ojal, lo fija á la aponebrasis, sierra luego el ojal y para mayor seguridad toma también en la sutura de la herida abdominal el ligamento así acortado; esto hecho de ambos lados como es consiguiente.

Spoeth fija más afuera de la línea media los ligamentos, perforando la pared abdominal cerca del anillo interno del canal inguinal y fijándolos á la pared anterior.

El doctor Bazterrica hace una laparotomía como en los procedimientos anteriores, toma los ligamentos redondos y los secciona cerca de su inserción en los cuernos uterinos, á 5 centímetros más ó menos, luego fija los cabos centrales del segmento externo á la cara anterior del útero cerca de su inserción primitiva y los cabos periféricos del segmento interno los incluye en la sutura de la insición abdominal.

Arce comienza por hacer una incisión transverza y curba, de concavidad inferior (incisión de Pfanenstiel) diseca y rebate el colgajo inferior sobre el monte de Venus, luego incinde verticalmente en la línea media y abre la cavidad abdominal; despué de rom-

per las adherencias y tratar los anexos trae el útero á su posición de anteversión, tira los ligamentos redondos por el anillo inguinal externo y los fija á la aponebrosis anterior del canal ingninal; cierra este anillo para evitar una posible hernia y la parte de ligamento redondo que queda fuera del anillo externo los sutura á la aponebrosis del gran recto; por fin cierra la cavidad abdominal.

Respecto á los resultados de la operación que se dejan ver aunque teóricamente, para nosotros, muy buenos, no tenemos todavía una estadística para asegurar su eficacia.

Capítulo IV.

Operación de Caballero

La operación de Caballero es practicada en este servicio del Hospital Rawson desde el año 1901 con resultados excelentes como puede verse por la estadística, que acompaño, tanto bajo el punto de vista terapéutico y ortopédico como por sus resultados obstétricos.

En el servicio de Ginecología del Hospital Rivadavia se practica con el mismo buen resultado desde que su autor la dió á conocer.

Consiste en lo siguiente: Laparotomia mediana infraumbilical hasta tres centímetros más ó menos del pubis, moviliza el útero si existen adherencias, trata las lesiones anexiales si las hay después toma con dos pinzas los ligamentos redondos á siete centímetros más ó menos de su incercción uterina y entrega estas pinzas al ayudante; entonces con una de forsipresur penetra por la parte más inferior

de la herida abdominal entre el musculo recto del abdomen y su aponebrosis anterior, desprende ésta hasta el borde externo del musculo y una vez allí hace que la extremidad de la pinza cuya curva mira hácia abajo perfore la hoja posterior de la oponebrosis y el peritoneo, saliendo su extremidad cerca del orificio interno del canal inguinal; con esta pinza abierta recibe el operador del ayudante los ligamentos redondos que toma á raiz de la pinza que lo entrega y lo hace pasar por el túnel formado, con solo sacar la pinza que lo arrastra tras sí; fija con un punto en V el ligamento á la oponebrosis anterior del recto y después concluye fijándolos el uno al otro en la línea média y cierra la pared abdominal.

Esta operación, como podemos ver, es parecida a la de Bardescu.

De la operación sobre los ligamentos que hemos pasado en revista, hemos visto que el procedimiento de Dóleris era uno de los mejores en sus resultados, pero á pesar de la modificación que el mismo autor le hizo, insertando los ligamentos á uno y otro lado de la incisión abdominal, estas inserciones quedaban muy cercanas. Este inconveniente es salvado en la operación de Caballero, quien inserta, como hemos visto los ligamentos,

cerca del orificio interno del canal inguinal, dando así mayor solidez á la suspensión.

En cuanto á dificultades de tecnica y peligros de la operación son los mismos que en las demás ligamentopexias.

Los resultados terapéuticos, hemos podido ver, no dejan nada que desear; en poco tiempo cesan los dolores, la metritis cura, se regularizan las reglas y el estado general se repara notablemente. Tiene como todas las operaciones intraperitoneales la ventaja de poderse tratar los anexos perfectamente.

Ortopedicamente sus resultados son completamente satisfactorio y esto es debido á que el acortamiento se efectúa sobre la parte menos resistente del ligamento reforzandolo, de esta manera, en el punto que precisamente lo necesita y no como otros que actúan sobre la gruesa extremidad interna dejando el punto debil como estaba.

La movilidad que esta operación permite al útero es suficiente para dar libertad á la vejiga durante su replexión y no da lugar á estrangulamiento intestinales; ventajas que se deben á que la matriz recobra una posición que es la que más se aproxima á la normal.

Por sus resultados obstetricos, la operación de Caballero supera á las demás que hemos visto, no

impidiendo absolutamente el libre desarrollo del órgano durante el embarazo y evitando por consiguiente los abortos y los dolores, ocasionados por los tironiamientos de los ligamentos como también las posiciones defectuosas del feto y las hemorragías del alumbramiento.

Como ni el cuerpo ni el cuello han sido tocados, las contracciones durante el trabajo se hacen regularmente y la dilatación del cuello normal, lo que no sucede en las operadas por los métodos de Woylie, Ruggi, Mathieu, Polk etc.

La involución se hace fisiológicamente y como la parte más musculosa y fuerte de los ligamentos ha sido respetada, impiden que se produzcan recidivas después del parto.

En los prolapsus vagino-uterinos, el Dr. Reibel gefe del servicio de ginecología del Hospital Rawson ha empleado esta operación ya sea sola, ya acompañada de operaciones plasticas de la vagina y el periné y sus resultados han sido excelentes. Como se observarán algunos casos, raros en verdad, de recidivas (dos casos en mujeres de edad avanzada) sustituyó el catgut por crin de Florencia y no se han observado más.

La estadística de las 45 operaciones practicadas en el servicio del Hospital Rawson, nos dan un resultado excelente y de estas se operaron dos

embarazadas que llegaron á término y tuvieron partos normales, 5 se embarazaron después de operadas con resultados felices en el parto y una se embarazó por segunda vez sin trastorno alguno durante su embarazo ni en el parto.

De otras operadas no se ha sabido nada, pues es dificil obtener datos de estos enfermos una vez salidos del Hospital pero es de suponer que sus resultados hayan sido tan favorables como en los casos que hemos podido seguir.

Luis Panizza.

Abril 22/910.

Buenos Aires, Abril 22 de 1910

Nómbrase al señor Consejero Dr. E. Bazterrica al profesor titular Dr. José Arce y al profesor suplente Dr. E. Zárate, para que constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón

R. S. Gomez

Secretario

Buenos Aires, Abril 30 de 1910

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta Nº 2167 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón

R. S. Gomez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En la retroverción del útero grávido debe practicarse el acortamiento intraperitoneal de los lígamientos redondos.

E. Bazterrica.

II

Disposición del peritoneo pelviano en la mujer.

J. Arce.

III

El acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos de Zárate tiene ventajas de orden fisiológico y ortopedico sobre los demás procedimientos ?

E. Zárate.

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 insersión de los ligamentps redondos.	Curada.
Noviembre 15	M. R.	24	Italiana	»	Retroeersión 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 - Metrarragias.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Hamamelis - Lavajes intrauterinos.	Curapa.
1905							
Marzo 21	C. G.	30	Italiana	»	Retroversión uterina adherente - Salpingoovaritis escleroquística doble.	Desprendimlento de adserencias - Resección cuneiforme del ovario izquierdo - Salpingo ovariectomiador - Neo ieserción de los ligamentos redondos.	Curada.
Marzo 25	T. L.	22	Española	»	Retroversión uterina lib.e - 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 ligamettos redondos - Colporrafía anterior - Colpoperíneo plastia.	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 plastia.	Curada.
Junio 3	J. G.	25	Italiana	»	Retroversión uterina adherente - ovarios microquisticos.	Desprendimiento de adherencias - Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos rodondos.	Embarazo al poco tiempo - Parto normal - No hay recidiva.
1906							
Marxo 19	F. D.	24	»	»	Retreflexión uterina libre - Ovario izquierdo quístico y prolapsado.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Ovariectomía izquierda.	Curada.
Abril 20	M. M.	27	Española	Soltera	Retroflexión uterina libre - Quiste ovario izquierdo.	Neo inserción de los ligamentos redondos - Ovariectomia izquierda.	Ha teeido dos embarazos á término - Partós normales - No hay recidiva.
Abril 23	F. B. de D.	31	Argentina	»	Retroflexión uterina libre.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Embarazo á término - Parto normal - No hay recidiva.
Julio 30	J. F. de G.	20	Orieñtal	Casada	Retroflexión uterina libre - Ovaritis escleroquística derecha.	Resecciou 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 - Colpoperíneo plastia.	Curada.
Octubre 19	M. L.	24	Argentina	»	Retroflexión uterina libre - Ovaritis escleroquística.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo insereión de los ligamentos redondos.	Curada.
Octubre 31	G. R.	23	»	»	Retroflexión úterina adherente - Salpingo ovaritis izquierda quistica - Ovaritis esclero quística derecha.	Salpingo ovariectomía izquierda - Resección cuneiforme del ovario derecho - Neo inserciou de los ligamentos redondos.	Curada.
1907							
Enero 23	S. S.	33	»	Soltera	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	Casada	Embarazo de dos meses - Retroflexión uterina adherente.	Desprendimienro 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 iuserción de los ligamentos redondos - Colpoperíneo plastia.	Curada.
Abril 9	D. S. de V.	23	Española	»	Retroversión uterina móvil - Ovario derecho escleroquístico.	Resección cuniforme del ovario derechs - 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	»	Prolapso vagino uterino de 2° grado.	Colporrafia anterior - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada.
1908							
Enero 2	C. P.	24	Argentina	Viuda	Retroversión uterina adherente.	Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada.
Enero 7	O. C. de L	43	Española	Soltera	Retroversión uterina libre.	Neo inserción do los ligamentos redondos.	Curada.
Febrero 14	T. S.	17	Argentina	Casada	Postabarto: desgarradura de la vagina (longitudinal) - Infeeción - Retroversión uterina adherente.	Lavajes vaginales é intrauterinos . Piramidón - Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada.
Febrero 21	M. R. de B.	33	»	Soltera	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	Casada	Prolapso vagino uterino.	Lavajes - Taponamiento - Neo inserción de ligamentos redondos (con crin).	Curada.
Marzo 15	D. D.	22	»	»	Retroversión uterina móvil - Ovarios microescleroquisticos.	Resección cuneiforme de ambor ovarios - Neo inserción de los liaamentos redondos.	Embarazo al mes de operada - Parto normal en la Maternidad del Hospital Rawson.
Agosto 19	S. M. de R.	60	Argentina	»	Prolapso vagino uterino.	Neo inserción de los liñamentos redondos (con crin) - Colpoperlneo plastia. (Doleris).	Curada.
Setiembre 6	A. L.	23	»	Viuda	Retroversión uterina - Ovarios escleroquisticos prolapsados - Oclusión intestinal.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada.
Setiembre 29	M. A.	19	»	Casada	Prolapso del útero en retroflexión - Cistocele - Ovarios microescleroquísticos.	Lavajes - Ovulos - Resección cuneiforme de ambos ovarioo - Neo inserción de los ligamentos redoddos - Colporrafia anterior.	Curada.
Octubre 13	T. C. de M.	24	Española	Soltera	Retroversión uterina libre - Prolapco de ovarios escleroquísticos.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Neo inserción de los ligamentos redondos - Colpotomía posterior.	Curada.
1909							
Enero 14	A. M. de G.	39	Italiana	Casada	Retroverslón uterina adherente.	Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada.
Enero 16	C. L.	35	»	»	Retroversión uterina adherente.	Desprendimiento de adherencigs - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada.
Enero 26	T. B.	32	Española	»	Retroversión uterina adherente - Colpocele anterior.	Desprendlmiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos - Colporrafia anterior.	Curada.
Febrero 13	A. T. de B	18	Rusa	Soltera	Retroversión uterina adherente - Parametritis.	Lavajes: Óvulos - Desprendimiento de adherencias Noo inserción de los ligamentos redondos.	Curada.
Marzo 13	M. L. C.	33	Argentina	Casada	Retroversión uterina libre.	Neo inserción de los ligamentos redoudos.	Curada.
Marzo 30	J. B. de G.	22	Italiana	Soltera	Apendicitis - Retroversión uterina adherente - Ovatitis escleroquística derecha.	Apenpicectomía - Resección cuneiforme qel ovario derecho - Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de los ligamentos redondos.	Curada.
Abril 4	M. G.	32	Argentina	Casada	Retroversión uterina adherente - Prolapso de ambos ovarios - Cistocele.	Desprendimiento de adherencias - Neo inserción de ligamentos rsdondos - Colporrafia anterior.	Curada.
Abril 17	L. C. de R	39	Iialiana		Retroversión uterina adherente - Desgarradura antigua de periné.	Dssprendimiento de adherencias - Neo inserción de ligamentos redondos - Colpoperineo plas'ia.	Curada.
Abril 21	S. R.	30	Argentina	»	Prolapso útero vaginal, con útero en retroversión Colpocele anterior y posterior - Desgarradu.a antigua de periné.	Neo rnserción de los ligamentos redondos - Raspado - Amputación del 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 - Drenaje vaginal.	Curada.
Mayo 31	E. S.	28	Española	»	Retroversión uterina libre - Ovaritis escleroquística doble prolapsados.	Resección cuneiforme de ambos ovarios - Nee inserción de los ligamentos anchos - Colpotomía posterior.	Curada.