AÑO 1910. Núm. 2248

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN CARLOS PODESTÁ

Ex-Practicante de la Asistencia Pública

Ex-Practicante Interno y Externo del Hospital San Roque

Ex-Ayudante del Laboratorio de Anatomía Patologíca

Médico del Sanatorio Podestá

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

RETRODESVIACIONES

UTERINAS

AÑO 1910. Núm. 2248.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN CARLOS PODESTÁ

Ex-Practicante de la Asistencia Pública

Ex-Practicante Interno y Externo del Hospital San Roque

Ex-Ayudante del Laboratorio de Anatomía Patologíca

Médico del Sanatorio Podestá

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

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

Articulo 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

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. Cranwell

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. » » Martin Spuch
3. » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalshae

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ 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
» » J. A. BOERI (Suplente)

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Fisica Médica	» ALFREDO LANARI
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Quimica aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histologia	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomia Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiologia y ejercicios clinicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiologia General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica	» TELEMACO SUSINI
Bacteriologia	» CARLOS BALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat. y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clinica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriática	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIOGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTON

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

«JUAN R. FERNANDEZ»

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. 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
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	,, RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	,, JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	,, JUAN CÁRLOS DELFINO
	,, LEOPOLDO URIARTE
	,, ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	,, FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	,, ROBERTO SOLE
	,, CARLOS R. CIRIO
Clínica Ginecológica	,, JAIME SALVADOR
» Oto-laringológica	,, ELISEO V. SEGURA
Patología externa	,, CARLOS ROBERTSON
	,, RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	,, PEDRO CHUTRO
Patología interna	,, RICARDO COLÓN
	,, PEDRO LABAQUI
Clíníca Oftalmologica	,, ENRIQUE DEMARIA
	,, FRANCISCO LLOBET
» Quirúrgica	,, MARCELO VIÑAS
	,, MARCELINO HERRERA VEGAS
» Neurológica	,, JOSÉ ARCE
	,, ARMANDO MAROTTA
	,, MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	,, PEDRO BARBIERI
Clíníca Médica	,, LUIS AGOTE
	,, DAVID SPERONI
	,, JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica	,, ENRIQUE A. PARDO
	,, ENRIQUE ZÁRATE
	,, ARTURO ENRIQUEZ
	,, ALBERTO PERALTA RAMOS
	,, FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	,, MANUEL A. SANTAS
	,, MAMERTO ACUÑA
	,, GENARO SISTO
» Génito-urinaria	,, BERNARDINO MARAINI
	,, JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiatrica	,, JOSÉ. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomia, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Quimica orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» 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 (segunda curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmaceuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farma ognosia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiologico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clíníca Obstétrica.....	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.....	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapèutica dentarias, Medicina Legal..... ...	» N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

Padrino de Tesis:

Doctor ENRIQUE BAZTERRICA

Académico y Consejero de la Facultad de Medicina

Profesor de Clínica ginecologica

A MIS PADRES

A mi hermano

Doctor BARTOLOMÉ PODESTÁ

A MIS AMIGOS

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Por su frecuencia la retrodesviación constituye un capítulo importante en la patología del útero, y este hecho unido á las consecuencias que fatalmente le siguen, ha sido sin duda alguna la causa de que la inmensa mayoría de los ginecólogos se hayan detenido en su estudio, legándonos hermosos y prolijos trabajos de la estática uterina ; por otra parte, su tratamiento no feliz en todos los casos, parece haber excitado el ingenio creador del cirujano ; tal es el número y la variedad de operaciones ideadas para devolver al útero su posición perdida.

Estas razones y el haber tenido ocasión de observar algunos casos de indiscutible éxito por tratamiento quirúrgico, han determinado la elección del tema para mi tesis inaugural.

Para mayor facilidad he dividido mi trabajo en 6 capítulos, dispuestos de la manera siguiente : Está-

tica uterina, Etiología y patogenia, Frecuencia y Anatomía patológica, Estudio clínico, Tratamiento, Observaciones, y por último, las Conclusiones á que llego.

Mas antes de entrar en materia permitidme que haga público el agradecimiento que os debo como profesores de nuestra facultad, en reconocimiento con que os quedo unido á todos y á cada uno, por vuestras lecciones, por vuestros consejos y porque al lado vuestro se formó la enseñanza práctica que me ha de guiar en el ejercicio de la medicina.

Al doctor Enrique Bazterrica, que me acompaña en este acto, mi especial gratitud.

CAPITULO I

ESTATICA UTERINA

El órgano de la gestación y del parto, cuya forma recuerda la de un cono trunco, algo aplanado en el sentido ántero-posterior, con el vértice dirigido hacia abajo y la base vuelta hacia arriba, se aloja en la excavación pelviana : por detrás de la vejiga, por delante del recto, uniéndose interiormente con la vagina, y en relación, finalmente, por su fondo y una gran parte de sus caras anterior y posterior, con las ansas intestinales.

Un conjunto de seis ligamentos, distribuídos simétricamente en tres partes, constituyen el sistema de sostén uterino, sin que esa función les sea privativa, pues los elementos del periné concurren de una manera importantísima á idéntico fin.

Los ligamentos citados se distribuyen en la siguiente forma : dos laterales, llamados ligamentos anchos ; dos anteriores, los ligamentos redondos, y dos posteriores ó úterosacros.

El peritoneo pelviano, después de haber recubierto la cara posterior de la vejiga, se levanta sobre la superficie anterior del útero, revistiéndola ; hace lo propio con el fondo de dicho órgano, y desciende, en fin, sobre la cara posterior para vestirla también de túnica serosa. A uno y otro lado del útero, las hojas peritoneales que lo han revestido, no terminan bruscamente, sino que, por el contrario, adosándose entre sí, se prolongan hasta la pared lateral de la excavación pelviana ; al hacerlo encierran envolviéndolos, á diversos órganos, y constituyen en su conjunto los ligamentos anchos, cuya forma y disposición han hecho que los antiguos los compararan á las alas de un murciélago.

En cada ligamento ancho podemos distinguir dos caras : anterior y posterior, y cuatro bordes : superior é inferior, interno y externo. La cara anterior está en relación con la vejiga, mira no solamente hacia adelante, sino también algo hacia abajo, pues en el sentido vertical el plano de los ligamentos

anchos está ligeramente inclinado de arriba abajo y de delante atrás ; la cara posterior se halla en relación con el recto. El borde interno corresponde al útero y tiene su mismo espesor ; de ahí que en un corte transversal del ligamento aparezca la sección como un triángulo isóceles con su base vuelta hacia el útero ; el borde inferior descansa sobre el piso de la excavación pelviana ; el externo termina sobre la pared externa de dicha excavación ; por fin, el borde superior es libre y tiene una dirección algo oblicua hacia afuera y atrás.

Las caras anterior y posterior, el borde superior del ligamento ancho son levantados respectivamente por los órganos involucrados por este último, y dan origen así á las llamadas alas del ligamento ancho : la anterior que encierra el ligamento redondo en una parte de su trayecto ; la superior que envuelve totalmente la trompa y le forma un mesosalpinx, y la posterior, que abriga los ligamentos útero-ováricos, tubo-ovárico y una zona circunscripta del ovario : su pedículo.

Los ligamentos anchos están constituídos por el adosamiento de dos hojas peritoneales, en cuyo intersticio se alojan diversos órganos : trompa, ova-

rio, sus ligamentos, vasos, nervios, etc. ; pero además concurren á su formación planos de fibras musculares lisas, inmediatamente subyacentes á la túnica serosa, y que son una emanación de la capa muscular más superficial del útero. Añádese, en fin, cierta cantidad de tejido celular, que reune entre sí los diversos elementos citados, y cuya estructura es tanto más densa cuanto más se la considera cerca del piso de la excavación.

Los ligamentos redondos están representados por cordones que se extienden de la parte anterior y lateral del útero, hasta la sínfisis pubiana en su cara anterior. Miden de largo unos doce á catorce centímetros y tienen un espesor de cinco á seis milímetros. Las relaciones de las diversas partes de su trayecto han permitido establecer cuatro porciones : una pelviana, en la que el ligamento está algo aplanado en el sentido ántero-posterior, la envuelve la cara anterior del ligamento ancho, que levantada allí constituye su ala anterior. Otra porción, llamada ilíaca, va desde el estrecho superior al orificio interno del canal inguinal, cruza muy oblicuamente á la arteria y vena ilíacas externas. Un tercer segmento, denominado inguinal y alojado en el canal

homónimo, emite una serie de tendoncillos que se insertan en las caras anterior, inferior y posterior de dicho trayecto. La última porción del ligamento se apellida vulvar ; toda ella se disocia en múltiples hacecillos fibrosos que buscan su inserción en la espina del pubis, la cara anterior de la sínfisis pubiana y el tejido célulo-adiposo de los grandes labios y del monte de Venus.

Forman al ligamento redondo, además de un armazón fibro-celular, haces de fibras musculares, unas lisas y otras estriadas ; las primeras son una proyección de las túnicas musculares uterinas y están comprendidas principalmente en la porción pelviana del ligamento, para terminar en la ilíaca ; las segundas son algo así como un homólogo del cremáster, nacen en su mayor parte al nivel de la espina del pubis, y el haz que forman se robustece con fibras que le ceden el transverso y el pequeño oblicuo del abdómen, prosiguen por las porciones vulvar é inguinal del ligamento, alcanzando al segmento ilíaco, donde las últimas llegan á entrelazarse con las lisas.

Al ligamento redondo lo acompañan una arteria, originada en la epigástrica, y una serie de venas

provenientes del plexo periuterino ; las mayores poseen válvulas cuyo borde cóncavo está vuelto hacia adelante, lo que prueba que la circulación que por aquellas se efectúa va desde el útero á la pared abdominal. En las condiciones ordinarias, dichos vasos venosos revisten escasa importancia, se hipertrofian, en cambio, durante el embarazo y pueden llegar así á ser una vía supletoria cuando surja algún obstáculo.

Beurnier se ha interesado en determinar la resistencia de los ligamentos redondos, y ha conseguido romperlos con la tracción ejercida por pesos que han oscilado entre 400 y 900 gramos, aunque pocas veces se produjo la ruptura por debajo de 600 gramos. La zona que más fácilmente cede es el límite entre las porciones inguinal y vulvar.

Los ligamentos posteriores ó pliegues de Douglas se insertan por un lado en la cara posterior del cuello uterino, algo por debajo del istmo, y por otro van á tomar su inserción sobre la tercera, segunda y aún primera vértebras sacras, inmediatamente por dentro de la sínfisis sacroilíaca. A veces sus inserciones remontan más, llegando á la quinta vértebra lumbar, lo que ha autorizado en semejantes casos

á hablar de ligamentos útero-lumbares. Los pliegues de Douglas nos ofrecen una cara superior que se continúa con la hoja posterior del ligamento ancho ; otra inferior mira al recto ; de sus bordes el externo se pierde insensiblemente en el ligamento ancho y en el peritoneo que reviste la pared pelviana ; el interno cóncavo hacia adentro circunscribe con el del lado opuesto un espacio ovalar en que está alojado el recto, y que abarca además una depresión del peritoneo, la región más declive de la cavidad abdominal, llamada fondo de saco de Douglas.

Los ligamentos útero-sacros están constituídos por los repliegues correspondientes del peritoneo que envuelven haces de fibras musculares lisas confundidas hacia adelante con las del útero y de la vagina, y atrás insertas en parte sobre el sacro, otras fusionadas con la túnica muscular del recto.

——

Los ligamentos tienen la misión de mantener hacia adelante al fondo de la matriz. Se oponen á que ésta caiga hacia atrás durante un esfuerzo (vó-

mito, tos, micción, etc.) ; sin embargo, su elasticidad permite al útero, como veremos más adelante, cierta excursión posterior cuando la vejiga se llena, pero una vez evacuado este receptáculo esa misma elasticidad devuelve á su lugar primitivo al órgano desplazado. Además las fibras musculares lisas que entran en la constitución del cordón ligamentario pueden por su contractilidad neutralizar en parte toda fuerza que impulse hacia atrás al útero. Para algunos autores las funciones de los ligamentos redondos serían de una importancia muy secundaria.

Los pliegues de Douglas desempeñan el papel de ligamentos superiores tendiendo á llevar hacia arriba al cuello del útero ; en cuanto á los ligamentos anchos, su función ha sido apreciada diversamente ; para algunos son simples tutores laterales encargados de mantener al útero á igual distancia de las paredes pelvianas ; sin embargo, la retracción de uno de ellos trae como consecuencia una laterodesviación y no es dudoso que por sus fibras lisas y por los vasos que conducen al útero intervengan de una manera activa en la estática uterina.

Además de estos tres pares de ligamentos cuya existencia anatómica está tan bien definida, hay todo

un sistema aparte de elementos diversos que concurren en la doble función de sostén y suspensión del útero.

Así los ligamentos propios de la vejiga, las adherencias medianas de la matriz á la vejiga y á la pared vaginal anterior, las inserciones anteriores del haz pubiano del elevador anal y la inserción pubiana de la fascia ilíaca, desempeñan una misión de igual índole y superior en eficacia á la de los ligamentos redondos. De igual modo el conjunto de hojuelas (peritoneo, fascia pelviana, reflexión muscular de la columna posterior de la vagina), que forman el armazón del fondo de saco Douglas y que se encuentran en el centro de los pliegues del mismo nombre, complementan la acción de éstos de un modo importante. En último término no debe despreciarse la influencia del peritoneo en este sentido.

Pero la enumeración de los elementos de sostén uterinos sería incompleta, si no se mencionara el periné, que constituye la base más importante en la estática pelviana. Extendido de atrás adelante el periné asume la disposición de un diafragma atravesado por dos conductos : el recto y la vagina, y encierra

en su constitución órganos musculares que son el principal factor en la función que desempeña : el elevador del ano, los esfínteres vulvar y anal, más el músculo transverso del periné, suman su acción para contrarrestar la presión abdominal ; por otra parte, la disposición oblicua de los canales vaginal y rectal hace que sus paredes se adosen formando un plano único de resistencia, cuando esa presión se ejerce.

Contenido por este conjunto de medios, el útero se halla colocado de tal modo que el plano que pasa por el eje de suspensión intersecta al órgano al nivel del istmo ; en consecuencia, el centro de suspensión está situado por debajo del centro de gravedad de la matriz ; de allí resulta para ésta una posición de equilibrio inestable, como lo veremos luego que hayamos hablado de su situación normal.

La determinación de la situación normal del útero, ha provocado mayores discusiones que las ocurridas al tratar de definir la posición fisiológica de cualquier otro órgano de la economía. Hasta no hace mucho ha reinado á ese respecto una anarquía completa bien sintetizada en la siguiente afirmación

de Charpy : « Tómese un útero vacío ó lleno, fetal ó adulto, virgen ó multíparo, y supóngasele en una posición cualquiera sobre un arco de círculo de 90° que vaya desde la vertical hasta la horizontal ; esa posición ha sido realmente observada y afirmada como posición normal ».

Para Sappey, Cruvelhier, Tillaux, Richet, Freund, Langer, Gaillard, Thomas, Pirogoff, Bandl, Kölicker, el útero está en el eje del estrecho superior ó muy cerca de él ; otros colocan la matriz en antedesviación, anteversión ó anteflexión (Schoeder, Fritsch, Schultze, His, Waldeyer, etc.) ; Claudius, en 1865, fundándose en observaciones cadavéricas, afirmó que la retroversión era la situación fisiológica, y tal opinión fué compartida por Braune, Henle, Rudinger, Luschka, etc. ; Tschaussow, tomando como base numerosas investigaciones efectuadas sobre mujeres de edades diversas, ha deducido que el útero de la niña y de la nulípara se encuentra en anteversión, mientras que el de la multípara está en retroversión ; Charpy, después de estudios á este respecto, llegó ha afirmar que la posición del útero en el cadáver era la retroversión, y que no se conocía la situación del órgano en la persona viva.

No es dable pedir, como se ve, opiniones más contradictorias, y es posible que tales divergencias sean debidas á las circunstancias diversas de observación y á los métodos distintos seguidos por los investigadores, sumadas á las condiciones de instabilidad que afectan al equilibrio uterino.

La noción exacta respecto á la situación y dirección normales del útero, ha surgido merced á la concurrencia de múltiples factores : los estudios efectuados sobre el embrión ; la determinación de la manera como se sitúa el útero grávido, en los comienzos del embarazo ; las constataciones verificadas en el curso de las laparotomías ; las necropsias realizadas en buenas condiciones ; la exploración bimanual del útero, así como también el recurso del histerómetro ó de instrumentos análogos que permiten fijar la dirección en que se halla el eje uterino.

Así se ha llegado á establecer, y es hoy universalmente aceptado, que el útero normalmente se halla en un ligero grado de anteversión-flexión. En efecto, en la posición normal de la matriz, hay que considerar dos ángulos : 1º el que el eje uterino forma con el de la vagina ; 2º el que el eje del cuerpo constituye con el del cuello, vale decir, fijar

por una parte el grado de la anteversión y por otra el de la anteflexión (dirección intrínseca de Tillaux).

Esta última es siempre más acentuada en la nulípara que en la que ha tenido varias gestaciones. El valor de dicha anteflexión expresada en grados, no ha dado á todos los autores una cifra igual; mientras Schultze lo aprecia en 48°, Fritsch lo lleva á 90° y Wilye lo hace oscilar entre 135° y 165°; pero los primeros indican visiblemente flexiones demasiado pronunciadas que entran ya en el orden de las patológicas, pudiendo fijarse como límite para las normales un ángulo obtuso de 100°.

En algunas ocasiones el eje del útero normal sería completamente rectilíneo, con muy escasa frecuencia, según Boulard (9 casos en 107 mujeres), mientras que para Credé y Panas tal cosa ocurriría en un 33 por ciento de las mujeres sanas.

Añádase que para algunos autores no cabe pronunciar el término anteflexión en un útero normal, pues no existiendo, agregan, en la cara anterior ninguna arista de intersección de los planos que han de formar un ángulo diedro, y sí, por el contrario, una superficie uniformemente cóncava hacia adelante, lo más lógico sería hablar de antecurvadura,

reservando la palabra anteflexión exclusivamente para los estados patológicos. Se trata en realidad de distinciones muy sútiles.

La cara anterior del útero normal forma, pues, una concavidad que mira á la sínfisis pubiana ; el fondo de la matriz está orientado hacia adelante y arriba, según una línea que prolongada iría al ombligo ; una línea horizontal que pase por el fondo del útero, encuentra hacia atrás á la cuarta ó tercera vértebra sacra ; en la época del nacimiento el orificio externo del cuello está en el plano que pasa por ambas espinas ciáticas y á igual distancia de la sínfisis pubiana y de la pared posterior de la excavación ; en la mujer adulta se aproximaría más á la articulación sacrocoxígea y sobre una línea tirada del borde superior de la sínfisis pubiana á la unión del sacro con el coxis.

En las mujeres adultas, especialmente si han tenido varios partos, el útero ofrecería cierto grado de lateroversión derecha ó izquierda, más á menudo derecha. Agregándosele por lo común una torción apenas esbozada, del útero sobre su eje, debido á la cual el cuerno uterino izquierdo viene á quedar en un plano algo anterior al que ocupa el derecho y la cara

anterior del útero débilmente orientada á la derecha, mientras la posterior lo está en una proporción igual á la izquierda.

——

El útero no permanece indefinidamente en esa posición ; por el contrario, sus elementos de sostén le conceden cierto grado de movilidad perfectamente normal, puesta en juego por las condiciones fisiológicas distintas en que pueden encontrarse los órganos vecinos. Así la repleción de la vejiga determina un rechazo hacia atrás de la matriz que gira alrededor de un eje ficticio transversal y que pasa á la altura del istmo ; ocurrida la micción el útero readquiere su situación ordinaria. Estos movimientos se realizan según un arco de círculo colocado en el plano vertical mediano, antero-posterior, y en una extensión que puede llegar á ser de 60 á 70 grados.

Cuando en el recto se estacionan materias fecales, el útero es rechazado hacia adelante y arriba, fenómeno transitorio que desaparece con la evacuación intestinal ; pero es necesario que tal acumulación de escíbalas en la última porción del intes-

tino grueso, sea muy exagerada en razón de una constipación rebelde, para que el desplazamiento anotado tenga alguna importancia.

Colocada la mujer en la posición genupectoral ó en la de Trendemlemburg, el útero verifica un ligero movimiento de elevación ; por el contrario, durante la realización de un esfuerzo, en la marcha ó en la simple posición de pie, la matriz sufre un leve descenso, circunstancia ésta utilizable en el diagnóstico de los prolapsus que recién se inician, en cuyo caso para descubrirlos fácilmente, se realiza el tacto, estando de pie la enferma, con los miembros inferiores algo separados, y ordenándole ejecute movimiento de expiración con la glotis cerrada.

Acabamos de ver el grado y la dirección de los desplazamientos del útero ocurridos bajo la influencia de fenómenos fisiológicos ; pero ninguno de ellos constituye una desviación en el sentido patológico de la palabra. La idea de desviación nace de la estabilidad y fijeza de una situación anromal. Siempre que el órgano vuelve á su buena posición, una

vez desaparecido el factor funcional que lo ha desplazado, no hay desviación ; en cambio, cuando se suprime ó se restringe solamente la amplitud de los movimientos normales, ó bien si ocurrido uno de éstos no se produce el regreso expontáneo á la actitud correcta, la dirección viciosa está constituída.

En ella puede permanecer la matriz por la simple deficiencia de los elementos de sostén, sin que exista ninguna alteración del órgano mismo, ni tampoco procesos periuterinos capaces de retenerlo fijo en la dirección irregular, por el contrario, pueden ser las lesiones anexiales y perimetríticas por las adherencias que provocan, la causa única de la posición desviada ; sin embargo, si en algunos casos es dable constatar esta última eventualidad, lo más común es que el desplazamiento, debido en un principio á la ruptura del equilibrio pelviano, sea luego definitivamente establecido por las sinequias que han originado las inflamaciones del peritoneo vecino.

——

El concepto clínico en que deben tenerse las desviaciones y desplazamientos uterinos, ha sido objeto

de apreciaciones opuestas, llegando á suscitar debates apasionados en que han intervenido ginecólogos de nota.

Después de una época en cuyo transcurso la desviación uterina, en sí misma, era considerada como un elemento mórbido secundario y hasta cierto punto despreciable, se pasó á un extremo opuesto, atribuyéndole á toda desviación una influencia predominante. Con Velpeu, Kiwish. Simpson, Valleix, quedó establecida la doctrina que veía en la situación anormal del útero, el elemento capital ; todos los trastornos acusados por la mujer afectada de un proceso ginecológico, tenían su fuente común en la posición incorrecta de la matriz, los demás factores patológicos quedaban en el olvido.

Debíase producir una reacción, y así ocurrió efectivamente ; á raiz de diversas discusiones (en la Academia de Medicina Francesa, años 1849 y 1854), se llegó de nuevo (particularmente Bennet y Gosselin) á negarles á las desviaciones el rango culminante que por entonces se les reconocía en la patología femenina. Todas las atenciones estaban concentradas en la metritis, y se creyó ver en ésta la causa única y exclusiva de la rica sintomatología que fue-

ra antes imputada tan sólo á la dirección anómala de la matriz.

Esta nueva acepción fué extendiéndose y tomando nuevas bases con el estudio de las diversas infecciones que con tanta frecuencia afectaban no sólo la matriz, sino también sus anexos y el peritoneo vecino. Estos procesos absorbieron por completo el papel de factor patogénico, con detrimento de las desviaciones, sin que por eso determinados autores dejaran de asignar algunos capítulos á estas últimas, consideradas por ellos como entidades mórbidas.

No cabe duda que en uno y otro sentido, las opiniones se han extremado; creer que la desviación es la única causa de todos los trastornos, es un error tan grande como atribuirlos completamente á la metritis y á sus complicaciones. Si es cierto que hay desplazamientos uterinos latentes en absoluto, pues no se revelan por perturbación alguna, no lo es menos, que los hay también susceptibles de despertar un cuadro clínico complejo, sin que ninguno de sus síntomas pueda ser imputado á fenómenos de orden inflamatorio, que no existen, como lo revelan muchas laparotomías, y que para contraprueba, desaparecen una vez que se ha corregido la direc-

ción viciosa de la matriz, por medio de una intervención oportuna ; cosa, por otra parte, que permite alejar la sospecha de que tales fenómenos fueran debidos á histeria ó á otra perturbación nerviosa.

En el congreso de Ginebra (1896), Pozzi emitió una hipótesis nueva. Para él todos los trastornos atribuídos á las retrodesviaciones, lo han sido erróneamente, pues la causa de ellos residiría exclusivamente en una movilidad anormal del útero. No es posible aceptar esta opinión ; la movilidad anormal del útero es una entidad mórbida independiente y distinta de la que constituyen las retroversiones y retroflexiones. En la primera, la matriz de un momento á otro, bajo la influencia de factores casi inapreciables, caprichosamente, podría decirse, desde una situación pasa á otra completamente opuesta ; en las retrodesviaciones la matriz está y permanece caída ó flexionada hacia atrás ; instabilidad de dirección en un caso, persistencia de ella, aunque sea anormal, en el otro, son características suficientes para diferenciarlas ; si algo tienen de común es sólo la insuficiencia de los medios de sostén, ó sea la ruptura de equilibrio en la estática uterina.

Las desviaciones uterinas son, como se desprende de la serie de consideraciones anteriores, entidades mórbidas ; merecen como tales un estudio especial, ajeno al de las inflamaciones uterinas, anexiales y perimetríticas, aun cuando estas últimas se les asocien con frecuencia, explicando en tales casos una parte más ó menos importante de la sintomatolcgía.

Las versiones y las flexiones uterinas son entidades mórbidas de igual índole ? O en otros términos : ¿las flexiones deben considerase como desplazamientos de la matriz, al mismo título que lo son las versiones ? Las opiniones de los ginecólogos no concuerdan sobre este particular.

Para unos, versión y flexión significan dos procesos fundamentalmente distintos ; el primero sería un desplazamiento del útero, el segundo una deformación del mismo. Cuando los elementos de sostén uterino, ligamentos y planos perineales llegan á declinar en su misión, el útero iría á la desviación girando sobre su eje ficticio que pasa por el istmo ;

en consecuencia, al ser llevado á una posición viciosa, el fondo marcha en una dirección opuesta á la que sigue el cuello de la matriz. Sólo en el caso de ocurrir una alteración del parénquima uterino que le haga perder su grado normal de consistencia, aparecería la flexión. Esta modificación patológica de la fibra puede nacer en el órgano mismo, y es consecuencia de la metritis, pero las lesiones perimetríticas pueden indirectamente determinar idéntico fenómeno.

Muy distinta es la acepción emitida por otros autores para quienes flexión y versión representan sencillamente dos grados sucesivos de un mismo fenómeno de desplazamiento. El útero poseería cierto grado de elasticidad ó de flexibilidad normal si se quiere, que se ejercería tomando como charnela el istmo del órgano; cuando una atracción mórbida lo solicita en una ú otra dirección, el cuerpo va hacia ella inclinándose sobre el cuello y formando con él un ángulo; la flexión queda así creada y representa el primer grado, el más leve de la desviación; pero si procesos metríticos ó periuterinos han hecho perder á la matriz su elasticidad fisiológica, obedecerá á la atracción patológica moviéndose como

un cuerpo rígido alrededor del eje ya señalado y cayendo de tal modo en la versión.

Estas dos maneras diferentes de pensar, llevan á conclusiones opuestas ; mientras para los primeros la versión representaría un trastorno menos serio que la flexión, conceptuada una deformación del útero, para los segundos es todo lo inverso ; la flexión indicaría estar en presencia de una matriz dotada de contextura normal ; la versión, en cambio, traduciría una situación de mayor gravedad : la dirección viciosa sumada á la alteración del parénquima.

Indudablemente, en cada una de estas dos creencias hay un fondo de verdad ; el error ha consistido en querer generalizar demasiado ó en pretender el establecimiento de reglas absolutas.

El útero tiene su grado especial de elasticidad normal, y la modificación patológica de ésta, sumada á las viciaciones del aparato de sostén, darán en unos casos versiones, flexiones en otros, ó podrán determinar la existencia asociada de estos dos estados ; tal es la noción que se desprende de los hechos clínicos.

En ocasiones, al hacer la reducción de un útero

en retroversión movible, se le ve adquirir la anteversoflexión normal ; por el contrario, otras veces, al efectuar tal operación, el eje uterino subsiste recto, porque ha habido en estas últimas pérdida de elasticidad.

Casos hay en los cuales una retroversión se transforma ulteriormente en una retroflexión : el cuello, que se ha desplazado al principio en cierto grado para permitir la versión posterior, queda luego como inmovilizado en esa posición, mientras, por otra parte, la acción de las fuerzas que han determinado la desviación, continúa ejerciéndose exclusivamente sobre el cuerpo, para obligarlo á formar el ángulo de flexión. En los primeros tiempos será posible por recursos manuales devolver momentáneamente la posición normal al útero ; pero más tarde, cuando hayan sobrevenido las inflamaciones uterina y periuterina, no será posible semejante cosa ; se podrá, quizá, llevar el fondo hacia adelante, pero el acodamiento subsiste ; aquí, en realidad, existe algo más que un simple desplazamiento, lo complica ó la agrava una verdadera deformación uterina.

Con todo, versiones y flexiones son desplazamientos uterinos, á menudo se asocian ; la rigidez del

parénquima puede existir tanto con unas como con otras, aunque más frecuentemente acompaña á las flexiones ; en otro orden de ideas, la comunidad de patogenia, de sintomatología y hasta de tratamiento (muy especialmente para las retrodesviaciones), obliga á fusionarlas en un mismo capítulo.

——

Considerados esquemáticamente los desplazamientos del útero, se encontrarán siempre en uno de los cuatro grupos siguientes :

I.—El útero ha girado alrededor de un eje que pasa por su istmo : desviaciones propiamente dichas.

II.—Ha sido desplazado en masa : a) hacia abajo, prolapsus ; b) hacia arriba, elevación ; c) hacia adelante, anteposición ; d) hacia atrás, retroposición.

III.—Se ha invertido sobre sí mismo, como lo hace un dedo de guante : inversión uterina.

IV.—Puede, merced á un desplazamiento considerable, insinuarse en un canal herniario : histerocele.

Sólo las desviaciones nos interesan, cuando al girar el útero sobre el eje indicado, su dirección intrínseca no varía, hay versión ; ante, retro ó latero-versión, según que el desplazamiento sea hacia adelante, hacia atrás ó á un costado. Si por el contrario, la dirección del eje uterino se modifica, pasando el cuerpo á formar un ángulo con el cuello, se está en presencia de una flexión, que será ante, retro ó lateroflexión, según el sentido hacia el cual mira la abertura del ángulo.

Esta separación tan absoluta entre los diversos desplazamientos uterinos no es aceptable sino teóricamente ; la comunidad de origen : alteración de la estática uterina, hace que en la práctica estén muy á menudo asociados, verdad particularmente aplicable á las retrodesviaciones que casi siempre están complicadas de cierto grado de prolapsus. Por otra parte, el estudio del mecanismo de producción de las caídas completas enseña que previamente el útero ha debido desplazarse hacia atrás para ponerse así en la dirección del eje vaginal y hacer posible de esa manera el descenso total.

CAPITULO II

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

DE LAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

En la etiología de las retrodesviaciones uterinas figuran en primer término dos causas : el parto y el aborto, pudiendo en último análisis reducirlas á una sola, pues idénticos son los factores que intervienen en uno y otro caso : los trastornos de la involución uterina, las alteraciones que sufren los ligamentos del útero y los planos del periné, en fin, los procesos inflamatorios limitados ya á la matriz sola ó extendidos á los anexos y al peritoneo pelviano ; tal es en síntesis el conjunto de elementos mórbidos que de ordinario concurren para darnos una retrodesviación.

La mala involución uterina se debe muy á menudo (sin darle la importancia absoluta que le atribuye Martín) á la retención de membranas ó de fragmentos de cotiledones placentarios. Cuando tales elementos han quedado adheridos á la pared anterior del útero, ésta no verifica su involución con la misma rapidez que la posterior, el peso de esta última más prontamente involucionada sumado al del fondo llevaría fácilmente á la actividad viciosa. La mayor frecuencia de la inserción placentaria sobre la cara anterior nos daría en este orden de ideas, un dato más para explicarnos el predominio de las retroversiones y retroflexiones sobre las desviaciones hacia adelante.

Pero la retención de fragmentos placentarios ó de membranas suscita casi fatalmente una inflamación uterina otra causa importante en la patogenia de las desviaciones ; en efecto, contribuye á dificultar é irregularizar la involución ; el útero queda grande, congestionado, pesado, y obedece así más fácilmente á las atracciones mórbidas.

Por otra parte, no es indispensable la retención de elementos placentarios ; basta la inflamación uterina, fácil de encenderse cuando las condiciones del

parto ó del aborto han sido defectuosas, para que la involución sea perturbada á punto de engendrar una desviación.

Los ligamentos todos del útero experimentan durante el embarazo, una serie de modificaciones tendientes á amoldar su forma y sus dimensiones á las del útero, que en el transcurso de ese período las modifica dentro de límites muy amplios ; unos se alargan, otros ensanchan considerablemente su superficie y todos se vuelven laxos ; algo análogo pasa con el periné, debiendo además este último prepararse para las violencias que le hará sufrir la expulsión del feto.

Ocurrido el parto, el útero reduce bruscamente y de una manera notable sus dimensiones ; los ligamentos conservan aún la laxitud y las proporciones que habían adquirido durante el embarazo, no pueden desempeñar sino de un modo muy deficiente sus funciones ; si en ese momento interviene algún factor anómalo (en particular la retención de elementos placentarios, una inflamación uterina ó ambas cosas á la vez), la desviación se producirá con suma facilidad.

Si la involución de los mismos ligamentos ocurre

de una manera defectuosa, subsistiendo demasiado laxos ó largos unos, retrayéndose en exceso otros, se verá el útero por un lado no sostenido convenientemente, por otro atraído en forma anormal, y la suma de estas circunstancias dará de suyo completamente ó concurrirá en el mecanismo productor de una desviación.

Por añadidura, el periné puede haber sufrido lesiones en el acto del parto : simple alteración de su tonicidad á veces, verdaderas desgarraduras en muchos otros casos, lesiones que lo dejan siempre en condiciones defectuosas para desempeñar la función de sostén con respecto al útero, y que nos explican cierta frecuencia con que se asocian las retrodesviaciones y el prolapsus.

La simple desviación uterina de origen no puerperal, particularmente la gonocóccica, puede alterar de tal modo la contextura del útero hasta llegar á producir una desviación ; pero en la mayor parte de los casos, es cuando los procesos inflamatorios se han propagado á los anexos y al peritoneo pelviano, que determinan más fácilmente las desviaciones uterinas ; la reabsorción de los exudados de la parametritis posterior, tenía para Schultze una

importancia predominante en la génesis de las retrodesviaciones.

Sin alteraciones primitivas de los ligamentos, ni alteraciones de orden inflamatorio, puede aparecer la retrodesviación ; es el caso cuando un tumor implantado sobre la cara anterior del útero ó que radica delante de ella, determina la caída de este último hacia atrás.

La retrodesviación podría existir sin la intervención de ninguno de los factores enumerados hasta ahora, bastaría la existencia de una laxitud especial de los ligamentos viscerales y debilidad de las paredes abdominales productores de esplacnoptosis, para que apareciera también una desviación uterina accmpañada ó no de prolapsus.

La senilidad que trae una pérdida de tonicidad en todos los tejidos de la economía, puede en ciertos casos actuando particularmente sobre los elementos de sostén del útero determinar una retrodesviación asociada por lo común á una caída.

Hay que recordar además la retrodesviación gravídica ; ocurre en los primeros cuatro meses del embarazo ; aparece de una manera insidiosa ó en una forma brusca ; se caracteriza especialmente por re-

tención de orina y constipación pertinaz, es mucho más frecuente en las multíparas que en las nulíparas, y reconoce de ordinario como causa la serie de alteraciones uterinas, ligamentarias y perineales que partos anteriores han producido.

En unos casos existía la retrodesviación antes de iniciarse el embarazo; en otros aparece recién en el transcurso de éste y sólo en sus primeros cuatro meses, pues más allá el globo uterino es demasiado grande ya para caer en la excavación pelviana.

Hasta ahora sólo se ha tratado de las retrodesviaciones uterinas adquiridas; hay que agregar las congénitas, admitidas como tales por algunos, mientras que Schultze les niega tal carácter, sosteniendo que sólo son debidas á la persistencia de disposiciones infantiles en los órganos genitales; si en la época de la pubertad la vagina subsiste corta é infantil, el útero no podrá colocarse en la anteflexión ligera que constituye su posición normal en la mujer adulta, y en tal caso irá á la anteflexión si conserva flexibilidad; de lo contrario permaneciendo en la dirección marcada por el eje de la vagina, recibirá sobre su cara anterior toda la carga de la presión abdominal y se verá llevado á la retroversión.

CAPITULO III

FRECUENCIA

ANATOMIA PATOLOGICA

Las retrodesviaciones uterinas, en orden de frecuencia, ocupan un primer lugar entre todos los desplazamientos del útero, aun cuando es necesario reconocer que la frecuencia de las desviaciones hacia adelante no está establecida por buenas estadísticas, y que las desviaciones posteriores acarrean mucho más fácilmente trastornos, escapando así pocas veces á su constatación de parte del ginecólogo. No obstante lo cual, hay caso de ellas absolutamente latentes, aceptadas por el organismo de la mujer con una tolerancia perfecta.

Los porcentajes más indicados son los siguientes : Sárger : 15 retrodesviaciones sobre cien mujeres atacadas de alguna afección ginecológica ; Berbet : 25.7

por 100; Labadie, Lagrave y Lengueu: 19 por 100; Winckel: 10 por 100; Löhlein: 17 á 18 por 100. Hemos hecho idéntica investigación sobre trescientas enfermas genitales, encontrando sesenta y siete desviaciones posteriores, esto es, un poco más de 22 por 100.

En la retroversión, el útero, cuyo eje ha permanecido invariable, ha llevado su fondo hacia atrás, mientras el cuello, obedeciendo al desplazamiento de conjunto, se ha dirigido hacia adelante; el eje uterino viene á formar así con el de la excavación un ángulo abierto hacia atrás y arriba, ángulo cuya abertura mide el grado de la desviación misma, y que llega á ser sumamente obtuso en las fuertes retroversiones. Todos los grados son posibles: desde la ligera retroversión, apenas apreciable, hasta la profunda caída del útero hacia atrás, que se hunde en el fondo de saco de Douglas, propulsándolo hacia abajo y determinando un abombamiento del fondo de saco posterior de la vagina y aún cierto grado de colpocele posterior, perfectamente explica-

ble, además, este último por el deficiente estado del periné común en esos casos.

Para determinar el grado de la retroversión, Schultze aconseja tomar como reparo la vértebra á cuya altura se encuentra el fondo del útero ; en las muy acentuadas corresponde á las últimas sacras y aún á las coxígeas.

En la retroflexión, el cuerpo del útero, al dirigirse hacia atrás, se inclina sobre el cuello que ha conservado su posición normal ; forman así entre ambos un ángulo abierto hacia atrás cuya amplitud indica el grado de la desviación, y en el que el plano que pasa por su arista se encuentra á la altura del orificio interno. En algunos casos esta actitud viciosa del útero se debe á la existencia de procesos perimetríticos, y desaparecidos esos factores, la matriz puede recobrar espontáneamente su disposición normal ; otras veces, aún en ausencia de tales alteraciones extrínsecas al órgano, no vuelve éste á su buena dirección y es que existe una causa más : la alteración del parénquima uterino.

La retroversión y la retroflexión pueden asociarse, constituyendo una desviación compleja : la retroversoflexión. Casos hay, en fin, aunque suma-

mente raros, en que á una retroversión se agrega un encorvamiento del útero sobre su cara anterior, esto es, una anteflexión.

Mientras en las anteversiones y anteflexiones se encuentra muy á menudo una matriz pequeña, por el contrario, en las retrodesviaciones lo más común es encontrar un útero aumentado de volumen ; frecuentemente el espéculo nos enseña un cuello grueso, congestionado, con el orificio externo entreabierto, afectado de ectropion y de erosiones, mostrando, en fin, sobre todo cuando las lesiones datan de tiempo atrás, huevos de Naboth.

Las lesiones de metritis crónica se observan en la mayoría de las retrodesviaciones. La parte media de la mucosa muestra una fuerte infiltración inflamatoria, y en algunos puntos las glándulas pueden desaparecer. Las fibras musculares desaparecidas en ciertas zonas, han sido reemplazadas por haces de tejido conjuntivo, en cuyo seno pueden encontrarse vasos anormalmente desarrollados, provistos de una pared espesa y rodeados de una zona inflamatoria. Al nivel del ángulo, en las flexiones que llevan ya mucho tiempo de existencia, la pared uterina está por lo común atrofiada. El peritoneo puede encon-

trarse sano, pero no es raro la presencia en él de una serie de alteraciones inflamatorias, á las que algunos ginecólogos han atribuído una influencia preponderante en la génesis y patogenia de las desviaciones posteriores. Estos exudados perimetríticos traen muy á menudo adherencias del fondo y cara posterior del útero con el peritoneo que reviste el recto y las partes próximas de la excavación ; laxas y débiles en unos casos, llegan en otros á constituir una unión tan sólida, que cuesta trabajo al cirujano vencerla. Al lado de las alteraciones uterinas y perimetríticas, se muestran con suma frecuencia lesiones diversas en los anexos : por un lado adherencias que concurren con las anteriores para hacer aún más marcada ó menos reductible la desviación, y no son tampoco raros los procesos de ovaritis escleroquística, supurada, salpingitis catarral, etc., etc. Los ligamentos uterinos están alterados ; los anchos traccionados hacia atrás, hacen que su cara anterior mire hacia arriba ; los redondos están alargados, los úterosacros relajados. El fondo del útero puede comprimir el recto, y la colitis mucomembranosa, satélite frecuente de las uterinas, se suma fácilmente á este conjunto de trastornos.

CAPITULO IV

ESTUDIO CLÍNICO
DE LAS RETRODESVIACIONES

Las retrodesviaciones uterinas pueden existir sin ocasionar trastorno de ninguna especie, toleradas, pues, por el organismo, de una manera completa ; constituyen semejantes casos la forma latente de las desviaciones hacia atrás. Son descubiertas por azar, como se comprende, en el curso de un examen ginecológico provocado por una circunstancia accidental. La frecuencia de tales desviaciones silenciosas sería importante si admitimos las opiniones de Olshausen y de Winter, quienes afirman que aproximadamente un cincuenta por ciento de las retroversiones y retroflexiones existen ignoradas porque no engendran ningún trastorno. Esta severación tie-

ne particularmente valor en lo que atañe á los desplazamientos uterinos que no se acompañan de ningún proceso inflamatorio de la matriz misma, de sus anexos ó de las regiones circunvecinas, pues que en efecto, en el cuadro clínico de una retrodesviación desenpeñan un papel predominante las alteraciones inflamatorias apuntadas, mientras que la desviación en sí viene á ser la base para el establecimiento de un círculo vicioso en el que las malas condiciones de circulación y de drenaje del útero desviado impiden la curación del elemento inflamatorio y éste agrava cada vez más el desequilibrio ocurrido en la estática uterina.

Regla general, es en mujeres llegadas á la menopausa que se observan estas desviaciones latentes; en las mujeres jóvenes constituyen casi una excepción, fenómeno explicable por la frecuencia mucho mayor de la metritis en estas últimas.

La iniciación de las perturbaciones suscitadas por una retrodesviación, puede ocurrir de dos maneras distintas: en unos casos hay un comienzo francamente agudo; á raiz de un violento esfuerzo, de una caída, de accesos fuertes de tos ó de vómitos, estallan todos los síntomas: dolores intensos en la re-

gión lumbar y el hipogastrio, frecuentemente un tenesmo vesical y rectal insoportable y en ocasiones fenómenos aparentes de peritonitis que pueden ocasionar dificultades y aún errores de diagnóstico. Devolviendo al útero su posición normal todos los trastornos desaparecen como por encanto. Pero semejante comienzo es muy raro, por lo común es lento é insidioso, precedido puede decirse por un período latente ; progresivamente las molestias despreciables en un principio, se exageran, asumiendo el carácter de síntomas, y no es raro que en estas condiciones una circunstancia intercurrente dé un latigazo al proceso, obligándolo á provocar súbitamente fenómenos ruidosos.

Los dolores afectan diversas localizaciones ; la región lumbar y el hipogastrio son sitios de predilección ; las irradiaciones son frecuentes : unas á los miembros inferiores, otras á la región dorsal. Muy á menudo experimentan estas enfermas una sensación casi continua de pesadez molesta al nivel del periné, ó al sentarse sienten algo como un cuerpo extraño que gravitara en la pelvis. Todas las manifestaciones dolorosas se exageran de ordinario en la proximidad de las reglas ó en su transcurso ; tam-

bién se exacerban bajo la influencia de los esfuerzos, de la marcha, del coito (la dispareunia es muy frecuente), del trabajo en la máquina de coser con pedales cuya acción maléfica sobre las mujeres afectas de procesos ginecológicos es enorme.

Las irradiaciones dolorosas hacia los miembros inferiores pueden acompañarse de un estado de astenia en los músculos de estos mismos, exagerada á veces á punto de simular una paresia. No son raras tampoco las alteraciones de la sensibilidad que afectan en ciertos casos zonas correspondientes á la distribución de determinados nervios; imputadas por unos á fenómenos de compresión ejercidos por el útero ó por los exudados perimetríticos, mientras otros las atribuyen á trastornos de naturaleza refleja.

Las reglas están casi siempre alteradas; no es raro que asuman el carácter menorrágico, lo que constituye una influencia anemiante para la mujer. Dismenorreicas comúnmente por los dolores que provocan, son además irregulares en cuanto á su presentación, adelantándose de preferencia.

En el intervalo de las reglas, las metrorragias no son del todo raras, particularmente en las retrodes-

viaciones de origen puerperal. En muchos casos esta posición viciosa del útero es causa de retardo en la aparición de menopausa.

La leucorrea es casi constante ; sus caracteres y su abundancia muy variables ; cuando se exagera es un factor más que se suma á las menorragias para agravar el estado anémico frecuente en estas enfermas.

Las perturbaciones nerviosas existen á menudo en las enfermas afectadas de una retrodesviación : cefalalgias, á veces intensas y rebeldes á todo tratamiento, con el carácter de hemicráneas en unos casos, en otros la paciente acusa asociado al dolor una sensación penosa de vacío ó de constricción. La tos (susceptible de llegar á fatigante y quintosa), la afonía y accesos dispneicos de carácter asmático, pueden existir sin alteración ninguna del árbol respiratoric ni del aparato fonador. No es raro tampoco un cambio más ó menos profundo en el carácter, con predominio de la depresión moral ; aun cuando á intervalos variables, preferentemente en la proximidad ó durante las reglas, sobrevienen períodos de excitación mórbida general, sin antecedentes por lo común en el pasado patológico de la enfer-

ma y sin explicación en las circunstancias que la rodean. En fin, en algunos casos todas estas perturbaciones del sistema nervioso degeneran en un cuadro completo de neurastenia ; pero en tales ocasiones existía á no dudarlo, la predisposición nerviosa y la afección orgánica no ha hecho sino ponerla en juego, á cuyo resultado han concurrido los sufrimientos y quizá también el conocimiento ó el temor de incurabilidad de la dolencia.

Las desviaciones posteriores se acompañan á menudo de trastornos del lado de la vejiga : la micción suele tener una frecuencia anormal y en ocasiones es dolorosa ; á veces ocurren crisis de retención que pueden ser seguidas de incontinencia ; hay entonces micción por rebosamiento.

La constipación es muy frecuente, y en no pocos casos pertinaz ; pueden explicarla en parte los fenómenos de compresión que experimentan el recto, pero la atonía de las fibras intestinales representan su causa primordial. La defecación es á veces dolorosa y acompañada de tenesmo, máxime cuando existe la colitis mucomembranosa. La constipación, si se exceptúan los casos de retrodesviación gravídica, no llega casi nunca á originar fenómenos de

obstrucción. Las hemorroides se presentan frecuentemente en estas enfermas.

La esterilidad es un hecho de observación frecuente en las retrodesviaciones, pero no es una regla absoluta. Puede imputársela cuando existe á la dirección viciosa de la matriz (particularmente en las retroflexiones); pero es de creer que las alteraciones inflamatorias concomitantes desempeñan en ese sentido una influencia capital. Sin embargo, la fecundación puede tener lugar, y en tal caso las eventualidades posibles son varias: en ocasiones el útero no sólo se yergue y corrige su mala dirección, sino que una vez ocurrido el parto, y merced á buena involución queda curada de un modo expontáneo la posición, viciosa; otras veces, y esto es común, sobreviene el aborto, atribuído por unos á la imposibilidad en que está el útero de erguirse y desarrollarse en el abdomen; es más verosímil que se deba á las alteraciones coexistentes de la mucosa uterina. Pueden estallar, por otra parte, los síntomas de una retrodesviación gravídica.

En el tacto se perciben libres los fondos de saco anterior y laterales, mientras que el posterior se halla ocupado por un tumor de superficie unida, de forma globulosa, regular en sus contornos : es el cuerpo del útero. El cuello en las retroversiones está orientado hacia adelante y hacia arriba, mira á la cara posterior del pubis y en ocasiones está continuamente en contacto con la pared anterior de la vagina ; en las retroflexiones puede ocupar su situación ordinaria, ó si está desviado hacia adelante ; por lo común, es en un grado mucho menor. Se aprecia la continuidad existente entre el cuello y el tumor que ocupa el fondo de saco posterior ; los desplazamientos impresos al uno se trasmiten al otro y viceversa, y entre ambos no se interrumpe el eje cuando se trata de retroversión ; forman entre sí, por el contrario, un ángulo en el caso de retroflexión. El tacto vaginal asociado á la palpitación hipogástrica revela la ausencia del fondo del útero en su situación normal, mientras el tacto rectal lo descubre reclinado sobre la pared anterior del recto. Un último recurso : el histerómetro que vendrá á dilucidar, cuando haya dudas, la situación ocupada por el útero.

Ya hemos indicado los datos por los que la palpación hipogástrica asociada al tacto vaginal permiten descubrir la retrodesviación; es necesario agregar algunas nociones de diagnóstico diferencial entre las desviaciones posteriores y otros procesos pelvianos capaces de reproducir algún signo de aquéllas.

Sería un error grosero tomar por fondo de útero en retrodesviación á escíbalas acumuladas en el recto.

Un fibroma implantado sobre la cara posterior del útero puede dar lugar á una confusión con una desviación hacia atrás; se buscará un surco de separación entre el tumor que ocupa el fondo de saco posterior y el cuello uterino; la palpación combinada descubre el fondo del órgano en su sitio normal; la consistencia del fibroma es por lo común mayor que la del parénquima uterino, el histerómetro indicará bien la dirección de la matriz, alejando la idea de una retrodesviación, en fin, la palpación bimanual puede dar netamente la sensación de un cuerpo agregado al útero y adherido á su cara posterior.

Un hematocele retro-uterino podrá hacer creer en una retrodesviación cuando se hace un examen su-

perficial, no así cuando los antecedentes y los signos que ofrece la enferma son recogidos cuidadosamente; en el hematocele hay siempre el dato de que después de haber existido los síntomas del embarazo, sobrevino bruscamente el cuadro alarmante de una hemorragia interna, desaparecido luego para no dejar más que dolores, disuria y tenesmo rectal. El examen físico, por su parte, descubre un tumor que además de ocupar el fondo de saco posterior, se palpa también en el hipogastrio, tiene una consistencia de masilla, generalmente, y aprisiona en su parte mediana al útero que ha sido llevado en su totalidad hacia adelante.

Puede suscitar también dudas de diagnóstico un anexo, trompa ú ovario prolabado en el fondo de saco posterior; el tumor que éstos forman por lo común no es de forma tan regular como el útero, su sensibilidad generalmente es mayor, puede constatarse no continuidad entre aquel y la matriz, pero el dato de mayor importancia es descubrir por medio de la palpación combinada, el fondo uterino en su situación normal.

El diagnóstico será completo cuando después de haber determinado la existencia de una retrodes-

viación, se haya buscado el grado de movilidad de ésta, asi como también la posible presencia de lesiones anexiales.

——

La marcha de las retrodesviaciones, lenta y progresiva, es la de un proceso crónico, sólo en casos muy excepcionales un embarazo intercurrente puede devolver al útero su posición normal, y en otras ocasiones, muy contadas también, un apagamiento completo de los trastornos inflamatorios hace callar todos los síntomas y la desviación pasa á la categoría de las latentes. Pero la regla es que las alteraciones originadas por la posición viciosa vayan en aumento progresivo ; las molestias de ayer se convierten hoy en síntomas bien caracterizados, los dolores antes discretos se vuelven continuos y experimentan crisis de exacerbación ; las pérdidas blancas y rojas pronuncian cada vez más el estado anémico de la mujer ; el sistema nervioso influenciado desfavorablemente en un grado mayor cada día con-

cluyen por darnos esos cuadros clínicos tan cargados de síntomas que giran todos alrededor de una causa original única : la desviación uterina.

El grado de reductibilidad, si es que ésta existía en un principio, ha ido disminuyendo paulatinamente debido al desarrollo de adherencias, laxas primero, sólidas más tarde, que transforman por último la desviación en adherente é irreductible.

El embarazo que por una feliz casualidad puede curar la dirección anormal del útero, debe considerarse en general como una complicación : el aborto sobreviene fácilmente y con él no son raras infecciones á veces graves.

Otras complicaciones susceptibles de ser observadas en el curso de las retrodesviaciones, son fenómenos de pseudo-obstrucción alarmantes á veces ; ataques de cistitis, crisis de retención de orina, seguidos en ocasiones de incontinencia.

CAPITULO V

TRATAMIENTO

En materia de retrodesviaciones uterinas, las medidas profilácticas son importantes y merecen por su eficacia indiscutible ser consignadas en un lugar de preferencia. Es un hecho de observación que el abandono demasiado prematuro de la cama, después del parto y del aborto, constituye una causa, ó á lo menos una circunstancia predisponente en la aparición de las caídas hacia atrás de la matriz; es, pues, muy particularmente contra esa costumbre perniciosa que deben luchar el médico y la partera.

Ocurirdo el parto queda el útero siendo aún órgano en gran parte abdominal, de 1000 á 1200 gramos de peso, mal sostenido por sus ligamentos demasiado laxos todavía, y con un periné que mal

puede desempeñar sus funciones en esos momentos, por las violencias y aún traumatismos que ha debido sufrir durante la expulsión del feto ; si en esas condiciones la mujer pasa á la posición vertical, mayormente si se entrega á la marcha y á diversos quehaceres, la presión abdominal cargará con todo su peso sobre la víscera no involucionada y mal contenida la desviación del útero, en especial la retrodesviación, encuentra las condiciones más propicias para producirse. Y esta consecuencia será casi fatal si al abandono precoz de la posición horizontal se suma alguna infección de los órganos genitales ya existente de antemano ó de aparición actual por la falta de asepsia en el acto del parto, la retención de membranas ó elementos placentarios.

No basta aceptar, sin embargo, la necesidad indispensable de guardar cama después del parto ; se impone igualmente fijar un término á tal indicación, pues diversos autores han señalado ya los peligros que encierra la prolongación excesiva de semejante práctica ; en efecto : el decúbito horizontal, en particular cuando es observado durante un largo plazo, favorece la congestión de los órganos pelvianos, con lo que el peso del útero queda algo

exagerado y su involución retardada ; además se substrae con ello á la matriz y á los músculos pelvianos de las influencias susceptibles de despertar su elasticidad y su contractilidad ; quedan de tal modo una serie de factores capaces de colocar al órgano gestador en condiciones de inferioridad con respecto á la presión abdominal, y pasible, en fin, de ser llevado á una desviación posterior, precisamente lo que se trataba de evitar con la permanencia en cama.

La práctica ha enseñado que el momento más oportuno para dar término á este plazo, es cuando el útero ha vuelto á ser órgano pelviano, fácil de reconocer porque en esa época ha desaparecido completamente detrás de la sínfisis pubiana. El tiempo que tarda en producirse este fenómeno, no es constante ; el espacio de doce días dado por algunos autores, resulta corto en la mayoría de los casos, el de dieciocho ó veintiún días, responde más á la verdad. Durante las primeras semanas que siguen á este término, la mujer debe alternar la posición vertical con la horizontal.

En los primeros meses consecutivos al parto, es necesario que la micción se verifique cada cuatro

ó cinco horas, para evitar la repleción excesiva de la vejiga que puede favorecer el rechazo del útero ; de igual modo se impone una evacuación regular del intestino. El uso de una faja elástica abdominal, durante varios meses, es sumamente útil, pues compensa la pérdida de tonicidad sufrida por las paredes abdominales, y resulta beneficiosa desde el punto de vista estético, evitando muy á menudo el volúmen pronunciado del abdómen, frecuente en las multíparas.

Una indicación profiláctica más, saludable para la madre y para el nuevo ser : se ha comprobado que las mujeres que amamantan á sus pequeñuelos, están mucho menos expuestas á las desviaciones de la matriz, fenómeno perfectamente explicable si se tiene en cuenta que la involución uterina es en gran parte la consecuencia de un acto reflejo cuyo punto de partida está en la excitación que produce la succión del mamelón.

El criterio según el cual el ginecólogo debe tratar una desviación posterior, varía dentro de límites

muy amplios cuyos términos opuestos serían por un lado una retrodesviación perfectamente movible, y por otro una adherente. En efecto, en el primer caso el objetivo principal del tratamiento es el útero mismo, en el segundo lo son las lesiones periuterinas y anexiales que han creado la irreductibilidad de la desviación. Dentro de ese cuadro cerrado así por los extremos opuestos, existe toda una serie de formas intermediarias en las que el tratamiento debe amoldarse á las condiciones especiales de cada una de ellas. La clasificación en complicadas y no complicadas, ó en el lenguaje más común, adherentes y movibles, es indispensable desde el punto de vista terapéutico.

Hay retrodesviaciones que no deben tratarse, son las llamadas latentes cuando se presentan en mujeres que han excedido la menopausa ; en las personas jóvenes, aun cuando la desviación no determine síntoma ninguno, el tratamiento es necesario.

Los métodos son sangrantes ; están indicados particularmente en el tratamiento de las retrodesvia-

ciones movibles ; llenan su objeto haciendo desaparecer en primer término la posición viciosa de la matriz, esto es, la reducción de la retrodesviación, y conservando luego la buena posición obtenida.

La reducción de la desviación posterior puede conseguirse por la posición dada á la enferma, por una intervención manual ó por el recurso de instrumentos.

La posición genupectoral (actitud de la oración mahometana) determina un rechazo de las vísceras abdominales hacia el diafragma, si se la complementa con la beancia de la vulva, el aire al penetrar á la vagina permitirá á la presión atmosférica obrar sobre los fondos de saco : el útero, en caso de retrodesviación movible, volverá así á su posición normal. Se obtiene este resultado haciendo que la mujer en ese intervalo, introduzca en la vagina un espéculo-rejilla ó simplemente una cánula. La eficacia de este procedimiento es muy reducida ; sin embargo, será un adyuvante útil al tratamiento aconsejar á la paciente que todos los días permanezca cierto tiempo en la actitud genupectoral.

La reducción manual constituye la maniobra de Schultze. Puede efectuársela en la posición lateral

de Sims, en la genupectoral ó aún en la dorsosacra. Los dedos índice y mediano de la mano izquierda son introducidos en el fondo de saco posterior y al través de él empujan llevando hacia arriba y adelante el cuerpo del útero, una vez que éste ha sido bastante levantado, mientras el dedo medio no abandona su misión, el índice pasa á apoyarse sobre el labio anterior para impulsarlo de adelante atrás, determinando así un enderezamiento del eje uterino. En ese momento la mano derecha pasa á deprimir las paredes del hipogastrio para enganchar el fondo del útero y llevarlo á una anteversión acentuada.

Cuando existen fuertes adherencias la reducción bimanual es difícil y dolorosa, para esos casos Schultze aconseja la anestesia general ; pero no debe olvidarse que en tales ocasiones la reducción no es inocua ; igualmente es criticable la dilatación previa del útero y la introducción de un dedo en su cavidad para enderezarlo.

Para la reducción instrumental lo mejor es recurrir al histerómetro, aun cuando puede efectuarse con una sonda intrauterina ó por medio de instrumentos especialmente construídos para ese fin, como es el enderezador uterino de Trélat.

Se introduce el histerómetro en la cavidad uterina dirigiendo hacia atrás la concavidad del instrumento, y se le hace entonces describir sobre su eje un arco de 180°, de tal modo la parte cóncava es vuelta hacia adelante ; en ese momento se lleva hacia atrás el mango hasta deprimir fuertemente la horquilla ; con ello se ha llevado el órgano á la anteversión. Medio doloroso en muchos casos, peligroso á veces, debe emplearse con mucha suavidad y prudencia.

Efectuada la reducción del útero hay que mantenerlo en la buena posición para lo cual pueden ponerse en práctica diversos medios. Uno de ellos es el pesario, cuyas variedades son incontables. El más sencillo de todos, llamado indiferente ó de Dumontpallier, de forma anular, suele ser suficiente en algunos casos ; pero el que parece haber dado mejores resultados en las retrodesviaciones, es el de Hodge ; Bouilly, modificándolo ligeramente, lo ha aplicado

con beneficios en un número considerable de enfermas.

Pero para obtener resultados es necesario contar con un buen periné, de lo contrario el recurso resulta ilusorio ; esto obliga á refaccionar previamente el periné en caso de desgarradura. No se pueden tampocc esperar mejorías sino en caso de desviaciones perfectamente movibles. Por otra parte, exige un cuidado especial la determinación del tamaño del pesario ; demasiado grande lastíma, demasiado pequeño no llena su misión. Hay que agregar además la higiene rigurosa á que queda obligada la mujer que lleva un pesario, y á pesar de lavajes antisépticos bicuotidianos no son raros los depósitos é incrustaciones del aparato por alteración de la sustancia que lo forma en presencia de las secreciones vaginales y uterinas. En ocasiones la aplicación de un pesario da lugar á accidentes inmediatos : disuria, constipación, dolores lumbares y hasta sensación de entorpecimiento de los miembros inferiores, susceptibles por su intensidad, de hacerlo absolutamente intolerable para la enferma.

En cuanto á los pesarios con tallo ó vástago intrauterino sólo sirven para provocar infecciones del útero ó reagravar las existentes.

La columnización de la vagina es otro medio de mantener la posición del útero una vez efectuada la reducción, pero tiene mayor eficacia en la acción descongestiva del útero y sus anexos, y en la reabsorción de exudados perimetríticos ; en ese sentido puede preceder y preparar la colocación de un pesario.

El masaje y la electricidad son coadyuvantes de utilidad en el fin que se proponen los procedimientos anteriores, sin que se les pueda reconocer completa eficacia cuando obran solos ; además su aplicación debe ser bien determinada, pues el uso intempestivo de ellos es capaz de exacerbar procesos inflamatorios mal extinguidos.

——

Las intervenciones sangrantes ideadas con el objeto de combatir las retrodesviaciones, son sumamente numerosas, hecho que nos lleva á la deducción de que aún no se ha resuelto el problema del tratamiento operatorio de las desviaciones hacia atrás

de la matriz, ó en otros términos, no se ha concebido la operación ideal. Nos ha parecido oportuno reunir en un cuadro sinóptico los métodos quirúrgicos más usados para corregir las desviaciones posteriores, cuadro que no tendrá quizá más mérito que el de hacer apreciar á simple vista cuán numerosas son esas operaciones.

- **Histeropexias indirectas**
  - **Vía abdominal.**
    - **Operaciones sobre los ligamentos rodondos.**
      - **Acortamiento extra-peritoneal.**
        - Procedimiento Alquié-Alexander-Adans.
        - Procedimiento Casati.
        - Procedimiento Duret.
        - Procedimiento Doleris.
        - Procedimiento Segond.
        - Procedimiento Edebohls y Newmans.
        - Procedimiento Chalot.
        - Procedimiento Kocher.
        - Procedimiento Gottal.
        - Procedimiento Jarava-Lapeyre.
        - Procedimiento Franklin-Martin.
        - Procedimiento Carpenter.
        - Procedimiento Wilye.
        - Procedimiento Ruggi.
        - Procedimiento Bode.
        - Procedimiento Polk.
        - Procedimiento Dudley.
        - Procedimiento Mattew Mann.
      - **Acortamiento intra-peritoneal.**
        - Procedimiento Spinelli.
        - Procedimiento Bazterrica.
        - Procedimiento Caballero.
        - Procedimiento Beck.
        - Procedimienfo Doléris-Richelot.
        - Procedimiento Doléris (nuevo procedimiento) Operación efectuada en las enfermas de nuestras observaciones.
        - Procedimiento Zárate.
  - **Vía vajinal.**
    - **Operaciones sobre los ligamentos anchos.** — Imlach; Tait; Durect; Winiwarter y Biford.
    - **Operaciones sobre los ligamentos úteros-sacros.** — Kelly.
    - **Operaciones sobre los ligamentos redondos.** — Schauta; Werthein.

- Histeropexias directas
  - Vía abdominal.
    - Operaciones intra-peritoneales.
      - Procedimiento Leopold.
      - Procedimiento Czerny.
      - Procedimiento Terrier.
      - Procedimiento Olshausen-Länger.
      - Procedimiento Lengueu.
      - Procedimiento Pozzi.
      - Procedimiento Zinsmeister, Faucon.
      - Procedimiento Laroyonne.
      - Procedimiento Kelly.
    - Operaciones extra-peritoneales.
      - Kaltembach, Kelly.
  - Vía vajinal.
    - Llegando al peritoneo.
      - Länger.
      - Mackenrodt.
      - Dührssen.
      - Le Dentu-Pichevin.
      - Richelht.
      - Gottschalk.
      - Pryor.
      - Mackenrodt (vesico-fijación).
      - Freund.
    - Sin llegar al peritoneo.
      - Amussat.
      - Schücking.
      - Thiem.
      - Sweifel.
      - Jacobs.
- Operaciones plásticas
  - Por vía abdominal.
    - Thiriar, Jonnesco.
    - Mauclaire.
  - Por la vía vajinal.
    - Reed y Folet.
    - Elescher y Von Rabeneau.
    - Doyen.
- Histerectomía.

HISTEROPEXIAS INDIRECTAS

POR LA VIA ABDOMINAL

OPERACIONES SOBRE LOS LIGAMENTOS REDONDOS

Acortamiento extraperitoneal de dichos ligamentos.

1.—Procedimiento de Alquié, Alexander, Adams: Dos incisiones, una derecha y otra izquierda, análogas á las que se hacen para la cura radical de la hernia inguinal; incindida de cada lado la pared anterior del canal inguinal se descubren los ligamentos redondos hasta cerca del orificio interno de aquél, y mientras su ayudante mantiene, por medio de los dedos ó de un histerómetro, reducida la desviación se tracciona simultáneamente sobre los ligamentos hasta sentir una resistencia neta (habrán salido unos ocho ó doce centímetros), por medio de dos ó tres puntos que pasan primero por el pilar interno, atraviesan luego el ligamento y en seguida el pilar externo; queda terminada la parte impor-

tante de la operación. Se reseca el exceso del ligamento y se sutura la piel.

2.—Procedimiento de Casati : Una incisión única que va del orificio del canal inguinal, al homólogo del lado opuesto ; descubre los ligamentos, los tracciona, y una vez fijados á los pilares respectivos, cruza las partes excedentes por delante del pubis, fijándolas al tejido conjuntivo subyacente.

3.—Procedimiento Duret : Incisión única ; curva de concavidad hacia arriba ; sus dos ramas terminan sobre los canales inguinales. Los ligamentos redondos son reunidos entre sí por triple nudo, y suturados como en los métodos anteriores á las paredes del canal.

4.—Procedimiento Doléris : Dos incisiones ; el ligamento derecho desinsertado de el pubis, es llevado mediante una pinza, por debajo de la piel que separa ambas incisiones, hasta el canal izquierdo ; hecho lo propio con el ligamento izquierdo, se fija cada uno de ellos á su canal respectivo y sus extremidades al opuesto.

5.—Procedimiento Segond : Coloca un primer punto que toma el ligamento y á las paredes del canal á la altura del orificio interno de éste ; hace

luego un ojal en la parte media de cada pilar, hace pasar sucesivamente el ligamento por ambos y forma con su extremidad un nudo.

6—Procedimiento Edebohls y Newmans : Incinden completamente el canal inguinal ; el ligamento es fijado mediante la sutura que se hace para reconstruir la pared posterior ; la anterior es suturada luego.

7.—Procedimiento Chalot : Como los anteriores, abre todo el canal inguinal, lo reconstruye luego mediante una sutura continua que va desde el orificio interno al externo y que comprende al ligamento.

8.—Procedimiento Kocher : Corta la inserción del ligamento al pubis, lo invierte hacia arriba y afuera, en dirección á la espina ilíaca y lo fija á la cara externa de la aponeurosis del gran oblicuo ; el canal es reconstruído como en la operación de la hernia.

9.—Procedimiento Gottal : Coloca solamente hilos temporarios ; comprende en su totalidad á cada labio de la incisión y en su parte media toman al ligamento ; son sacados doce á quince días después.

10.—Procedimiento Javara-Lapeyre : Bien descubierto el ligamento y desinsertado de el pubis,

es hendido según su largo, en dos partes iguales ; se hace con ambas un nudo simple para evitar se separen mayormente, y luego cada una de las partes es pasada sucesiva y alternativamente por ambos labios del canal, en una forma análoga á las cintas de un botín ; se termina anudándolas ó sujetándolas por un punto.

11.—Franklin Martín : Ejecuta el mismo procedimiento antes apuntado de Doléris, pero coloca solamente sutura temporaria.

12.—Carpenter : Fija cada ligamento por un punto con hilo de plata, á los pilares ; lo hiende luego en dos mitades reuniéndolas después á los costados del orificio externo, mediante puntos al catgut.

Acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos :

1.—Procedimiento Wylie : Cada ligamento redondo es tomado por una pinza en su parte media y traccionado hacia afuera, de modo á formar una ansa cuyas dos ramas son reunidas mediante una serie de puntos, en la extensión suficiente para determinar el acortamiento necesario.

2.—Procedimiento Ruggi : Atraviesa con una hebra de catgut al ligamento redondo en el momento

en que va á penetrar en el canal inguinal, lleva la misma aguja para tomarlo en su inserción uterina, con un nudo aproxima esos dos puntos extremos ; queda así formada el ansa cuyas ramas son reunidas por una sutura continua.

3.—Procedimiento Bode : Forma un pliegue con el ligamento redondo de modo de interesar una extensión suficiente ; pasa á ese nivel un hilo que aprisiona casi todas las fibras y forma un nudo ; uno de los cabos del hilo es pasado á la altura del cuerno uterino y anudado nuevamente con el otro cabo que ha quedado libre.

4.—Procedimiento Polk : Aviva la cara interna de los ligamentos redondos en su porción yuxta-uterina, forma con cada uno de ellos un ansa y los adosa á la cara anterior de la matriz merced á una serie de puntos.

5.—Procedimiento Dudley : Aviva la cara anterior del útero desde la inserción del ligamento redondo hasta el fondo de saco vésico-uterino ; aisla dicho ligamento y lo fija mediante suturas al catgut á las porciones avivadas.

6.—Matthew-Mann hace de cada lado lo siguiente : Un punto que toma al ligamento en la unión del

tercio medio con el tercio interno y en su inserción uterina ; otro punto que reune la pared abdominal con el límite de los tercios medio y externo del ligamento.

7.—Spinelli : Cada ligamento redondo es seccionado entre dos ligaduras de catgut, á seis centímetros del cuerno uterino. Las hojas del ligamento ancho (ala anterior) son reunidas por una sutura continua que incluye la otra porción del ligamento. Queda el operador en posesión de dos cordones que repliega sobre la cara anterior del útero para suturarlos entre sí y á dicha superficie y el pedículo así formado es fijado, en fin, á los planos peritoneal y músculo aponeurótico de la pared abdominal.

8.—Bazterrica (publicada por el doctor Carlos R. Cirio) : Se cortan entre dos pinzas los ligamentos redondos á unos 5 centímetros de su inserción uterina, interesando su revestimiento seroso ; resultan así cuatro segmentos de los cordones ligamentarios, dos abdominales y dos uterinos ; los primeros son suturados mediante puntos al catgut á la cara anterior del útero por debajo y por dentro de los cuernos uterinos ; los otros dos son llevados á la herida parietal donde los fija la sutura de los planos peritoneal y músculo aponeurótico.

9.—Caballero (tesis de A. C. Irigoyen): Con una pinza curva de forcipresión se abre á derecha é izquierda un túnel que corra entre los planos aponeurótico y muscular, perpendicular á la herida y á la altura de la parte inferior de ésta, termina á los 4 ó 5 centímetros abriéndose en la cavidad peritoneal; mediante esa misma pinza se atrae el ligamento redondo que habrá sido previamente plegado sobre sí mismo para formar un ansa. Esta es de cada lado fijada á los elementos músculo aponeuróticos y la derecha suturada á la izquierda.

10.—Beck (de New York, comunicación al congreso de Moscou, 1897): Se toma uno de los ligamentos redondos, se hace un ojal á la serosa que lo recubre y por él se le atrae al exterior de manera á formar un ansa; por debajo de ella se reunen los labios del ojal. Llevada dicha ansa á la incisión abdominal, se sutura los planos peritoneal y músculo aponeurótico, de modo que aquella quede afuera y es por fin fijada en uno de los puntos con que se sutura la piel.

11.—Doléris-Richelot: Se toman ambos ligamentos redondos á 4 ó 5 centímetros de la inserción uterina y se les lleva al ángulo inferior de la heri-

da para fijarlos allí á los planos peritoneal y músculo aponeurótico, mediante dos ó tres puntos al catgut.

12.—Nuevo procedimiento Doléris (descripto en la tesis de Hivet, 1901). Al incindir la pared abdominal se respetan unos 3 centímetros de la línea blanca en su porción yuxtapubiana, y se hace á derecha é izquierda de la zona conservada un ojal; con cada ligamento redondo se forma un anza que es pasada por el ojal del lado correspondiente, y suturadas luego entre sí por delante del plano aponeurótico. Se reunen los labios de la herida, teniendo el cuidado de que uno ó dos puntos de la sutura cutánea tomen á las ansas ligamentarias.

13.—La operación que pasamos á describir es la que se practicó en la serie de enfermas cuyas historias clínicas encierra el último capítulo de esta tesis. Como se verá, no es más que una ligerísima modificación de la de Doléris-Richelot, sin embargo, el hecho de no haber indicado sino someramente á esta última, nos autoriza á insistir en los detalles de la que nos va á ocupar.

a) Abertura del abdómen: Incisión vertical en la línea mediana, parte del punto medio del pubis y

llega hasta 8 centímetros por arriba de él. Se incinde la piel, tejido celular sub-cutáneo, línea blanca y peritoneo. (se puede hacer en este caso la incisión crucial propuesta por Küstner y Segond, cuya cicatriz se oculta perfectamente bajo los pelos del pubis).

b) Liberación del útero : La mano llevada al fondo de saco de Douglas, rompe las adherencias que fijan al útero y en muchos casos á los anexos ; una vez libre lo lleva á la anteversión ; se examinan los anexos para tratarlos en razón de las lesiones que pueden presentar.

c) Investigación de los ligamentos redondos : Estos no se reconocen de una manera muy neta al nivel de su inserción uterina, pues allí sus fibras están algo disociadas ; dos ó tres centímetros más afuera ya constituyen un cordón fácilmente apreciable á la vista y al tacto. No se les podrá confundir con las trompas, éstas tienen una situación posterior á aquéllos, y además se ensanchan al nivel del pabellón.

d) Fijación de los ligamentos redondos al ángulo inferior de la herida ; cierre del abdómen : Con una hebra de catgut bien grueso se atraviesa de adelante

atrás la aponeurosis, las fibras musculares y el peritoneo del labio derecho de la herida en la vecindad inmediata de su ángulo inferior ; se pasa luego este mismo hilo de fuera adentro, por debajo del ligamento redondo derecho, atravesando para ello el alón que forma la hoja peritoneal ; este pasaje se hará muy cerca de la inserción uterina del ligamento ; el catgut recorre entonces de derecha é izquierda la cara anterior del útero y viene á pasar ahora por debajo del ligamento redondo izquierdo, de una manera análoga que para con el derecho, pero de dentro afuera ; por fin la hebra atraviesa de atrás adelante y en el orden siguiente los planos peritoneal, muscular y aponeurótico del labio izquierdo de la incisión en la vecindad del ángulo inferior de ésta. Se trae bien adelante el útero, se aproximan los planos peritoneal, muscular y aponeurótico, y se hace un fuerte nudo con los cabos del ansa de catgut. (En lugar del catgut pueden utilizarse otros materiales ; la seda tiene el inconveniente de todos los hilos no reabsorbibles : si supura la herida mantiene una fístula hasta tanto no se haya eliminado. En seis de las operadas de nuestras observaciones, se empleó tendón de ciervo

preparado por Carrión, producto que tiene sobre la catgut la ventaja de que su reabsorción tarda mucho más en producirse). El cierre de la pared abdominal se verifica ordinariamente en tres planos: peritoneal y músculo aponeurótico al catgut, cutáneo con crin.

La leve diferencia entre este procedimiento y el de Doléris-Richelot consiste, pues, en que, en vez de tomar los ligamentos interesando el haz de fibras que los forman, se les sostiene pasando el hilo fijador por debajo de ellos, haciéndole atravesar la serosa del alón anterior.

14.—Procedimiento Zárate: Fundado en el acortamiento y refuerzo de los ligamentos redondos. Es á nuestro juicio uno de los tratamientos que más se acerca al ideal; porque devuelve al útero su posición fisiológica, acortando y reforzando los ligamentos sin modificar sus puntos de inserción, ni la dirección pelviana que tienen en estado normal. Transcribimos la descripción del procedimiento, de la comunicación hecha por el autor á la Sociedad de Obstetricia y Ginecología y publicada en los anales de la misma.

«Practicada la laparotomía y hecha la terapéutica

apropiada á la lesión úteroanexial, liberación de adherencias ignipuntura del ovario, salpingectomía, salpingorrafia, etc., se procede al estudio de la orientación de los órganos pelvianos, colocando una valva de Doyen en la extremidad inferior de la incisión abdominal, incisión que debe llegar hasta el borde superior de la sínfisis, así de esta manera podrá observarse la dirección curva de los ligamentos redondos para apreciar la mayor ó menor tensidad y consistencia que presentan se tomarán con dos dedos de la mano, que al levantarlos señalarán con precisión el punto exacto donde penetran en el conducto inguinal; hecho esto y después de darnos cuenta de la longitud que presentan desde el cuerno uterino hasta el orificio inguinal interno, se dividen mentalmente ambos ligamentos en tres porciones iguales resultando así una porción uterina, otra intermedia y otra inguinal. Tómase entonces una aguja con seda de mediano calibre y se atraviesa en todo su espesor el ligamento en el punto en que se une la porción inguinal con la intermedia, se anuda dejando los dos cabos igualmente largos y se desenhebra la aguja, tómanse entonces los dos cabos de la seda y al levantar el ligamento redondo

se verá aparecer claramente el meso del ala anterior del ligamento ancho. En seguida se seccionan á tijera las dos alas de este ligamento por debajo de la sutura, continuando la disección siempre inmediatamente por debajo del ligamento redondo, hasta el orificio del conducto inguinal interno y en su segmento intermedio cerca de la porción uterina; hecho esto quedan los dos tercios del ligamento redondo libres y aislados del ligamento ancho. Tómase ahora una aguja de Descham, en la cual se enhebran los dos cabos de seda de la ligadura del ligamento; tracciónase el ligamento inguinal con la mano derecha para ver aparecer con nitidez el borde interno del conducto inguinal y colocando un dedo guía en dicho orificio se perfora el borde interno del anillo con la aguja de Deschaus en un espesor de un medio centímetro apreciando que se toma una porción resistente de los elementos fibrosos del anillo, sácase la aguja después de haberse tomado los cabos de seda y se comienza á traccionar suavemente sobre ellos, viéndose entonces atravesar sin dificultad los cabos de seda y después el ligamento redondo en el punto que ha sido anudada, se continúa la tracción hasta que toda la porción

denudada del ligamento haya contorneado por el orificio nuevo, creado en el borde interno del anillo y en ese instante y al mismo tiempo que el ángulo del útero marcha á aproximarse hacia el borde de la sínfisis, el punto de reparo de la sutura, ó sea la unión de la porción inguinal con la intermedia, llega á ponerse en contacto con el borde del útero al lado interno del nacimiento uterino del ligamento redondo, utilízase entonces la misma seda de sutura y tracción para enhebrar una nueva aguja y se adhiere íntimamente este extremidad al cuerpo uterino por dentro del nacimiento de dicho ligamento. Queda entonces un repliegue formado por el ligamento ancho seccionado, que apenas si sangra pero que es bueno englobarlo con la sutura continua de catgut que ha de poner en íntimo contacto los tres segmentos del ligamento redondo para evitar ángulos muertos formando así un cordón único con una triple resistencia. La misma maniobra se efectúa del lado opuesto terminada la cual se verá el útero permanecer inclinado en posición fisiológica, 5 ó 6 centímetros del pubis por debajo del plano horizontal del estrecho superior ».

OPERACIONES SOBRE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

1.—Imlach sutura por detrás del útero el ligamento ancho de un lado al del otro, mediante pliegues formados en cada uno de ellos.

2.—Tait comprende en esta sutura á los ligamentos redondos.

3.—Duret, después de haber quitado los anexos (cuando eso sea necesario), aconseja rebatir hacia atrás lo que queda de cada ligamento ancho y suturarlos entre sí detrás del útero.

4.—Winikarter y Byford atraviesa con una ansa de hilo cada ligamento ancho, cerca del borde uterino; los cabos de esas ansas son luego fijados á la pared abdominal.

OPERACIONES SOBRE LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS

Kelly, en 1889, hizo la operación siguiente: Atravesar con un hilo cada ligamento úterosacro al ni-

vel de su inserción uterina, pasar luego la aguja bajo el peritoneo de la pared pelviana lateral correspondiente, á una altura variable con el grado de la desviación ; anudar.

OPERACIONES SOBRE LOS LIGAMENTOS REDONDOS.—VIA VAGINAL

1.—Schauta : Se hace una colpocoeliotomía anterior, al través de la incisión se atrae el útero para explorar los ligamentos redondos ; se forma con cada uno de ellos un ansa de unos cinco centímetros ; las ramas de éstas son reunidas por medio de puntos, y el ansa derecha es suturada á la izquierda, por delante del útero. Se cierra el fondo de saco.

2.—Wertheim : Ejecuta una operación análoga sólo que las ansas son fijadas á los ángulos respectivos de la incisión vaginal.

HISTEROPEXIAS DIRECTAS.—POR LA VIA ABDOMINAL

OPERACIONES INTRAPERITONEALES

1.—Leopoldo: Fija el fondo del útero por medio de tres puntos de sutura temporaria, á derecha é izquierda atraviesan todos los planos de cada labio de la herida; en su parte media toman al útero: uno á la altura de la línea que reune ambos ligamentos redondos, otro sobre la que corre entre las dos trompas, y el tercero un poco por detrás del anterior. Estos puntos son quitados doce ó quince días después.

2.—Czerny: Fija por medio de puntos perdidos al catgut que toman de cada lado solamente el peritoneo, músculos y aponeurosis, y al útero en su cara anterior cerca del fondo, interesando de él la túnica serosa y la parte superficial de la musculosa.

3.—Terrier: Tres puntos perdidos al catgut: el primero toma al útero á la altura del istmo, el segundo en la parte media del cuerpo; el tercero cer-

ca del fondo. Los puntos sobre el útero entran y salen varias veces del peritoneo y porción muscular que interesan.

4.—Olshausen Länger : Tres suturas temporarias de cada lado, toman el útero al nivel de sus bordes ; sólo interesan la túnica serosa anterior.

5.—Legueu : La particularidad consiste en fijar al útero por medio de puntos idénticos á los que se adoptan en la nefropexia.

6.—Pozzi : Hace una sutura continua, que comienza al nivel del ángulo inferior de la herida ; con ella reune los planos peritoneal y músculo aponeurótico, tomando al mismo tiempo al parénquima uterino en su capa superficial.

7.—Sinsmeister y Faucon : Usan para fijar al útero, suturas verticales y medianas, bastante difíciles de ejecutar.

8.—Laroyenne : Dilata la cavidad uterina hasta que admita un grueso histerómetro, por medio de éste lleva el órgano á la anteversión, sobre la saliencia que determina en la línea media del hipogastrio, abre el abdómen y fija la matriz por puntos al catgut.

9.—Kelly : Fija al útero merced á puntos que

pasando de adelante atrás al nivel de cada lado del órgano, van á interesar el parénquima de su cara posterior.

OPERACIONES EXTRAPERITONEALES

Kaltambach en cinco ocasiones ha incindido solamente los planos cutáneos, y músculo aponeurótico de la pared abdominal, y guiándose por el tacto ha pasado un punto con hilo de plata, tomando así el fondo del útero para fijarlo por intermedio de aquél al periosto de la sínfisis pubiana. Kelly llevó su audacia hasta fijar el fondo del útero por medio de dos ó tres puntos, pasados profundamente al través de todos los planos de la pared abdominal, sin incindir ninguno de ellos.

HISTEROPEXIAS DIRECTAS.—POR LA VIA VAGINAL

LLEGANDO AL PERITONEO

1.—Länger : Colpocoeliotomía anterior, al través de la incisión se atrae al útero para suturar su

fondo á las paredes de la vagina (con hilos de plata), la herida vaginal se sutura en el sentido longitudinal para determinar un alargamiento de la pared anterior de este canal.

2.—Mackenrodt : Una primera incisión transversa sobre el fondo de saco anterior, luego otra longitudinal que partiendo un centímetro por detrás del tubérculo suburetral, llega hasta el punto medio de la anterior, diseca así dos colgajos de pared vaginal ; prosigue desprendiendo á la vejiga de el cuello uterino, y llega al peritoneo abriéndolo. Al través de la abertura toma el fondo del útero y lo atrae adelante ; termina fijando la cara anterior del órgano á la pared de la vagina, por medio de dos puntos algo oblicuos.

3.—Dührssen : Colpocoeliotomía anterior, se introduce un histerómetro en el útero, y se entrega el mango á un ayudante para que mantenga reducido el órgano ; el fondo de éste es fijado por medio de tres puntos al catgut en el sentido vertical, y que toman la pared vaginal menos su mucosa.

4.—Dentu-Pichevin : Incisión longitudinal iniciada por detrás del tubérculo suburetral, va hasta el fondo de saco anterior, se disecan los diversos pla-

nos hasta llegar al peritoneo y abrirlo. Atraído el útero de manera que su cara anterior se adose á la herida vaginal, se hace la fijación del órgano mediante una serie de puntos transversales.

5.—Richelot : Incisión transversa sobre el fondo de saco anterior, separada la vejiga de el cuello uterino, se llega al peritoneo y se le abre. El útero es atraído por medio de una pinza eriña, y fijado por varios puntos transversales que determinan el cierre de la herida en el sentido longitudinal.

6.—Gottschalk : Colpotomía anterior, abertura del peritoneo, lo que da dos hojuelas : una uterina y otra vesical ; el borde libre de la última es suturada cerca del fondo del útero ; en seguida se reune la hoja serouterina á la serovesical. Sutura de la herida vaginal.

7.—Pryor : Abre el fondo de saco anterior hasta llegar al peritoneo ; hace una banda de avivamiento sobre la cara anterior del útero y otra análoga sobre la superficie posterior de la vejiga, y fija ambos órganos entre sí por puntos de sutura.

8.—Mackenrodt (vesicofijación) : Una vez abierto el fondo de sacoa nterior, se sutura al fondo del útero el colgajo peritoneal que queda del lado de

la vejiga, y la cara posterior de ésta es fijada á la anterior del útero hasta la altura del orificio interno.

9.—Freund: Abre ampliamente el fondo de saco posterior, y fija la cara posterior de la porción supra-vaginal del cuello al peritoneo que está situado inmediatamente por debajo del promontorio.

SIN LLEGAR AL PERITONEO

1.—Amussat: Cauterizaba á termo el fondo de saco posterior, la retracción de la adherencia así formada entre el labio posterior y las paredes vaginales determinaría el enderezamiento del útero.

2.—Schücking: Reducido el útero por medio de un histerómetro y alejada la vejiga con el recurso de una sonda, se introduce hasta el fondo de la cavidad uterina una aguja de mango cargada con doble hilo, el índice izquierdo deprime el fondo de saco anterior y se empuja entonces la aguja de modo que atraviese las paredes uterinas y las de dicho fondo; se corta el hilo y la aguja es retirada; se

atan entre sí los cabos de los que uno sale por el cuello y el otro por el fondo de saco.

3.—Thiem : Pasa primero la aguja, la carga recién y la retira llevando uno de los cabos del hilo á salir por el orificio uterino.

4.—Sweiffel : Abre á termo las paredes vaginales en el fondo de saco anterior, introduce la aguja cargada en la cavidad uterina y la hace salir á través de la pared anterior é interesar luego uno de los labios de la herida vaginal ; sutura.

5.—Jacobs : Abre el fondo de saco anterior (sin llegar al peritoneo) por medio de una incisión curva, y fija la cara anterior del útero á las paredes vaginales por medio de puntos colocados en el sentido vertical.

HISTEROPLASTIAS DESTINADAS A CORREGIR LA RETROFLEXION POR LA VIA ABDOMINAL

1. — Thiriar y Jonnesco : Se hace una incisión transversal del peritoneo que recubre la cara anterior del útero, tan ancha como este órgano, y se

disecan sus dos labios en una extensión de tres centímetros. Sobre el tejido muscular puesto al desnudo se reseca un segmento cuneiforme con la base vuelta á la superficie anterior de la matriz, y el vértice dirigido hacia la mucosa uterina que será respetada. Los labios de la herida así creada son reunidos por varios puntos verticales al catgut; la envoltura serosa es reconstruída por encima de esa sutura.

2.—Mauclaire: Ha hecho tanto para retroversiones como para retroflexiones, una doble cúneohisterectomía anterior y posterior. Sobre cada una de las dos caras uterinas reseca longitudinalmente un segmento cuneiforme que se extiende desde el fondo del órgano hasta la inserción vaginal del cuello, y que tiene en conjunto la forma de un casco de naranja. Los labios de cada herida son reunidos por puntos transversales.

POR LA VIA VAGINAL

1.—Reeq y Follet: Hacen una colpocoeliotomía anterior y al través de ella reducen al útero, prac-

ticando en seguida sobre su cara anterior una cuneohisterectomía igual á la de Jonnesco.

2.—Elescher y von Rabenau: Previa colpotomía anterior, se diseca por encima del ángulo de flexión un colgajo en U, ancho dos y medio centímetros y de base superior, avivada la superficie del cuello que se encuentra por debajo de aquél, se le baja para fijarlo allí mediante algunos puntos.

3.—Doyen: Abre completamente el fondo de saco anterior, y coloca luego sobre la superficie anterior del útero una serie de puntos en ansa, de modo á determinar un acortamiento suficiente de la cara anterior, y, en consecuencia, la desaparición de la retroflexión.

——

En fin, en algunos casos de retrodesviaciones sumamente dolorosas y rebeldes, que han reicidivado después de alguna de las intervenciones anteriores, ó que se complican de graves lesiones de los

anexos, se está autorizado á suprimir totalmente el órgano efectuando una histerectomía.

Es una tarea algo compleja la de fijar el valor de cada una de las tantas operaciones cuya enumeración sucinta acabamos de hacer, y resulta no menos arduo discernir entre todas ellas cuál es la que ofrece las mayores ventajas. Por otra parte, fundar las esperanzas de eficacia exclusivamente en uno ú otro de los indicados procedimientos operatorios, cuando se trata de una retrodesviación, es sencillamente cometer un error terapéutico. En el cuadro clníico que ofrece una enferma afectada de una desviación hay muchos elementos, es necesario separarlos desde el punto de vista del tratamiento y poner en práctica para cada uno de ellos las indicaciones pertinentes. En efecto, acompañando y complicando á la posición viciosa de la matriz van ordinariamente la metritis, las influencias anexiales y periuterinas, las alteraciones del periné; y es sólo cuando todos estos factores patológicos son

corregidos que se puede esperar resultados benéficos de tal ó cual intervención dirigida especialmente á hacer desaparecer la situación anómala del útero.

Desmenuzando el tema para hacer más fácil la apreciación comparativa de los procedimientos operatorios, habrá que considerarlos con relación á una serie de condiciones : la benignidad, la facilidad de ejecución, la eficacia, consignando por un lado los resultados ortopédicos y por otro los terapéuticos ; la influencia posible de la operación sobre el embarazo y el parto ; la posibilidad de ver y tratar las adherencias y las lesiones anexiales ; el peligro de hernias post-operatorias.

En cuanto á la benignidad, puede decirse que ella es un atributo de todas las operaciones de este género ; se debe este beneficio en parte al perfeccionamiento de la técnica operatoria, pero muy en particular á la aplicación estricta de la asepsia ; y es precisamente la asepsia la que ha hecho desaparecer la enorme diferencia de pronóstico que antes existía entre las operaciones extraperitoneales y las intraperitoneales, y si aún hoy persiste una ligera desigualdad en favor de las primeras, no es debida á que se abra la cavidad serosa en las segundas,

sino á que en estas últimas se interviene por lo común sobre los anexos y las adherencias, lo que puede modificar singularmente la gravedad de una intervención.

La facilidad de ejecución es muy distinta de uno á otro de los diversos procedimientos operatorios; de una manera general: es considerable en las intervenciones intraperitoneales (no contando, se entiende, más que la corrección de la desviación); es algo menor en las extraperitoneales y ofrecería algunos escollos en las que se verifican por vía vaginal.

En las operaciones del tipo Alquié-Alexander-Adams, la facilidad de ejecución ha sido apreciada de diversos modos; muy sencilla para unos la investigación de los ligamentos redondos sería para otros difícil; sin extremar los pareceres, es indudable que en no pocos casos de retrodesviación la porción inguinal del tal ligamento está sumamente atrofiada y subdividida en hacecillos tan delgados que dificultan su hallazgo.

Las fijaciones uterinas directas ó indirectas que se verifican por la vía vaginal ofrecen una serie de dificultades en su ejecución, provenientes de la

estrechez y disposición especial del campo operatorio, así como también de la vecindad peligrosa de ciertos órganos, vejiga y uréteres que pueden ser lesionados.

La eficacia, hay que considerarla, no sólo en cuanto á los resultados ortopédicos, sino también en relación á los de orden terapéutico; nada nos dice respecto de la bondad de un procedimiento, el saber que con él se ha corregido la posición viciosa; es necesario informarse si además ha hecho desaparecer los trastornos que aquejaban á la enferma. Si se puede asegurar que con pocas excepciones la primera condición es llenada por los múltiples recursos operatorios, no es dable afirmar lo mismo de la eficacia terapéutica de todos ellos; con mucha frecuencia la situación anormal de la matriz ha desaparecido definitivamente con una operación dada, y, sin embargo, la paciente continúa acusando los mismos síntomas que decidieron la intervención del cirujano. La mayoría de los casos de este género provienen del error ya apuntado: no se ha tenido en cuenta más que la desviación, olvidando los procesos inflamatorios anexiales y uterinos, así como las posibles lesiones del periné; el

único recurso que queda y que debe ponerse en práctica es el tratamiento adecuado, médico ó quirúrgico, de cada uno de estos satélites del desplazamiento de la matriz, y solo así se verá los resultados ortopédicos completarse con lo que principalmente busca la enferma : los beneficios terapéuticos.

El porvenir de una mujer en la que una desviación uterina ha sido corregida por una operación, ofrece mucho interés en lo que se refiere á un posible embarazo.

Por lo pronto, muchos casos de esterilidad debidos á una retrodesviación han sido curados por la corrección de ésta, lo que se explica por haber desaparecido una dificultad de orden mecánico á la progresión del espermatozoide, y también porque se han disipado las alteraciones inflamatorias de la mucosa uterina.

Si el embarazo sobreviene, su suerte ulterior es muy distinta, según el género de la intervención efectuada. Las vagino-fijaciones del útero, directas ó indirectas, ofrecen desde este punto de vista un pronóstico pésimo ; en general todas ellas determinan la formación de adherencias tan sólidas que la matriz no puede efectuar libremente el movi-

miento progresivo de ampliación á que lo obliga la gestación ; el aumento de volumen se hace especialmente á expensas de la cara posterior del órgano ; el cuello es rechazado exageradamente hacia atrás ; sobrevienen por lo común tracciones dolorosas y trastornos mecánicos del lado del recto y de la vejiga ; el aborto es la consecuencia más frecuente, y cuando tal cosa no ocurre queda la perspectiva de un parto distócico : la versión, el forceps, basiotripsias, cesáreas y aún operaciones de Porro han debido efectuarse en tales casos.

Algo análogo, pero con una frecuencia y con un grado de gravedad menores, podría decirse que las fijaciones uterinas directas verificadas por la vía abdominal ; el aumento de volumen del útero se hace también aquí merced principalmente á la cara posterior y, en consecuencia, el cuello es llevado muy hacia atrás ; las tracciones dolorosas, á veces insoportables, son comunes en estas enfermas, no deja de ser frecuente el aborto ó el parto prematuro, y por fin la distocia ocurre á menudo cuando el embarazo llega á término.

En cambio, la mayoría de las estadísticas están concordes en imputar el menor número de estas con-

secuencias á las fijaciones indirectas realizadas por la vía abdominal. Los abortos que se les puede inculpar son muy pocos ; las perturbaciones dolorosas durante el embarazo son escasas, y en cuanto á la distocia contadas son las veces que ha ocurrido. Dos de las enfermas objeto de nuestras observaciones, se han embarazado después de operadas de su retrodesviación ; una y otra no han tenido durante su embarazo más trastornos que los propios á este estado, y en ambas el parto fué normal.

Ocurrido el parto se han observado algunos casos de reicidiva de la desviación posterior, aunque con una frecuencia escasa ; de ordinario al involucionar el útero conserva la buena posición. En algunas se han producido dos y hasta tres embarazos sucesivos á la operación, llegándose así á constatar la persistencia de la situación regular, al través de todos ellos.

Las consecuencias generalmente funestas que tienen para con el embarazo, las fijaciones vaginales y las abdominales directas, hacen que ellas deban reservarse para los casos en que no pueda temerse la fecundación, ya por tratarse de una mujer entrada en la menopausa ó bien por haber sido castrada.

Una ventaja innegable de las intervenciones intraperitoneales, vaginales ó abdominales, es la de poder ver y tratar los anexos y las adherencias ; de allí que las extraperitoneales serán aplicadas sólo en los casos de retrodesviaciones perfectamente movibles y en las que un buen diagnóstico habrá alejado la posibilidad de lesiones anexiales ó de adherencias laxas ; de lo contrario, se impone abrir el peritoneo para completar la corrección de la situación uterina, con el tratamiento oportuno de adherencias y anexos.

Los partidarios de las operaciones por vía vaginal han acusado á las abdominales de producir frecuentemente hernias post-operatorias por relajación de los tejidos cicatriciales ; se evitará este inconveniente tomando un cuidado especial en la reunión de los diversos planos de la pared abdominal y muy particularmente tratando de obtener siempre cicatrizaciones por primera intención, observando para ello la más estricta asepsia ; en efecto, la supuración en estas heridas es la causa más común de debilidad de la cicatriz y, en consecuencia, de las eventraciones.

Asimismo, siempre que sea posible, no convendrá

efectuar la laparotomía en personas que por su obesidad y por la laxitud extremadas de las paredes abdominales, están expuestas á las hernias.

OBSERVACIONES CLINICAS

CAPITULO VI

OBSERVACION I

Hospital San Roque.—Sala XI.—Servicio del doctor Enrique Revilla.

Margarita W. de B., 21 años, alemana.—Ingresa el 10 de abril de 1905.

Diagnóstico—Retroversión uterina, salpingovaritis doble.

Antecedentes individuales—Las primeras reglas aparecieron á los diecisiete años; abundantes, duraban 3 ó 4 días, y eran regulares en su aparición. Desde niña ha tenido leucorrea no abundante. Se casó á los 18 años; después de casada, la laucorrea ha aumentado notablemente, volviéndose amarillen-

ta y viscosa. Ha tenido dos partos á término, algo laboriosos.

Enfermedad actual—Poco después de casada comenzó á sentir dolores en el hipogastrio, fosas ilíacas y región lumbar, más intensos en la proximidad y durante las reglas ; la leucorrea, como antes se dijo, se exageró cambiando de caracteres. Después del segundo parte (hace tres meses y medio, en el momento de su ingreso al hospital) tuvo una infección genital netamente caracterizada por fuertes escalofríos seguidos de calor (hasta 40°) y sudores ; los loquios fueron anormales, mezclándose á una leucorrea muy abundante, purulenta y fétida. Los dolores hipogástricos se hicieron más intensos. La fiebre ha desaparecido ahora completamente, pero persisten los dolores particularmente acentuados en la fosa ilíaca izquierda, la marcha y el trabajo los exageran ; subsiste igualmente la leucorrea con su abundáncia. La menstruación no ha reaparecido aún. Se queja de frecuentes cefalalgias. Tiene en ocasiones náuseas, hay anorexia, constipación rebelde. La micción es muy frecuente y por lo común acompañada de ardor y de dolor, siendo á veces difícil. Al exa-

minar la enferma, se encuentra una ligera desgarradura del periné ; el cuello del útero está grande, blando, erosionado, orientado hacia adelante y arriba ; el orificio externo entreabierto. Fondos de saco anterior y laterales libres ; el posterior está ocupado por tumor regular, liso, globuloso, en continuidad directa con el cuello ; los movimientos impresos al uno se trasmiten en totalidad al otro. La palpación hipogástrica asociada al tacto completa el diagnóstico de la retroversión uterina y hace descubrir los anexos izquierdos algo aumentados de volumen y muy dolorosos ; del lado derecho sólo el ovario acusa una sensibilidad aumentada.

Tratamiento—En julio 8 de 1905 se laparotomiza la enferma efectuándosele una salpingo-ovaritotomía izquierda, y se fija indirectamente el útero por medio de la ligamentopexia que hemos descripto en el capítulo del tratamiento.

Agosto 21 de 1905. La enferma es dada de alta ; no acusa en ese momento ningún dolor ; el útero está en buena posición ; existe leucorrea aunque muy moderada.

En el mes de marzo de 1907 la enferma vuelve

al consultorio del servicio. Cuenta que se sintió perfectamente después de la intervención efectuada, pero que desde algo más de una semana padecía de cefalalgias nocturnas tan intensas que la privaban de todo sueño, habiendo constatado además una caída abundante del cabello y de las cejas. Examinada, se le encuentra una erupción máculo-papulosa generalizada. Del lado del aparato genital : el útero está en buena posición y embarazado de tres meses, lo que se corrobora por la amenorrea que data de igual tiempo y los síntomas reflejos del embarazo que ha experimentado la enferma.

Se estaba, pues, en presencia de una sífilis reciente (á lo sumo cuatro á seis meses); la había adquirido, por lo tanto, después de operada. Se la sometió inmediatamente al tratamiento específico (empleando inyecciones de salicilato de mercurio) y dos semanas más tarde había desaparecido por completo la cefalea y se hallaba en franca regresión la erupción cutánea.

El 15 de marzo de 1907 la enferma ingresa á la Maternidad de este hospital, donde se le continúa el tratamiento específico. El embarazo prosigue una marcha perfectamente regular y llega á término.

El parto ocurrió el 29 de setiembre de 1907, realizándose en condiciones completamente normales, como lo prueba el boletín del que entresacamos los datos principales :

El parto principió á las 9 a.m.

En ese momento la presentación, posición y variedad de ésta eran O. I. I. A.

El período de dilatación duró 14 horas 45 minutos.

La ruptura de las membranas fué tempestiva.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento : O. P.

Expulsión del feto á las 12 y 45 a.m.

Duración del período de expulsión : una hora.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento : 120 gramos.

Lesiones vulvoperineales : ninguna.

Duración total del parto : 15 horas y 45 minutos.

La placenta se presentó por la cara fetal ; encajándose á la 1 y 10 a.m., y verificándose la extracción simple á la 1 y 12 a.m.

Feto vivo, bien desarrollado, de 3475 gramos de peso ; circunsferencia de la cabeza : 34 y medio centímetros ; los diámetros de la misma eran : O. M.

13 y medio centímetros, O. F. 12 centímetros, S. O. B. 9 y medio, S. O. F. 11 y medio, Bi-P. 9 y medio, Bi-T., 8, S. M. B. 10.

En resumen, á pesar de la gastrohisteropexia y de la sífilis, la gran perturbadora del embarazo, la enferma de nuestra observación ha tenido una gestación y un parto felices; sólo es susceptible de crítica la duración del trabajo de parto que prolongándose á 15 horas y 45 minutos, ha correspondido á la de una primípara, aun cuando la enferma había tenido ya dos partos.

OBSERVACION II.

Hospital San Roque, Sala XI.

Concepción C. de G., 45 años, italiana ; ingresa el 5 de noviembre de 1905.

Diagnóstico : Retroversión uterina movible.

Antecedentes individuales—Primera menstruación á los doce años ;reglas dolorosas ; abundantes, larga duración (hasta diez días) regulares en su repetición. Casada á los diez y seis años ; ha tenido cinco partos á término.

Enfermedad actual—Se siente enferma desde hace dos años ; iniciáronse los trastornos con fuertes dolores en el hipogastrio y fosas ilíacas, irradiados á la región lumbar y parte superior de los muslos.

Estos dolores se reagravaban de tiempo en tiempo, haciéndose cada vez más frecuentes y llegando por su intensidad, en ocasiones, á obligarla á guardar cama. La leucorrea existe desde entones. A partir de esa misma época la enferma sufre á diario de metrorragias, sólo en dos casos se han interrumpido por espacio de algunos días.

En diciembre (de 1904) le habían practicado un raspado del útero. En los dos meses sucesivos la menstruación tuvo caracteres normales, hubo luego un período amenorreico de tres meses, al cabo de los cuales se reanudan los dolores; las metrorragias y la leucorrea en condiciones iguales á las antes indicadas. Además después de las comidas experimenta pesadez al nivel del epigastrio; es constipada habitual; la micción es frecuente y causa ligero ardor.

El examen revela el cuello uterino aumentado de volumen; orificio externo entreabierto; una desgarradura en la comisura izquierda. El fondo de saco posterior está ocupado por un tumor redondeado en continuación directa con el cuello. Al hacer el tacto asociado á la palpación abdominal se puede movilizar el útero y llevarlo á la posición normal,

pero vuelve á la retroversión inmediatamente después.

Tratamiento—Laparotomía, línea media infraumbilical. Se fija indirectamente al útero por el mismo procedimiento que se siguió en la enferma número 1 y en todas las restantes, método operatorio cuyos detalles están consignados en el capítulo V de esta tesis.

En diciembre 15 de 1905, día del alta, el útero está en su posición normal, la enferma no acusa ningún trastorno.

OBSERVACION III

Hospital San Roque.—Sala XI.

Antonia F. de N., 23 años, italiana. Ingresa el 11 de enero de 1906.

Diagnóstico—Retroversión uterina adherente, ovaritis quística.

Antecedentes individuales—Pubertad á los catorce años; reglas escasas en el primer año; vuélvense luego abundantes, dolorosas, prolongando su duración hasta siete y ocho días, irregulares en su aparición, atrasan por lo común. Se casa á los 15 años tiene dos partos á término y á partir del primero le queda leucorrea abundante. Embarazada por tercera vez (embarazo gemelar) aborta á los seis meses. Queda en cinta una cuarta vez, teniendo

un parto á término distócico (fué necesaria una versión).

Enfermedad actual—Refiere su iniciación á la época de su último parto; desde entonces experimenta frecuentes dolores en el hipogastrio, fosas ilíacas (particularmente la izquierda) y región lumbar, se exageran á intervalos variables y en especial antes y durante las reglas; la leucorrea es abundante, blanquizca, inodora. Sufre constantemente de inapetencia; después de las comidas pesadez molesta en el epigastrio y somnolencia; en ocasiones náuseas. Constipación pertinaz. Micción ardorosa.

Al examinar la enferma se encuentra el cuello grande, dirigido hacia adelante y arriba; fondo de saco posterior llenado por un cuerpo globuloso, duro, que está en continuídad con el cuello y no forma con este ángulo alguno. No es posible volver el útero á su posición normal y semejante tentativa provoca dolores. Los anexos, muy particularmente los izquierdos, aumentados en su volúmen y dolorosos.

Tratamiento—Laparotomía, línea media, subum-

bilical. Ruptura de adherencias : salpingovariotomía izquierda ; fijación indirecta del útero.

Alta—Marzo 3 de 1906.

Esta enferma ha sido vista dos años después de la intervención, el útero está en posición normal.

OBSERVACION V.

Hospital San Roque.—Sala XI.

Juana G. de R., 23 años, argentina. Ingresa el 22 de enero de 1906.

Diagnóstico—Retroversión uterina adherente, salpingo-ovaritis doble.

Antecedentes individuales—Fiebre tifóidea á los 15 años; una neumonía después. Primera regla á los 13 años; menstruaciones abundantes, no dolorosas, cuatro días de duración regulares en su aparición.

Enfermedad actual—Se casa á los 18 años y adquiere en seguida una blenorragia; cinco meses más tarde tiene un aborto (de 2 1/2 meses). A raíz de éste aparecen por espacio de 15 días escalofríos se-

guidos de fuerte elevación de temperatura y sudores ; intensos dolores en el bajo vientre. La leucorrea ya existente hízose mucho más abundante ; las reglas se han tornado profusas, llegando su duración hasta diez días y provocando fuertes dolores. Sufre á menudo cefalalgia ; su carácter antes tranquilo se ha vuelto ahora irritable en extremo. Padece de anorexia ; malestar después de la comida, es constipada continuamelnte. Micción frecuente y acompañada de ardor.

Al examen—Cuello erosionado, dirigido hacia adelante ; el cuerpo se siente al través del fondo de saco posterior, continúa directamente al cuello ; no hay posibilidad de restituir al útero su posición normal por medio de maniobras adecuadas. Anexos muy sensibles, algo aumentados de volumen.

Tratamiento—Laparotomía subumbilical. Ruptura de adherencias ; salpingo-ovariotomía derecha ; fijación indirecta del útero.

Alta—Muy mejorada, 13 de abril de 1906.

OBSERVACION V.

Hospital San Roque.—Sala XI.

Carmen R., 22 años, argentina. Ingresa el 21 de febrero de 1906.

Diagnóstico—Retroversión uterina movible; ovaritis quística.

Antecedentes individuales—Se inician las menstruaciones á los 12 años, abundantes, dolorosas, seis días de duración; se repiten con regularidad.

Enfermedad Actual—Hace remontar el comienzo de su padecimiento á sólo algunos meses antes de su entrada al servicio. Aparecieron dolores en todo el bajovientre, irradiaciones á las caderas y parte superior de los muslos, exagerados siempre por la

costura á máquina y por la marcha. En la posición sentada, sensación molesta de pesadez en el periné. Leucorrea abundante. Anorexia habitual y constipación pertinaz. Micción frecuente.

El examen da—Cuello de multípara, desviado hacia adelante y arriba ; el cuerpo y el fondo se aprecian en el fondo de saco posterior ; mediante maniobras es posible volver transitoriamente el órgano á su posición. Anexos, particularmente los derechos, muy sensibles y ligeramente aumentados de volumen.

Tratamiento—Laparotomía, fijación indirecta del útero, previa ruptura de adherencias é ignipuntura de los ovarios.

En perfectas condiciones es dada de alta el 16 de abril de 1906.

OBSERVACION VI

Hospital San Roque.—Sala XI.

Micaela G. de C., 23 años, española.—Ingresa el 5 de setiembre de 1906.

Diagnóstico—Prolapsus uterino total; útero en retroversión.

Antecedentes—Casada á los 18 años, tiene al año después un parto á término.

Enfermedad actual— Desde los primeros meses de su embarazo comenzó á sentir casi continuamente una sensación molesta de pesadez al nivel del periné, exagerada por la permanencia en pie, la marcha y los esfuerzos; poco después constató la aparición entre los labios de repliegues formados por

las paredes vaginales. Todos estos trastornos se iban exagerando á medida que el embarazo se aproximaba á su término. Desaparecidas en apariencia todas estas perturbaciones durante el puerperio ; por su permanencia en cama ; reaparecieron más exageradas aun cuando abandonó el lecho para reanudar sus quehaceres domésticos. Muy luego la leucorrea abundante vino á agregarse á estos síntomas, y á ésta se sumaron también frecuentes dolores en el hipogastrio, fosas ilíacas y región lumbar. Las reglas son ahora más abundantes de lo que antes eran, mucho más dolorosas é irregulares en su reaparición, adelantando de orginario. Tiene frecuentes cefalalgias. Es constipada habitual.

Al examen de la enferma se encuentra colpocele anterior y posterior muy marcados ; cuando la paciente hace un esfuerzo, asoma entre ambos el cuello uterino con erosiones. La palpación asociada al tacto revelan al útero en retroversión muy marcada.

Tratamiento—Laparotomía para fijar indirectamente al útero ; y además colporrafia anterior y colpoperincorrafia.

Alta : 23 de febrero de 1907.

Esta enferma ha sido vista nueve meses después ; el útero conservaba la buena posición.

OBSERVACION VII

Hospital San Roque.—Sala XI.

Isidora L., 33 años, argentina.—Ingresa mayo 4 de 1907.

Diagnóstico—Metritis hemorrágica ; retroflexión uterina ; ovaritis escleroquística doble.

Antecedentes—Casada á los 23 años, tiene al año un parto á término ; luego un aborto (de mes y medio) ; embarazada por tercera vez pare á término un feto muerto (macerado) ; á los pocos meses un segundo aborto (de dos meses) ; nuevamente embarazada consigue tener un parto á término normal. Ulteriormente tiene dos nuevos abortos (uno de cinco meses, el otro de mes y medio).

Enfermedad actual—Se siente mal desde el últi-

mo parto ; á partir de esa época tiene frecuentes dolores en el hipogastrio, ambas fosas ilíacas (particularmente la derecha) y región lumbar. Leucorrea abundante. Cefalalgias frecuentes ; bolo histérico ; anorexia y náuseas á menudo.

Después de su último aborto sobrevienen metrorragias profusas ; un médico le practica un raspado ; las hemorragias se detienen, pero la enferma experimenta intensos escalofríos seguidos de fuertes elevaciones de temperatura y de sudores copiosos. Permanece en cama por espacio de un mes y medio. Entregada de nuevo á la vida ordinaria reaparecen los dolores, la leucorrea y las reglas ; al presentarse lo hacen con carácter menorrágico.

Al examen : cuello grande, erosionado, orificio externo muy entreabierto, orientado hacia adelante y arriba ; fondo de saco posterior ocupado por un cuerpo que en su continuidad con el cuello forma un ángulo. El tacto y la palpación combinados permiten determinar la retroflexión acentuada en que se halla el útero. Ovarios algo aumentados en su volumen y muy sensibles á la presión.

Tratamiento—Previo un raspado, se le practica

una laparotomía, se libran las adherencias, se someten ambos ovarios á la ignipuntura y se hace, en fin, la fijación indirecta del útero.

Alta : 4 de agosto de 1907.

OBSERVACION VIII

Hospital San Roque.—Sala XI.

María V., 25 años, italiana.—Ingresa el 4 de octubre de 1906.

Diagnóstico—Retroversión uterina, ovaritis quística. Hacen cinco años tiene sus primeras relaciones sexuales, contrayendo muy luego una blenorragai ; queda poco después embarazada y lleva la gestación á término. Desde esa época existe leucorrea abundante, amarillo, verduzca viscosa. Dolores frecuentes en el hipogastrio y fosas ilíacas, con fuertes irradiaciones al epigastrio y á la región lumbar. Reglas mucho más abundantes y más dolorosas que anteriormente. Se ha enflaquecido y debilitado ; se queja de palpitaciones ; padece de anorexia ; después de las comidas sobrevienen eructos y una sen-

sación de peso en el epigastrio ; la constipación es rebelde. La micción frecuente, es acompañada á menudo de ardor y aún de dolores. Al examen se encuentra el útero en retroversión adherente ; los ovarios aumentados de volumen y muy sensibles.

Tratamiento—Laparotomía ; ruptura de adherencias ; ignipuntura de los ovarios ; fijación indirecta del útero.

Alta : Considerablemente mejorada, 15 de enero de 1907.

OBSERVACION IX

Hospital San Roque.—Sala XI.

Trinidad R. de O., 22 años, española.—Ingresa el 26 de junio de 1905.

Diagnóstico—Retroflexión uterina adherente ; salpingo-ovaritis.

Antecedentes individuales—Regló á los 12 años con caracteres fisiológicos.

Enfermedad actual—Se casa á los 16 años, y desde esa época las reglas antes normales, se vuelven muy abundantes, prolongan su duración hasta ocho días, se hacen muy dolorosas y adelantan siempre en su presentación (hasta de diez días); todo lo cual hace presumir que la enferma ha tenido poco

después de casada un aborto ovular. A partir de ese tiempo tiene leucorrea abundante, amarillenta y dolores frecuentes en el bajovientre y en la región lumbar. Padece por temporadas de anorexia y es constipada habitual.

El examen enseña un cuello grande, orientado hacia adelante y hacia arriba ; el fondo de saco posterior ocupado por el cuerpo del útero que forma con el cuello un ángulo abierto hacia abajo.

Tratamiento—Previo raspado, se hace la laparotomía ; ruptura de adherencias y luego fijación indirecta del útero.

Alta : Curada, agosto 3 de 1907.

OBSERVACION X

Hospital San Roque.—Sala XI.

Rosa N. de C., italiana, 38 años.—Ingresa el 2 de julio de 1905.

Diagnóstico—Retroflexión uterina movible.

Antecedentes individuales — Pubertad á los 17 años; reglas muy dolorosas, 3 ó 4 días de duración, atrasadas siempre en su aparición (hasta de 20 días). Se casa á los 30 años; no ha tenido partos ni abortos.

Enfermedad actual—Desde hace dos años padece de dolores en el hipogastrio y en la región lumbar, se exageran por la marcha y los esfuerzos. Tiene leucorrea abundante y amarillenta. Las reglas

muy escasas, siempre dolorosas y con retraso en su aparición. Examinada la enferma, se encuentra el útero en retroflexión movible.

Tratamiento—Raspado seguido de laparotomía y fijación indirecta del útero. El 4 de agosto de 1905, es dada de alta curada.

OBSERVACION XI.

Hospital San Roque.—Sala XI.

Graciana L. de C., 23 años, argentina. Ingresa el 9 de junio de 1905.

Diagnóstico — Retroversión uterina; salpingo-ovaritis doble.

Antecedentes individuales—Aparecen las menstruaciones á los 13 años, abundantes y de 3 á 4 días de duración. Se caso á los 22 años.

Enfermedad actual—Poco después de casada apareció abundante leucorrea amarillo verduzca; dolores en la región hipogástrica; las reglas se han tornado muy dolorosas, abundantes, y la sangre es expulsada en parte bajo la forma de coágulos. Pa-

dece con frecuencia de cefalalgia. Se encuentra al examen cuello de multípara y el útero en retroversión.

Tratamiento—Raspado ; laparotomía ; fijación indirecta del útero.

Alta—Curada, agosto 2 de 1905.

OBSERVACION XII.

Hospital San Roque.—Sala XI.

Amelia L. de B., 26 años, argentina. Ingresa el 10 de enero de 1905.

Diagnóstico—Rretroflexión del útero; salpingo-ovaritis doble.

Antecedentes individuales—Se inician las reglas á los 13 años muy dolorosas, acompañadas de náuseas, mareos y cefalalgia; abundantes. Hace ocho años tuvo un parto á término normal y un año atrás, un aborto (de dos meses).

Enfermedad actual—Data de su aborto, á éste siguieron metroralgias profusas, escalofríos, fiebre y sudores; dolores intensos en todo el bajovientre y

timpanismo de este último. Desde entonces existe leucorrea abundante y amarillenta ; los dolores reagudecen á intervalos variables. La constipación es habitual en ella, y la micción es acompañada á menudo de tenesmo. El examen muestra al útero en retroflexión y los anexos (particularmente los derechos) dolorosos y aumentados de volumen.

Tratamiento—Laparotomía, salpingo - ovariotomía derecha y fijación indirecta del útero.

Alta—Curada, febrero 9 de 1905.

OBSERVACION XIII.

Hospital San Roque.—Sala XI.

Leontina R., 29 años, francesa. Ingresa el 28 de octubre de 1904.

Diagnóstico—Retroflexión uterina ; salpingo-ovaritis doble.

Antecedentes individuales—Regló á los 15 años, en condiciones fisiológicas. Entre quince y diez y ocho años tuvo varios períodos de amenorrea en cuyo intervalo tenía frecuentes dolores en el vientre y trastornos digestivos.

Hacen seis años tuvo un parto laborioso ; á partir de ese tiempo padece de frecuentes dolores en el hipogastrio, fosas ilíacas y parte superior de los muslos, todo trabajo los exacerba ; las reglas se han

vuelto muy dolorosas, excesivamente abundantes, con una duración prolongada (hasta de quince días); en su intervalo suelen aparecer metrorragias. Es inapetente y constipada. En diversas ocasiones ha diversas ocasiones ha tenido crisis nerviosas en las cuales siente opresión en el pecho, no puede llorar, grita y cae al suelo. La palpación hipogástrica y el tacto enseñan un útero en retroflexión y los anexos dolorosos.

Tratamiento—Laparotomía : se extirpan los anexos izquierdos y se hace fijación indirecta del útero.

Alta—Curada, enero 29 de 1905.

OBSERVACION XIV.

Hospital San Roque.—Sala XI.

Colomba C. de F., 28 años, italiana. Ingresa el 3 de junio de 1904.

Diagnóstico—Retroflexión movible del útero.

Antecedentes individuales—Ha tenido cuatro partos á término, normales, ulteriormente dos abortos (uno de tres meses y otro de dos).

Enfermedad actual—Desde su último aborto tiene leucorrea abundante, dolores hipogástricos y lumbares, menstruaciones dolorosas y abundantes; constipación pertinaz.

Varios médicos le han colocado pesarios, y siempre ha tenido que hacércelos retirar pues le agravaban sus trastornos.

Examinándola se encuentra—Cuello grande, duro, orificio entreabierto ; útero en retroflexión.

Tratamiento—Raspado y luego laparotomía para verificar la fijación indirecta del útero.

Alta—Curada, junio 30 de 1904.

OBSERVACION XV.

Hospital San Roque.—Sala XI.

María Luisa C., 25 años, francesa. Ingresa el 20 de agosto de 1904.

Diagnóstico—Retroflexión uterina, salpingo-varitis doble.

Antecedentes individuales—Ha tenido fiebre tifóidea, fiebre amarilla y malaria. Regló á los 15 años en condiciones fisiológicas.

Ha tenido un parto á término, hace dos años.

Enfermedad actual—A partir de ese parto las reglas se han vuelto dolorosas, abundantes y duran hasta ocho días; tiene frecuentes dolores en el hipogastrio; padece de leucorrea. Se halla casi con-

tinuamente en un estado intenso de anestesia ; es anoréxica y constipada. Tiene frecuentes vahídos. La micción es á menudo dolorosa y sufre en ocasiones crisis de retención.

Por un año entero llevó un pesario que le aliviaba en algo sus padecimientos. Hace cinco meses se le practicó un raspado, pero sus condiciones no han mejorado.

Al ingresar al servicio el examen revela una retroflexión uterina y salpingo - ovaritis doble.

Tratamiento—Laparotomía ; salpingo - ovaritomía derecha ; ignipuntura del ovario izquierdo y fijación indirecta del útero.

Alta—Curada, septiembre 12 de 1904.

OBSERVACION XVI

Hospital San Roque.—Sala XI.

María G. de C., 27 años, española.—Ingresa el 2 de julio de 1904.

Diagnóstico—Retroflexión uterina.

Antecedentes individuales — Hace ocho años tuvo un parto á término.

Enfermedad actual—Desde que abandonó la cama (al salir del puerperio) hasta la época presente ha experimentado siempre una sensación molesta de pesadez al nivel del periné comparada por la enferma á la que produciría un cuerpo extraño luchando por salir de las vías genitales. Leucorrea muy escasa; las reglas se han vuelto dolorosas. En di-

versas ocasiones ha tenido intensas crisis dolorosas que la han obligado á guardar cama. Padece de una constipación rebelde, y tiene una disuria muy marcada. Examinada la enferma, se encuentra una retroflexión uterina movible.

Tratamiento—Raspado ; laparotomía ; fijación indirecta del útero.

Alta : Curada, agosto 10 de 1904.

OBSERVACION XVII

Hospital San Roque.—Sala XI.

María D., 36 años, polaca.—Ingresa el 10 de junio de 1903.

Diagnóstico—Retroversión uterina ; anexitis doble (ovariose scleroquísticos).

Tuvo sus primeras relaciones sexuales á los 16 años ; desde entonces sus reglas se han hecho sumamente dolorosas y han aumentado su duración hasta 8 días ; ha aparecido leucorrea abundante, amarillenta, viscosa ; dolores en el bajovientre, que revisten á veces el carácter de lanzadas sumamente fuertes ; continua sensación de peso en el hipogastrio. Después de las comidas malestar y somnolencia, algunas arcadas y en ocasiones vómitos biliosos. Constipada en sumo grado ; la defecación le ocasiona dolor.

Examen : matriz algo grande, en retroversión ; ovarios algo aumentados en su volumen y muy sensibles.

Tratamiento—Laparotomía ; ovariotomía derecha ; ignipuntura del ovario izquierdo ; fijación indirecta del útero.

Alta : Curada, julio 12 de 1905.

OBSERVACION XVIII

Hospital San Roque.—Sala XI.

Ana María C. de V., 38 años, italiana.—Ingresa el 6 de junio de 1905.

Diagnóstico—Retroversión uterina ; ovaritis quística.

Antecedentes individuales—Ha tenido siete partos y dos abortos.

Enfermedad actual—Se inicia á raiz de su último parto ; desde esa fecha tiene casi constantemente intensos dolores localizados muy especialmente en la región lumbar, y otros, aunque menos intensos, en el hipogastrio y la parte superior de los muslos.

Examen : Muestra el útero en retroversión y los

ovarios (particularmente el derecho) aumentados en su volumen y dolorosos.

Tratamiento — Raspado ; laparotomía ; salpingo-ovariotomía derecha ; ignipuntura del ovario izquierdo ; fijación indirecta del útero.

Alta : Curada, julio 27 de 1905.

OBSERVACION XIX

Hospital San Roque.—Sala XI.

María N. de A., argentina, 25 años.—Ingresa el 24 de enero de 1905.

Diagnóstico—Retroflexión uterina ; salpingo-vo-a ritis izquierda ; ovaritis quística derecha.

Antecedentes individuales—Se casó á los 17 años ; ha tenido dos partos á término.

Enfermedad actual—A partir de su segundo parto tiene dolores frecuentes en el hipogastrio, irradiados especialmente al miembro inferior izquierdo ; las reglas se han vuelto muy dolorosas y sumamente irregulares en su presentación. Hay leucorrea abundante ; sufre de anorexia y constipación.

En el examen se encuentra el útero en retroflexión, trompa y ovario izquierdo dolorosos, ovario derecho aumentado de volumen.

Tratamiento — Laparotomía ; salpingo-ovariotomía izquierda ; ignipuntura del ovario derecho ; fijación indirecta del útero.

Alta : Curada, marzo 6 de 1905.

OBSERVACION XX

Hospital San Roque.—Sala XI.

María L. de S., argentina, 28 años.—Ingresa el 19 de enero de 1905.

Diagnóstico—Retroversión uterina ; piosalpinx izquierdo.

Antecedentes individuales — Pubertad á los 14 años ; se casó á los 17 ; ocho meses después tuvo un parto prematuro (de 8 meses) y ulteriormente dos partos á término.

Enfermedad actual—Desde hace dos años padece de fuertes dolores en la región lumbar ; leucorrea ; reglas escasas, muy dolorosas y adelantadas siempre en su presentación.

En el examen se encuentra al útero en retroversión ; el anexo izquierdo forma un tumor del tamaño de un huevo de paloma.

Tratamiento — Laparotomía ; salpingovariotomía izquierda ; fijación indirecta del útero.

Alta : Curada, febrero 18 de 1905.

Nota—Esta enferma quedó embarazada dos meses después de salir del servicio ; llevó su embarazo á término y tuvo un parto normal.

OBSERVACION XXI

Hospital San Roque.—Sala XI.

Aurora L., 19 años, española.—Ingresa el 7 de enero de 1905.

Diagnóstico—Retroflexión uterina; salpingovaritis izquierda.

Hace siete meses adquirió una blenorragia; ha permanecido varios meses en el hospital Rawson y viene ahora á este servicio. Se queja de fuertes dolores hipogástricos y lumbares; tiene leucorrea muy abundante, amarillenta, viscosa. Sobrevienen náuseas y aún vómitos después de la comida; la micción es ardorosa.

Al explorarla se halla el útero en retroflexión y los anexos izquierdos aumentados de tamaño y muy dolorosos.

Tratamiento — Laparotomía ; salpingo-ovariotomía izquierda ; fijación directa del útero.

Alta : Muy mejorada, marzo 26 de 1905.

OBSERVACION XXII

Hospital San Roque.—Sala XI.

Elena M., italiana, 34 años.—Ingresa el 6 de diciembre de 1905.

Diagnóstico—Retroflexión uterina ; ovaritis quística.

Antecedentes individuales—Primera menstruación á los 16 años ; se caso á los 17 ; ha tenido dos partos á término.

Enfermedad actual—Después del segundo parto tuvo una infección puerperal. Desde entonces tiene leucorrea, reglas dolorosas, dolores en el bajo-vientre. Hay constipación.

Al examinarla se encuentra : útero en retroflexión, ovarios aumentados de volumen y muy dolorosos.

Tratamiento—Laparotomía ; ovariotomía izquierda ; ignipuntura del ovario derecho ; fijación indirecta del útero.

Alta—Curada, enero 25 de 1905.

Está muy lejos de nosotros la idea de formular un elogio incondicional de la ligamentopexia con que se ha corregido la disviación en las enfermas que hemos observado ; esto destruiría la afirmación que antes consignamos al decir que la operación ideal contra las retrodesviaciones no está concebida aún. Sin embargo, fundándonos en el ligero análisis crítico que hemos hecho á los múltiples procedimientos operatorios de las desviaciones posteriores, y después de la reseña de los resultados obtenidos en veintidos casos, no es dado concretar, bajo la forma de conclusiones las ventajas indiscutibles de dicha histeropexia mediata.

CONCLUSIONES

I

Es una intervención fácil y que está al alcance del menos diestro de los cirujanos.

II

Es benigna : puesto que ninguna de las enfermas falleció ni hubo que lamentar consecuencia alguna, imputable á la naturaleza de la intervención.

III

Da lugar á completar el examen *de visu* facilitar el diagnóstico de las lesiones anexiales y perimétricas, y poder al mismo tiempo tratarlas si es oportuno.

IV

Fija el útero en una verdadera posición natural, y hasta cierto punto fisiológica, esto es por intermedio de uno de sus elementos de sosten.

V

No interesa al parenquima uterino ni provoca adherencias anormales.

VI

No deja espacio alguno en la pared abdominal y el útero y por lo tanto evita los inconvenientes serios de insinuación de ansas intestinales con todas sus consecuencias.

VII

No impide la replesión de la vejiga ; no hemos observado trastorno urinario postoperatorio.

VIII

Hemos tenido ocasión de controlar que la buena posición se conservaba aún después del parto ocu-

rrido dos años y dos meses después de la operación (Observación 1.ª).

IX

No obstaculiza el embarazo; lo prueban las dos observaciones presentadas ambas tuvieron una gestación excelente.

X

No es causa de distocia, esas mismas enfermas han tenido un parto normal.

Juan Carlos Podestá.

Buenos Aires, Julio 15 de 1910

Nómbrase al señor Consejero Dr. Luis Güemez, al profesor titular Dr. S. Molina y al profesor suplente Dr. E. Zárate, para que constituídos 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. CANTON

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Octubre 17 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconcejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2248 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

——

I

Causas y mecanismo de las retrodesviaciones uterinas.

L. Güemes.

II

De la preñez en las retroversiones uterinas.

S. Molina.

III

Ventajas del procedimiento de Zárate para el acortamiento de los ligamentos redondos sobre los demás métodos operatorios.

Zárate.