



Año 1915

Nº 3014

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

SU TRATAMIENTO

TESIS

Presentada para optar al título de Doctor en Medicina

POR

Ernesto P. M. Bišceglia

Ex-practicante externo del Hospital Rawson, 1911-13
Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson, 1913
Ex-practicante mayor interno del Hospital Florito, 1913-14
Ex-practicante mayor interno del Hospital Bosch, 1914
Ex-practicante mayor del Servicio Médico Permanente
de la Casa Central de la Asistencia Pública, 1914-15



BUENOS AIRES

292861 — TALLERES CASA JACOBO PEUSER

1915



RETRODESVIACIONES UTERINAS

Año 1915

Nº 3014

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RETRODESVIACIONES UTERINAS

SU TRATAMIENTO

TESIS

Presentada para optar al título de Doctor en Medicina

POR

Ernesto P. M. Bisceglia

Ex-practicante externo del Hospital Rawson, 1911-13
Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson, 1913
Ex-practicante mayor interno del Hospital Fiorito, 1913-14
Ex-practicante mayor interno del Hospital Bosch, 1914
Ex-practicante mayor del Servicio Médico Permanente
de la Casa Central de la Asistencia Pública, 1914-15



BUENOS AIRES

292481 — TALLERES CASA JACOBO PEUSER

1915



1910

2010

2010

La Facultad no se hace solidaria
de las opiniones vertidas en las tesis.
(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA.

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA.

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES.
2. > > PEDRO N. ARATA.
3. > > ROBERTO WERNICKE.
4. > > PEDRO LAGLEYZE.
5. > > JOSÉ PENNA.
6. > > LUIS GÜEMES.
7. > > ELISEO CANTÓN.
8. > > ANTONIO C. GANDOLFO.
9. > > ENRIQUE BAZTERRICA.
10. > > DANIEL J. CRANWELL.
11. > > HORACIO G. PIÑERO.
12. > > JUAN A. BOERI.
13. > > ANGEL GALLARDO.
14. > > CARLOS MALBRÁN.
15. > > M. HERRERA VEGAS.
16. > > ANGEL M. CENTENO.
17. > > FRANCISCO A. SICARDI.
18. > > DIÓGENES DECOUD.
19. > > BALDOMERO SOMMER.
20. > > DESIDERIO F. DAVEL.
21. > > GREGORIO ARÁOZ ALFARO.
22. > > DOMINGO CABRED.
23. > > ABEL AYERZA.
24. > > EDUARDO OBEJERO.

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL.

> > MARCELINO HERRERA VEGAS.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DOCTOR D. TELÉMACO SUSINI.
 2. » » EMILIO R. CONI.
 3. » » OLHINTO DE MAGALHAES.
 4. » » FERNANDO WIDAL.
 5. » » OSVALDO CRUZ.
-

FAACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

- | | |
|----|-----------------------------|
| 1. | DOCTOR D. TELÉMACO SUSINI |
| 2. | » » EMILIO R. GONZ. |
| 3. | » » OLIVINTO DE MACALHARES. |
| 4. | » » FERNANDO WIDAL. |
| 5. | » » OSVALDO CRUZ. |

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. LUIS GÜEMES.

Vice-Decano

DOCTOR D. CARLOS MALBRÁN.

Consejeros

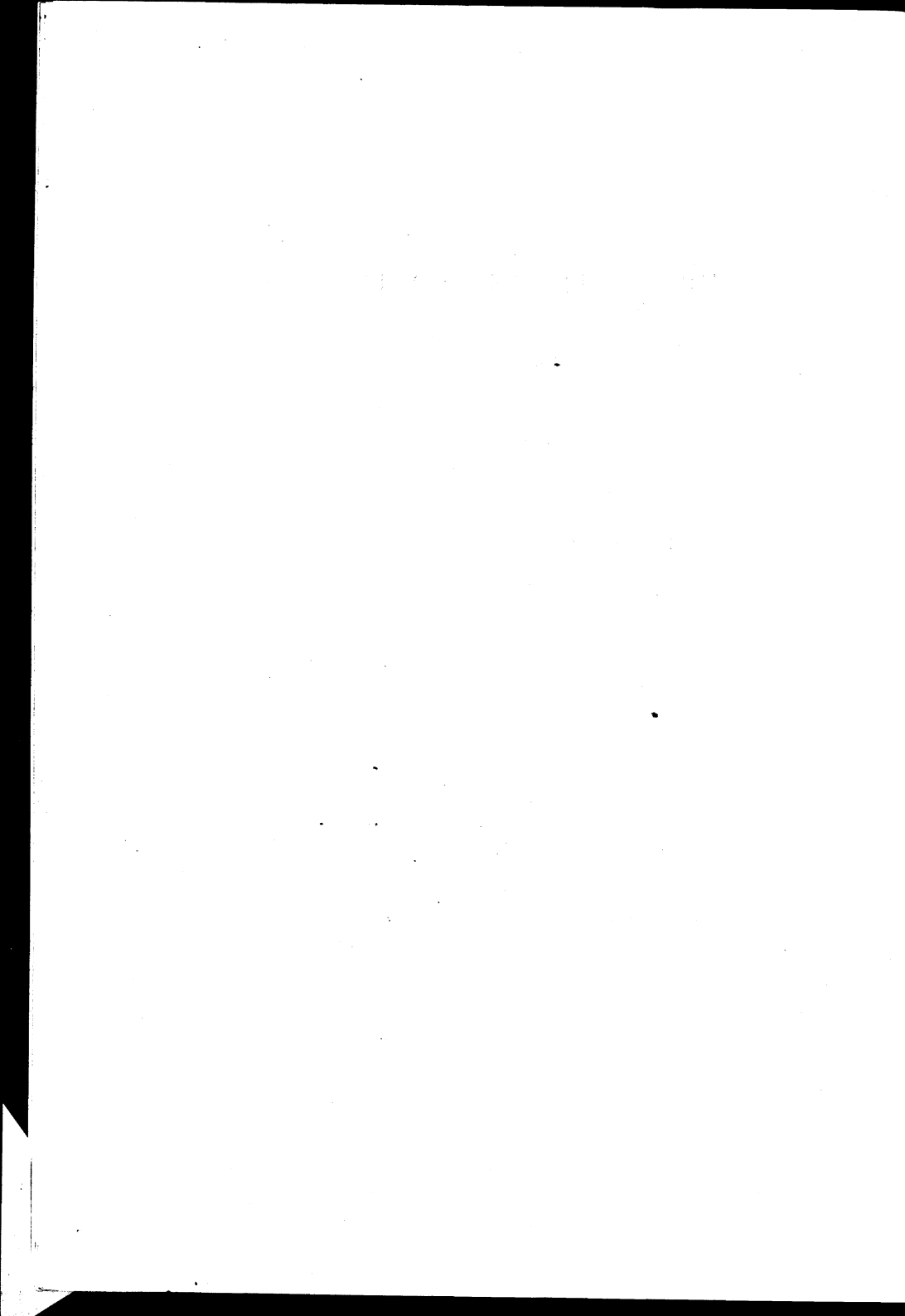
DOCTOR D. LUIS GÜEMES.

- > > ENRIQUE BAZTERRICA.
- > > ENRIQUE ZÁRATE.
- > > PEDRO LACAVERA.
- > > ELISEO CANTÓN.
- > > ANGEL M. CENTENO.
- > > DOMINGO CABRED.
- > > MARCIAL V. QUIROGA.
- > > JOSÉ ARCE.
- > > ABEL AYERZA.
- > > EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- > > DANIEL J. CRANWELL.
- > > CARLOS MALBRÁN.
- > > JOSÉ P. MOLINARI.
- > > MIGUEL PUIGGARI.
- > > ANTONIO C. GANDOLFO (suplente).

Secretarios

DOCTOR D. P. CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo).

- > > JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina).



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE.

› JUVENCIO Z. ARCE.

› PEDRO N. ARATA.

› FRANCISCO DE VEYGA.

› ELISEO CANTÓN

› JUAN A. BOERI.

› FRANCISCO SICARDI.

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

• JUAN A. ARCE

• PEDRO N. ARATA

FRANCISCO DE VEGA

• ELISEO CANTON

• JUAN A. ROBERT

FRANCISCO S. ARDIT

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA.
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANAONA.
	» RICARDO S. GÓMEZ.
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR.
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA.
	» PEDRO BELOU.
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA.
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA.
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI.
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO.
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN.
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO.
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ.
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO.
	» DAVID SPERONI.
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIÉRREZ.
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI.
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA.
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL.
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE.
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER.
» Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT.
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS.
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA.
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO.
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA.
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA.
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE.
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD.
	» LUIS GÜEMES.
» Médica.....	» LUIS AGOTE.
	» IGNACIO ALLENDE.
	» ABEL AYERZA.
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO.
	» MARCELO T. VIÑAS.
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES.
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED.
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE.
	» SAMUEL MOLINA.
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO.
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA.
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA.



ESCUELA DE MEDICINA

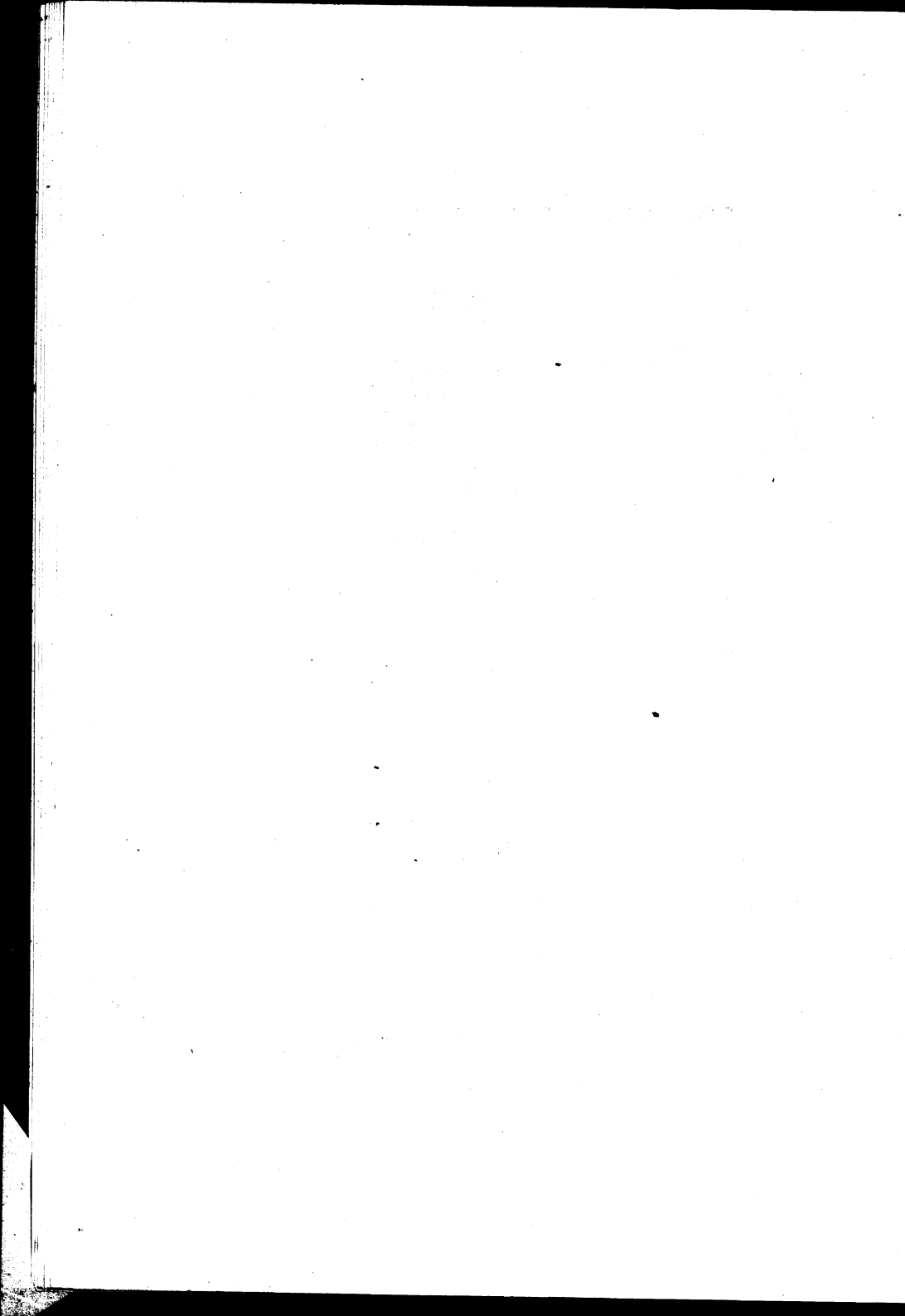
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY.
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO.
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO.
	{ » LEOPOLDO URIARTE.
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA.
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI.
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING.
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN.
	{ » MARIANO ALURRALDE.
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI.
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO.
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET.
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN.
Clínica Oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA.
Clínica Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA.

101 111 114 117 120 123 126 129 132 135 138 141 144 147 150 153 156 159 162 165 168 171 174 177 180 183 186 189 192 195 198 201 204 207 210 213 216 219 222 225 228 231 234 237 240 243 246 249 252 255 258 261 264 267 270 273 276 279 282 285 288 291 294 297 300 303 306 309 312 315 318 321 324 327 330 333 336 339 342 345 348 351 354 357 360 363 366 369 372 375 378 381 384 387 390 393 396 399 402 405 408 411 414 417 420 423 426 429 432 435 438 441 444 447 450 453 456 459 462 465 468 471 474 477 480 483 486 489 492 495 498 501 504 507 510 513 516 519 522 525 528 531 534 537 540 543 546 549 552 555 558 561 564 567 570 573 576 579 582 585 588 591 594 597 600 603 606 609 612 615 618 621 624 627 630 633 636 639 642 645 648 651 654 657 660 663 666 669 672 675 678 681 684 687 690 693 696 699 702 705 708 711 714 717 720 723 726 729 732 735 738 741 744 747 750 753 756 759 762 765 768 771 774 777 780 783 786 789 792 795 798 801 804 807 810 813 816 819 822 825 828 831 834 837 840 843 846 849 852 855 858 861 864 867 870 873 876 879 882 885 888 891 894 897 900 903 906 909 912 915 918 921 924 927 930 933 936 939 942 945 948 951 954 957 960 963 966 969 972 975 978 981 984 987 990 993 996 999

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ.
Zoología Médica.....	» GUILLERMO SEEBER.
Histología.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ.
Anatomía Descriptiva.....	» EUGENIO GALLI.
Fisiología general y humana.....	» FRANK L. SOLER.
Bacteriología.....	» ALOIS BACHMANN.
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO.
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL.
Anatomía Patológica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO.
Materia Médica y Terapéutica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS.
Medicina Operatoria.....	» JOSÉ MORENO.
Patología Externa.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO.
» Dermato-Sifilográfica.....	» CARLOS ROBERTSON.
» Génito-urinaria.....	» FRANCISCO P. CASTRO.
Clínica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V. GRECO.
Patología Interna.....	» PEDRO L. BALINA.
Clínica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI.
Clínica oto-rino-laringológica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS.
	» FERNANDO R. TORRES.
	» PEDRO LABAQUI.
	» LEONIDAS JORGE FACIO.
	» PABLO M. BARLARO.
	» ENRIQUE B. DEMARÍA.
	» ADOLFO NOCETI.
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA.
	» MARCELINO HERRERA VEGAS.
	» ARMANDO R. MAROTTA.
	» LUIS A. TAMINI.
Clínica Quirúrgica.....	» MIGUEL SUSSINI.
	» JOSÉ MARÍA JORGE (hijo).
	» JOSÉ ARCE.
	» ROBERTO SOLÉ.
	» PEDRO CHUTRO.
	» JUAN JOSÉ VITON.
	» PABLO MORSALINE.
	» RAFAEL BULLRICH.
	» IGNACIO IMAZ.
Clínica Médica.....	» PEDRO ESCUDERO.
	» MARIANO R. CASTEX.
	» PEDRO J. GARCÍA.
	» JOSÉ DESTEFANO.
	» JUAN R. GOYENA.
	» MANUEL A. SANTAS.
	» MAMERTO ACUÑA.
Clínica Pediátrica.....	» GENARO SISTO.
	» PEDRO DE ELIZALDE.
	» FERNANDO SCHWEIZER.
	» JAIME SALVADOR.
Clínica Ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO.
	» CARLOS R. CIRIO.
	» OSVALDO L. BOTTARO.
	» ARTURO ENRIQUEZ.
	» ALBERTO PERÁLTA RAMOS.
Clínica Obstétrica.....	» FAUSTINO J. TRONGE.
	» JUAN B. GONZÁLEZ.
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ.
	» JUAN A. GABASTOU.
	» V. JOAQUÍN GNECCO.
Medicina legal.....	» JAVIER BRANDAN.
	» ANTONIO PODESTÁ.



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA.
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI.
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA.
Farmacognosia y Posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ.
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI.
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE.
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR.
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE.
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ.

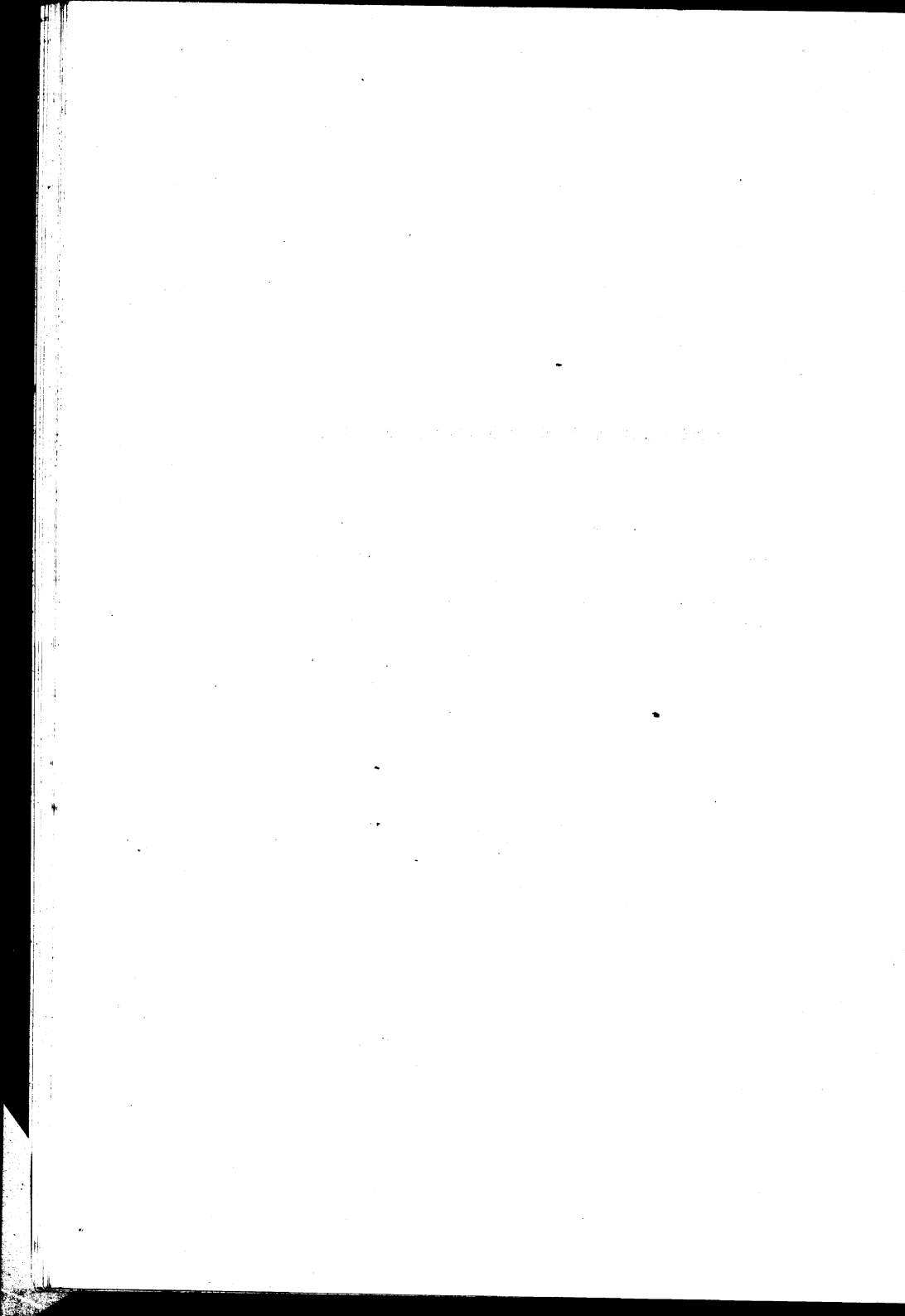
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA.
	{ » PASCUAL CORTI.
Farmacognosia y Posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK.
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ.
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MESIGOS.
	{ » LUIS GUGLIALMELLI.
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ.
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI.

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN.
Segundo año	» LEÓN PEREIRA.
Tercer año	» N. ETCHEPAREBORDA.
Protesis Dental	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedrático suplente

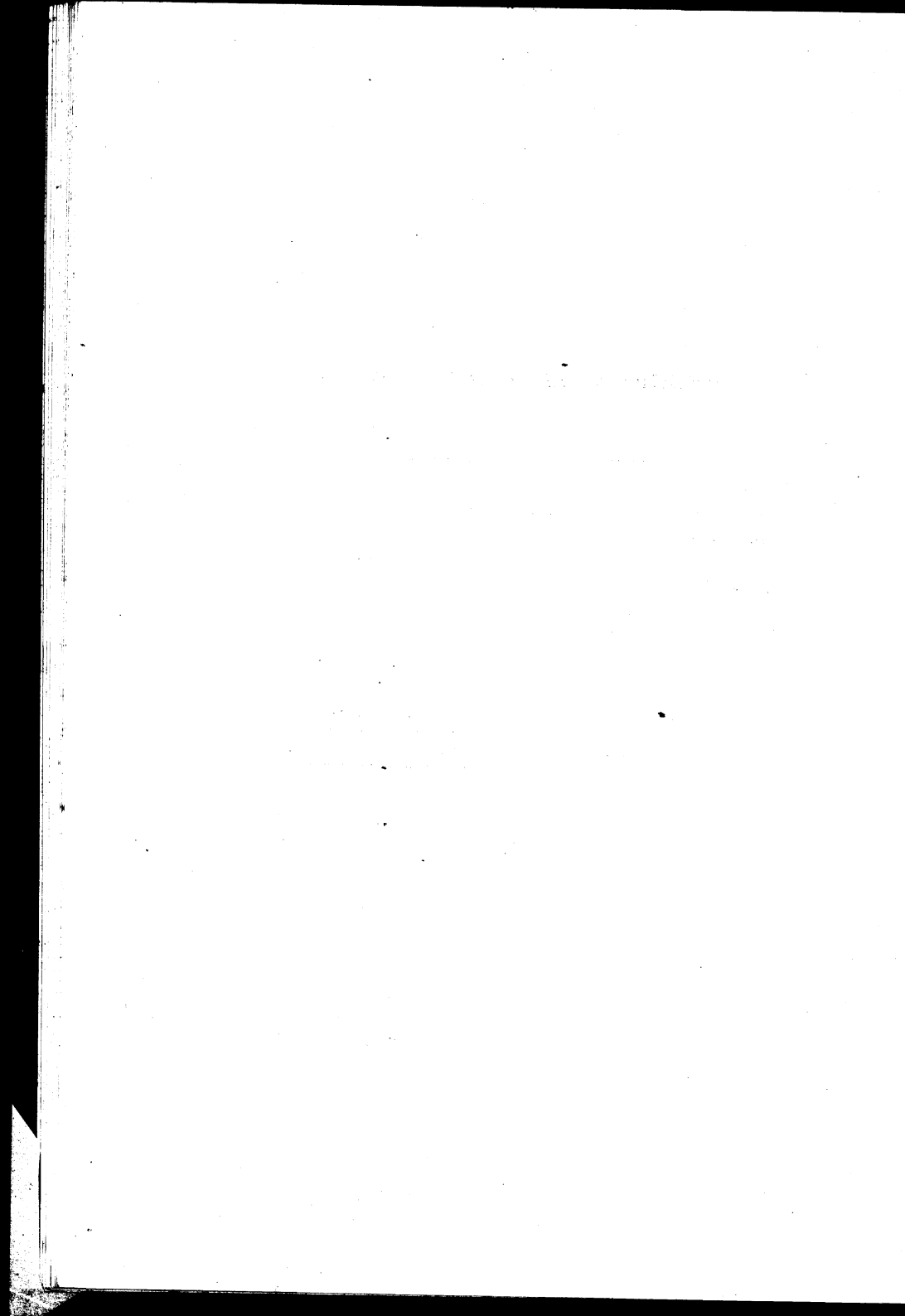
Dr. ALEJANDRO CABANNE.



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año :</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año :</i>	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL.
<i>Tercer año :</i>	
Clínica obstétrica.....	» FANOR VELARDE.
Puericultura.....	Vacante

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clínica Obstétrica	Dr. J. C. LLAMES MASSINI (encar-
» »	gado del curso de primer año).
	Dr. UBALDO FERNÁNDEZ, (encar-
	gado del curso de Puericultura).



Padrino de Tesis:

Dr. Martín Reibel

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Rawson (Sala XII)
Diputado Nacional

A mi padre

A mi madre

Como pequeña prueba del intenso afecto y respeto que le profeso.

einmal im A

Die Menge der ...

A mis hermanos

A mis hermanas

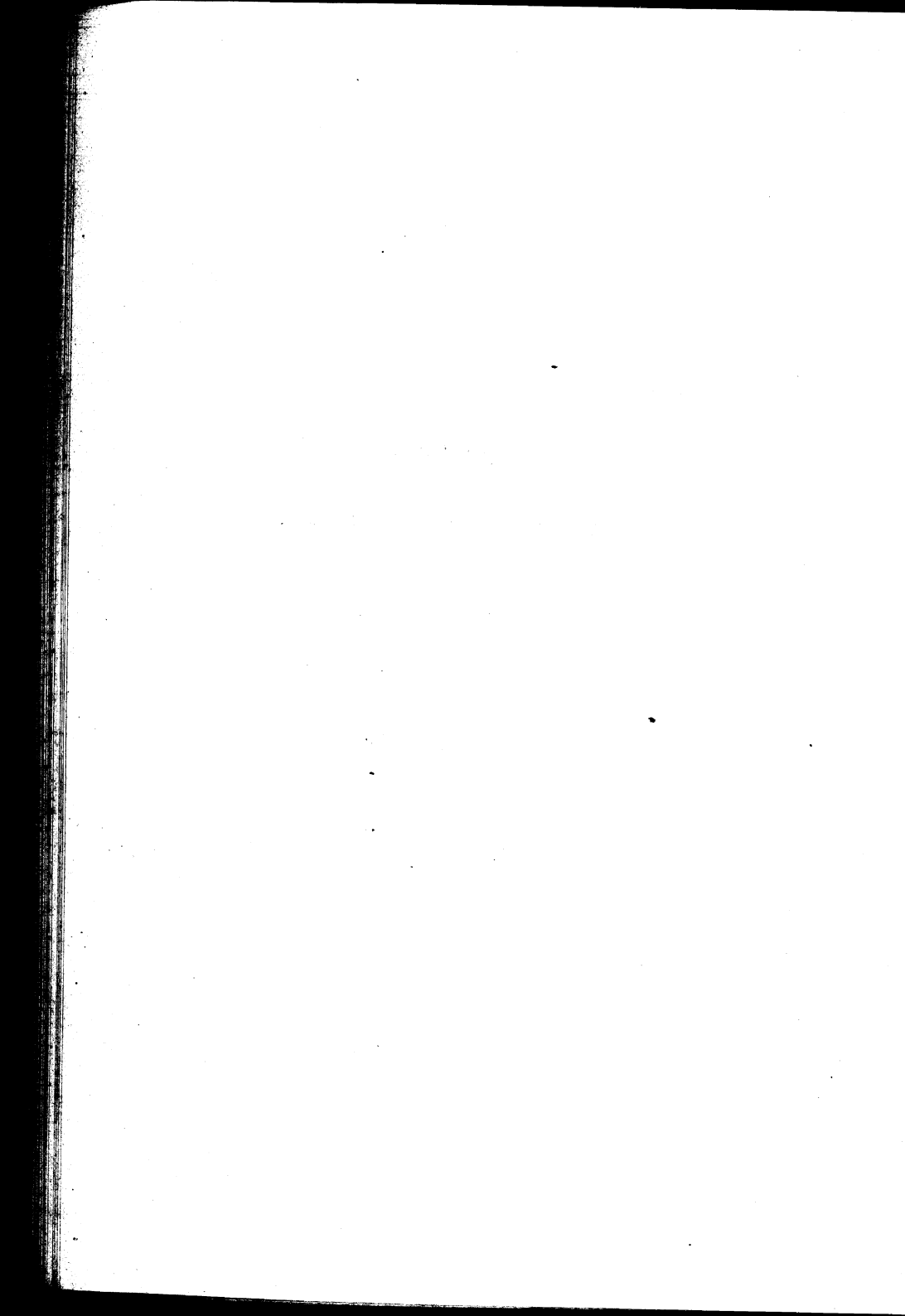
En merecida ofrenda.

continued on A

continued on A

A mis parientes

A los míos



A mi querido tío

Señor Pascual Filice

Por sus apreciados consejos.

A mi estimado primo y colega

Doctor Francisco E. Filice

Al Señor Carlos H. Martini

En reconocimiento a sus múltiples atenciones.

A mis apreciados compañeros y amigos:

Doctor Héctor Rebay.

Señor Antonio Petrelli.

„ Alfonso Durán.

„ José Colotta.

„ Luis Pierrepont.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

A mis amigos

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Tengo el honor de presentar a vuestro elevado criterio, la presente prueba final de mis estudios universitarios.

No he tratado en él, sino de poner en evidencia las ventajas de procedimientos operatorios aquí creados, parangonándolos con los extranjeros y de amalgamar los concluyentes y autorizados tratados, que sobre la misma materia existen escritos, con los conocimientos adquiridos en esta Facultad y en los Hospitales.

En estos graves instantes, que marcan una etapa memorable de mi vida, séame permitido agradecer al cuerpo de profesores de la Facultad que ha sabido guiarme en el escabroso sendero de la Medicina, dándome con la noción de los conocimientos, la no menos importante de la responsabilidad moral, así como la de nuestro rol como factor social.

Al Dr. Martín Reibel que me honra al acompañarme como padrino de tesis, mi reconocimiento.

A todos mis jefes, bajo cuyas autorizadas direcciones he acumulado mis conocimientos, mi eterna gratitud.

A mis compañeros de Hospital y Asistencia Pública, la prueba de mi mayor aprecio.

Posición y estática uterina

La posición normal del útero debemos estudiarla desde dos puntos de vista: el primero debe tratar de la posición y dirección que tiene en sí mismo, aisladamente; el segundo de la posición y dirección que tiene en la pelvis en relación con todos los órganos en ella contenidos.

Sobre uno y otro punto las ideas no están aún unificadas, a pesar de que las distintas opiniones sostenidas por eminentes autores, están basadas en numerosas investigaciones anatómicas, clínicas y operatorias hechas con toda la competencia deseable.

En cuanto a la primer faz de la cuestión, los autores se acercan mucho más que en la segunda y admiten que el eje del cuerpo y el del cuello uterino, no siguen exactamente la misma dirección, sino que se inclinan el uno hacia el otro, describiendo en conjunto una línea curva, cuya concavidad mira la sínfisis pubiana.

Existe entonces una pequeña anteflexión que es normal y que está medida por el ángulo formado por el

encuentro de los dos ejes: es siempre un ángulo muy obtuso y que oscila entre 140° y 170° . Se han señalado la existencia de anteflexiones mayores, es decir, de ángulos menores y que van de 120° a 100° ; pero estas posiciones no parecen normales y sí forzadas o ya patológicas.

Esta anteflexión es la posición común del útero: Boulard la ha observado 98 veces sobre 107 casos. La flexión a veces puede hacerse hacia atrás (retroflexión); a los lados, lateroflexión derecha o izquierda.

Se observan también úteros rectilíneos, es decir, sin curvatura anterior, que según las investigaciones de Credé y Panas existen en un tercio de los casos.

En cuanto a la segunda cuestión, posición del útero con relación a la excavación pelviana, hallamos que las opiniones son mucho más contradictorias.

Desde aquellos que sostienen que el eje del útero se confunde con el de la excavación pelviana (Cruveilhier, Sappey, Bandl, Kolliker), hasta los que admiten, entre ellos grandes anatomistas y ginecólogos, que el útero en lugar de inclinarse hacia adelante, lo hace hacia atrás aplicándose contra el recto, hallamos a Schultze, que ardientemente defiende su opinión, de que el útero se inclina fuertemente hacia adelante y casi horizontal reposa sobre la cara postero-superior de la vejiga. Tschaussow contemporizador y basando sus opiniones en numerosas investigaciones hechas so-

bre sujetos de diferente edad, sostiene que el útero se inclina hacia adelante en la niña y en la mujer nulípara, que se inclina hacia atrás en la mujer múltipara; como se ve el desacuerdo no puede ser mayor.

La causa de este aparente desacuerdo la hallamos en el útero mismo; éste es un órgano muy móvil cuya posición varía al estado normal según los sujetos y en el mismo sujeto, según la actitud, según que la vejiga o el recto estén llenos o vacíos, o que las asas intestinales penetren en el espacio retrovesical, o lo que es más común, en el fondo del saco de Douglas.

Esta extrema movilidad del útero, conocida de todos los ginecólogos, es una consecuencia de la laxitud de su aparato ligamentoso, que estudiaremos más adelante.

Podemos decir entonces, que el útero al estado normal, no tiene posición fija, pues se halla en *equilibrio inestable*.

Si suponemos colocado al útero, teóricamente, en un plano vertico-transversal pasando por el eje de la excavación pelviana, se constata que es susceptible de encontrarse con relación a esta posición teórica, en estos diferentes casos: inclinado hacia adelante (*anteversión*) o hacia atrás (*retroversión*); en rotación derecha (*dextrotorsión*) o izquierda (*levotorsión*); inclinado hacia la derecha o izquierda (*lateroversión derecha* o *izquierda*); en fin, cuando no ocupa una posición mediana y se halla transportado todo entero, hacia la

derecha o izquierda del eje mediano del cuerpo, se le llama posición paramediana derecha o izquierda.

Hay que agregar que, cuando el útero no está sometido a ninguna de las causas que a cada instante lo desplazan en un sentido o en otro, es decir, cuando se le examina estando la mujer de pie, el recto y la vejiga casi vacíos, la masa intestinal no ejerciendo ninguna presión sobre él, toma por sí mismo una posición que debemos llamar *posición de equilibrio*.

Esta posición de equilibrio no es una retroversión como se creyó durante tanto tiempo (Sappey, Bandl), sino que es una anteversión, reposando el cuerpo del útero sobre la cara postero-superior de la vejiga.

Esta anteversión, unida a la anteflexión ligera que ya le hemos asignado, nos da la posición y dirección aceptada hoy día por la mayoría de los autores como la más común y que es una *anteversoflexión*.

Acabamos de ver cuantas son las posiciones que el útero normalmente puede ocupar. Entre estas posiciones normales, hay algunas que son idénticas a las consideradas patológicas; es así por ejemplo, que la posición en anteflexión según Enmet constituye la más frecuente de las flexiones patológicas; que la posición en retroversión es la más importante y la más grave de las versiones patológicas: sin embargo no todas las flexiones y versiones son patológicas.

Luego, ¿cuál es la cualidad que distingue la posición

normal de la patológica, o mejor, cuando la posición llamada normal llega a ser una desviación? Lo será cuando el desplazamiento *de temporario que era llega a ser fijo*, determinando en el funcionamiento del útero mismo y de los órganos vecinos disturbios acentuados. Existen otros desplazamientos patológicos *d'emblée* como lo sería una retroflexión coincidiendo con una retroversión.

Estas distintas modalidades de posición del útero, (flexiones, versiones, torsiones) se hacen alrededor del único punto uterino que es casi fijo (Pozzi) y que es el cuello, en el punto donde toman inserción los ligamentos úteros sacros. Esto nos lleva a hablar del aparato ligamentoso del útero y de la estática del mismo, punto éste difícil de explicar y sobre el cual anatomistas y ginecólogos no están aún de acuerdo.

A mantener el equilibrio inestable que hemos atribuido al útero, contribuyen en acción armónica y conjunta los ligamentos anchos, redondos, la tonicidad de la pared abdominal y del piso perineal.

De los distintos ligamentos del útero, unos actúan como medios de suspensión u orientación (anchos, redondos), otros como medios de sostén (ligamentos úteros sacros).

Los ligamentos anchos están formados por el peritoneo, que después de haber tapizado las caras anterior y posterior del útero, llega a los bordes del mismo,

donde unidas las dos hojas se dirigen hacia afuera, a las paredes laterales de la pelvis, dando lugar a la formación de un tabique transversal cuadrilátero y orientado de adelante atrás y de arriba abajo que deja, hacia adelante, un compartimiento donde se aloja la vejiga y hacia atrás, el fondo del saco de Douglas y el recto.

La constitución de los ligamentos anchos, que es lo que nos interesa más dado el punto que tratamos, es la siguiente: dos hojas peritoneales que están tapizadas en su cara profunda, por una capa de fibras musculares lisas diversamente entrecruzadas, pero que la mayor parte afectan una dirección transversal. Estas fibras provienen, así como las que entran en la estructura de los ligamientos redondos y úteros sacros, de la capa muscular superficial del útero: son simples expansiones del músculo uterino. Además tenemos que agregar, una capa de tejido celular más o menos rico en grasa, en el seno del cual marchan los vasos sanguíneos y linfáticos.

De los cuatro bordes de los ligamentos anchos los más interesantes son: el superior, que presenta tres alerones, uno anterior que aloja el ligamento redondo, otro mediano con la trompa uterina y el posterior que contiene el ovario; el borde inferior o base reposa sobre una capa celulo-fibrosa (parametrium) que recubre el piso perineal.

Acción de los ligamentos anchos: extendidos de los bordes del útero a las paredes correspondientes de la excavación pelviana, permiten a la matriz movimiento antero-posteriores bastante extensos, pero se oponen a que se efectúen movimientos de lateralidad. Si uno de los ligamentos anchos es demasiado laxo o al contrario retraído tendremos una laterodesviación.

Los ligamentos redondos, se extienden de los cuernos uterinos a la región prepubiana; su longitud es de 12 a 14 centímetros, su diámetro medio de 5 a 6 milímetros. Partidos de la parte anterior y lateral del útero, un poco por debajo de la trompa, se dirigen oblicuamente hacia adelante y afuera, hacia el orificio interno del canal inguinal, en el cual se introduce, recorriéndolo en toda su extensión para ir a terminar en la base de los grandes labios y sínfisis pubiana.

En cuanto a su estructura, los ligamentos redondos están compuestos esencialmente de fibras musculares lisas, que se confunden en su origen, con las del útero; además tejido conjuntivo laxo rico en fibras elásticas. En la parte anterior, se agrega un haz de fibras musculares estriadas, que constituyen el homólogo del músculo cremáster del hombre.

Ya en el canal inguinal, el ligamento redondo, abandona una serie de pequeños tendones, que se insertan en las paredes del canal y que lo fijan a él; una vez salido de este canal, se resuelve en numerosos

filamentos que constituyendo tendones minúsculos, van a insertarse unos en la espina del pubis, otros en la cara anterior de la sínfisis pubiana y en fin otros, los más numerosos, se pierden en la capa celulo-adiposa del monte de Venus.

Los ligamentos redondos dispuestos en un plano sensiblemente sagital, contribuyen a mantener el útero en anteversión. Pero mientras que el rol de los ligamentos anchos es admitido sin réplica por todos los autores, el de los ligamentos redondos es muy discutido.

Sin embargo, parece bien demostrado, que a pesar de su delgadez estos ligamentos son susceptibles de oponerse, hasta un cierto punto, a la retroversión del útero. Los resultados obtenidos en el tratamiento de las retrodesviaciones por el acortamiento de estos ligamentos, ya sea al nivel de su porción extraabdominal (operación de Alquié-Alexander, Arce) ya al nivel de su porción intraabdominal (operación de Wylie, Caballero, Doleris-Richelot, Bazterrica, etc.) hablan en favor de la realidad de esta acción.

La resistencia del ligamento redondo es considerable dado su espesor; soporta sin romperse, pesos de 500 a 600 gramos, se rompe entre 600 a 900 gramos, nunca por debajo de 600 gramos (Beurnier).

Los medios de sostenimiento del útero, están representados por las expansiones fibrosas que envai-

nan los numerosos vasos del espacio pelvi-sub-peritoneal y que van a insertarse en parte, en el istmo uterino; después por las conexiones íntimas que unen la matriz a la vejiga y al recto por una parte, al elevador del ano y al periné por otra.

El tejido celular pelvi-sub-peritoneal da nacimiento, en la mujer como en el hombre, a láminas fibro-vasculares que juegan en la fijación de los órganos pelvianos un rol considerable.

De estas láminas fibrosas, dos toman una parte considerable en el sostenimiento del útero y son, las aponeurosis sacro-recto-genito-públicas derecha e izquierda. Dispuestas en un plano sagital, se extienden desde los agujeros sacros al pubis: pueden ser divididas para su estudio en dos partes, una anterior del istmo uterino al pubis y que se confunde con las láminas fibrosas del tejido celular pelvi-sub-peritoneal. La otra, la posterior al contrario, extendiéndose del istmo al sacro, levanta el peritoneo del fondo de saco de Douglas se hacen bien visibles y merecen el nombre de ligamentos úteros sacros o repliegues de Douglas.

Los ligamentos úteros sacro están formados, como los ligamentos anchos, por dos hojas peritoneales adosadas interceptando una capa de fibras musculares lisas. Estas fibras se continúan hacia adelante con las del útero y de la vagina; hacia atrás, unas terminan

en el recto, otras van a insertarse en el sacro constituyendo así para el útero, una inserción esquelética análoga a la que las fibras anteriores de la vejiga toman en el pubis.

Las aponeurosis sacro-recto-génito-pubianas, insertándose hacia atrás en el sacro (por los repliegues de Douglas) hacia adelante en el pubis, hacia abajo en el piso perineal, sostienen al útero, vejiga y recto y los mantienen en su lugar; la prueba la tenemos cuando un flemón, del espacio pelvi-sub-peritoneal, ha destruido en parte mayor o menor las fibras de estas aponeurosis, el útero se desvía o se prolapsa con la mayor facilidad arrastrando consigo la vejiga y el recto, (prolapsus uterino con cistocèle y rectocèle).

El piso perineal, representado por una parte por el elevador del ano, por otra por los músculos y aponeurosis del periné, en el cual la oclusión normal de la vagina suprimen el único punto débil, forma una cintura sólida y contractil, sobre la cual reposa el cuello uterino por intermedio de la vagina; constituye el más poderoso medio de sostenimiento del útero a pesar de no adherirle en ningún punto.

El útero se equilibra sobre toda su superficie y flota como suspendido en medio de los órganos de la pequeña pelvis, que le forman por todas partes cojinetes elásticos.

Si tomamos con una pinza el hocico de tenca y tratamos de hacerlo descender hacia la vulva, notamos que al precio de un pequeño dolor conseguimos fácilmente hacerle recorrer hasta unos seis centímetros; que si lo abandonamos, el útero asciende con la misma facilidad anterior, dándonos la sensación de un cuerpo que nada entre dos aguas. El descenso está limitado por la tensión de los ligamentos úteros sacros.

El istmo uterino, sobre el cual se insertan los ligamentos úteros sacros, es el punto más fijo del órgano. Es alrededor de este punto que se hacen los movimientos de versión, flexión y torsión, que nosotros hemos ya señalado: esto nos explica también, porque cuando el fondo del útero se desplaza en un sentido, el cuello uterino va en dirección opuesta; ejemplo en la retroversión donde el fondo bascula hacia atrás, mientras que el cuello es rechazado hacia adelante. Es también sobre estos movimientos de báscula del útero, alrededor del istmo, que está basado el tratamiento de las desviaciones uterinas no adherentes por ciertas variedades de pesarios.

Debo agregar, que si consideramos: Primero: los cambios considerables de volumen, forma y consistencia sufridos por el útero durante cada embarazo; Segundo: las alteraciones y las lesiones que el parto puede infligir a los órganos vecinos, ligamentos,

músculos, serosas, aponeurosis y en fin, la influencia que los esfuerzos de todas clases pueden ejercer sobre un equilibrio tan inestable, como es el del útero, debemos sorprendernos, junto con Pozzi, no de que las desviaciones uterinas sean tan frecuentes, sino de que no lo sean más.

Patología de las retrodesviaciones

Definición.—Como su nombre lo indica, las retrodesviaciones comprenden las desviaciones del útero hacia atrás: existen dos variedades: la retroversión y la retroflexión.

La *retroversión* es la situación estable del fondo del útero hacia atrás. En ella el útero bascula en masa; el cuello mira hacia adelante o arriba, el fondo hacia atrás o abajo, pero, el cuello continúa con su dirección el eje desplazado del cuerpo; el útero se conserva todavía rectilíneo sin ninguna inflexión.

La situación estable del fondo del útero hacia atrás unida a una flexión sobre su cara posterior constituye la *retroflexión*. Ella está constituida por una inflexión del cuerpo sobre el cuello, y como éste sufre un menor desplazamiento, hay acercamiento del fondo uterino al cuello y entonces el eje del órgano se halla recurvado sobre sí mismo, en forma de gancho a concavidad inferior.

Anatómicamente diferentes, la retroversión y la retroflexión pueden ser estudiadas en conjunto, pues son originadas por las mismas causas, sus síntomas se confunden y casi el mismo tratamiento les conviene.

Las retrodesviaciones son mucho más frecuentes que las antedesviaciones: Sängér observa un 15 por 100 en sus enfermas genicológicas; Winckel, Lohlein, llegan a una proporción semejante; Delbet en 118 enfermas genicológicas encuentra treinta atacadas de retrodesviación, es decir, un 25.7 por 100 contra 4 atacadas de anteflexión y una de anteversión.

Por otra parte, estas cifras no dan más que una idea relativa y aproximada de la frecuencia de las retrodesviaciones: éstas son, en realidad, mucho más frecuentes, pues muchas enfermas no sufren o sufren poco y su número debería agregarse al de las enfermas cuyos sufrimientos las llevan a consultar al médico.

Etiología y Patogenia

La retroversión, según Fritsch, no es más que una situación transitoria, que se observa casi exclusivamente en el puerperio y ligada estrechamente a la subinvolución del útero.

Todas las veces que la vejiga se llena, desplaza al útero en retroversión fisiológica temporaria; la tonicidad de los ligamentos anchos, de los ligamentos redondos y de los úteros sacros, vuelve ordinariamente al órgano a su situación normal.

Pero, si el peso del útero está aumentado por una inflamación o sobre todo por un retardo en la involución post-puerperal, si los ligamentos están relajados y la matriz se conserva turgesciente por una metritis, puede suceder que la retroversión llegue a ser permanente, bajo la influencia de un decúbito-horizontal prolongado.

En esta nueva posición pueden producirse inflamaciones de los órganos vecinos, que dejan como residuo adherencias, que lo unen y lo fijan en esa posi-

ción; estas pelvi peritonitis posterior, que se originan al nivel de las trompas uterinas, pueden ser en ciertos casos el hecho primordial, como lo admite Pozzi.

En otras ocasiones es un esfuerzo brusco o una caída la causa de la desviación (Tillaux), pero estos son casos excepcionales.

Martín, por su parte, ha observado retrodesviaciones congénitas, las cuales no son admitidas por Schultze, para el cual las retrodesviaciones, así como la anteflexión son originadas por la persistencia en la adulta, de la disposición infantil. Así explica las cosas: en la niña el útero está en la dirección de la vagina; a la pubertad, cuando la pelvis se desarrolla cambia de situación y se coloca en ligera anteflexión. Para esto es necesario que la vagina se alargue a fin de permitir al cuello ejecutar este movimiento.

Si la vagina queda corta e infantil, el útero no puede ejecutar libremente este movimiento y solo se pondrá en anteflexión en el caso de haber conservado todavía un cierto grado de flexibilidad.

Si el útero no ha conservado esta cualidad, queda en la dirección prolongada de la vagina, en actitud indiferente, después tiende a dirigirse hacia atrás y bajo la presión de las vísceras abdominales, se inclina más tarde francamente en esta dirección.

Tal sería para Schultze el mecanismo de la retroflexión congénita; ella tendría su fuente en una deten-

ción de desarrollo de la vagina sobre todo de su pared posterior.

Estas retroflexiones congénitas o infantiles, existen en realidad y no con el carácter de excepción que le han asignado ciertos autores, puesto que no es raro hallar estas retroflexiones en muy jóvenes niñas, en jóvenes nulíparas, ambas sin haber tenido jamás la menor infección genital. Lo que sucede es, que sólo por casualidad se hacen estos descubrimientos, por ejemplo, por un tacto rectal en el curso de investigaciones clínicas que lo exijan y además porque sólo después de la pubertad, al establecerse la función menstrual, es que viene el cortejo de dolores pelvianos, dismenorreas, amenorreas, etc., que llaman la atención hacia el útero.

Pozzi admite las retroflexiones congénitas o infantiles como pudiendo suceder a una metritis virginal, y Fritsch habla, de constipación habitual, de masturbación y de abuso de la bicicleta como de causas provocadoras de la desviación, lo que es excesivo y sólo lógicamente imputable a un disturbio de desarrollo como hemos explicado más arriba.

Las verdaderas retrodesviaciones, es decir el mayor número de aquéllas que se encuentran en la práctica y que debemos tratar *son adquiridas*. Se observan estas desviaciones sobre todo en el período de actividad genital de la mujer, pues están íntimamente

ligadas al parto y al aborto; pueden producirse también en la edad de la menopausa, pero estas retroversiones tardías se comportan del punto de vista clínico, de manera muy distintas a las primeras.

En la inmensa mayoría de los casos, la retroflexión sucede a una metritis de origen puerperal; es la subinvolución del útero y sobre todo de su cara anterior, causada por la inserción de restos placentarios (por lo tanto mayor intensidad de la infección), lo que traerá el desplazamiento anormal bajo la acción de una causa mínima.

La falta de involución del útero después del parto, deja un órgano grueso congestionado y por lo tanto más pesado; a esto se agrega la infección, la metritis. Por otra parte, los medios de fijación, los ligamentos sufren también esta falta de involución y se conservan alargados, flácidos, como estaban durante el embarazo, dejando al útero en equilibrio inestable. El sentido, el grado y la forma de la desviación variarán en cada caso puesto que la falta de involución, el relajamiento de los ligamentos, variará también para estos mismos, atacándolos desigualmente.

La retroflexión, es raro que se produzca como primer fenómeno; sucede generalmente a la retroversión.

Patogenia.—Después de un parto o mejor de un aborto, sobre todo cuando la mujer se levanta dema-

siado pronto del lecho, el útero atacado de metritis y llegado a ser más pesado que normalmente, se aplasta por su propio peso; el fondo se inclina hacia atrás, los ligamentos úteros-sacros se relajan y dejan al cuello uterino ir hacia adelante.

Los ligamentos redondos que han perdido también su tonicidad, no se oponen a que el fondo del útero se incline hacia atrás, y entonces se constituye y se agrava la retroversión.

La presión de las ansas intestinales, toma un punto de apoyo más fácil en el útero así desviado, lo cual, unido a la acción de la gravedad hacen que se haga estable y definitiva una situación viciosa. Así se constituye la retroversión. Si el útero está inflamado, los anexos lo estarán también en grado mayor o menor y es así que se observa frecuentemente, junto con la retroversión, anexos enfermos o por lo menos ovarios escleroquísticos. Más tarde llegan las adherencias provocadas por las anexitis, las cuales transforman la retroversión móvil, en fija y adherente.

En cuanto a las retroflexiones, toman sus orígenes en las mismas fuentes, sólo que en este caso los ligamentos útero sacros resisten al desplazamiento, en cambio que los ligamentos redondos ceden y hacen que sólo el fondo del útero caiga hacia atrás, en el fondo del saco de Douglas, acodándose en ángulo agudo al nivel del cuello, punto de inserción de los ligamentos

útero sacros, y que, como hemos visto, en el capítulo primero, es el más fijo del órgano.

Hemos dicho que la retroflexión sigue generalmente a la retroversión y que es raro que se produzca *d'emblée*: para ello es suficiente que, estando haciéndose una retroversión típica, las paredes uterinas no presenten igual resistencia. Esta desigualdad de resistencia es producida, según Martín, por la inserción de la placenta, que haciéndose, para el caso de la retroflexión, en la cara anterior, hace que ésta quede en retardo de involución sobre la posterior; tiene entonces menos resistencia y la retroflexión se hará tanto más fácilmente, cuanto más débil sea la pared anterior.

Martín sobre 338 casos de retroversiones de úteros no grávidos atribuye a esta causa 230 casos. Siempre coexiste con la retroflexión un poco de retroversión, pues el cuello uterino se dirige un poco hacia adelante, al tiempo de la incurvación del cuerpo.

Fuera del estado de puerperalidad o después de un aborto, es raro que las retroflexiones se produzcan, pues en el curso de las metritis banales o gonocócicas estas desviaciones son raras, salvo en los casos que lesiones del fondo del saco posterior, pelvi peritonitis, flemón periuterino, parametritis, hayan dejado bridas, adherencias que retrayéndose sean susceptibles de atraer el útero hacia atrás.

Las retrodesviaciones seniles, tienen por origen las

mismas causas y mecanismos: la debilidad de los medios de sostén, debilidad adquirida, desarrollada bajo la influencia de la edad, de la multiparidad y que traducen en la esfera genital, la denutrición y debilitamiento que atacan a todos los tejidos en una edad avanzada. Aquí las influencias mecánicas predominan: en cambio en las jóvenes, a las influencias mecánicas se agregan en una gran medida la influencia dinámica, la inflamación.

Toda causa que aumente el peso del cuerpo del útero o que haga sobrepasar la fuerza de resistencia de sus ligamentos, hará que estos cedan y aquél caiga hacia atrás: por ejemplo, un fibroma de las paredes uterinas, sobre todo si ocupa la cara posterior. La compresión sobre el útero de tumores vecinos, la presión prolongada de la vejiga distendida, pueden obrar como causas determinantes, en una caída, en esfuerzos musculares violentos y en terrenos predispuestos, como en las artríticas, para que se produzcan repentinamente retro-desviaciones.

Hallamos también una causa predisponente en el uso del corsét. Este adminículo tan apreciado por ellas cuanto más estrecho es, obra de la misma manera que el vendaje de cuerpo, colocado por el cirujano en las fracturas de costillas, para suprimir la respiración torácica y sustituirla por la abdominal. El diafragma así oprimido, se contrae; toda expansión lateral siendo

imposible, comprime los intestinos sobre el útero movable y lo obliga a descender hacia el periné o lo desvía. A esta fuerza así ejercida de arriba abajo, hay que agregar el peso de los vestidos que están suspendidos alrededor de la cintura, aumentando por consiguiente la presión sobre las paredes abdominales.

Esta presión se ejerce sobre el útero, durante catorce horas, más o menos, sobre las veinte y cuatro del día, aumentada a intervalos fijos por la distensión estomacal.

Como causa adyuvante debemos señalar también la retención de orina a la que las obliga las exigencias sociales y el vestido, y que hace desviar el útero hacia atrás, retroversión pasajera al principio, pero que puede y se hace más tarde permanente, en cuanto se le agreguen otras causas; una metritis que trae modificaciones en la textura del útero, así como la hipotonicidad.

Anatomía patológica

Las lesiones de la retroversión, son las del útero en subinvolución; aumento del volumen de sus paredes por la lentitud del proceso de regresión, congestión de los vasos sanguíneos, infiltración de los espacios perivasculares, a veces un poco de edema, distensión de los vasos linfáticos por los elementos musculares que se eliminan, conjunto que hace que el parenquima uterino sea más rígido que al estado normal. Además existe casi constantemente, lesiones de la mucosa provocadas por la metritis lo que a su vez trae la subinvolución (en los casos post-abortum o puerperio).

Se observa a veces un poco de irritación del peritoneo y del tejido celular pelviano, sobre todo al nivel del fondo de saco de Douglas y ligamentos úteros sacros. Se nota también el relajamiento de los ligamentos de sostén del útero, de lo cual hemos ya hablado, y que entra en gran parte en la génesis de la desviación.

Rara vez se hallan lesiones de pelvi peritonitis nacidas al nivel de las trompas y que para Pozzi sería el fenómeno provocador.

En las retroflexiones congénitas, se constata a menudo un cierto grado de aplasia, de infantilismo; el cuello es largo y delgado, el útero poco desarrollado, recurvado en gancho. Hay aumento de volumen debido a la congestión o a la metritis concomitante. Además, en razón de la declividad del fondo del útero, las secreciones, la sangre menstrual se vierten difícilmente hacia el exterior, distienden la cavidad favoreciendo la infección. La brevedad de la vagina, que existe en casi todos estos casos, hace que las probabilidades de infección y traumatismos sean mayores.

En las retroflexiones post-partum o adquiridas, notamos que el cuello se halla dirigido hacia abajo y adelante, acercado a la vulva, pues siempre hay un cierto grado de prolapsus. El orificio del cuello está entreabierto, los labios tumefactos a causa de la dificultad de la circulación venosa, debido a la acodadura de los vasos al nivel del ángulo de flexión y porque casi siempre hay una metritis del mismo origen. El cuerpo del útero también congestionado ocupa el fondo del saco de Douglas; la cavidad está casi siempre agrandada.

Se encuentran a veces miomas, más o menos desarrollados, que han contribuido a arrastrar la flexión

del órgano. Siempre se hallan y todos los autores las señalan, alteraciones de las paredes uterinas; hay atrofas del parenquima, particularmente de los elementos musculares, al nivel del ángulo de flexión, con predominancia en la pared anterior, según Ruge, en la posterior según Fritsch. Las lesiones periuterinas son todavía más importantes del punto de vista clínico, que las alteraciones del parenquima.

Las retroflexiones congénitas no se acompañan, generalmente, de ninguna alteración del parametrio o del peritoneo pelviano.

Sin embargo, a veces, la salpingo ovaritis, la inflamación del peritoneo o del parametriun vienen a complicar la metritis, tan frecuente en tales casos, y estas lesiones dejan exudados, adherencias, relajamientos o espesamientos de los ligamentos, que influyen grandemente en la evolución clínica de la retroflexión.

En las retroflexiones post-partum estos accidentes son en cambio la regla. Estas desviaciones son precedidas de metritis, de anexitis, de alteraciones del peritoneo, de los ligamentos y del tejido celular pelviano. Desde el comienzo de la afección se producen, a veces, adherencias que fijan el útero al fondo del saco de Douglas; más tarde el útero retroflexionado se congestiona, se infecta de nuevo y reacciona sobre todos los órganos que lo rodean. Se cons-

tatan entonces *poussées* de perimetritis, de salpingitis, que terminan en la formación de exudados y de adherencias.

Esta cuestión de las adherencias, en las retrodesviaciones, ha sido largo tiempo objeto de discusiones; es que, en efecto, ella domina la terapéutica e interviene en la interpretación de los fenómenos dolorosos de que se quejan las enfermas.

Las adherencias no son constantes, más aun, un gran número de retrodesviaciones, de aquellas que no son o son poco dolorosas, no se acompañan de adherencias, ni aun celulosas. Cuando hay adherencias, éstas se presentan con caracteres y grados variables, según su antigüedad: ellas son celulosas, filamentosas, bridas extensibles que el dedo desgarras o que se dejan estirar fácilmente hasta la ruptura. Otras veces son cortas, densas, fibrosas, el útero hace cuerpo con ellas así como con la pared del recto, lo que hace que la movilización del útero arrastre a esta última porción del intestino grueso.

Las adherencias no se localizan solamente al nivel del útero, sino que hay también a los costados de él, al nivel y alrededor de los anexos: *todas las veces que hay adherencias los anexos están enfermos o lo han estado.*

La salpingitis ligera o catarral, la ovaritis crónica, escleroquística o supurada son lesiones frecuentes.

La salpingitis es la regla en las retroflexiones irreductibles y a veces esta irreductibilidad proviene menos de las adherencias del cuerpo del útero, que de la de los anexos a las paredes pelvianas.

Los ovarios y las trompas son a menudo arrastrados por la desviación uterina, hacia los costados del fondo del saco de Douglas, y es probable que los fenómenos reflejos, a veces graves, pudiendo ir hasta la paraplegia, que se han notado en ciertas retroflexiones, sean debidos al tironeamiento de los anexos y no a la problemática compresión del plexo sacro que se ha invocado.

Sintomatología

Las retrodesviaciones del útero ocupan un lugar predominante en la patología genital de la mujer, no sólo a causa de los desórdenes locales que ellas provocan, sino también por la resonancia que sobre la salud general tienen.

Debemos estudiar, como manifestaciones de la enfermedad los signos funcionales, que son de orden mecánico y los provocados por disturbios nerviosos reflejos y además los signos físicos que nos diferenciarán una retroversión de una retroflexión.

En cuanto a la retroversión, si ella se produce bruscamente, si tiene un comienzo agudo a consecuencia del esfuerzo para levantar un peso (Schultze), o de un acceso de tos o de vómitos (Tillaux), tendremos el dolor como signo predominante, además una sensación de desgarramiento interno, unido a fenómenos nerviosos variables; al examinarla se encuentra el útero desviado. Estos casos son raros como ya hemos dicho en el capítulo de la Etiología.

Casi siempre la retroversión se produce gradualmente y entonces sus síntomas se confunden con los de la metritis o parametritis circumscripta, que la ha originado y por consecuencia con la subinvolución. La esterilidad es la regla en esta clase de desviaciones: los demás síntomas, análogos a los de la retroflexión vamos a estudiarlos con ella.

La retroflexión congénita no provoca disturbios graves; hemos visto que puede quedar ignorada hasta la pubertad y a veces más allá aún. Sin embargo, a veces se hace presente con una dismenorrea de forma uterina, acompañarse de irregularidades menstruales, de amenorreas o de menorragias, si ella coincide con una aplasia o degenerescencia escleroquistica de los ovarios.

En otros casos, es llamada la atención del lado del útero, por hemorragias que sobrevienen algunos años después de la pubertad, ya ligadas a las reglas o independientes del proceso catamenial y que alternan con pérdidas blancas, más o menos acentuadas. Se trata en éstos casos de endometritis virginal (Pozzi), provocadas por una infección banal, autóctona y que ha alterado profundamente la mucosa uterina.

Otras veces, la retroflexión congénita es absolutamente ignorada hasta el matrimonio: recién entonces, con las primeras relaciones sexuales, se revela por dolores violentos y prolongados, que hacen pe-

noso el cumplimiento de esta función. La brevedad de la vagina, que la hemos visto coincidir y provocar en parte la desviación, expone el cuello uterino, el cuerpo retroflejado y el fondo de saco de Douglas a traumatismo repetidos, lo cual trae una viva irritación de toda la región y una extrema sensibilidad.

Puede producirse en estas condiciones, de gran congestión, con un cuello un poco entreabierto una invasión de los microbios saprófitos de la vagina, al útero, anexos, tejido celular pelviano y darnos una perimetro salpingitis difusa, que generalmente es poco grave, pero que su pronóstico variará radicalmente, si entre los saprófitos se hubieran deslizado algunos gonococos, como sucede desgraciadamente demasiado a menudo.

La retrodesviación adquirida es raramente silenciosa; hemos visto que en la inmensa mayoría de los casos, la metritis interviene como causa provocadora, luego sus síntomas, serán los que predominarán y que constataremos en todos los casos. El síndrome uterino, los fenómenos nerviosos reflejos, esterilidad, etc., como los principales trastornos.

El síndrome uterino (dolor, leucorrea, dismenorrea, metrorragia, síntomas del lado de los órganos vecinos, vejiga y recto, y de los alejados, tubo digestivo y sistema nervioso), se hace presente desde

que se establece una retroversión que más tarde podrá llegar a retroflexión. Existe además en la retroflexión, una pesadez en la parte inferior de la pelvis, en la vecindad del recto, que se acentúa cuando aumenta la desviación.

En la retroflexión al principio, se observan síntomas análogos, imputables sobre todo a la congestión pasiva, que resulta de la actitud defectuosa del órgano; las mujeres sienten su útero que les parece más pesado, tienen una sensación de pesadez en la vulva, en el ano, sobre todo cuando están de pie; una sensación de cuerpo extraño cuando están sentadas; experimentan por tales circunstancias, una dificultad bastante marcada que se convierte, bajo la influencia de la fatiga y de los movimientos, en un verdadero dolor.

Este dolor también puede ser espontáneo y ligado estrechamente con la metritis; se sitúa en la pequeña pelvis, pero no siempre tiene su foco principal en el útero mismo, sino que frecuentemente es en las regiones ilíacas y sobre todo la izquierda, del lado de los ovarios, el asiento del dolor. Y esto existe, porque hay que admitir y así es en realidad, que si hay metritis hay siempre salpingitis aunque sea catarral. Otros focos de dolor existen en la región lumbar. El dolor aumenta con las fatigas, los falsos pasos, la trepidación de los vehículos en los cuales

se viaja; el tranvía es bien soportado, en cambio el viaje en ferrocarril no.

En los casos agudos, cuando el dolor es muy intenso, la marcha encorvada de la enferma es característica; al sentarse lo hace con precauciones, apoyándose en los muebles vecinos, por temor de despertar el dolor adormecido: esa pequeña hesitación que se sorprende en la mujer al sentarse o levantarse, tiene un valor semiológico en tales casos.

En la retroflexión, cuando el cuerpo del útero se halla colocado en el fondo de saco de Douglas, comprime el recto y tiende a exagerar la constipación, que es habitual en la gran mayoría de las mujeres. Los esfuerzos de expulsión son dolorosos, las materias toman a veces la forma cinta y la presión continua del útero contra el intestino hace que se produzcan falsas necesidades, que pueden ir hasta el tenesmo rectal.

La constipación tan obstinaz que resulta en tales casos, hace que Barnes atribuya a la copremia, el desfallecimiento de las enfermas así atacadas, cuyo origen en realidad es mucho más complejo.

Cuando a la retroflexión se une un poco de retroversión o en esta última desviación, la presión del cuello uterino sobre la vejiga, trae disuria, polaquiuria y a veces cistalgia. Todos estos trastornos aumentan cuando una causa de congestión activa se une a la

hiperhemia habitual; por ejemplo en los días anteriores a la menstruación, o las excitaciones genitales.

La menstruación está siempre perturbada, hay una dismenorrea que no parece motivada por un obstáculo mecánico, sino por alteraciones del parenquima uterino o de complicaciones anexiales; hay irregularidades menstruales, períodos de amenorrea que son seguidos de menorragias. La leucorrea, o sea la exageración y alteración mórbida de la secreción uterina y vaginal fisiológica, es frecuente y subordinada en su naturaleza a las lesiones de la mucosa uterina; varía desde la simple hipersecreción, hasta el catarro purulento.

Las causas de la hipersensibilidad del útero retroflejado, están aún indeterminadas y los autores llevados por sus concepciones teóricas, ofrecen explicaciones diferentes. Se ha achacado a la movilidad excesiva del útero, a los tironeamientos sobre el peritoneo pelviano y sobre los ligamentos, a la congestión uterina, a la metritis, a las complicaciones anexiales, a los disturbios nerviosos, etc. En realidad, cada uno de estos elementos juega un rol, según las circunstancias y sería difícil precisar la parte exacta de cada uno de ellos. La existencia de retroflexiones congénitas latentes, nos demuestra que la simple desviación no trae sufrimientos; lo que hace es predisponer a ciertos disturbios funcionales, dismenorrea, dificultad de las relaciones sexuales, retención de las secreciones, etc.

Estas perturbaciones son mucho más acentuadas en las retroflexiones adquiridas en razón de la metritis preexistente, de las alteraciones parenquimatosas ligadas a la subinvolución uterina y de la susceptibilidad particular de los anexos, que a menudo han ya participado a la infección primitiva.

Hemos hablado de perturbaciones nerviosas: ellas se traducen lo más a menudo por una dificultad extrema en la marcha, que puede ir hasta simular una paraplegia y que está fuera de proporción con la que originaría una fatiga muscular. Se observan neuralgias: la neuralgia intercostal es muy frecuente y Basse-reau, ha podido pretender que esa neuralgia estaba casi siempre ligada a la existencia de una metritis; se observa también neuralgia facial, lombo abdominal con irradiación de los dolores en la rama fémoro-cutánea, lo más a menudo en el muslo izquierdo.

Pueden existir también una excitación histeriforme, una tos quintosa uterina, que se llama, disturbios dis-pépticos, etc. Chrobak ha observado un asma muy intensa: Schröder la corea: Kehrer la afonía: Sielski la histero-epilepsia: Kinderlen vómitos incesantes, etc., graves síntomas que con el simple enderezamiento del útero desaparecieron.

La patogenia de estas perturbaciones nerviosas reflejas, se puede explicar por la riqueza de la inervación de los órganos genitales, que están unidos con

el gran simpático, por el plexo hipogástrico y con la medula, por el nervio pudendo interno.

La esterilidad es la consecuencia casi obligada de la retroflexión; sin embargo, la fecundación puede tener lugar y entonces o el útero se endereza o queda flejado enclavándose más y más en la pequeña pelvis, dando lugar a los fenómenos graves que se estudian en obstetricia, con el nombre de retroflexión del útero grávido.

Signos físicos.— Por el tacto vaginal y rectal, con la palpación bimanual y en último caso con el cateterismo uterino, nos daremos cuenta de la situación y posición del útero.

En la retroversión, haciendo el tacto vaginal, encontramos el cuello uterino en el fondo de saco anterior, mirando hacia arriba y adelante; está casi siempre entreabierto y de forma irregular. En el fondo de saco posterior notamos la presencia de un tumor liso, regular, de forma globulosa y que ocupa el Douglas; es doloroso al tacto y se continúa directamente con el cuello hacia adelante. Lo que distingue esta desviación de la retroflexión, es la ausencia de ángulo, de acodadura entre el cuerpo y el cuello: el eje del órgano es rectilíneo.

En la retroflexión, se nota un tumor liso y globuloso, que ocupa el fondo de saco posterior y reco-

rriéndolo con el dedo, se siente un surco muy neto entre el cuerpo y el cuello uterino. Además la palpación hipogástrica, combinada con el tacto vaginal, nos muestra que el fondo del útero no existe en el lugar normal; por el tacto rectal ratificamos estas sensaciones, sintiéndose netamente el útero extendido, y como acostado sobre la cara anterior del recto.

En los casos dudosos el cateterismo nos ayudará; pero hay que tener mucho cuidado en las retroflexiones, porque el instrumento choca al nivel del ángulo y es a menudo difícil llegar hasta el fondo.

Formas.—Clínicamente las retrodesviaciones no son iguales; existen entre ellas diferencias marcadas, según la predominancia de unos u otros síntomas.

Podríamos distinguir: una *forma latente*, cuya existencia se descubre indirectamente en el curso de otras investigaciones clínicas, como por ejemplo, las retrodesviaciones congénitas o infantiles, de las cuales hemos hablado o las que se constatan en mujeres de edad, con un prolapsus genital y en el cual la retroversión no ha sido sino la primera fase.

En las mujeres jóvenes estas formas latentes son más raras; ello es debido a que interviene muy a menudo la metritis y los síntomas dados por ésta son predominantes. Las desviaciones congénitas no hacen sufrir sino en la época de la actividad genital, en que el útero está más expuesto a la infección.

Se ve a menudo mujeres jóvenes, con desviaciones que no se revelan por ningún síntoma, al contrario no hay retrodesviación dolorosa, que no se acompañe de metritis o de una lesión aunque sea mínima de los anexos. La predominancia en ciertos casos de los fenómenos nerviosos y reflejos, merece que se establezca una *forma nerviosa*, de esta afección.

En estos casos se puede constatar todos los signos de una neurastenia marcada, que es más bien una complicación y de la cual hablaremos más adelante.

Los ovarios en estos casos están siempre enfermos.

La forma más habitual de las retrodesviaciones es la *dolorosa*, en la cual la metritis y las lesiones de los anexos, son de una importancia primordial y que ya hemos descripto en el capítulo de la sintomatología.

Otra forma la constituye la retroversión del útero grávido, cuyo estudio lo dejaremos a la obstetricia.

MARCHÁ.—La evolución de las retrodesviaciones, es esencialmente variable: abandonadas a sí mismas sin cuidados ni precauciones alguna, recorre más o menos lentamente las distintas fases, que el estudio de los síntomas nos hace presentir. Es así que vemos una retroflexión simple, móvil, relativamente tolerada, pasar a ser una retroflexión dolorosa, con

o sin hipertrofia del útero y más tarde complicarse de inflamaciones pelvianas, que lo inmovilizan y lo hacen irreductible.

Aquí, ya que hablamos de la movilidad del útero, se nos presenta la ocasión de estudiar las distintas clases en que se han dividido estas desviaciones, teniendo como base la adherencia mayores o menores del útero, a los órganos vecinos y que lo hacen posible de uno u otro medio terapéutico.

Trelat dividía las retroflexiones en: 1º *reductibles*, 2º *resistentes* y 3º *adherentes*. Labadie, Lagrave y Legueu hablan, considerándolas como fases de un mismo proceso de: desviación *móvil y reductible* que constituiría la primera fase; más tarde se producen adherencias celulosas y laxas todavía y que hacen al útero aunque adherente *movilizable y reductible* (2ª fase) y en fin el tercer grado de la afección, en el cual las adherencias se consolidan, se retraen y hacen de una retrodesviación *movilizable*, una retrodesviación *adherente, fija e irreductible*.

La rapidez con la cual se suceden estas diversas fases, depende de una cantidad de circunstancias; los trabajos penosos a los cuales se vea obligada la enferma, los excesos de todo género, las continuas infecciones, etc.

En las mujeres que se cuidan bien y que son vigiladas, se puede llegar a corregir la desviación

aprovechando el estado de maleabilidad del parenquima uterino, en que queda después del parto, en repetidos embarazos. Algunas veces, raras, aun fuera de un nuevo parto, se ve modificarse las retroflexiones de una manera notable bajo la influencia del masaje, de maniobras oportunas y a veces espontáneamente. En cambio, en las mujeres que no pueden proporcionarse todas las comodidades y cuidados necesarios, los sucesivos embarazos y los nuevos partos no hacen más que agravar la afección: la subinvolución del útero se acentúa, la leucorrea y las pérdidas de sangre debilitan a la enferma, los ligamentos tironeados ceden, pierden su resistencia; luego se agregan nuevas infecciones que complican el caso, dejando adherencias. El relajamiento del tejido fibroso, puede invadir las aponeurosis del periné y unirse a la retroflexión un rectocele,* cistocele y los prolapsos.

Por otra parte, la supresión de la actividad genital, unida al reposo en el lecho y una vida tranquila, pueden no solamente retardar, sino detener la evolución de los desórdenes, producidos por la desviación: puede entonces mejorarse aun cuando existan adherencias y aun otras complicaciones.

La retroflexión es de evolución crónica, dando lugar a malestares continuos, de intensidad y duración variables, pero que hacen desgraciadas a las

mujeres que los sufren: la enfermedad se agrava y se acentúa progresivamente, si no es tratada.

Los fenómenos dolorosos son más graves y continuos, cuando se agregan las adherencias que fijan el útero y los anexos en el fondo de saco de Douglas. La retroflexión se acompaña, casi siempre de síntomas más ruidosos y más dolorosos que la retroversión.

Debemos notar como fenómeno característico a la retroflexión uterina, las recrudecencias que se producen de tanto en tanto, bajo la influencia del proceso catamenial, de las fatigas, de las *poussées* de metritis y que dan lugar a crisis agudas, violentas, muy dolorosas, que inmovilizan a las enfermas durante varias semanas, agravando la decadencia de la salud de estas mujeres.

COMPLICACIONES. — Ya hemos visto que las retrodesviaciones son, de las afecciones uterinas, las que influyen de una manera poderosa sobre la salud general de la mujer, desmejorándolas, y ello es debido a las complicaciones, que a menudo vienen a dificultar y agravar el curso de la afección.

El embarazo, es hasta cierto punto una complicación, dando nuevas energías a la metritis, aumentando la desviación. En las retroflexiones debemos notar también, como una complicación *la esterilidad*, la débil

aptitud para la fecundación, así como las *tendencias al aborto*, a que expone la posición viciosa del útero.

En las retroflexiones congenitas o infantiles, la esterilidad es debida en gran parte a la aplasia, al débil y defectuoso desarrollo del aparato genital en su conjunto, a lo cual coadyuva la disposición especial del útero. El cuello infantil, alargado, hace que en las relaciones sexuales, se haga una falsa ruta vaginal posterior, de donde se origina la débil tendencia de penetración de los espermatozoides.

En cambio, en las retroflexiones adquiridas es la metritis, la que impide la fecundación, así como las anexitis y todas las complicaciones pelvianas que pueden sobrevenir. Sin embargo, la fecundación se produce mucho más a menudo de lo que lógicamente habría que esperar, dadas las condiciones en que va a hacerse; producida la fecundación viene entonces otra complicación, que es el *aborto*.

El aborto, que se produce en las seis ú ocho primeras semanas, es imputable, en gran parte al coito, pues se produce después de relaciones sexuales que han sido dolorosas. El aborto producido del tercero al cuarto mes, es debido al enderezamiento espontáneo del útero, que tiende a elevarse en el abdomen y tomar su anteflexión normal; se produce en estos casos despegamientos placentarios, que dan lugar a hemorragias, a la muerte del feto y a la expulsión del mismo.

Nos resta hablar de otro accidente del embarazo en esta retrodesviación y es la posibilidad de la enclausración del útero en la pequeña pelvis, lo que da lugar a los graves disturbios que ya hemos mencionado y que se estudian bajo el nombre *retroflexión del útero grávido* y que son fenómenos graves de compresión, dolorosos, que sólo el enderezamiento del útero hace cesar. La *disuria*, la *cistalgia*, el *tenesmo rectal*, entran en la sintomatología de la afección que ya hemos estudiado, pero que pueden aumentar de intensidad y darnos *retención de orina* y una *oclusión intestinal con todas sus consecuencias*.

A esto se llega, más bien por fenómenos de contractura espasmódica, que por un verdadero obstáculo mecánico. La detención de orina, necesita cateterismos repetidos, lo que expone la vejiga a las infecciones, pudiendo llegar a producirse *cistitis* más ó menos graves. Pinard-Varnier y Haultain han estudiado y señalado la gravedad de los casos de *cistitis gangrenosas y exfoliantes*, que se observan particularmente en mujeres atacadas de retroversión del útero grávido. Pinard-Varnier invocan, para que se produzcan estas clases de lesiones, la mortificación de la vejiga por la compresión del útero grávido. Esta circunstancia no es más que un adyuvante: la compresión prepara la retención y la cistitis gangrenosa resulta de la virulencia exagerada de un microbio, que encuentra por

otra parte, un terreno con locus minoris resistentiae.

Si se observa a menudo estas clases de cistitis, en el curso de la retroversión del útero grávido, es porque allí se encuentran reunidas, todas las condiciones que favorecen el proceso de una infección vesical.

Hemos hablado ya de la constipación, que es habitual en la mayor parte de las mujeres y que es favorecida por la compresión del útero sobre el recto: esta constipación puede exagerarse e ir hasta la *oclusión intestinal*, accidente grave, que por su repetición expone a las enfermas a un verdadero peligro, tanto del punto de vista de las auto-intoxicaciones inmediatas, como de la rectitis que puede producirse por el abuso de los purgantes, pudiendo llevarlas a la caquexia. Recordemos que Barnes atribuye a la compresión, el desfallecimiento de las enfermas en tales casos, cuyo origen en realidad es más complejo.

A la constipación habitual, puede agregarse una *enteritis glerosa*, que localizada primero en el recto, avanza más tarde, a la S ílica y las porciones inferiores del cólon. En otras mujeres se observa *enterocolitis muco membranosa*, con todo su cortejo de síntomas (contracciones espasmódicas, crisis disenteriformes con expulsión de gleras sanguinolentas, etc.).

Otras complicaciones se producen tan a menudo, que entran en la categoría de los síntomas de la re-

troflexión uterina, tales como los *disturbios digestivos y nerviosos, la astenia muscular, la depresión y los fenómenos de anemia*, sobre los cuales no vamos a volver, pues los hemos tratado en el capítulo de la sintomatología.

Se nota en ciertos casos, un contraste paradójal entre la importancia y la magnitud de los síntomas y las lesiones que presenta la enferma. En efecto, se ven enfermas que parecen profundamente anémicas; la proporción de hemoglobina y glóbulos rojos están por debajo de la normal, su cara pálida y adelgazada expresa sufrimiento, se queja de dolores en la esfera genital, y gran astenia, etc., conjunto que da la idea de graves lesiones pelvianas. Examinada, uno se sorprende al hallar un útero de volumen normal, moderadamente retroflejado, poco sensible al tacto; los anexos parecen sanos, más a menudo están prolap-sados en el Douglas. Profundizando la investigación clínica, encontraremos disturbios fuera de la esfera genital: dispepsia gastrointestinal, enterocolitis, ptosis viscerales, fenómenos de colemia con o sin infección de las vías biliares y sobre todo, profunda depresión nerviosa con astenia muscular, lo que las puede llevar a la melancolía genital, haciendo a estas enfermas, nerviosas antes que ginecológicas.

Diagnóstico

Solo por el examen de la enferma, se puede llegar a establecer el diagnóstico de la retrodesviación y la modalidad que presenta, pues los síntomas funcionales y subjetivos, se confunden con los que constituyen el síndrome uterino, salvo y estos son particulares de la afección que tratamos, algunos fenómenos mecánicos, tales como la sensación de pesadez en el periné, el dolor y la dificultad en la defecación, etc., que nos pueden hacer presentir una desviación.

Es por el tacto vaginal, unido a la palpación hipogástrica, que llegaremos al diagnóstico, debiendo en ciertos casos dilucidar una duda, rectificando o ratificando el diagnóstico, por medio de la histerometría.

En una retroversión encontraremos, por medio del tacto vaginal, el útero alargado de adelante a atrás, en el fondo de la vagina; el cuello dirigido hacia la sínfisis pubiana, difícil de alcanzar con el dedo o el espéculum, mientras que el cuerpo del útero se diri-

ge hacia atrás, pudiendo ocupar un plano oblicuo ascendente, horizontal u oblicuo descendente, con relación al punto ocupado por el cuello. En la retroflexión, haciendo la palpación combinada, notaremos la ausencia del cuerpo del útero en su lugar habitual, detrás de la sínfisis: los dedos que hacen el tacto vaginal encuentran el cuello uterino, que mira hacia abajo o adelante, y siguiendo su cara posterior, el ángulo de flexión abierto hacia abajo y que lo separa del fondo del útero, acostado en el fondo de saco de Douglas. Si con estos mismos dedos imprimimos al cuello movimientos variados, notaremos que ellos son transmitidos en totalidad al otro segmento del útero, lo que nos da una confirmación suficiente del diagnóstico, que en los casos dudosos aclararíamos por medio del histerómetro, procedimiento que es preferible evitar por sus peligros.

Le Dentu y Pichevin han señalado como un signo característico de la retrodesviación, la cresta posterior y mediana que se encuentra normalmente sobre el útero y cuya sensación se percibiría haciendo el tacto vaginal. Aceptado este signo por Faure y Siderrey como real, encuentra sus contrario en Labadie, Lagrave y F. Legueu, los cuales dicen: «Sin negar el valor de este signo nosotros no lo hemos constatado jamás: ya sobre el útero normal la cresta no es siempre muy visible y apreciable. Con mayor razón

no lo será sobre un útero desviado, espesado y congestionado ».

Cuando a la retrodesviación se agrega una complicación, ya sea en el útero mismo, en los anexos, en el peritoneo o en el tejido celular de la pelvis, el diagnóstico es más difícil y presto a error. En el caso de una retroversión, se puede creer en la existencia de un fibroma o de un núcleo inflamatorio que llene el fondo de saco posterior, cuestión que dilucidaremos imprimiendo al útero ligeros movimientos de báscula o practicando el tacto rectal, con lo cual localizaremos la situación exacta del útero. En último caso recurriremos al cateterismo uterino.

Podemos confundir una retroflexión con un *fibroma*, una *anexitis*, un *núcleo inflamatorio de parametritis posterior*, del peritoneo pelviano, con un *hematocele retrouterino*, con *scibalos acumulados*.

Un *fibroma* de la pared posterior del útero se distingue porque al tacto éste se nota que hace un brusco levantamiento, además porque es más resistente, más duro, indoloro y porque con la palpación combinada hallamos el útero en otro sitio.

Un *ovario* o una *trompa uterina inflamada* y prolapzada en el Douglas puede hacer creer en una retroflexión. Estos tumores están separados de la pared uterina por un surco, que en la mayoría de los casos se puede distinguir del ángulo formado por la

flexión del útero: en otros casos el surco y el ángulo se confunden.

La anexitis es más dolorosa al tacto: éste es un signo de poco valor, pues el útero puede ser doloroso lo mismo. Por la palpación bimanual, buscaremos si el útero está o no en su situación normal o en anteflexión; además, la anexitis es generalmente doble y aun cuando ocupen un lugar exactamente posterior, hay siempre un prolongamiento hacia un costado u otro. Si hay duda todavía, el histerómetro nos indicará la dirección del útero.

El embarazo tubario, *el hematocele enquistado* se diferenciarán por sus síntomas subjetivos especiales y además por los datos ofrecidos por el tacto vaginal. El hematocele retrouterino, rechaza a éste en anteposición y como se siente el cuello hacia adelante, detrás de la sínfisis, uno se ve llamado a considerar como cuerpo uterino, la masa que se extiende en el fondo de saco de Douglas. Pero el embarazo extrauterino no ofrece, ni la consistencia ni la forma del útero; es más lateral que posterior; el hematocele se extiende en forma de corazón de naípe, hacia los dos costados de la línea media, además uno y otro son mucho más sensibles que el útero en retroflexión.

En el hematocele, el tacto vaginal es el que nos dará los signos netos y característicos para afirmar tal diagnóstico.

Constataremos por esta exploración la existencia de una tumefacción que ocupa el Douglas; el fondo de saco posterior de la vagina es saliente, distendido por la colección sanguínea, que gana a menudo los dos costados llegando a los fondos de saco laterales; el útero está rechazado hacia adelante.

La consistencia varía; cuando tiende a la resorción y es cuando se puede confundir más con una retroflexión, se hace más duro, sus límites son imprecisos, no tiene limitación neta, además es muy poco móvil.

Diferenciaremos la retroflexión, de un núcleo inflamatorio del peritoneo pelviano, por la palpación combinada con el tacto vaginal, los antecedentes y en último caso con el histerómetro, medio que, como recurso extremo pero útil, debemos emplear cuando dudemos.

Las materias acumuladas en el recto y que pueden en ciertos casos llegar a confundir, las eliminaremos con purgantes y enemas; luego exploraremos.

Reconocida la desviación, tendremos que resolver la otra parte del diagnóstico, tan importante como la primera y decir si ella es móvil, movilizable o adherente, según la clasificación de Trelat.

Las retrodesviaciones movibles se reconocen fácilmente: se desplazan bajo la influencia de los cambios de actitud de la enferma; además dos dedos introducidos en el fondo de saco anterior y presionando so-

bre el cuello hacen bascular el fondo en sentido opuesto.

Si la presión sobre el cuello no es suficiente para hacer bascular el cuerpo del útero, lo conseguiremos colocando dos dedos en el fondo de saco posterior y rechazando el útero hacia adelante, donde luego, tomándolo entre la mano hipogástrica y la que hace el tacto, lo podremos mover en todas direcciones con facilidad.

Cuando la retrodesviación es adherente también es fácil reconocerla. El útero es muy doloroso; no se le puede casi tocar sin que la enferma acuse vivo dolor, llegando en ciertos casos hasta necesitar la cloroformización, para poder proceder a la exploración. El útero adhiere al recto, lo que podemos poner en evidencia introduciendo un cateter en el útero y un dedo en el recto; en estas condiciones notamos que el recto es arrastrado con el útero en toda tentativa de reducción. Además siempre hay lesiones más o menos graves de los anexos.

Son condiciones éstas más que suficientes para concluir que hay adherencias.

En estas tentativas de reducción, sucede a veces que las adherencias se rompen y que el útero se endereza; se trata en este caso de una retrodesviación movilizable. Pero estas maniobras tienen sus peligros, por esta causa ellas deben ser evitadas tanto como sea

posible y considerar *a priori*, como adherentes, toda retrodesviación en la cual el útero no se movilice fácilmente, libremente en el intervalo de las reglas fuera de toda *poussée congestiva*.

PRONÓSTICO.— Las retrodesviaciones constituyen una afección seria y mucho más grave, particularmente la retroflexión, que las otras desviaciones uterinas.

Estas desviaciones, si se acompañan de un cierto grado de descenso, de prolapsus, agravan el pronóstico, pues ello nos indica el relajamiento de todo el tejido fibroso de la pelvis. Al contrario, si el periné queda fuerte, resistente, manteniendo los órganos pelvianos, se puede esperar que con un tratamiento serio y precoz se consiga modificar el útero y corregir la desviación.

La esterilidad y la tendencia al aborto son consecuencias ligadas a las retrodesviaciones. La forma congénita o infantil de la retroflexión, que es la forma más tolerada, expone a la dismenorrea, a la esterilidad y a la metritis virginales de Pozzi, que hacen desgraciada la vida de estas jóvenes.

La retroflexión adquirida, en sus formas más leves, expone a crisis dolorosas frecuentes, reclama precauciones constantes poco compatibles con las exigencias de la vida; restringe la actividad de estas mujeres. Trae también dismenorrea, irregularidades menstruales;

es un obstáculo a la fecundidad y predispone al aborto y otras complicaciones en el curso de la preñez.

La retroflexión repercute grandemente, en sus formas graves, sobre la salud general y sobre el sistema nervioso en particular, pudiendo llevar a las enfermas hasta la neurastenia.

Tratamiento médico

Procediendo con un criterio ecléctico, el médico frente a una enferma afectada de una retrodesviación, deberá proceder según los fenómenos clínicos que presente, dándole la importancia que se le debe al tratamiento médico, para luego recurrir al quirúrgico que nos dará casi siempre el éxito.

« Por otra parte, dicen Robín y Dalché, todo desplazamiento o desviación necesita por lo menos en un momento dado del tratamiento médico, sea que los fenómenos observados no nos parezcan necesitar una intervención quirúrgica; sea que desde el primer momento, la enferma no quiera recurrir a la intervención, antes de haber constatado la ineficacia absoluta, de una terapéutica menos radical ».

Vamos a estudiar los distintos medios no sangrientos, de que el médico puede hacer uso, para disminuir y si es posible hacer desaparecer los accidentes, que resultan de una situación anormal del útero. Debemos tratar de evitar y combatir todas las causas

que podrían provocar una desviación o que, una vez producida, pudieran exagerarla.

Una influencia predominante tiene el puerperio, los partos y los abortos, en la génesis de las retrodesviaciones adquiridas. Luego haremos profilaxia de ella, observando y haciendo observar una asepsia rigurosa en los partos, en los abortos, en los cuidados consecutivos y durante el puerperio.

Si la involución uterina no nos parece normal, si es lenta, debemos pensar en que se ha agregado una infección y entonces recurrir a inyecciones o curaciones uterinas, al raspaje, si creemos en la existencia de restos placentarios. Como los fenómenos de la subinvolución traen aumento de volumen y de peso del útero, disminución de la resistencia del parenquima, relajamiento de los ligamentos, etc., condiciones favorabilísimas, para que se establezca una desviación, recomendaremos el *reposo* en cama, hasta tanto desaparezca todo temor, aun cuando no halla habido una complicación puerperal. Entonces, *proscribir el levantamiento prematuro*.

En la retroflexión, la posición horizontal demasiado prolongada, es susceptible de exagerar o mantener la congestión pelviana. Es por esta razón que no debemos prolongar mucho el reposo en el lecho y que aconsejaremos la posición ventral, o sobre el costado, en semi pronación, más bien que el decúbito hori-

zontal. Bernutz ha señalado la desaparición de los dolores por el reposo; su aumento por la marcha y el estar de pie. Lisfranc aconsejaba el reposo absoluto y cuando la enferma se levantaba, estar muy poco de pie y además una serie de precauciones aplicables a la mayoría de las desviaciones y de las cuales iremos hablando a su debido tiempo.

Hemos visto que el peso de la masa intestinal, que el corset y los vestidos, influyen en una pequeña parte para que se establezca una desviación, que las mantienen y la exageran una vez producidas. Luego debemos eliminar esta causa ordenando el uso de *cinturas o fajas abdominales*, de corset-cinturas que ofrecen servicios incontestables: si hay ptosis múltiples aconsejaremos la faja de Glénard. Según Malgaigne las fajas abdominales, atenuarían sufrimientos que para él son de naturaleza mecánica.

Debemos vigilar atentamente el funcionamiento normal del intestino; la constipación crónica aumenta los dolores causados por la retrodesviación y puede llegar a ser punto de partida de complicaciones gastrointestinales; por otra parte, acumulando materias fecales en el recto, hace que éstas pesen sobre el fondo del útero, con tanta mayor facilidad cuanto que éste comprime al recto: por estas causas la debemos combatir.

No se debe hacer uso de purgantes drásticos, que podrían provocar la irritación de la mucosa del intes-

tino grueso y llegar a la enterocolitis. Prescribiremos aceite de ricino, a pequeñas dosis, todos los días o cada dos días o sino magnesia; además instituiremos un régimen alimenticio apropiado, en el cual tengan gran participación las legumbres, las pastas, compotas y las frutas. Si es necesario daremos enemas simples, glicerinados o con aceite, supositorios, etc.

Debemos suprimir los ejercicios violentos, los esfuerzos, los sports, los trabajos físicos en general; una vez producida la desviación proscibiremos los largos paseos en coche, en automóviles o bicicleta, sobre todo si estos se repiten con frecuencia, las marchas excesivas, etc., todo esto para prevenir complicaciones.

Al mismo tiempo que una desviación se puede constatar otra afección del útero: cuando se trata de un tumor, un pólipo, un fibroma, etc., cuyo peso puede haber sido suficiente para provocar el cambio de posición, las indicaciones se sacarán de la existencia del neoplasma.

Más a menudo es la metritis que se observa y dada la existencia de ella, los autores se han librado a discutir cual de las dos lesiones era necesaria tratar primero, la desviación o la metritis. Hoy día, casi todos los autores, están contestes en tratar primero la metritis cuya curación, facilitará la reposición del útero.

Dos casos se pueden presentar con igual frecuencia, primero: ya es una desviación anterior la que predispone a las infecciones y a la metritis por los disturbios circulatorios que mantiene, oponiéndose además a su curación; segundo, ya es la metritis, primera en fecha, la que provocará la desviación, con la alteración del parenquima que acarrea.

Cualquiera que sea el caso, la metritis constituye un obstáculo a la eficacia de toda terapéutica dirigida únicamente contra la desviación. Por esto, hay que tratar la metritis antes que las desviaciones; sin embargo, hay casos en que la simple modificación de posición del útero, ha traído la curación de la congestión uterina y de la endometritis.

Cuando la desviación es atribuible a una afección periuterina, salpingitis, ovaritis quística, etc., se debe tratar casi siempre la anexitis, antes que la desviación. En el caso en que existen bridas, restos de inflamaciones antiguas, periuterinas, de pelvi-peritonitis, perimetrio salpingitis, etc., nos esforzaremos, por medio de masajes, tracciones lentas y repetidas, en relajar la tensión periférica y dar juego al útero hasta hacerlo móvil o por lo menos movilizable.

Para prevenir la metritis, en el caso de hallarnos con una retrodesviación sin ella, prescribiremos inyecciones cotidianas de uno o dos litros de una solución alcalina hechas con todas las precauciones debi-

das. Si la leucorrea aumenta y toma el aspecto de catarro muco-purulento, recurriremos, sobre todo durante una semana antes y una semana después de las reglas, a los tãpones glicerizados o a los óvulos aplicados cada día o cada dos.

Si se producen crisis agudas, en relación con una *poussée* congestiva o con el comienzo de una metritis, impondremos reposo en el lecho, compresas húmedas calientes en el vientre, inyecciones emolientes bicuotidianas a 39 y 40 grados. Se harán pequeños enemas muy calientes, de decociones emolientes comunes o adicionadas de calmantes como láudano, belladona, etc.

En las retrodesviaciones congénitas o infantiles el tratamiento médico, deberá dirigirse, de acuerdo con la etiología de la afección, a estimular el desarrollo en general y de los órganos genitales en particular, antes que tratar la desviación; la gimnasia, el masaje general, la hidroterapia, las curas termale, las de aire y de altitud son los medios que debemos emplear.

Junto con esto prescribiremos la opoterapia ovárica pura o asociada a la medicación tiroidea (Hertogue).

Hertogue dice: «la especie de infantilismo, que no es más que una forma atenuada del mixedema y el desarrollo incompleto del aparato genital es el resultado del hipotiroidismo». Hablando de la acción de la tiroidina en la retroflexión infantil de las vírgenes

dice: « que al cabo de un tiempo muy corto, fortifica la pared posterior de la matriz, la endereza de una manera muy rápida, la sangre menstrual se desprende con más facilidad ».

El masaje ginecológico preconizado ardientemente por Ture-Brand puede dar buenos resultados en estos casos, favoreciendo el crecimiento del útero y corrigiendo la desviación. Su empleo es delicado en las vírgenes, pero se le puede practicar por la vía rectal.

Si se es consultado al principio del matrimonio, por una mujer con una desviación congénita, se le aconsejarán las precauciones necesarias para evitar los traumatismos, a las que las expone la brevedad de su vagina, y con ello prever las complicaciones.

El masaje ginecológico y general regularizando la circulación y facilitando la absorción de los exudados recientes, a la vez que obra sobre la hipotonicidad de los elementos fibrosos y musculares tanto del útero, sus ligamentos, así como los músculos de la cintura abdominal, hacen de él un buen recurso a usar. Después de muchas sesiones de masaje se puede esperar que el útero se reduzca por sí solo, espontáneamente o por lo menos ofrezca menos resistencia a las tentativas de reducción hechas por el médico. Tiene como desventajas, el que los trastornos que hace desaparecer, pueden recidivar y además el ser un tratamiento largo

y oneroso y por lo tanto no está al alcance de todas las enfermas.

Las curas termales pueden rendir servicios cuando se quiere combatir los fenómenos dolorosos ligados a los desplazamientos del útero. El médico deberá, en primer lugar, determinar las causas de los dolores puesto que ellos reconocen múltiples orígenes, como ser las lesiones de los anexos, pelviperitonitis, metritis del útero desviado, estenosis del cuello, compresión de los órganos vecinos y en fin dolor propio causado por la desviación misma.

En los cinco primeros casos no es tanto la desviación lo que hay que tratar, como la causa sobreagregada; pero cuando los dolores son causados por la desviación misma, las aguas débilmente mineralizadas dan a veces muy buenos resultados.

Estos pequeños medios que hemos indicado dan más servicios que lo que se cree generalmente; empleados uno después de otro o simultáneamente, desde el comienzo, ellos son suficientes algunas veces para corregir la desviación o por lo menos atenuar sus inconvenientes.

Hemos hablado de metritis y de lesiones concomitantes con una retrodesviación: ahora debemos tratar otros dos puntos que pertenecen también al tratamiento y son: primero, el reducir el útero; segundo, mantenerlo en su nueva posición.

La reducción de la retrodesviación la podremos obtener por tres medios: por la posición dada a la enferma; por las manos del médico o por instrumentos.

Reducción por la posición genu-pectoral. — Cuando la mujer se pone en esta posición, las piernas un poco separadas y la horquilla vulvar deprimida, de manera a permitir la entrada de aire en la vagina, las vísceras abdominales caen en la concavidad del diafragma y el útero en retroflexión o retroversión móvil desplaza su centro de gravedad basculando el fondo del mismo, alrededor de un eje que pasa por el cuello; toma de este modo su posición normal. Es esta la *reposición espontánea aerea de Courty*, también aconsejada por Campbell, Pozzi, Tarnier, el que le dá el nombre de plegaria mahometana.

Pozzi aconseja todavía dormir sobre el vientre o sobre un costado, en semi-pronación; esta posición la deberán tomar mañana y noche, durante algunos momentos y así repetida hace que el útero pierda la tendencia a la retrodesviación.

Tarnier recomienda al tomar esta posición, introducirse un espéculum fenestrado en la vagina, o simplemente una cánula de inyecciones, para así favorecer la entrada del aire y el rechazamiento del útero. Elisa Mosher, que ha insistido sobre este tratamiento, indicaba a las mujeres que se introdujeran un dedo en

la vagina y presionaran sobre el cuello para hacer bascular el útero hacia adelante. Este medio simple, sirve como ayudante en el tratamiento de las desviaciones recientes, móviles: por sí solo no es capaz de traer la curación.

La reducción manual es más segura, más eficaz y es siempre preferible cuando se supone la existencia de bridas: se puede comenzar por introducir un dedo en el recto para ensayar desplazar el órgano, pero lo más a menudo se practicará *d'emblée* el tacto vaginal, esforzándose alternativamente en empujar el cuerpo hacia adelante, el cuello hacia atrás, mientras que la mano libre aplicada sobre el vientre, trata de tomar el fondo del útero y llevarlo en posición anterior aun exagerada.

Para practicar la reducción bimanual, se comenzará por colocar la enferma en la posición lateral de Sims o en la posición genu-pectoral. La anestesia es casi siempre necesaria, sobre todo en la primera sesión que es la más árdua para el médico como penosa para la enferma; la sensibilidad viva del útero puede determinar, en efecto, una contracción refleja de la pared abdominal que haría, si no se usara el cloroformo, las maniobras muy difíciles.

Técnica de Pozzi «se introduce en el fondo de saco posterior o en el recto dos o tres dedos de la mano izquierda y se impulsa el cuello hacia atrás, mientras que la mano derecha deprimiendo las paredes abdominales,

por encima del pubis, va a tomar el cuerpo y lo lleva hacia adelante en anteversión. Es necesario, en efecto, exagerar la nueva posición para combatir eficazmente la tendencia del órgano a la retroflexión ».

En los casos difíciles Schultze ha preconizado la introducción del índice en la cavidad uterina, previa dilatación; con ello se puede desgarrar las adherencias, sentir los ovarios, etc. Ha obtenido con su procedimiento éxitos notables y que no se le discuten, pero esta terapéutica brusca tiene sus graves inconvenientes en que pueden existir flegmasías de las trompas a las cuales daría un latigazo, por lo cual parecen verdaderamente peligrosas (Pozzi).

Sin tener que llegar a la maniobra de Schultze se podrá recurrir, en los casos difíciles, a la reducción instrumental.

La reducción por histerómetro se practica el cuarto o quinto día después de las reglas constatadas por el médico. En lugar de introducir como en los casos normales la concavidad y la punta hacia adelante, el mango descendido hacia la horquilla, lo que llevaría fatalmente la punta a chocar con el ángulo de flexión, se lo dirigirá hacia atrás, el mango levantado hacia el pubis, de manera que su concavidad se adapte a la curvatura viciosa del canal uterino. Llega entonces a ser más fácil levantar el cuerpo con un dedo introducido en el recto o la vagina a fin de que el instrumento llegue al fondo.

En este momento recurvaremos la sonda para presentar su concavidad hacia adelante, pero no imprimiendo un movimiento de rotación al mango, puesto que procediendo así, (Gallard) «Vds. harán describir al pico de la sonda un arco de círculo considerable, que pasando en una cavidad tan estrecha como es la del cuello y del cuerpo determinaría desórdenes o por lo menos frotamientos penosos y dolorosos. Considerad al contrario, el pico de la sonda como un centro inmóvil y haced describir el movimiento de arco de círculo al mango del instrumento, entonces el pico es llevado en las diversas direcciones», dando vuelta sobre su sitio.

Luego se llevará el mango hacia la horquilla, exagerando la posición hacia adelante y se colocarán en en fondo del saco posterior algunos tapones de algodón o gasa. Esta maniobra exige una movilidad completa del útero: a menudo es más prudente practicar una serie de reducciones manuales haciéndolas seguir de aplicaciones de tapones de algodón, hasta que se obtenga una situación que se acerque a la normal, puesto que no siempre se llega al enderezamiento completo y llega un momento en que se siente que no se gana más terreno y que la matriz rehusa ir más lejos hacia adelante (Robin y Dalché).

Es bueno hacer preceder la sesión de enderezamiento, por una dilatación con laminaria que da más blan-

dura a los tejidos: se hará también, desde el principio, un curetaje al útero cuya mucosa está más o menos enferma, sobre todo al nivel del ángulo de flexión. Se puede terminar la reducción en una sola sesión; pero otras veces será necesario hacerlo en varias sesiones, cada dos o tres días, manteniendo el enderezamiento con tapones de gasa antiséptica para finalmente colocar un pesario.

La reducción se puede hacer también con una sonda metálica bastante gruesa y fuerte o sino con instrumentos especiales llamados enderezadores. Entre estos últimos tenemos el de Sims, Miller y el de Trelat, el cual consiste en una sonda uterina articulada cuya curvatura puede ser exagerada después de su introducción. El mismo Trelat, que lo usaba con extrema prudencia, ha abandonado el uso de su aparato, ejemplo que debemos seguir: estos instrumentos están lejos de ser inofensivos.

Las maniobras de enderezamiento están absolutamente contraindicadas todas las veces que la movilidad del útero está comprometida por sólidas adherencias: para romper estas últimas podremos hacer uso, como método de tratamiento accesorio secundario e indirecto del masaje.

Una vez obtenida la reducción, la debemos mantener, y para ello hacemos uso de medios protéticos, pesarios o de operaciones.

Pesarios.—Una vez reducido un útero retrodesviado, si no se le mantiene en la posición, no tardará en volver a la viciosa que tenía; es por esto que se hace necesario fijarlos en una posición lo más cerca posible de la normal, resultado que se obtiene con los pesarios.

Los pesarios son, a pesar de las críticas que se hacen, uno de los mejores medios de enderezamiento y contención que se pueden oponer a las retrodesviaciones: reúne las tres cualidades pedidas a estos aparatos, actuando como sostén de la matriz, como dilatador de los fondos de saco y también como palancas (Auvard). Ellos permiten tratar la metritis y las congestiones uterinas concomitantes.

Hablando del efecto y modo de reaccionar las retrodesviaciones al pesario, Auvard dice, que algunas de ellas son mudas, otras son curadas por el pesario y en fin existen otras, en que los accidentes se agravan llevando este sostén.

Los pesarios más usados y conocidos son: el anillo de Dumontpallier, el pesario de doble curvatura de Hodge y Galliard-Thomas, el pesario en ocho de cifra de Schultze, el de aluminio de Sims.

Se debe elegir el pesario para cada caso particular, según las dimensiones de la vagina, pues demasiado pequeño no prestaría ningún servicio, demasiado grande resultaría intolerable. Es bueno que el pesa-

rio tenga una pequeña concavidad en la parte anterior, para evitar la compresión de la uretra.

Los más cómodos son los que están formados de un espeso hilo de cobre recubierto de cauchuc; se puede instantáneamente modificar su forma ofreciendo sin embargo una buena resistencia.

El pesario de Dumontpallier es un simple anillo, indiferente, que ha podido en ciertos casos de retroflexión reductible, traer el enderezamiento del útero por la presión que él ejerce: pero es un medio infiel.

Un aparato mejor de contención es el pesario de Hodge, de doble curvatura: los hay de celuloide, de cauchuc endurecido, de aluminio. Para introducir un pesario de Hodge la enferma será acostada en decúbito lateral: se presenta el instrumento, recubierto con vaselina, paralelamente a la hendidura vulvar y se le hace recorrer una de las caras laterales de la vagina, durante este tiempo se separan los labios, después se engancha la horquilla con un dedo y se la deprime. Desde que el pesario ha franqueado la parte inferior de la vagina, se le hace ejecutar un movimiento de rotación, que permite llevar la parte cóncava hacia adelante, su extremidad más ancha en la parte superior del fondo de saco posterior, de manera a rechazar el fondo del útero hacia adelante, mientras que su extremidad inferior se apoya sobre la sínfisis pubiana por intermedio de la columna anterior de la

vagina. Hay que asegurarse que el pesario esté bien colocado, que abraza netamente el cuello y que no causa dificultad alguna a la enferma.

Es necesario que la matriz soporte el contacto y si se manifestara dolor al nivel de la parte retrodesviada, hay que asegurarse primero enderezando y manteniendo con tapones de algodón o gasa, que el cuerpo extraño va a ser tolerado. Es necesario proceder de una manera progresiva, no obstinarse si la sensibilidad se exaspera y tratar la metritis, la neuralgia o la congestión inicial.

Después de colocado es bueno hacer ejecutar a la enferma algunos movimientos; luego en posición de pie, tocar el pesario para cerciorarse de que no se ha movido.

Después de ocho o diez días se debe volver a ver a la enferma, para darse cuenta de la manera como es tolerado el pesario; se aprovechará esta circunstancia para limpiarlo, así como a la vagina, de la cual se debe vigilar atentamente las paredes y se vuelve a colocar el aparato. Si no resulta ningún inconveniente, se le puede dejar cuatro o cinco semanas sin tocarlo: en principio es bueno vigilarlo después de cada época menstrual.

Pozzi dice, que siempre que la enferma se haga dos inyecciones vaginales por día, ella puede conservar el pesario dos o tres meses, al cabo de los cuales

se le retira para darse cuenta de la posición del útero. Si se mantiene reducido en anteversión, se puede suprimir el pesario, sino se le coloca nuevamente.

Galliard-Thomas ha aumentado el espesor del arco posterior del pesario de Hodge, para impedir que éste se aloje en el ángulo de la anteflexión reproducida y ha acentuado aun más la curvatura.

Los pesarios precedentes actúan indirectamente sobre el cuello, por la tensión de las partes vecinas; otra especie de pesarios son aquellos que tienen una acción directa sobre el órgano. El de Schultze pertenece a esta categoría: él busca asegurar mejor el enderezamiento del útero en retroflexión, actuando sobre el cuello que rechaza directamente hacia atrás; es un pesario constituido por un hilo de cobre con una camisa de cauchuc y de forma de ocho de cifra. Uno de los bucles, el superior, fija el cuello abrazándolo sin comprimir; el inferior está proporcionado a la capacidad de la vagina y a la abertura de la arcada isquio-pubiana. Fritsch ha combinado el pesario de Schultze al de Hodge; al pesario de este último le agrega una barra transversal: es de cauchuc endurecido.

Si el pesario provoca el menor dolor, la menor dificultad, es necesario sacarlo y aconsejar a la enferma que lo retire ella misma si siente la menor molestia, cuando ya no está bajo nuestra vigilancia; y esto

porque se la engañaría diciéndole que se acostumbrará al instrumento. Si el pesario hace sufrir, es porque su forma, sus dimensiones no son convenientes o porque sus paredes no están lo suficientemente pulidas: más a menudo el dolor resulta del estado de los órganos.

Las flegmasias agudas uterinas y periuterinas, constituyen una contraindicación; en cambio las antiguas desprovistas de toda manifestación congestiva o inflamatoria y que acompañan a una desviación toleran, a veces, muy bien el pesario, que procura una mejoría a los malestares genitales (Pichevin). Lo mismo ciertos dolores ováricos o salpingianos causados por los órganos prolaxados, desaparecen cuando se sostienen el ovario o la trompa.

Las complicaciones de absesos, gangrena, perforación de la vagina, etc., achacados a la presencia del pesario son fácilmente evitables e imputables al olvido completo durante meses o años, de estos instrumentos, en el fondo de la vagina, sin ningún cuidado de limpieza.

Otra contraindicación la constituye el estado del periné: éste debe haber conservado una integridad suficiente para tener resistencia y servir de punto de apoyo, sinó, el primer esfuerzo rechazará al instrumento fuera de la vagina.

Bien tolerado el pesario aporta a las enfermas un alivio real, disminuye las sensaciones de pesadez anormal, de tironeamientos que constituyen el fondo de

sus malestares habituales; previene las poussées congestivas y asegurando el vertimiento de las secreciones facilita la curación de la metritis. Desde estos múltiples puntos de vista y con las reservas que hemos formulado, su empleo es recomendable (Faure y Side-rey). Es un paliativo que alivia pero no cura (Richelot).

Cualquiera que sea el pesario que se emplee, existe un gran número de casos en que la contención es absolutamente imposible. A veces es la movilidad extrema del órgano, otras veces la amplitud y laxitud de la vagina, el relajamiento del periné, que hacen fracasar el pesario. También las vaginas muy estrechas o muy cortas, la virginidad, la ausencia de cuello uterino, después de su amputación, son otros tantos inconvenientes al uso de este aparato.

Fuera de todas estas circunstancias, hay muchas mujeres que no pueden ser curadas por medios protéticos y entonces tenemos el derecho y debemos recurrir al tratamiento quirúrgico, a una de las operaciones que estudiamos a continuación.

Tratamiento quirúrgico

Las numerosas operaciones propuestas y practicadas para la cura de las retrodesviaciones, tienen una cualidad común y es que aseguran a la vez la reducción del útero y su fijación.

Para conseguir este resultado podemos dirigirnos al útero mismo o a sus ligamentos: en el primer caso se fija el útero a la pared abdominal o a la vagina o vejiga y es lo que se llama *fijación directa*; en el segundo caso actuamos sobre sus ligamentos plegándolos, acortándolos, dándoles nuevos puntos de inserción, haciendo así una fijación indirecta.

El primer tipo de operaciones comprende las histeropexias abdominal o vaginal: el segundo grupo tiene su prototipo en el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos.

Como muchos de los métodos preconizados por los diferentes autores han tenido muy distinta suerte, en lo que a la eficacia de los mismos se refiere, me

limitaré a describir los más aceptados en cada grupo de operaciones, para luego extenderme en los procedimientos argentinos, entre los cuales el del doctor Caballero, parece reunir las mayores cualidades de bondad, tanto en la practicidad del método como en sus resultados inmediatos y posteriores.

Fijación directa

HISTEROPEXIAS por vía vaginal.

Las operaciones hechas por esta vía comprenden tres tiempos: 1º incisión de la pared vaginal anterior; 2º disección y rechazamiento hacia adelante y arriba, de la vejiga; 3º sutura del cuerpo uterino a los bordes avivados de la incisión vaginal con o sin abertura del fondo de saco peritoneal.

Procedimiento de Mackenrodt.—Incisión curva transversal a convexidad anterior, un poco por debajo del límite inferior de la vejiga que se trata de reconocer con cuidado: luego otra incisión sobre la misma pared vaginal anterior, que partiendo un centímetro hacia atrás del tubérculo infra uretral llega a la parte media de la incisión precedente: disección de los dos colgajos triangulares así formados y separación de

la vejiga del útero, sin abrir el fondo de saco peritoneal. La matriz reducida y llevada en anteposición, es fijada con crines de Florencia que pasan transversalmente tomando el colgajo vaginal derecho, el útero, el colgajo vaginal izquierdo. Las crines escalonadas de arriba a abajo atraviesan el útero por encima de la porción supravaginal del cuello; anudándolas, se fija el órgano y se afrontan los labios de la herida.

El mismo cirujano, dándose cuenta de los graves inconvenientes que su operación acarrea en caso de embarazos y de partos ulteriores, abandonó su primitivo procedimiento y creó el llamado vésico-fijación. En este *segundo procedimiento Mackenrodt*, después de la colpotomía anterior llega al fondo de saco peritoneal, que abre; luego sutura el colgajo peritoneal adherente a la vejiga, al fondo del útero; después fija la vejiga a la pared anterior del útero hasta el orificio interno del cuello, hasta el istmo, suturando la herida vaginal con catgut.

Procedimiento de Dührssen.—Se aborda el útero por una colpotomía anterior transversal y se abre ampliamente el fondo de saco peritoneal. Después de haber descendido el cuello con una pinza erina, se introduce en el útero un histerómetro para hacerlo bascular hacia adelante: se pasa transversalmente un hilo de seda en la pared uterina, para

mantener descendido el útero durante la operación. Luego se colocan los hilos fijadores de la manera siguiente: el hilo penetra en la cara cruenta del colgajo vaginal superior, cerca de su borde libre, lo atraviesa en todo su espesor, después atraviesa la pared uterina al nivel del fondo del órgano; se colocan tres hilos, que tienen como vemos un trayecto vertical: son los hilos perdidos que anudándolos fijan la matriz. Se retiran los hilos descendedores y se sutura la herida vaginal con catgut.

El mismo autor, consciente del peligro que tiene, para la preñez, unir demasiado estrechamente el útero a la vagina, ha propuesto más tarde una modificación y es la siguiente: fijar el útero al ángulo superior de la incisión vertical, que hace en la pared vaginal y peritoneo, por un solo hilo mediano colocado cerca del fondo del útero.

Procedimiento de Richelot.—Colpotomía anterior transversal, disección hasta alcanzar el fondo de saco peritoneal que se abre ampliamente: se examina el útero, los anexos y se hace tratamiento apropiado: fijación del útero por medio de hilos de sutura que caminan transversalmente, tomando los dos labios de la herida vaginal y el útero, los hilos se colocarán por debajo de los cuernos uterinos, dejando el fondo libre y por encima del istmo. Anudando se obtiene una

herida vertical y mediana; se concluye la reunión de los labios con unos puntos de sutura.

Procedimiento de Le Dentu-Pichevin.—Colpotomía anterior vertical, que comienza a dos centímetros más ó menos detrás del meato y termina a un centímetro por encima del labio anterior del cuello uterino: disección atenta de la pared vaginal separándola de la vejiga; separación del bajo fondo vesical del cuello anterior; introducción en el útero, del tallo de una pinza-histerómetro, que recuerda mucho a las de Orthmann, salvo una modificación imaginada por Pichevin; igualmente se podría usar un enderezador de Trelat. El útero es llevado así, hacia adelante; luego se abre el fondo de saco peritoneal vésico uterino; se explora, rompe las adherencias, etc.

Se colocan a partir del itsmo uterino y marchando hacia el fondo dos o tres hilos verticales que servirán para descender el útero y hacerlo bascular poco a poco hacia adelante.

Cuando se ve el fondo uterino en la herida se colocan hilos transversales, comenzando lo más alto posible, tomando los dos colgajos vaginales y el tejido uterino (a 4 o 5 milímetros de profundidad). A partir del primer hilo colocado lo más cerca posible del fondo uterino y de la parte anterior de la incisión vaginal, se colocarán una serie de 6 a 8 hilos,

de los cuales 4 por lo menos deben atravesar el tejido del cuerpo; se sacan los hilos descendedores a medida que sean inútiles. Se puede completar la operación, si hay lugar, con una amputación del cuello y por una colpoperineorrafia; un curetaje antes de la operación es a menudo oportuno.

RESULTADOS TERAPÉUTICOS Y OBSTÉTRICOS

La histeropexia vaginal ha dado numerosos éxitos. Las estadísticas de Dührssen (102 curaciones sobre 114 operados), de Mackenrodt (22 sobre 25); la comunicación de Küstner al congreso de Ginebra (1896) sobre 40 operaciones con apertura del fondo de saco de Douglas y 376 vagino-fijaciones sin apertura del peritoneo, en la cual 72 casos la retroversoflexión había recidivado: en 92 casos se observaron disturbios funcionales. Sin embargo en su conjunto, el resultado es más bien favorable, en lo que concierne a la fijación del útero.

Pero, otro punto más importante debemos considerar y es la influencia de esta operación sobre los embarazos y los partos que puedan sobrevenir, en las enfermas así operadas.

Cuando un útero, fijado a la pared vaginal anterior, llega a ser grávido, ejerce sobre las adherencias una

tracción que puede tener por efecto destruirlas y atraer por consecuencia una recidiva después del parto. Esto ha sido frecuente después de los primeros procedimientos de Mackenrodt, en los que no se abría el peritoneo.

Con la apertura del peritoneo (Dührssen, Mackenrodt, etc.), las adherencias son infinitamente más sólidas: ellas no ceden a la tracción y oponen al desarrollo regular del cuerpo uterino un obstáculo insuperable. Así Dührssen cuenta 6 abortos sobre 24 embarazos; Weberstedt sobre 24 embarazos en la clínica de Gussow, 6 abortos.

Cuando el embarazo ha llegado a término, se pueden producir complicaciones serias en el momento del parto. Strassman ha demostrado que cuando las adherencias no ceden, el desarrollo del útero grávido se hace sobre todo a expensas de la pared posterior del útero; la pared anterior se espesa pero no sale de la pequeña pelvis, donde queda enclavada. El mismo autor relata dos casos en que el parto normal fué imposible: en el primero se hizo versión y la enferma murió a consecuencia de una hemorragia consecutiva; en el segundo se practicó la operación de Porro que fué seguida de muerte.

Del punto de vista obstétrico la vagino-fijación expone a inconvenientes serios; éstos parecen más complejos y más frecuentes que en la operación de Ale-

xander y de la histeropexia abdominal, que estudiaremos enseguida.

La histeropexia abdominal es inferior a la vaginal solamente por las hemorragias, a las cuales expone en el momento del alumbramiento; la histeropexia vaginal al contrario predispone más a los abortos, y si la preñez llega a término, expone más a los disturbios, que provienen de la elevación de la parte fetal (Demelin).

Las indicaciones de la vagino-fijación son restringidas; para ser realizable exige ciertas condiciones como ser, un útero no adherente, móvil, descendible y de volumen normal, anexos intactos. Por otra parte del punto de vista obstétrico están absolutamente contraindicadas, pues hemos visto sus resultados: aborto o parto distócico.

Histeropexia abdominal. — Con este nombre o el de gastró-histeropexias se denominan las operaciones que fijan el útero a la pared abdominal.

Como los procedimientos difieren solo en algunos detalles, se puede hacer una descripción en conjunto del manual operatorio. La enferma se coloca en la posición de Trendelenburg y se practica una laparatomía mediana infraumbilical, comenzando o terminando a 2 o 3 centímetros del pubis y de 5 a 6 centímetros de longitud. Después de haberse asegurado la pro-

tección del intestino por medio de compresas asépticas, se examinan los anexos y se aplica el tratamiento adecuado (ruptura de adherencias, resección parcial, ignipuntura, etc.).

Movilizado el útero, se trae hacia la herida abdominal con una pinza erina, cuyos dientes muerdan en un punto del útero que va a quedar en contacto con la pared, con lo cual evitaremos posibles hemorragias.

Luego se procede a la fijación del útero por medio de seda o grueso catgut, sea atravesando los bordes laterales (Olshausen Säger), sea la cara anterior del órgano (Leopold, Czerny, Terrier). La segunda manera es la casi única empleada hoy día, pues importa sobre todo que el fondo uterino quede libre y pueda desarrollarse en caso de embarazo. Para ello el más elevado hilo de fijación será colocado por debajo de la inserción de las trompas o más abajo todavía, a la mitad de camino entre el istmo uterino y el fondo del útero o también inmediatamente por encima del istmo (Delbert y Caraven).

Procedimiento de Czerny-Terrier.—Una gruesa seda es pasada oblicuamente, primero a la izquierda a través de los labios de la abertura abdominal, excepto la piel; sale por el peritoneo y conducida de izquierda a derecha, es enhebrada en el espesor del tejido uterino al nivel más o menos de la unión del cuello

con el cuerpo, y luego atraviesa el otro labio de la incisión abdominal menos la piel.

Un segundo y un tercero hilo son colocados de la misma manera que el anterior, uno hacia el medio del cuerpo, el otro muy cerca del fondo del útero. Los hilos son anudados, sin que el útero sea avivado y la herida abdominal es cerrada como de costumbre.

Procedimiento de Pozzi.— En este procedimiento se dejan los hilos fijadores perdidos en la pared como en el procedimiento de Terrier, pero en vez de hacerse puntos separados se hace un surjet. Se cierra al comenzar el surjet, la parte más inferior de la herida, sin tomar la piel, luego se sigue tomando el útero en la sutura y reuniendo con el mismo hilo músculos, aponeurosis de los rectos y peritoneo con la cara anterior de la matriz. Se completa la sutura de la pared anterior, haciendo por encima un segundo surjet, con catgut (el primero se hizo con seda fina y fuerte), en dos planos superpuestos, comprendiendo los músculos rectos y la aponeurosis superficial; después se colocan suturas profundas de sostén con seda y suturas superficiales intercaladas, con catgut.

Procedimiento de Leguen.— Consiste en suspender el útero a la pared abdominal por medio de tres es-

calones o hilos transversales; éstos fijados de cada costado en los planos músculo-aponeuróticos de la pared, no ejercen ninguna constricción sobre el útero mismo.

Se preparan tres hilos fuertes de seda de 70 centímetros de longitud por lo menos, uno de ellos plegado en dos en su mitad es cargado en la aguja curva de Reverdín, con la cual atravesamos la cara anterior del útero, de un costado al otro, tomando con el peritoneo un poco de la pared; el ansa del hilo es cortada en dos. Resulta entonces que dos hilos están pasados en el mismo trayecto intrauterino; hay dos cabos a la derecha y dos a la izquierda.

A este primer hilo colocado por debajo del fondo del útero que debe quedar libre, sigue la colocación de otros dos por debajo de él. Luego se procede a suturar de la siguiente manera: tomemos el hilo superior, costado derecho, en el cual tenemos dos cabos, cada uno de los cuales es pasado a través de la pared abdominal menos la piel, de adentro afuera y cuyos puntos de salida estén separados por un centímetro de distancia; no tenemos más que anudar de este costado procediendo del mismo modo del otro para obtener la fijación del útero a expensas de dos ansas laterales, fijadas a la pared abdominal. Las mismas maniobras para los otros hilos. Luego se cierra la pared como de costumbre.

La histeropexia extraperitoneal o fijación del útero a la pared sin abrir el peritoneo (Marion, Sims, Kelly, Cáneva), debe ser proscripta por ser procedimientos ciegos en absoluto.

RESULTADOS. — La fijación del útero por la histeropexia abdominal es definitiva y como resultado ortopédico no se puede pedir mejor; pero esto no es lo que nos debe preocupar, sino cómo va a ser soportado un embarazo en un útero en estas condiciones.

Inmediatamente se apercibió que la fijación de la matriz en su cara anterior y cerca de su fondo, impedía el libre desenvolvimiento del útero y que provocaba tironeamientos, dolores, abortos numerosos, presentaciones viciosas por inclinación del eje uterino, hemorragias en el alumbramiento a causa de la falta de retracción. Sobre 154 embarazos, Villeneuve ha encontrado 64 turbadas por dolores o accidentes más o menos graves y ésta es una cifra suficiente para desechar de una manera absoluta la histeropexia, por lo menos en las mujeres que son susceptibles de tener hijos.

La histeropexia baja ha atenuado estos inconvenientes, pero aun así es una operación a la que no debemos recurrir en caso de ser mujeres jóvenes; por lo demás recurramos a la estadística.

Milander en 74 embarazos cuenta: 6 abortos, 3

partos prematuros; en esos mismos casos nota tres presentaciones de tronco, una de oreja, una de nalgas. En 11 partos hubo que intervenir por forceps cuatro veces, versión cinco veces, operación cesárea dos veces.

Pirás en 99 histeropexiadas y embarazadas nota: aborto en 11 casos; el parto no se pudo efectuar espontáneamente en 14 casos y se tuvo que aplicar forceps en 6, practicar la versión en 5 y tres veces operación de Porro. La intervención fué motivada: 4 veces por presentaciones viciosas (1 de oreja, 3 de espalda), 8 veces por inercia uterina y 2 veces por falta de descenso del útero.

Pinard en 6 casos observa: 2 presentaciones de vértice y 1 de pelvis, 3 de tronco, y para concluir señalamos tres casos de ruptura uterina durante el trabajo de parto (comunicación a la Sociedad Obst. de New-York, 1901).

Todos estos hechos nos deben inducir a no practicar esta operación en mujeres susceptibles de embarazarse y recurrir a la fijación indirecta (Caballero) que de este punto de vista es muy superior a todas las anteriores.

Fijación indirecta

Acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos u operación de Alquié, Alexander, Adams.— En el caso de una retroflexión, se debe previamente hacer dilatación uterina con laminarias que enderezan el útero y lo ablandan, y un curetaje en el momento de la operación para tratar la metritis, que siempre coexiste en un grado más o menos intenso con la desviación.

Primer tiempo: incisión de la pared y descubrimiento de los ligamentos. Se practica una incisión de 5 a 6 centímetros paralela a la arcada de Falopio y partiendo de la espina del pubis. Se incide piel, grasa, hasta descubrir el orificio externo del canal inguinal; para la investigación de éste, Inlack aconseja buscar un pelotón adiposo que lo disimula y que serviría de punto de reparo. Descubierto el orificio superficial del canal inguinal, se busca el ligamento redondo en medio del tejido celular, operación no siempre fácil, pues la mayoría de las veces el ligamento disocia precozmente sus fibrillas en el canal inguinal y llegando al orificio externo se pierden en el tejido celular, donde es difícil reconocerlas.

Para obviar este inconveniente, se abrirá el canal inguinal, incidiendo la pared anterior, como lo hacen

sistemáticamente Puech, Roux, Edelbohls, Newman, Chabot, donde tendremos la certidumbre de encontrarlo. Él se presenta bajo la forma de un pequeño cordón gris rosado que se toma con una pinza hemostática o con ganchos; con una sonda se lo libra de las adherencias celulosas y se recubre la herida con gasa para proceder a la investigación del ligamento del otro costado. Hecho esto, se suspende un poco la operación, mientras el ayudante endereza el útero con ambas manos o con el histerómetro, como lo aconseja Alexander.

Segundo tiempo: Desprendimiento de los ligamentos y enderezamiento del útero. Mientras el ayudante reduce el útero, el cirujano tira hacia afuera los ligamentos, que deslizan con facilidad, hasta que el fondo del útero se haga sentir en la región supra pubiana. La parte libre de cada ligamento debe medir de ocho a diez centímetros.

Tercer tiempo: Fijación de los ligamentos y oclusión de la herida. Antes de cortar la porción libre de los ligamentos, es necesario suturar al orificio inguinal externo, la porción que va a ser extremidad después de la sección del cabo inferior. Mientras el ayudante los mantiene tensos, se pasan dos puntos de sutura, con seda o catgut, que atraviesan sucesivamente el pilar externo, el ligamento redondo y el pilar interno. Kocher fija el ligamento sobre la apo-

neurosis del gran oblicuo, por encima de la mitad externa del ligamento de Poupart, con un surjet con seda.

La pared anterior del canal inguinal es reconstituída y la herida saturada, sin drenaje, con crin.

Durante la convalecencia, Alexander considera como esencial mantener el útero en buena posición, por medio de un pesario; Pozzi usa en cambio un taponamiento vaginal de gasa yodoformada. Las enfermas pueden levantarse a las tres semanas.

RESULTADOS. — La operación es benigna, los casos de muerte son contados y no atribuibles a la operación en sí. Por otra parte, la operación no es siempre fácil; hay casos en que es imposible, o casi, encontrar el ligamento fuera del canal inguinal, cosa que se remedia, es cierto, con la apertura sistemática del canal, pero que entonces expone, debilitando la pared, a posibles hernias.

La cuestión de la eficacia de esta operación es también muy discutida, pues si bien es cierto que en un sujeto normal el acortamiento de los ligamentos lleva el fondo del útero hacia el pubis, en un sujeto patológico quizás si ocurre lo mismo.

En una mujer enferma los ligamentos están a veces atrofiados o con degenerescencias gránulo-grasosa, lo que haría ineficaz la operación. Pero estos casos son excepcionales, así como la inserción fuera

del lugar normal (Gerard-Marchand); la retroflexión puede ser tan pronunciada, que el efecto sea contra-productente y con la tracción aumentemos la flexión (Routier).

Fuera de estos hechos excepcionales hay muchos éxitos, como lo prueba la estadística de Mundé sobre 97 enfermas 87 curaciones; Kelly 200 casos sin una muerte, 14 fracasos; de Stoker 37 operadas, 22 en retroversiones móviles, todas curadas, 10 en retroversiones adherentes con este resultado: 7 curaciones, 1 mejoría, 1 statu quo, 1 recidiva. Delbet ha reunido 231 casos sin un solo fracaso.

Los resultados son, en conjunto, favorables a la operación de Alexander; pero ella logra el éxito en las retrodesviaciones móviles; es impotente en las adherentes y fijas a pesar de que previamente se movilice el útero. Los anexos deben estar sanos, pues sino el resultado terapéutico será casi nulo, pues sabemos la gran parte que toman las lesiones anexiales en el síndrome de la afección.

En cuanto a la influencia del Alexander sobre el embarazo y el parto, ella es nula; los ligamentos redondos se alargan durante la preñez junto con el útero y sufren más tarde, como éste, el fenómeno de la involución. Lamort en 16 operadas con Alexander y embarazadas, nota: 14 partos normales; un aborto y un parto prematuro, estos últimos imputables a

causas fortuitas e independientes de la operación; Kelly, 14 embarazos, evolucionan normalmente. Después del parto el útero vuelve a tomar su posición normal.

Acortamiento intra-peritoneal de los ligamentos redondos

Hemos visto que la operación de Alexander no puede ser empleada sino en los casos de retrodesviación absolutamente móviles y sin lesiones anexiales; otros operadores queriendo extender su aplicación a las desviaciones adherentes, han sido llevados a modificar la técnica, y la apertura de la cavidad abdominal ha sido necesaria para romper las adherencias y curar las anexitis.

Voy a describir los procedimientos de Dolerís, Bazzerrica, Bardescu, Caballero, Spaeth y Arce, dejando los otros muchos que existen, pues son ineficaces y abandonados completamente.

Procedimiento de Dolerís (modificado 1901).—Laparatomía infraumbilical, respetando unos tres centímetros de la línea blanca en su porción yuxta pubiana. Se reconoce el útero y los anexos, se rompen adherencias, se tratan los anexos. En el punto en

que los ligamentos redondos son fácilmente reconocibles, a cuatro o cinco centímetros del útero, son tomados y llevados hacia afuera. En este momento se practica con bisturí y cada lado de la línea media, al nivel de la bandeleta fibrosa de la línea blanca y que se ha dejado con intención, un pequeño orificio que atraviere peritoneo, músculos y la aponeurosis; el orificio debe ser justamente suficiente para permitir el paso del ligamento redondo correspondiente, levantado por un hilo de seda o catgut. Se unen sólidamente, una a otra, las dos ansas ligamentosas con puntos de catgut, después de haberlas hecho pasar por su orificio correspondiente. Se sutura la herida abdominal y al hacer la sutura cutánea, Dolerís aconseja tomar con dos puntos de crin las ansas ligamentosas, que quedan así incluidas en el dermis.

En este procedimiento los ligamentos redondos quedan demasiado cortos, de tres centímetros más o menos, y ponen en contacto la pared del útero con la abdominal en forma semejante a la de la gastro-histeropexia. Los ligamentos en lugar de dirigirse hacia afuera como en lo normal convergen hacia adentro; en consecuencia durante el embarazo el útero no puede desarrollarse libremente, dificultando así el acomodamiento fetal.

Otro inconveniente es la posibilidad de un estrangulamiento interno a causa del estrecho espacio que

queda entre la cara anterior del útero y los ligamentos suturados a la línea media. El Dr. Zabala, entre nosotros, ha tenido un caso de estrangulamiento intestinal hecho entre los ligamentos en una enferma operada por él, por el protedimiento de Dolerís.

Procedimiento del Dr. Bazterrica.—Su técnica es la siguiente: laparatomía infraumbilical, tratamiento de las lesiones periuterinas y anexiales si existen; se seccionan ambos ligamentos redondos a cinco centímetros más o menos de su inserción uterina. Los cabos periféricos se suturan al útero en el sitio más inmediato a su inserción natural; las extremidades de sus cabos centrales se fijan a la herida abdominal.

Este procedimiento tiene la ventaja de los métodos intraperitoneales, es decir, que tiene mayor número de indicaciones; se puede emplear en retrodesviaciones libres, adherentes con afecciones anexiales, etc., y además asegura bien sólidamente el útero en su nueva posición, pues le crea, por así decirlo, dos nuevos ligamentos. Sin embargo, sus indicaciones no llegan hasta el caso de tratarse de una retrodesviación con embarazo, porque no es prudente entonces hacer una sutura sobre el cuerpo del útero, que puede traer la excitación de éste y como consecuencia el aborto. Del punto de vista obstétrico, es pasible de las mismas observaciones que hemos hecho al procedimiento de Dolerís.

Para evitar los inconvenientes de las operaciones anteriores, se han propuesto varias modificaciones, disminuyendo menos los ligamentos redondos y dando mayor amplitud al espacio preuterino, procedimientos que paso enseguida en revista.

Procedimiento de Bardescu.—Laparatomía mediana infraumbilical, tratamiento de los anexos, liberación del útero, incisión de I a I $\frac{1}{2}$ centímetros de largo, paralelamente a la herida de la laparatomía, a través de la aponeurosis anterior, músculo recto fascia posterior y peritoneo, de un lado; misma incisión del lado opuesto; a través de estos ojales transmusculares, se extrae del vientre el ansa respectiva de cada uno de los ligamentos redondos; dos puntos de sutura profundos al mismo tiempo que fijan a la pared el ligamento eventrado ocluyen las dos pequeñas incisiones.

Al suturar la incisión mediana, como de costumbre, se reclinan hacia ella las dos ansas ligamentosas ya fijadas y se las incluye nuevamente en la sutura de la vaina anterior de los rectos; sutura de la piel.

Bardescu aleja, pues, dos o tres centímetros de la línea media, la neoinserción de los ligamentos y la parte útil de los mismos es también dos o tres centímetros más larga que en el procedimiento de Dolerís.

Procedimiento del Dr. Caballero.—Técnica operatoria: Primer tiempo: Incisión de la pared abdominal. Estando la enferma anestesiada y en la posición de Trendelenburg, se hace una incisión mediana infraumbilical, de seis centímetros por lo menos de largo, y que empieza a tres centímetros por arriba del pubis. Incindida la piel, el tejido celular, la línea blanca en toda su extensión y el peritoneo se pasa al

Segundo tiempo: Si la retrodesviación es movable la reducción del órgano es muy fácil. Si hay adherencia peritoneales o epiploicas, se desprenden con precaución o se cortan entre ligaduras y una vez libres de ellas se reduce, como cuando es móvil, llevando la matriz en anteversión normal.

Durante este tiempo se tratan las lesiones anexiales, si existen, por la resección de los ovarios o las trompas o simplemente por ignipuntura o salpingografía.

Tercer tiempo: Toma de los ligamentos a través de la pared abdominal y creación de un túnel músculo-áponeurótico.

Con una pinza de Kocher se toma un ligamento redondo a seis o siete centímetros de su inserción uterina, y con otra un punto simétrico del otro ligamento. Se dan las pinzas a un ayudante y el cirujano procede a hacer un túnel músculo-aponeurótico.

Con una pinza curva de forcipresura, capaz de per-

forar los tejidos, se penetra en la parte más baja de la incisión, perpendicularmente a ésta, siguiendo un trayecto paralelo entre el músculo recto y su aponeurosis anterior. Se hace así recorrer a la pinza unos cuatro o cinco centímetros y entonces poniendo su curva que mire hacia abajo, se perfora el músculo recto y el peritoneo, hasta que la pinza aparezca en la cavidad peritoneal. Este punto de salida, está muy próximo al orificio interno del canal inguinal.

Hecho esto el cirujano abre la pinza, el ayudante acerca el ligamento que es tomado por aquel al ras de la pinza de Kocher que lo tiene. Luego retira la pinza a través del túnel, arrastrando consigo una ansa del ligamento redondo: la misma maniobra del lado opuesto.

Cuarto tiempo: Fijación o neoinserción del ligamento redondo.

Con seda o catgut se hace un punto en U, que fije las ansas del ligamento a la aponeurosis anterior del recto. Basta un solo punto para una sólida fijación, pero como complemento y para mayor seguridad puede ponerse otro, que una los dos ligamentos, entre sí.

Quinto tiempo: Sutura de la pared abdominal como en una laparatomía común.

Esta operación que hoy día está ya juzgada por la experiencia y por los resultados obtenidos tiene mu-

chas ventajas y cualidades sobre las anteriores y que la hacen superior a ellas.

Es una operación de técnica sencilla y rápida; es benigna como lo comprueba la estadística que presento, del servicio de ginecología (Sala 12) del Hospital Rawson, sin una muerte; la estadística de Fox (Tesis 1906), de 96 casos felices del Hospital Riva-davia, etc.

Sus resultados ortopédicos inmediatos son excelentes, el útero queda libre en ligera ante flexión como en el estado normal. Los ligamentos redondos en la pelvis, conservan sus relaciones anatómicas casi como normalmente, penetran en la pared abdominal en un sitio inmediato superior al anatómico, finalmente recorren un túnel músculo-aponeurótico tan resistente o más que el canal inguinal. Como vemos la idea del creador del método ha sido apartarse lo menos posible de lo normal.

Los resultados ortopédicos alejados son excelentes también, la operación lleva trece años de existencia: por mi parte presento una estadística de once años, en la cual las enfermas vueltas a ver después de operadas han conservado su útero en buena posición, sin notarse recidivas.

Los resultados terapéuticos son muy buenos; todas las operadas curan o mejoran grandemente de sus dolencias: el útero disminuye de tamaño, desaparece

la congestión crónica, la metritis, las perturbaciones nerviosas y reflejas.

Las indicaciones son amplias y se puede practicar en retrodesviaciones libres o adherentes, puras o complicadas de lesiones anexiales o de embarazo. Con la operación del Dr. Caballero se amplía considerablemente el espacio preuterino, se deja a los ligamentos redondos una longitud útil bien superior a la que se obtiene con los procedimientos de Doleris y Bardescu: además establecen una polea semejante a la fisiológica (canal inguinal), al obligar al ligamento a reflejarse sobre el borde externo del músculo recto y libre de suturas atraviesa el túnel parietal, conservando la misma movilidad que en el estado normal, en una longitud de siete a ocho centímetros.

Esta disposición es muy importante, pues en esa longitud la elasticidad de sus fibras podrá ejercerse, no será vencida y podrá entonces satisfacer las exigencias de una preñez, volviendo luego con el proceso de involución a su estado primitivo.

Desde el punto de vista obstétrico, este método no deja nada que desear: los embarazos sobrevenidos en nuestras operadas han podido desarrollarse perfectamente, sin llegarse a producir por la existencia de la operación ningún disturbio, ninguna distocia uterina o fetal: aun más, la operación se puede realizar en úteros grávidos en los que el embarazo siguió su

curso normalmente, como tenemos varios casos en la estadística.

De su superioridad sobre los métodos de Dolerís y Bardescu hemos hablado en lo que antecede: por lo que se refiere a sus ventajas sobre el acortamiento extraperitoneal de Alexander, las palabras del doctor Caballero nos servirán para ello: «pues está universalmente admitido que el intraperitoneal es infinitamente superior, porque no es un procedimiento ciego, porque permite desprender adherencias y corregir las lesiones de las trompas y de los ovarios, que muchas veces pasan desapercibidas al más prolijo examen».

Voy a describir ahora otros dos procedimientos en los cuales la neoinserción, se hace aun más afuera de la línea media que en los procedimientos anteriores.

Procedimiento de Spaeth.—Incisión* transversal de Pfannestiel y laparatomía mediana por debajo de la piel y tejido celular; tratamiento de los anexos y liberación del útero; perforación de la pared abdominal a la altura del orificio interno del canal inguinal, desde el peritoneo a la aponeurosis inclusive; exteriorización del ligamento redondo a través del túnel artificialmente creado; punto de sutura que a la vez que fija a ese nivel el ligamento ocluye la perforación de la pared: mismas maniobras del lado opuesto: sutura de la herida operatoria con nueva fijación de ambos

ligamentos por delante de la aponeurosis; sutura de la piel.

Como vemos el cirujano alemán establece el túnel de exteriorización del ligamento más lejos que Bardescu y Caballero; conserva en tanto una larga porción útil del mismo entre la neoinserción externa y la interna; amplía considerablemente el espacio preuterino. No conozco estadística de esta operación, pero así ejecutada debe dar buenos resultados, pudiéndosele achacar solamente la probabilidad de hernias al nivel del orificio de exteriorización, causa, que para el Dr. Arce, basta para abandonarlo y preferir su procedimiento.

Procedimiento del Dr. Arce.—Incisión transversal de Pfannestiel llegando hasta la vecindad de los anillos inguinales externos; sección transversal de la aponeurosis de los rectos de un borde externo al otro; abertura longitudinal y mediana del abdomen; tratamiento de las lesiones anexiales o del útero, se moviliza luego completamente el útero hasta que se consiga llevarlo y colocarlo en su posición normal (esta maniobra sencilla en la mayor parte de las retroversiones puede ser muy complicada en las retroflexiones); 5º se aísla el ligamento redondo a su paso por el anillo inguinal externo del lado derecho, se le toma con una pinza de Kocher y traccionándolo con una

mano se facilita su descenso, disecándolo como si fuera un saco herniario.

Cuando el ligamento no desciende más, se coloca otra pinza en el punto del mismo que se haya conseguido hacer descender hasta el anillo inguinal externo; en este punto el ligamento es tres o cuatro veces más espeso y consistente que la porción del mismo, descubierta al dar comienzo al quinto tiempo de la operación. Su color rosado nos atestigua la presencia de fibras musculares en su espesor y que aumentan a medida que avanzamos hacia el útero.

Se repite el tiempo anterior del lado opuesto; se coloca un punto en U de catgut que al mismo tiempo que ocluye el orificio inguinal externo fija sólidamente a ese nivel el ligamento, que debe ser perforado dos veces por el hilo de sutura, al hacer las dos ramas de la U; lo mismo del otro lado; sutura continua de catgut que cierra la brecha peritoneal y aproxima los bordes internos de los músculos rectos; se reclina hacia arriba el colgajo aponeurótico y se procede a la sutura del mismo incluyendo en ésta, de cada lado y hasta llegar a la línea media, la porción libre del ansa del ligamento redondo más próxima al punto de fijación inguinal, el resto queda libre por delante de la aponeurosis; sutura de la piel con crin o garfios de Michel.

El Dr. Arce, en apoyo de su procedimiento, hace

las siguientes consideraciones en la «Revista de la Sociedad Médica Argentina» de 1907, tomo XV.

Paralelo entre el procedimiento del Dr. Caballero y el del Dr. Arce. — «Si bien el primero es más factible que el segundo, a expensas de la laparatomía mediana habitual, la incisión transversa no ha sido lo suficientemente ensayada entre nosotros, como para poder rechazarla; en Alemania es usada con éxito y ya hemos visto los resultados obtenidos por un ginecólogo tan distinguido como el Dr. Puey de Montevideo (Congreso Latino Americano. Marzo de 1907).

«Pero si se releen los argumentos en que el mismo Dr. Caballero se apoya para sostener la superioridad del procedimiento sobre el de Doleris, se verá que ellos mismos pueden servir y con mucha mayor razón para sostener la superioridad del mío. En efecto, la técnica que propongo, permite aun más ampliamente que la del distinguido cirujano del Hospital Rivadavia, *el funcionamiento de la vejiga, que puede distenderse libremente lo que permita su capacidad y el útero, en caso de preñez, puede desarrollarse sin obstáculo*».

«La situación de los ligamentos redondos es ciertamente, en el procedimiento del Dr. Caballero, *la que se acerca más a la verdad anatómica*, pero en el mío, *es la verdad anatómica misma*. En el primero el ligamento penetra en la pared abdominal *en un punto muy pró-*

ximo del anillo inguinal interno; en el segundo penetra por el anillo inguinal interno mismo; en el primero el ligamento hace polea sobre el borde externo del recto; en el segundo hace polea como fisiológicamente en el anillo inguinal ».

« El Dr. Caballero sostiene y con razón, que su procedimiento es superior al extra-abdominal de Alexander « porque es universalmente admitido que el intra-abdominal es superior, etc., etc. », pero cuando el procedimiento de Alexander es combinado a una laparatomía, me atrevo a sostener que el Dr. Caballero no pensará lo mismo, porque el acortamiento extraperitoneal de Alexander se convierte en el acortamiento intraperitoneal que propongo, con todas las ventajas de aquél y ninguno de sus inconvenientes ».

« Compárense los cinco procedimientos de neoinserción y se verá como poco a poco se ha ido avanzando desde la línea media (Dolerís) hacia afuera, perfeccionando la neoinserción (Bardescu, Caballero, Spaeth), tanto más fisiológica, cuanto más hacia afuera se iba, hasta que la casualidad ha hecho que volvamos a renovar el viejo procedimiento de acortamiento extraperitoneal, a lo largo del canal inguinal, *cuya falta de siempre fué la no abertura del peritoneo*, pero que hoy asociado a la laparatomía puede ser considerado como perfecto, debiendo preferírsele en todo caso a la histeropexia directa ».

« Y si bien este procedimiento no ha sido lo suficientemente ensayado, como los de Dolerís y Caballero, tiene todos los argumentos teóricos a su favor, amén del sólido apoyo práctico de los muchos éxitos de Alexander en las retrodesviaciones móviles y no complicadas. Estos éxitos hacen legión y acompañan a los nombres de Alexander, Adams, Trelat, Segond, Schwarz, Dolerís, Mundé, Stokes, Delbet, etc. Debe agregarse que ninguna operación es capaz de influenciar menos el curso de un embarazo posterior, como lo comprueba las numerosas observaciones de Strassman, Lamort y del mismo Alexander ».

El anterior procedimiento nos seduce y su argumentación nos convence; pero, yo no he visto ni he llegado a conocer que se haya difundido como de elección. Sin embargo, como su autor lo manifiesta, tiene todos los argumentos teóricos para lograr el éxito.



**Estadística del servicio de Ginecología del
Dr. Reibel — Hospital Rawson**

(OCTUBRE 1904 A JUNIO 15 DE 1915)

Número de casos operados.....	144
Número de muertes.....	0
Retroversiones móviles.....	28
» adherentes.....	65
Retroflexiones móviles.....	10
» adherentes.....	16
Retroversión y embarazo (2 meses).....	3
Retroflexión y embarazo (2 1/2 meses).....	1
Prolapsus útero-vaginal completos.....	17
» » y embarazo (2 1/2 meses)...	1
» » con útero en retroversión..	1
» » » retroflexión ..	1
» » con salpingo-ovaritis	1

Las complicaciones se presentaron en esta proporción:

Retroversión con prolapsus del o de los ovarios....	14
» » salpingo-ovaritis.....	6
» » ovarios micro-esclero-quísticos.....	20
» » estenosis del cuello.....	3
» y apendicitis.....	2
» con metrorragias.....	4
» » cistitis crónicas.....	3
» » tiflocolitis.....	1
» y desgarraduras del periné.....	4
» y parametritis.....	3
Retroflexión con prolapsus de los ovarios.....	4
» » salpingo-ovaritis.....	3
» » micro-quísticos.....	8

Como vemos la operación del Dr. Caballero ha sido aplicada en las diversas formas clínicas de las retro-desviaciones y siempre ha salido airosa. Contamos en nuestra estadística cinco casos en que ha sido ejecutada sobre un útero grávido; el embarazo no sufrió ningún trastorno y todas tuvieron partos normales.

En esta estadística no aparecen las enfermas que posteriormente a la operación, han llegado a embarazarse y esto se concibe muy bien sabiendo como sabemos que las enfermas de hospital, una vez curadas, no se acuerdan del médico. Sin embargo, algunas han vuelto al servicio, por otra afección y se ha averiguado

que habían tenido embarazos y partos normales, hasta dos y tres.

Por otra parte, por lo que el resultado obstétrico se refiere, la operación demuestra sus bondades en las intervenciones que sobre úteros grávidos se han hecho sin el menor inconveniente.

Es por estas razones que, no conociendo estadística del procedimiento del Dr. Arce debemos decidírnos por el procedimiento del Dr. Caballero, sea en las retro-desviaciones móviles, adherentes, complicadas o no, así como también en los prolapsos úteros vaginales más o menos completos, para los cuales también trae la curación (20 casos). En este último caso la restauración del periné u otra intervención que resulte del caso clínico presente, deberá agregarse a la neoinserción de los ligamentos redondos.

ERNESTO P. M. BISCEGLIA.

Junio de 1915.

30356



BIBLIOGRAFÍA

- L. Testut.* — Anatomía Humana.
L. Testut y O. Jacob. — Anatomía Topográfica.
Faure y Siderey. — Ginecología Medico-Quirúrgica.
S. Pozzi. — Ginecología.
A. Courty. — Enfermedades del Útero y Anexos.
Labadie — Lagrave y Leguen. — Tratado Médico-Quirúrgico de Ginecología.
L. G. Richelot. — Cirugía del Útero.
Voronoff. — Operaciones Ginecológicas.
Monod y Vanverts. — Técnica Quirúrgica.
Vaucaire. — Ginecología y Partos.
J. Arce. — Revista Sociedad Médica Argentina—Año 1907.
Caballero. — Argentina Médica — Año 1907, N° 12.
A. Cazes Irigoyen. — Tesis, 1904.
E. Fox. — Tesis, 1906.
A. Blanchet. — Tesis, 1909.
-

Buenos Aires, Junio 15 de 1915.

Nómbrese al señor Consejero doctor Enrique Zárate, al profesor titular doctor Lucio Durañona y al profesor suplente doctor Osvaldo Bottaro para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,
Secretario.

Buenos Aires, Junio 26 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N° 3014 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Ventajas e inconvenientes del procedimiento de Zárate para el acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos y paralelo con el procedimiento de Säger.

Zárate.

II

El procedimiento de Polloson y Pellanda en el acortamiento de ligamentos redondos.

Lucio Durañona.

III

Revisión de la Bibliografía Nacional (atento a las declaraciones del autor de esta tesis y como complemento de la I^a proposición accesoria).

Ventajas e inconvenientes de la ligamentopexia uterina por vía vaginal, procedimiento del suscrito.

Osvaldo E. Bottaro.

