

Mex. B. 29.15
Año 1916

Núm. 3071

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO de las RETRODESVIACIONES UTERINAS

POR EL

BORRAMIENTO DEL FONDO DE SACO VÉSICO-UTERINO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Abraham González Mujica

Practicante del Instituto "Yenner" 1912
Practicante menor externo del Hospital Rawson, 1912 - 13 - 14
Practicante menor interno del Hospital Teodoro Alvarez, 1914 - 1915
Practicante mayor interno del Hospital Las Heras, 1915 - 16

"LAS CIENCIAS"

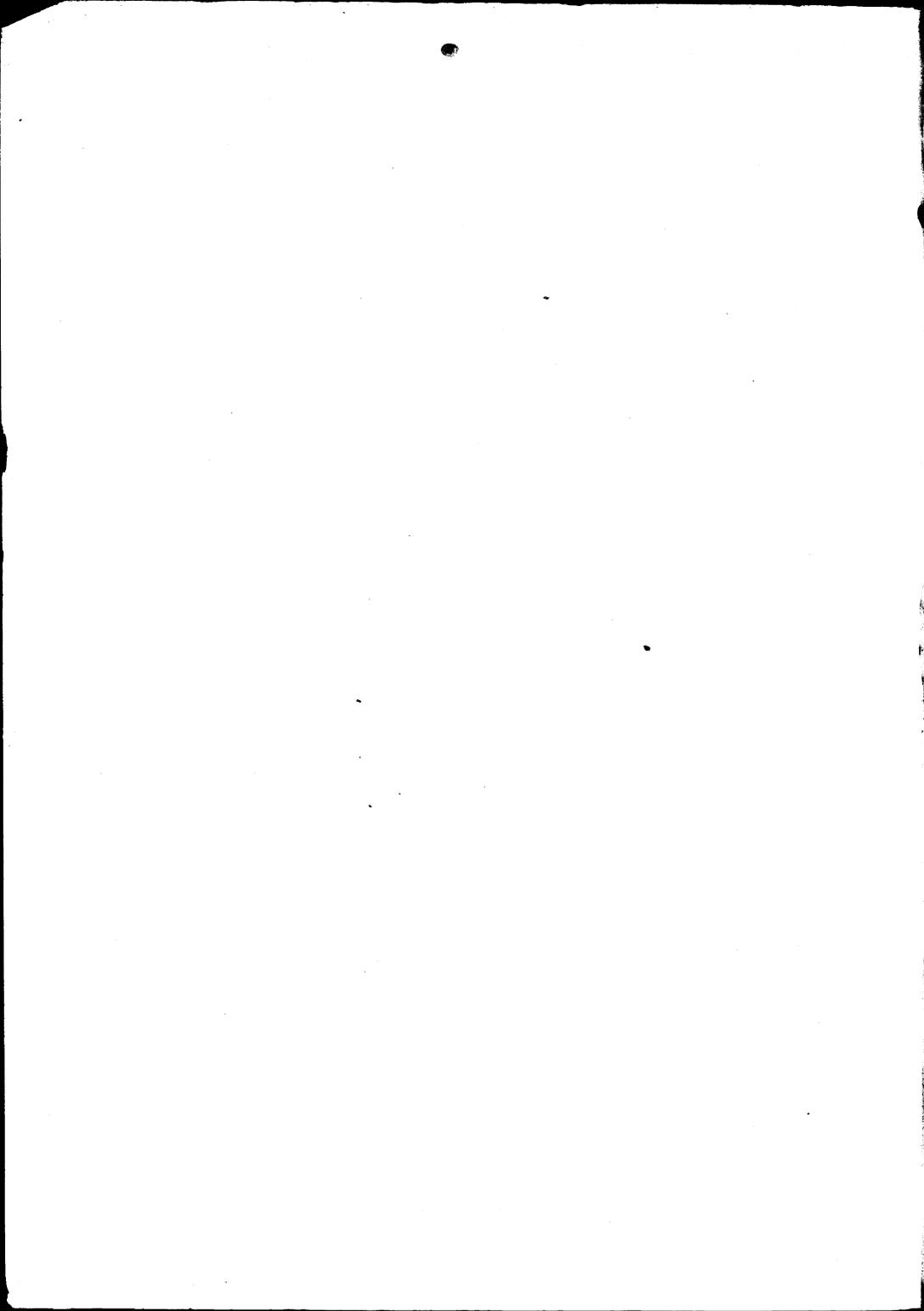
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



TRATAMIENTO de las RETRODESVIACIONES UTERINAS

POR EL

BORRAMIENTO DEL FONDO DE SACO VESICO-UTERINO



Año 1916

Núm. 3071

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO de las RETRODESVIACIONES UTERINAS

POR EL

BORRAMIENTO DEL FONDO DE SACO VÉSICO-UTERINO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Abraham González Mujica

Practicante del Instituto " Jenner " 1912
Practicante menor externo del Hospital Rawson, 1912 - 13 - 14
Practicante menor interno del Hospital Teodoro Alvarez, 1914 - 1915
Practicante mayor interno del Hospital Las Heras, 1915 - 16

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



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. ENRIQUÉ BAZTERRICA

Vice-Presidente

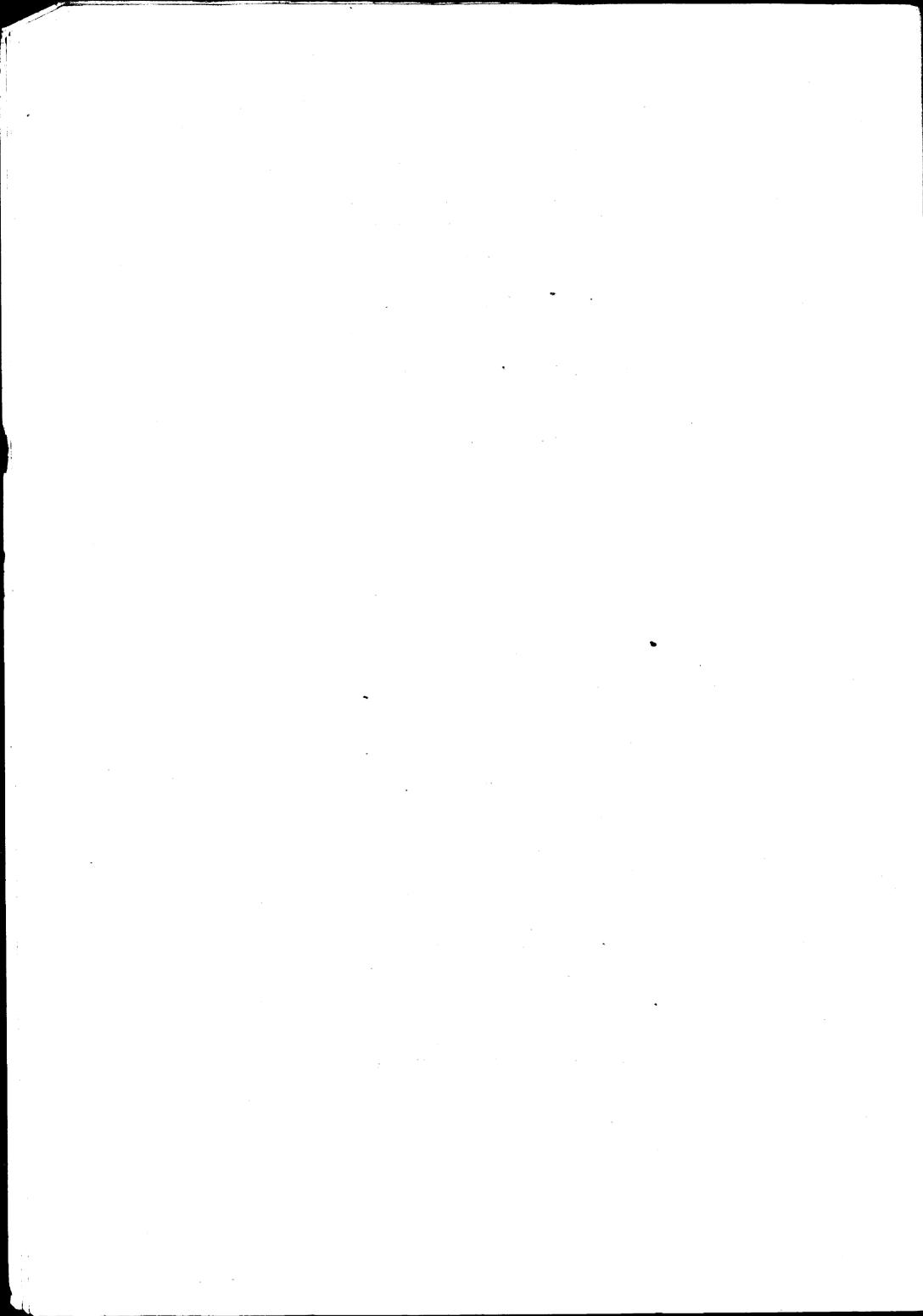
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. » » 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 MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHÃES
4. > > FERNANDO VIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

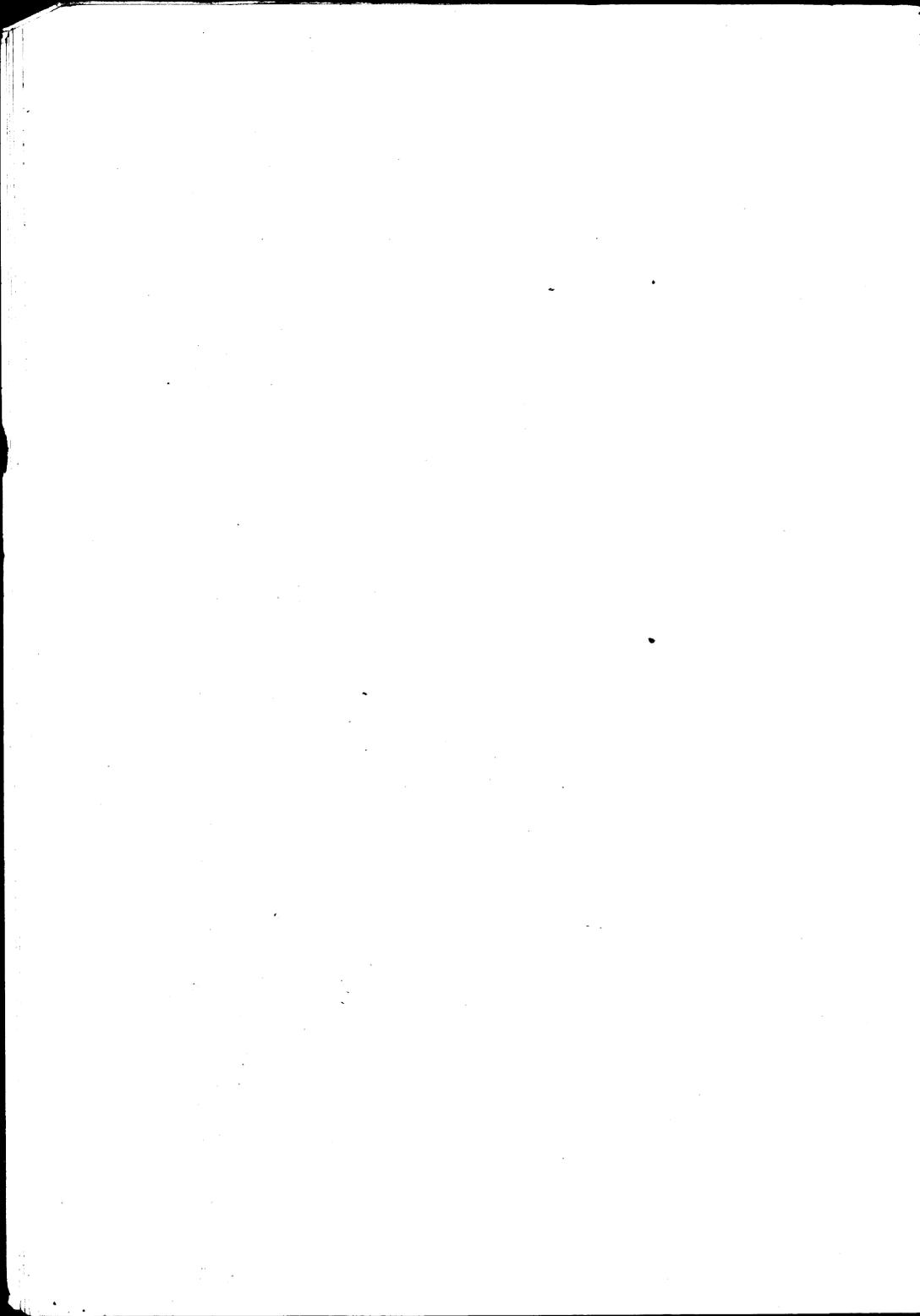
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. 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 F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

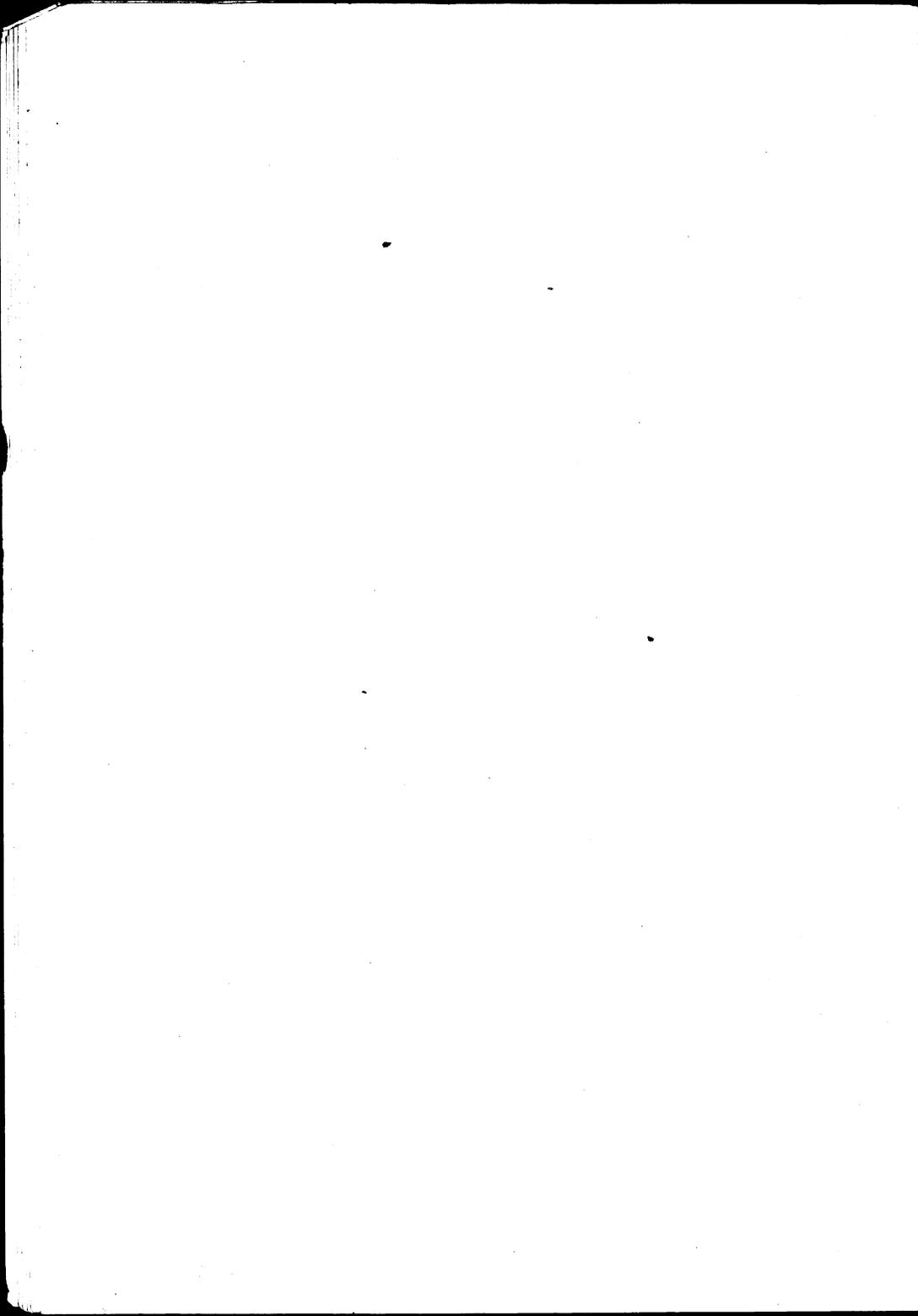
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

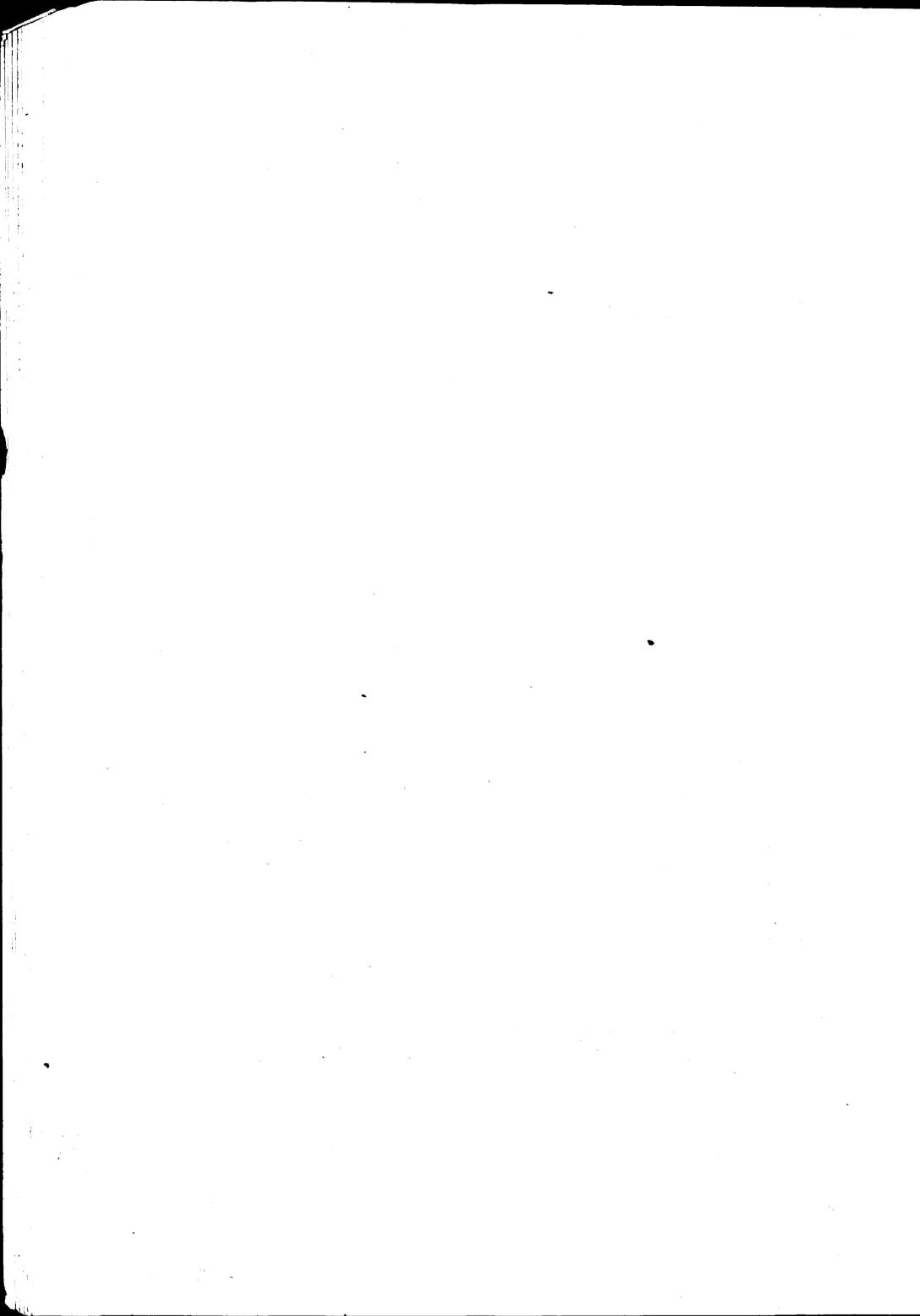
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

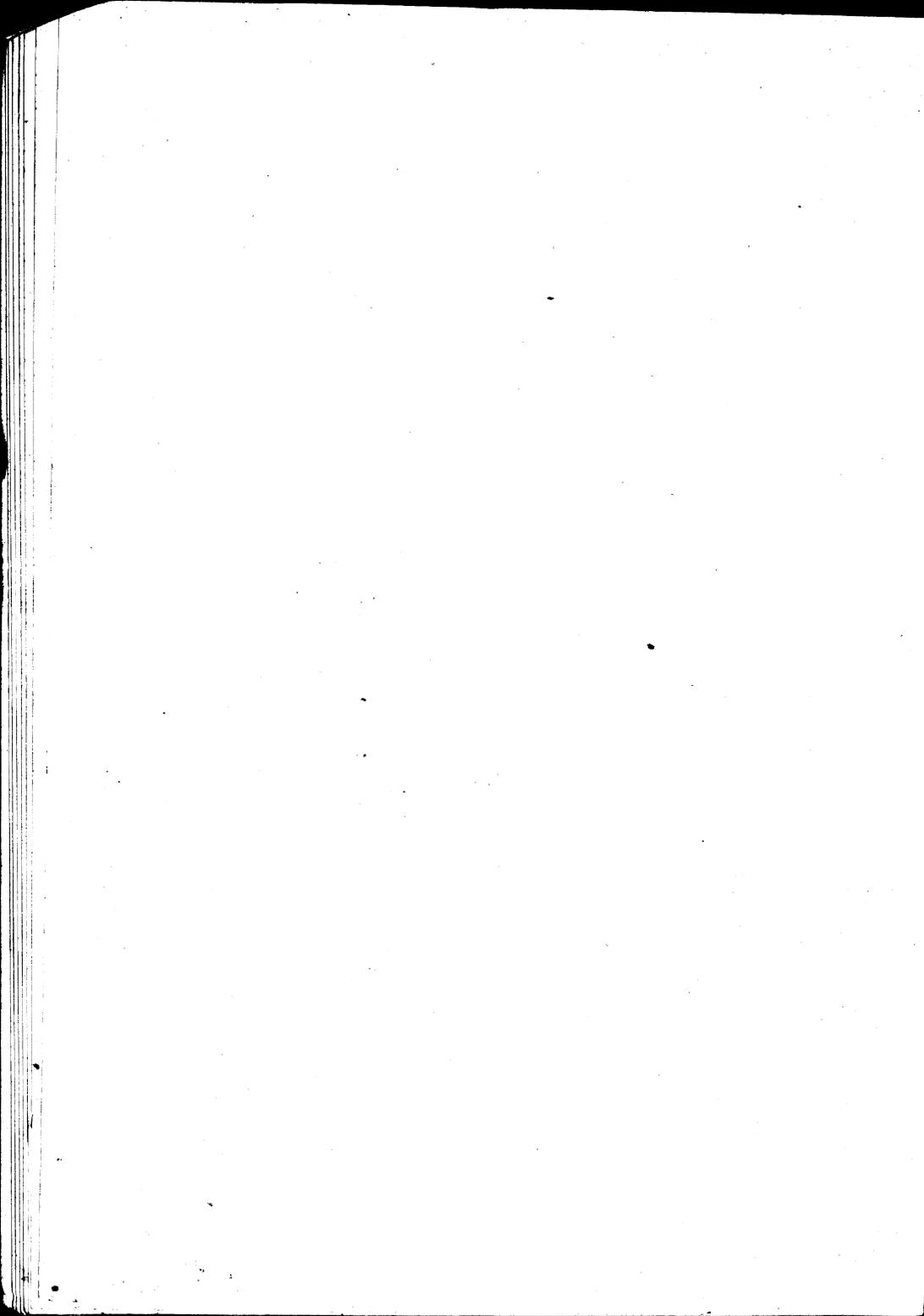
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
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 ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	« ENRIQUE BAZTERICA



ESCUELA DE MEDICINA

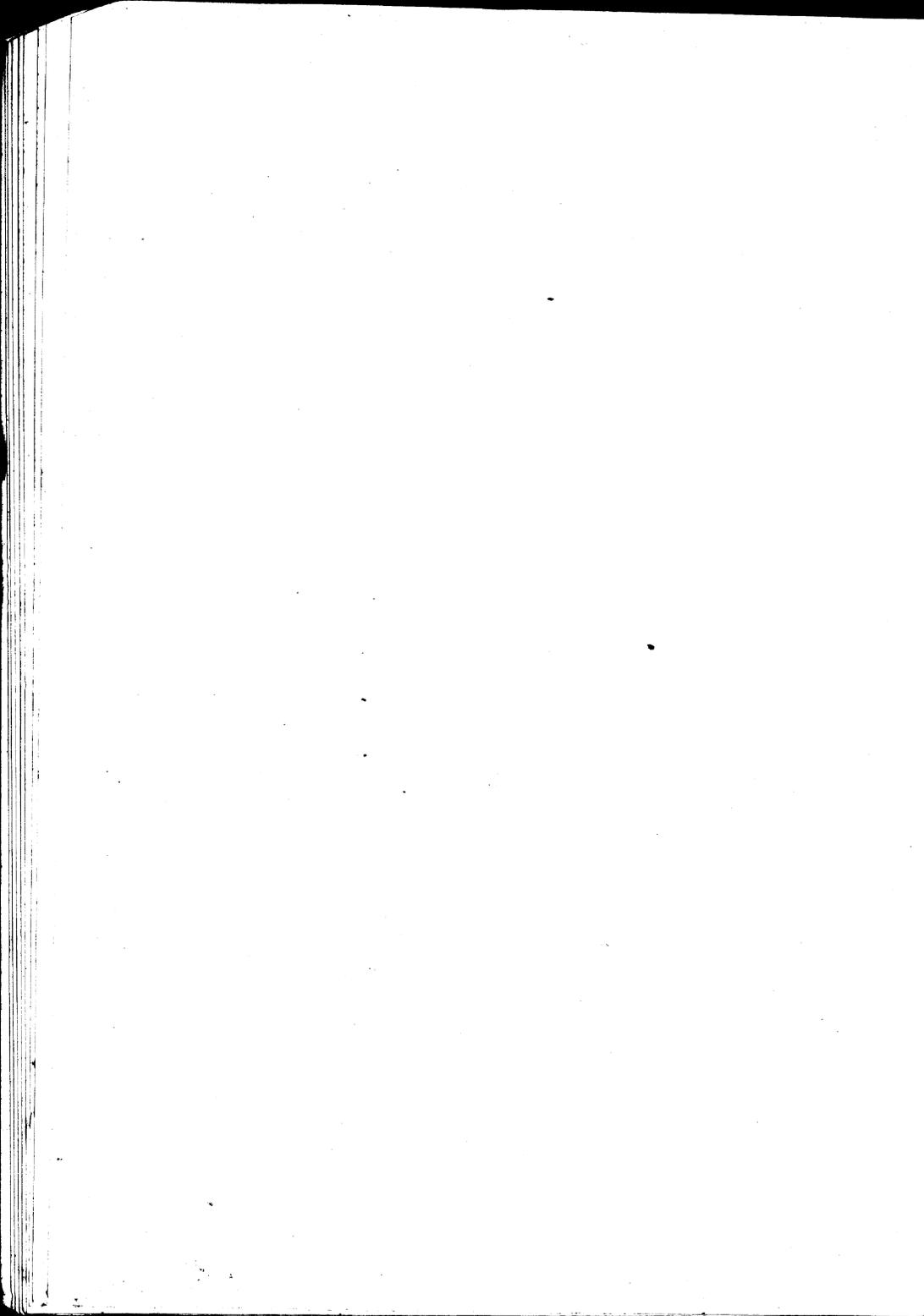
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	.. JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	.. JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	.. JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	.. LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	.. JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	.. JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	.. PATRICIO FLEMING
Clinica Neurológica.....	.. MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	.. JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Psiquiátrica.....	.. MARIANO ALURRALDE
Clinica Quirúrgica.....	.. BENJAMIN T. SOLARI
Patología interna.....	.. ANTONIO F. PIÑERO
Clinica oto-rino-laringológica.....	.. MANUEL A. SANTAS
» Psiquiátrica.....	.. FRANCISCO LLOBET
	.. MARCELIÑO HERRERA VEGAS
	.. RICARDO COLON
	.. ELISEO V. SEGURA
	.. JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
	" FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana.....	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALAROE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ALFREDO VITON
Materia Médica y Terapia.....	" JOAQUIN LIUMBHAS
Medicina Operatoria.....	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLAS V. GRECO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
» Epidemiológica.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
» Oftalmológica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" ENRIQUE B. DEMARIA
» Oto-rino-laringológica.....	" ADOLFO NOCETI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
Patología interna.....	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARIÑO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
Clinica Quirúrgica.....	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
» Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
» Pediátrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
» Ginecológica.....	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
» Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" JOAQUIN V. GNECCO
Medicina legal.....	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas...
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

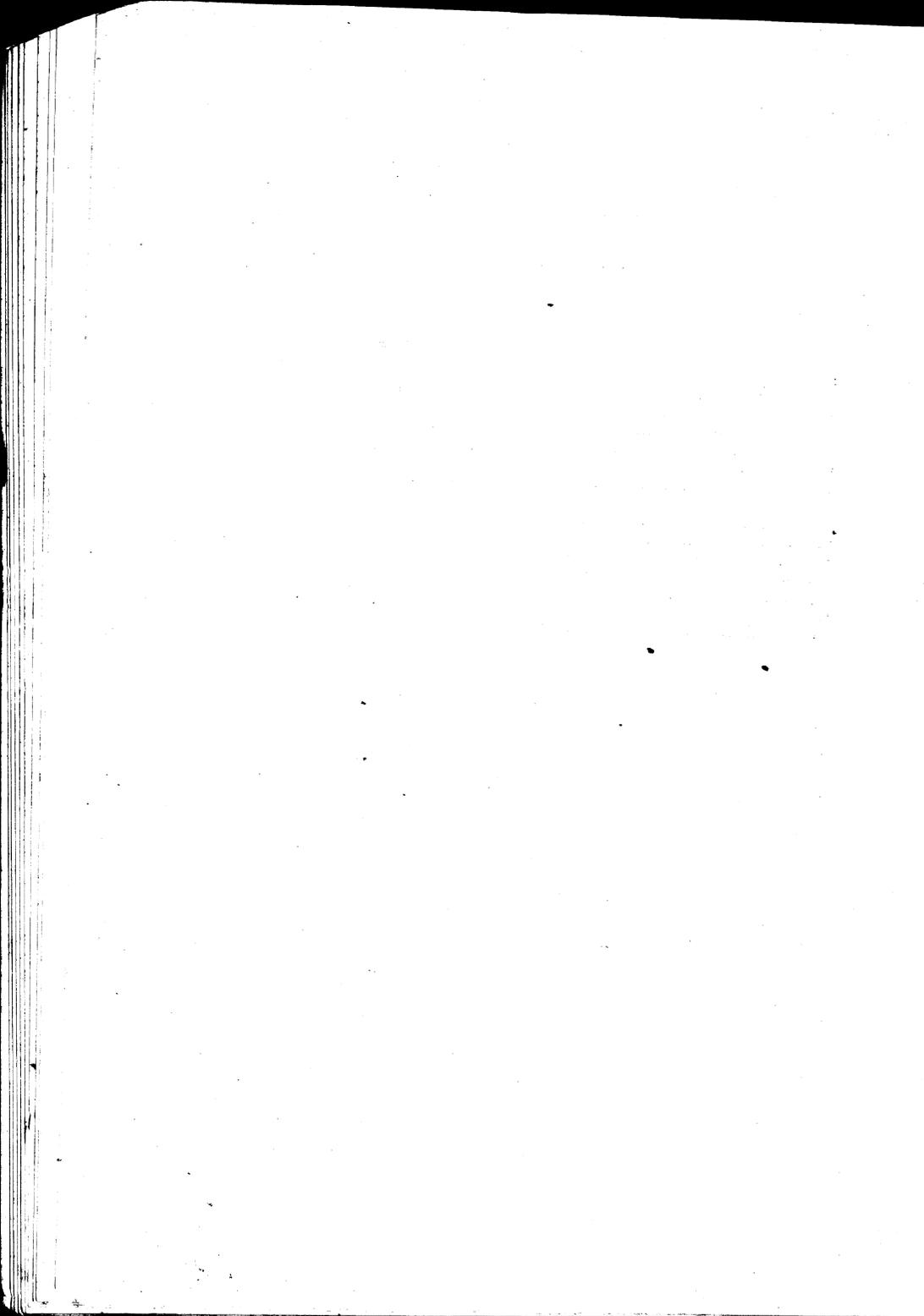
DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 SR. JUAN A. DOMINGUEZ
 Dr. JULIO J. GATTI
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
 „ PASCUAL CORTI
 „ OSCAR MIALOCK
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 „ LUIS GUGLIALMELLI
 DR. JUAN A. SANCHEZ
 „ ANGEL SABATINI

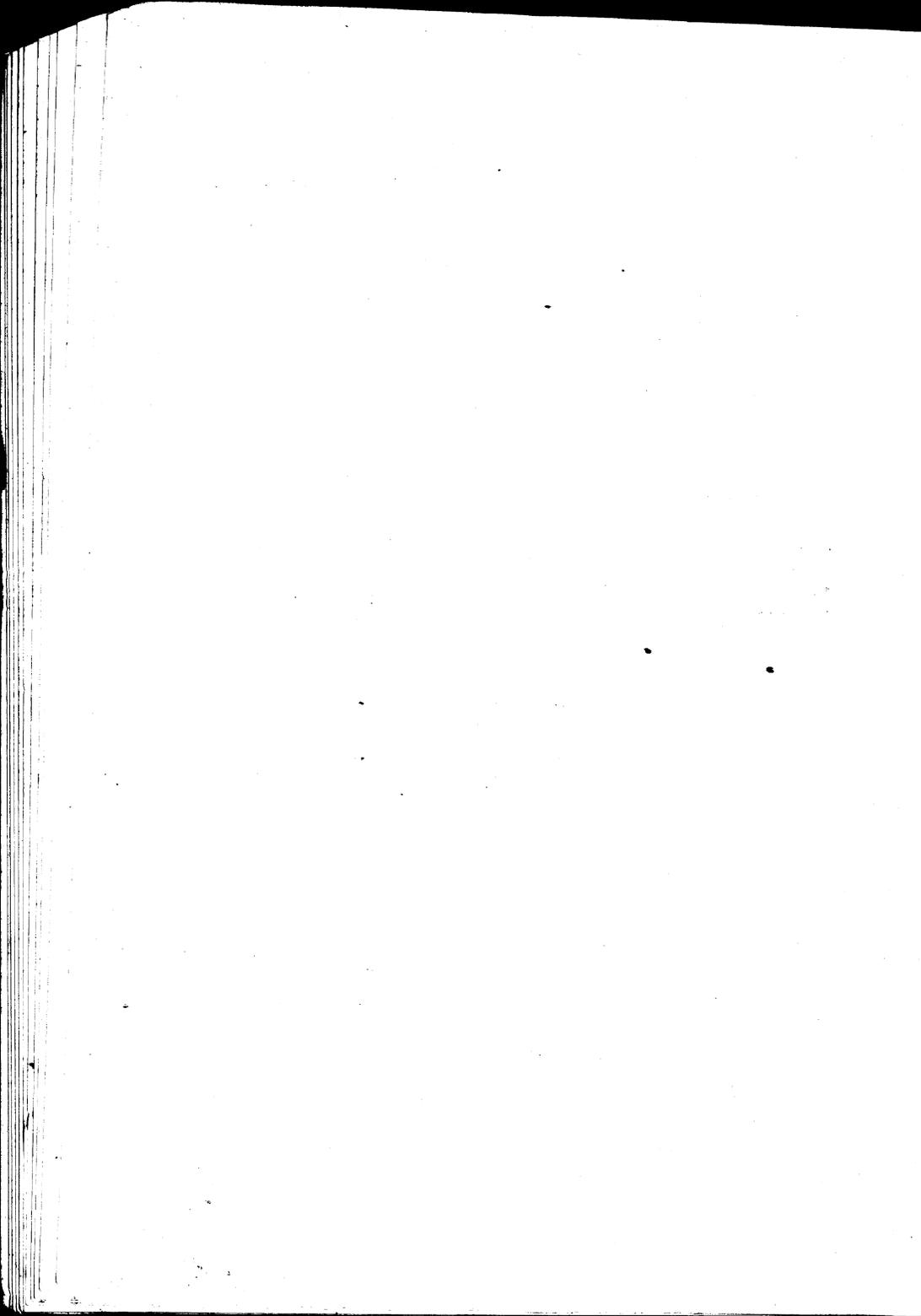


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	> LEON PEREYRA
3er. año.....	> N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

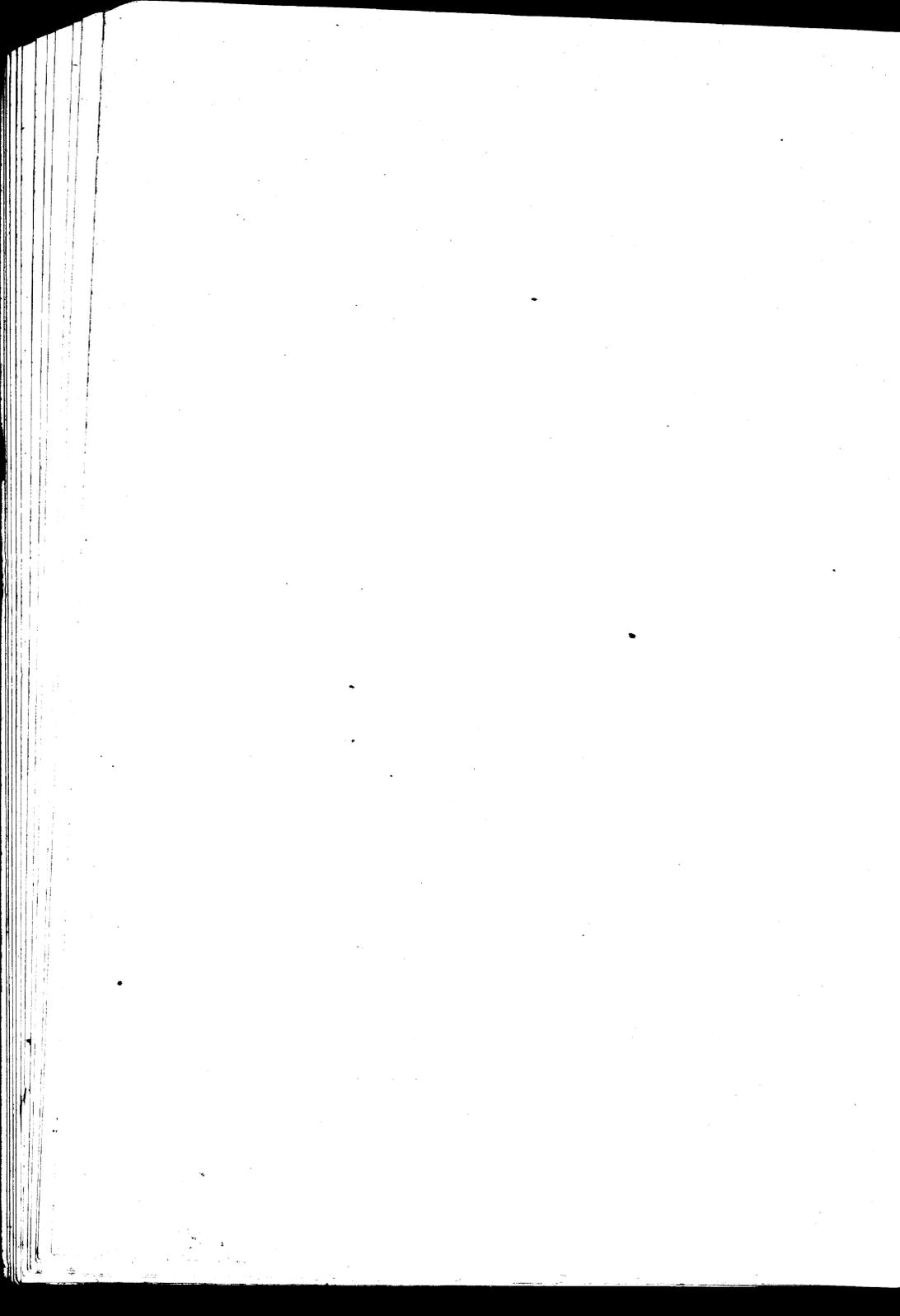
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO GABANNE
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)
,, JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

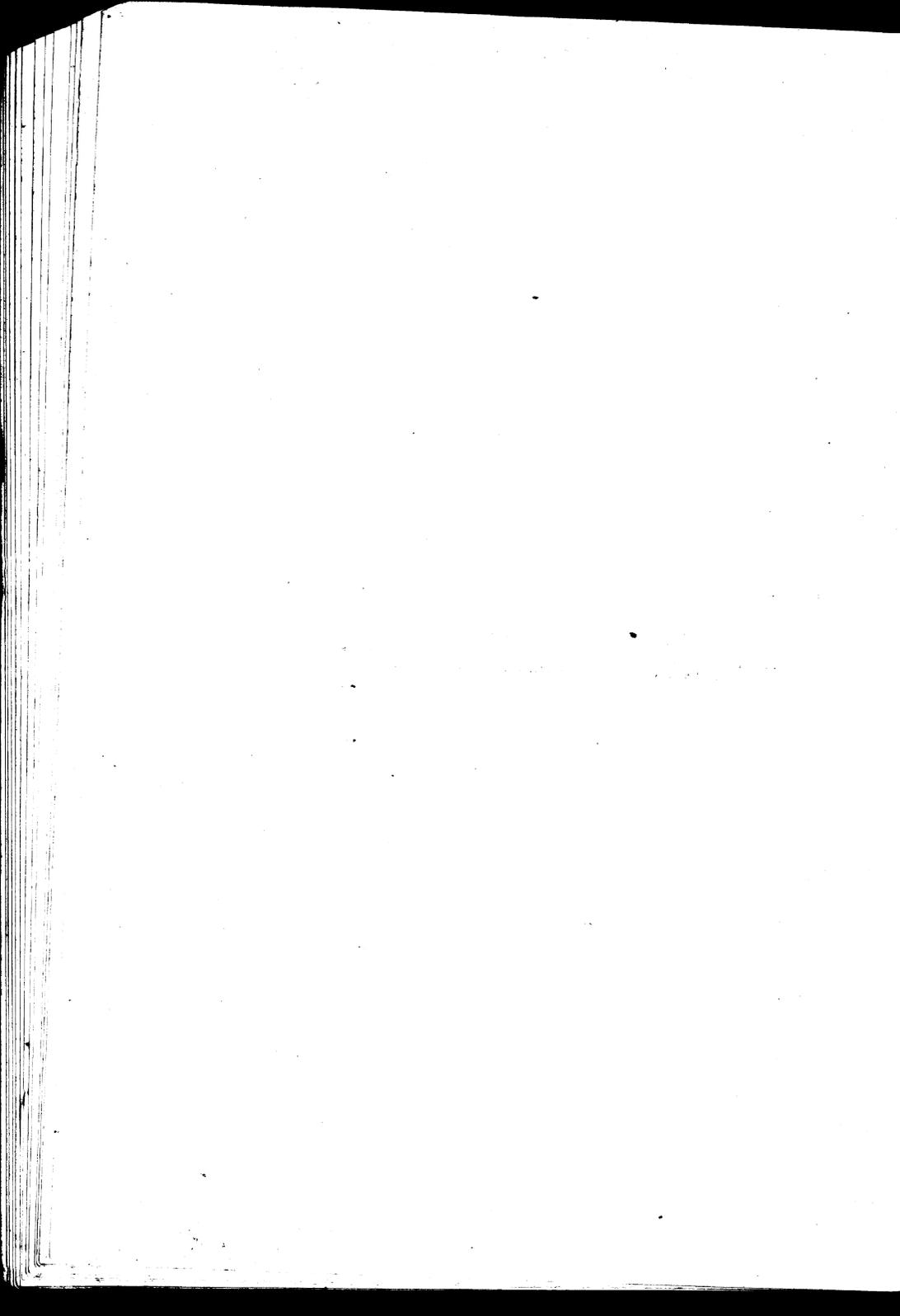
Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	Dr. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Dr. UBALDO FERNANDEZ



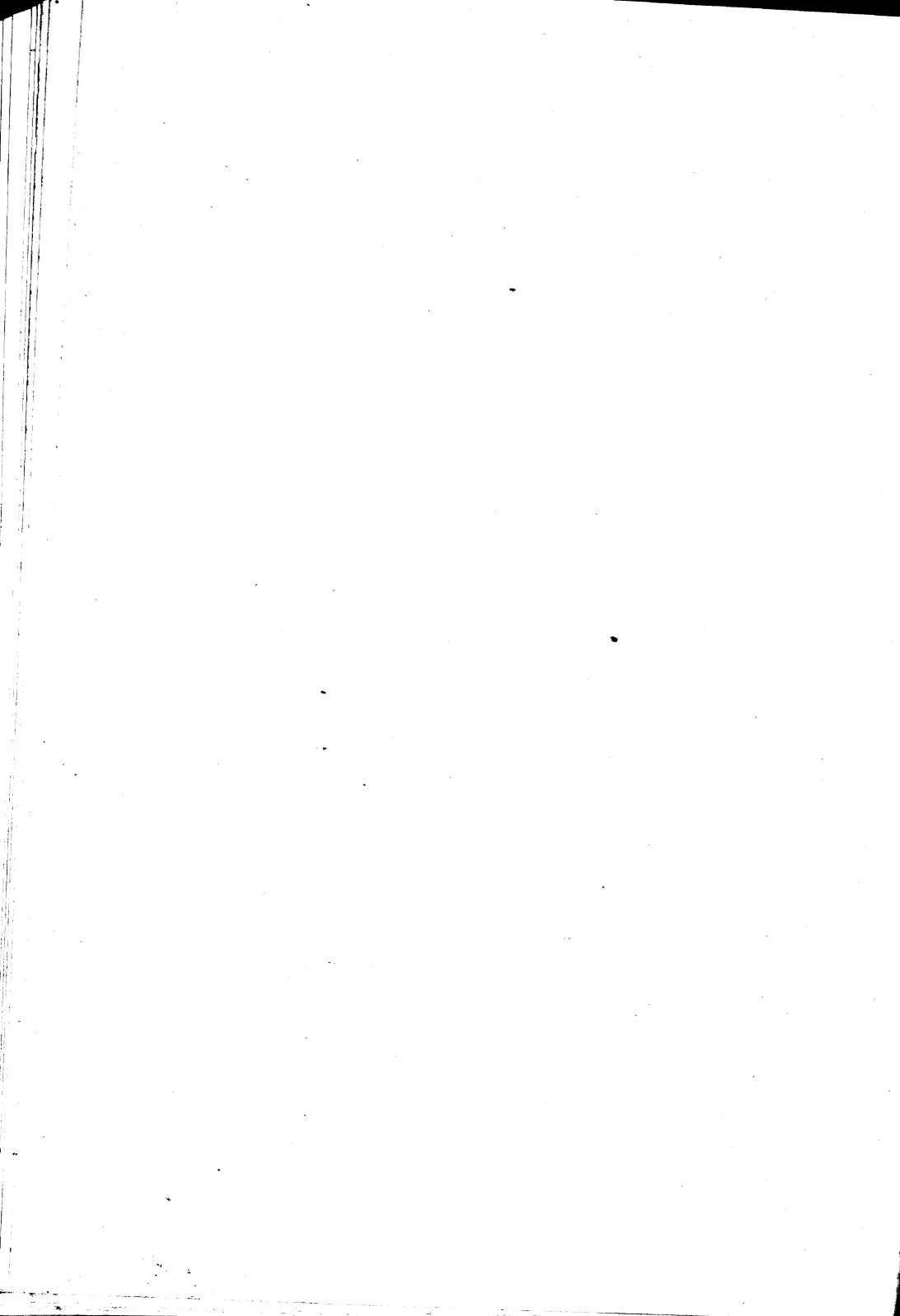
Padrino de tesis:

Doctor CARLOS R. CIRIO

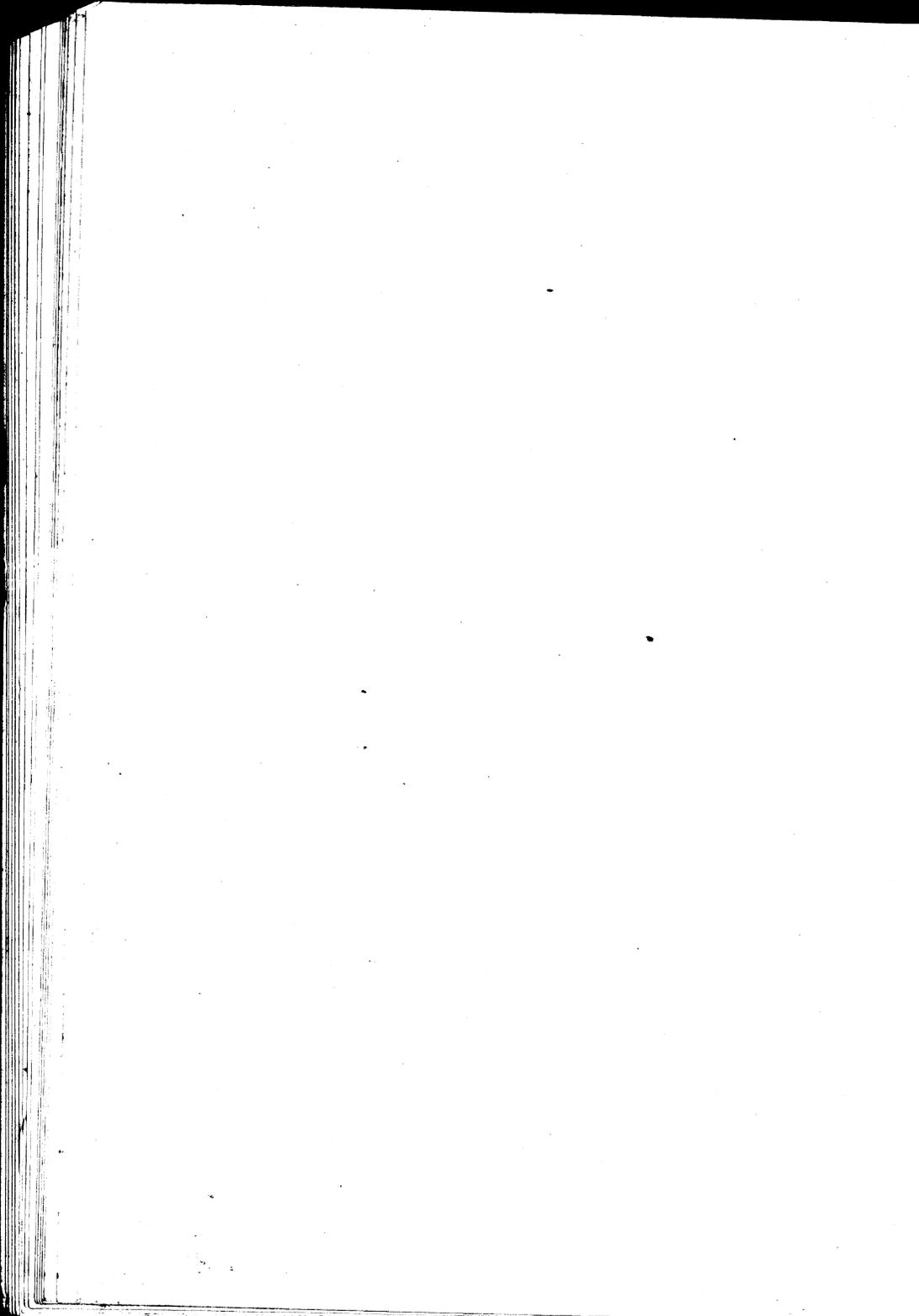
Profesor suplente de Ginecología en la Facultad de Ciencias Médicas
Jefe del servicio de la Sala VIII del Hospital Alvarez



A LA MEMORIA DE MI INOLVIDABLE PADRE

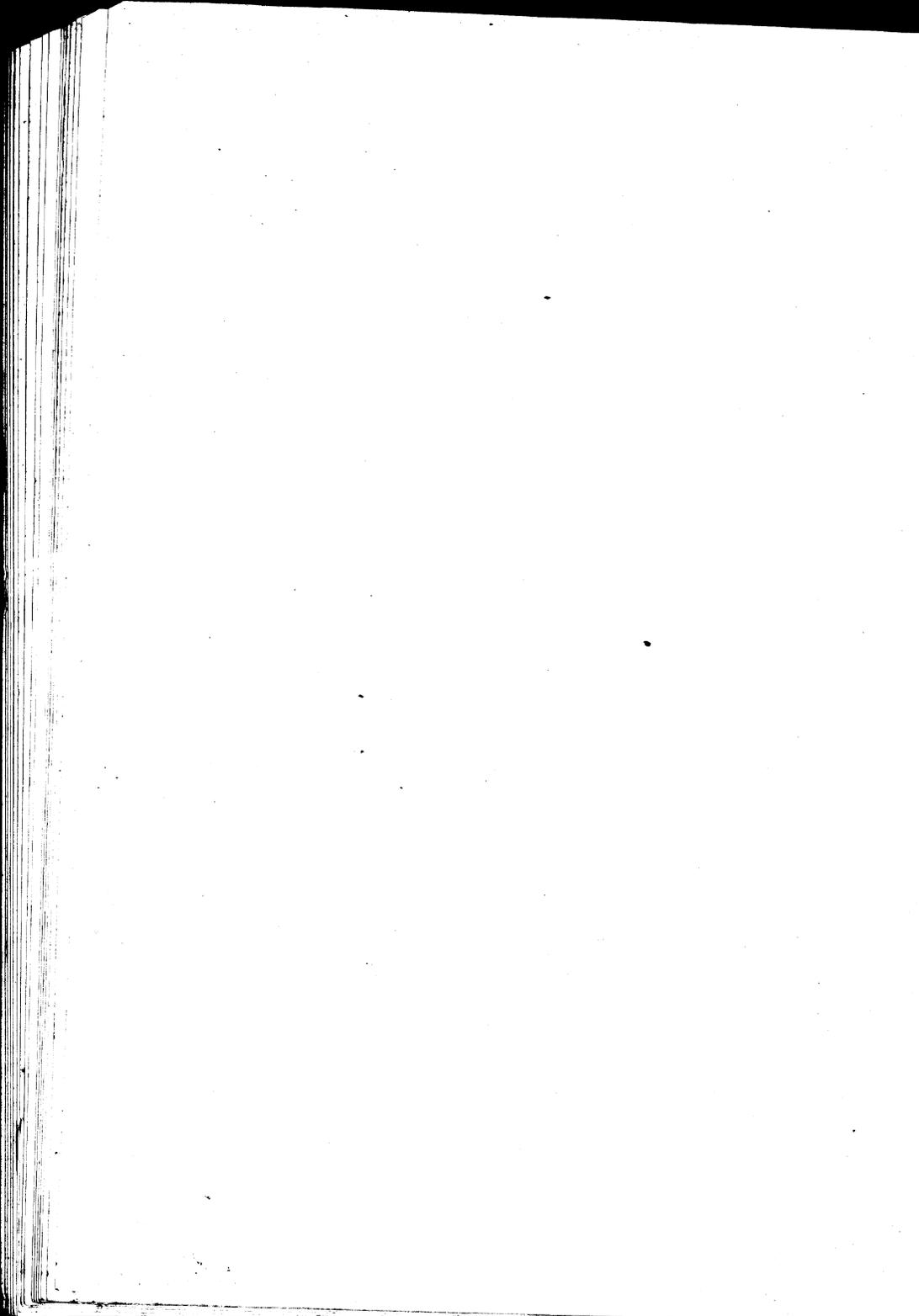


A MI QUERIDA MADRE

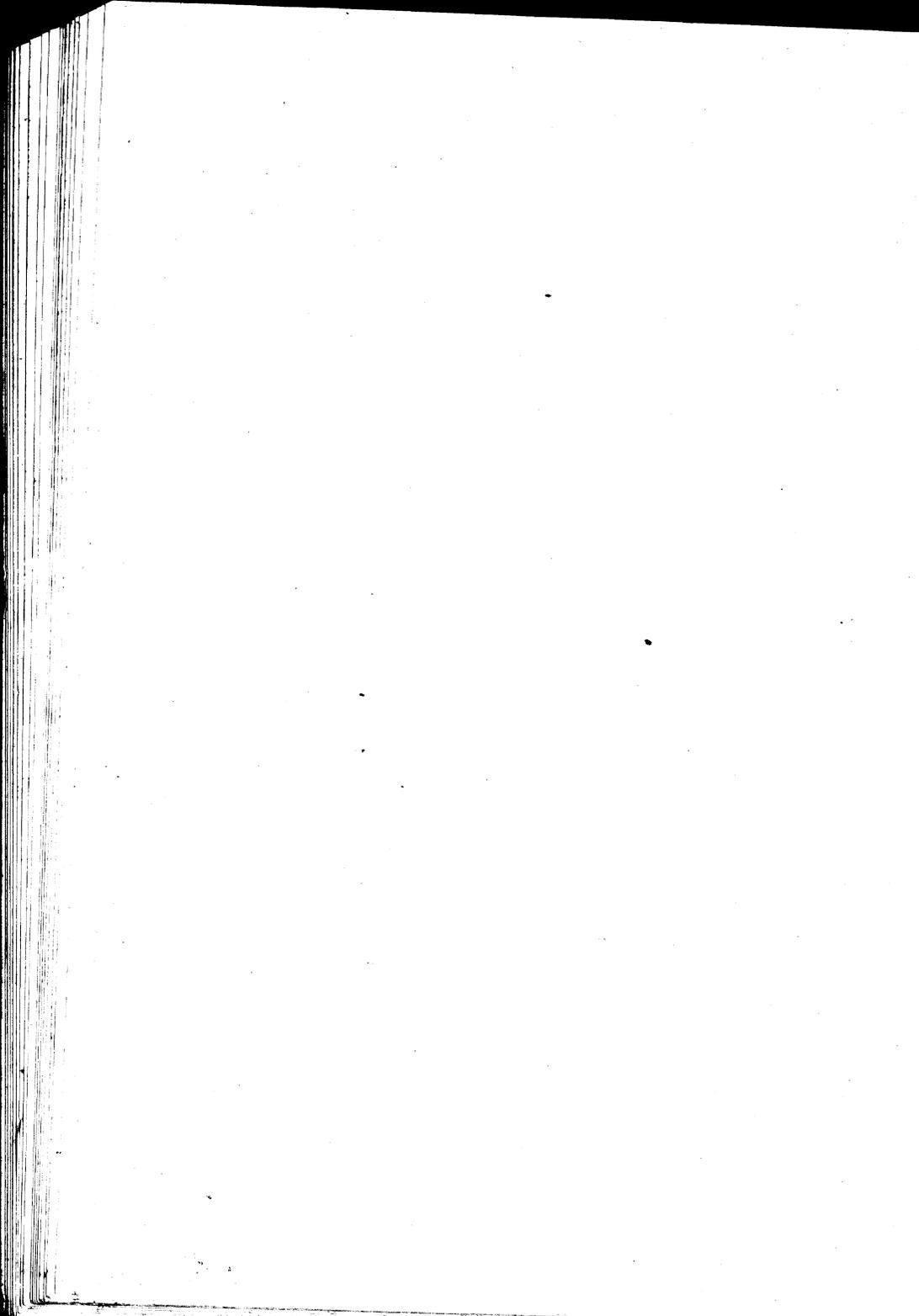


A MIS HERMANOS

CARIÑOSAMENTE



A LOS MIOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Con este trabajo que elevo a vuestra distinguida consideración, cumplo con el último deber que me impone la Facultad para optar al título de Doctor en Medicina.

Como el tema elegido versa sobre un nuevo procedimiento para el tratamiento de las retrodesviaciones uterinas, y como el tiempo no es el suficiente para completar el estudio sobre ciertos puntos relativos al resultado ulterior del nuevo método, os pido benevolencia.

Permitidme que al abandonar la Facultad, deje constancia de mi profundo agradecimiento hacia aquellos que supieron enseñarme con sus sabias lecciones, y templaron mi espíritu para saber luchar, con sus consejos.

Al doctor Luis Anselmo, el que me dió la mano en mis primeros pasos hacia la vida hospitalaria,

llevándome a su lado y enseñándome los preliminares que cimentaron mi preparación médica prácticamente : mi estima.

A mi distinguido maestro doctor Carlos R. Cirio, mi mayor reconocimiento por las atenciones que me ha dispensado, así como el honor de acompañarme como padrino de esta tesis.

A los jefes de clínica doctores Rodolfo Díaz Arana y Juan Carlos Rosignoli, que han colaborado en este trabajo : mi agradecimiento.

A los médicos internos de los hospitales Alvarez y Las Heras, doctores Santiago Chichizola, Juan C. Lamón, Carlos Preione, Camilo Trefogli, Ernesto Dallas y Juan Scarella, mi homenaje de agradecimiento por sus enseñanzas.

A mis compañeros de internado de los mencionados hospitales, llégueles el testimonio de mi sincero afecto.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS SOBRE ESTÁTICA UTERINA

Al comenzar el estudio sobre estática uterina, conviene antes poner de manifiesto ciertos datos anatómicos, que si bien no constituyen en sí conocimientos nuevos, realizan un preliminar obligado en esta clase de trabajos.

Sin ellos es imposible abordar este tema que, para continuarlo, necesita no sólo la disección prolija en el anfiteatro, sino que también los elementos suministrados por el cirujano, preciosos factores con los cuales se ha conseguido llenar claros, hasta ahora no incluídos en estudios de esta índole.

Una vez más la Anatomía ha necesitado, para dilucidar varios puntos de este capítulo, de los conocimientos de la Patología. Y así, pues (para ci-

tar uno de los numerosos ejemplos), como una poderosa guía ha sido en el estudio de los linfáticos los conocimientos sobre propagación del cáncer aquí, en el estudio de la estática uterina, los adquiridos por la Anatomía Patológica en las desgarraduras del periné, nos han servido para dilucidar ciertos puntos, con los cuales se han podido explicar, después, otros completamente oscuros sobre el rol anatómo-fisiológico de los elementos de sostén y orientación del útero.

Es indudable la importancia de este estudio : Conocer y darse cuenta cabal del rol que desempeñan estos elementos, es poseer la base indispensable sobre la cual debe hacerse después el estudio de los tratamientos ha instituirse en las afecciones que originan desviaciones en la matriz, satisfaciéndose así ese precepto fundamental en Terapéutica, que, el desideratum en todo tratamiento es atacar la causa del mal.

Procediendo de esta manera nos pondremos siempre a salvo de incurrir en errores, cuando las necesidades requieran nuestra actuación, sea como médicos, y más especialmente como cirujanos.

Pocos órganos de nuestra economía han suscitado mayores discrepancias de pareceres que el estudio sobre la posición que normalmente ocupa el útero en la excavación pelviana.

Esa diversidad de opiniones tiene su razón de ser, dada la gran movilidad que este órgano posee, para poder así evolucionar durante el embarazo, movilidad que no sólo se aprecia con maniobras digitales e instrumentales, tanto en el cadáver como en el vivo, sino que muchas veces, por el simple cambio de decúbito se realiza también, aunque no en las mismas proporciones, como asimismo también por la mayor o menor repleción de los dos reservorios contiguos, la vejiga y el recto.

Siendo pues la movilidad del órgano en cuestión la causa de ese desacuerdo de opiniones sobre su posición normal, justo es entonces que estudiemos a qué se debe esta inestabilidad del equilibrio uterino y hasta qué grado debe llegar este desplazamiento para no entrar en el terreno de lo anormal.

A nuestra manera de ver, dos son los factores que explican esa movilidad: su morfología y la manera de estar colocada en la excavación pelviana.

Morfológicamente la matriz es un cono, aplanado en el sentido ántero-posterior, cuya base mira hacia arriba y cuyo vértice, truncado, se insinúa en el interior de la vagina.

En él tenemos que considerar dos partes: el cuerpo y el cuello, separados por un ligero estrechamiento circular, llamado istmo, muy pronunciado

en el niño, algo más atenuado en el púber, y a veces totalmente desaparecido en las mujeres que han gestado. Existe cierta relación angular entre el eje mayor del cuerpo y el eje mayor del cuello, ángulo éste, más acentuado en las multíparas que en las nulíparas.

Es indudable que para no incurrir en errores, conveniente es estudiar este ángulo en órganos colocados en el individuo, pues la extirpación del útero exigiendo la sección de los ligamentos útero-sacros, elimina un factor que, unido a la falta de presión abdominal ejercida por el paquete intestinal, hacen desaparecer las condiciones que ocasionan esta incurvación normal anterior.

Y aún mismo así, puede uno hacer descripciones erróneas si trabaja con cadáveres en mal estado de conservación, pues el parénquima uterino y también su sistema ligamentario, entrando en un período de relajación, ceden a la acción de la gravedad, yéndose hacia atrás el cuerpo por el decúbito a que se ha sometido el cadáver, originándose un ángulo posterior que un tiempo Brane (*Topograph. Anatom. Atlas*, 1772), Claudius (*on the Position of the uterus*, *Med. Times and Gazeble*, 1865, página 5), Henle y otros, consideraron por este motivo como normal.

Es en el vivo donde uno puede apreciar mejor esta incurvación anterior, sea por el tacto vaginal o mejor aún, cuando el cirujano abre el vientre en circunstancias que nada de anormal haya en el útero y anexos.

Este ángulo de incurvación anterior, no debe nunca disminuir de 140° , pues entonces entraría en el terreno de lo patológico.

El hecho de poseer el útero este ángulo anterior, de ser su extremidad superior mucho más espesada y globulosa que la inferior, hacen comprender muy bien la inestabilidad que tiene que guardar en su equilibrio.

Pero aclararemos más el punto si pasamos a estudiar, como se encuentra colocado este órgano en la excavación pelviana.

En el fondo del infundibulum pelviano se encuentra el útero rodeado por un sistema ligamentario que no es suficientemente potente, por la laxitud de sus tejidos, para impedir, hasta un cierto grado, desviaciones en el sentido antero-posterior.

Veamos el rol de los ligamentos como medios de suspensión del útero y los medios de sostén del mismo.

Los ligamentos anchos, tanto el derecho como el izquierdo, representan verdaderos medios suspensores de la matriz.

Dispuestos en sentido vértico-transversal o sea frontal, y extendidos desde uno de los bordes del útero a la pared correspondiente de la excavación, permiten a la matriz movimientos antero-posteriores bastante extensos, pero oponiéndose a que ejecute movimientos de lateralidad.

Los ligamentos redondos, que constituyen unos cordones fibro-musculares delgados y largos, extendidos desde los cuernos del útero hasta los labios mayores, están dispuestos en un plano aproximadamente sagital.

Contribuyen a orientar la matriz en anteversión. Pero mientras que el papel que desempeñan los ligamentos anchos en la fijación del útero es admitido, el de los ligamentos redondos es muy discutido.

En cuanto a los medios de sostén del útero están representados por las expansiones fibrosas que envuelven los numerosos vasos del espacio pelvi-subperitoneal y que van a insertarse en parte en el istmo uterino ; por las conexiones íntimas o adherencias que unen la matriz a la vejiga y al recto por una parte, y al elevador del ano y al periné por otra.

El tejido celular pelvi-subperitoneal se condensa alrededor de los vasos que van a las vísceras y a las paredes de la pelvis, y de este modo da origen, así en la mujer como en el hombre, a la for-

mación de láminas fibro-vasculares que desempeñan un papel importante en la fijación de los órganos pelvianos.

Entre estas láminas hay dos que toman parte, más preponderante en el sostenimiento del útero: son las aponeurosis sacro-genito-pubianas izquierda y derecha.

Estas aponeurosis, dispuestas en un plano sagital y extendidas desde los agujeros sacros a los pubis, preséntanse en su parte anterior, es decir, desde el istmo hasta los pubis, como sumergidas en medio del tejido celular pelvi-subperitoneal. Y al contrario, en la parte posterior, es decir, desde el istmo hasta los agujeros sacro anteriores se desprenden de dicho tejido, levantan el peritoneo del fondo de saco de Douglas y forman dos repliegues, uno derecho y otro izquierdo, claramente visibles al mirar la cara intra-peritoneal de la excavación, repliegues que parecen dirigirse del útero al sacro, rodeando el recto: estos dos repliegues, constituidos por la parte posterior de las aponeurosis sacro-recto-genito-pubianas, no son otra cosa más que los ligamentos útero-sacros.

Las dos aponeurosis sacro-recto-genito-pubianas adhieren íntimamente, a derecha e izquierda, al recto, al istmo uterino, a la cúpula vaginal y a la base de la vejiga.

Convierten en cierto modo a estos órganos en solidarios uno de otro, y como por tra parte se insertan por detrás en el sacro (por intermedio de los ligamentos útero-sacros), por delante en los pubis y por abajo en el suelo pelviano, sostienen estos mismos órganos y los mantienen en posición: la prueba de ello la tenemos en el hecho de que cuando las aponeurosis sacro-recto-genito-pubianas han sido más o menos destruídas, por ejemplo, a consecuencia de los flemones del espacio pelvi-subperitoneal, el útero se desvía o prolapsa con la mayor facilidad, acarreando consigo la vejiga y el recto.

Entre las diversas partes de estas aponeurosis, la más resistente y por lo tanto la más importante, en su parte posterior, o si se prefiere decirlo de otro modo, los ligamentos útero-sacros.

Según J. L. Faure, la potencia de estos ligamentos útero-sacros es considerable: se oponen a la dislocación del ceullo hacia la sínfisis, y, en el curso de una histerectomía total es preciso cortarlos con tijeras, rasando el útero porque son lo suficiente sólidos para resistir tracciones.

La acción de todos los ligamentos es poderosamente ayudada, según nuestro entender por la disposición que adquiere el peritoneo en la cara anterior del útero.

Sabemos que a la cara posterior no sólo la tapiza en su totalidad, sino que va más lejos, pues llega hasta recubrir el fondo de saco vaginal.

A la cara anterior, solo en un tercio o poco más, la recubre, pasando directamente a tapizar la vejiga, sin formar un verdadero fondo de saco vésico-uterino, como se pretende describir en los libros de Anatomía.

Esta hoja peritoneal anterior, pues, se encuentra dispuesta como si estuviese ella manteniendo pegada las dos terceras partes inferiores de la cara anterior del útero a la posterior de la vejiga.

Normalmente no debe existir un fondo de saco verdadero, como hemos dicho ya, pues nosotros sostenemos que su existencia exagerada implica una anomalía que conducirá probablemente a una posición viciosa de la matriz, siendo indudablemente esta mala disposición congénita una de las causas que originan después muchas retrodesviaciones.

Incidido ese peritoneo en la línea de demarcación útero-vesical, la matriz adquiere mayor movilidad solo en el sentido ántero-posterior aumentando su trayectoria hacia atrás. No sólo en el cadáver se observa ésto.

Cuando en el curso de las hysterectomías se realiza este acto, como uno de los tiempos que es

de la operación, la movilidad que adquiere el órgano es tal, que simplifica en mucho la intervención.

Teniendo en cuenta lo que sostenemos respecto a la acción del peritoneo del fondo de saco véscico-uterino, en las retrodesviaciones es que se basa nuestro procedimiento.

CAPITULO II

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

El borramiento del fondo de saco vésico-uterino, bautizado para mayor brevedad por su autor, mi maestro el doctor Carlos R. Cirio, borramiento vésico-uterino, consiste en lo siguiente: Una vez hecha la laparotomía, siguiendo cualquiera de las técnicas corrientes y encontrándose la matriz en retrodesviación, se pasa la aguja cargada con catgut fino por un pequeño repliegue del peritoneo que recubre la vejiga, hecho al levantarlo con la pinza, este repliegue debe estar situado en la parte media, una vez pasado el hilo se toma otro repliegue de serosa situado también en la parte media, pero en pleno fondo de saco en forma de capitonaje, y por último, se pasa la aguja sobre la cara anterior del útero cerca de su base, tomando algo de tejido muscular, pues a veces puede desgarrarse el peritoneo; este

punto debe estar situado en la misma línea (fig. 1); anudándose sus cabos, el útero es arrastrado hacia adelante, desapareciendo el fondo de saco; este punto viene a constituir el primer tiempo de la intervención (fig. 2).

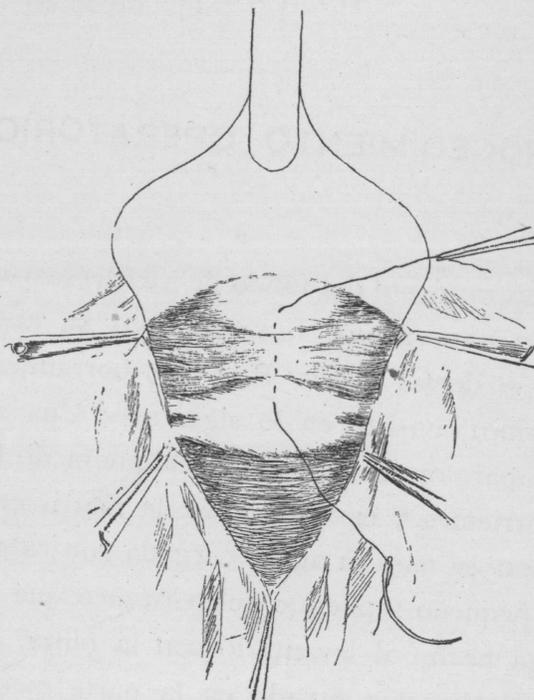


Figura 1

Al ser llevado el útero hacia adelante, a los lados, se producen pequeños infundibulos, que podrían tener sus inconvenientes post-operatorios, pues podría insinuarse un ansa intestinal trayendo en consecuencia una extrangulación interna; para evitar

eso y al mismo tiempo reforzar y establecer la posición definitiva y normal del útero, se hace un surjet a catgut fino (véase fig. 3).

Este surjet comienza en uno de los lados de la

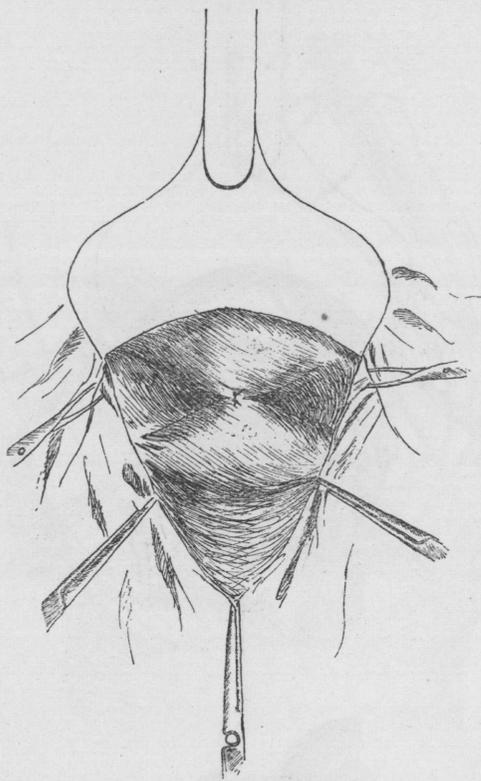


Figura 2

excavación pelviana tomando la porción de ligamento ancho comprendida por dentro y debajo del ligamento redondo y englobando a éste también, que es comprendido en la sutura, se lo adhiere al peri-

toneo parietal anterior; así se llega a la parte lateral del útero; con esta sutura se cierra el infundibulo existente en ese lado, de allí se continúa to-

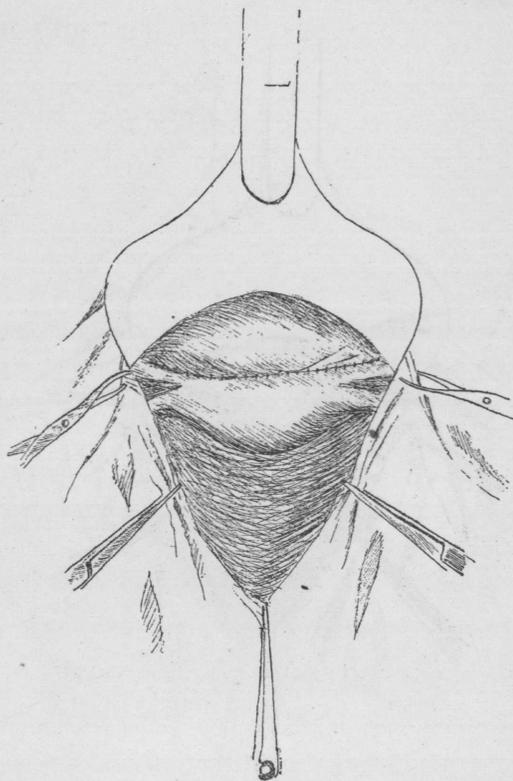


Figura 3

mándo peritoneo vesical y peritoneo uterino cerca de su base, dejando completamente libre a la porción intersticial de la trompa uterina.

Al llegar al otro lado se procede exactamente

igual, como acabamos de describirlo, a fin de cerrar el otro infundibulu.

Con esta técnica se hace desaparecer por completo el fondo de saco vésico-uterino, tomando el

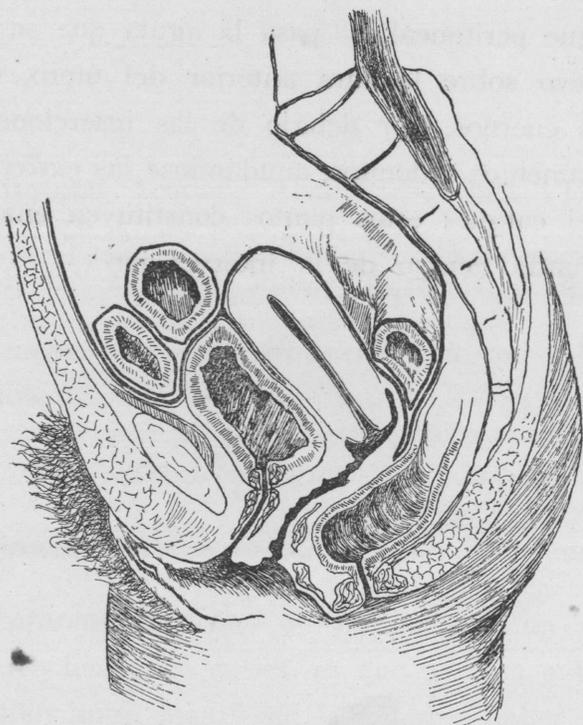


Figura 4

útero la posición normal, es decir, la anteversión (figura 4).

En algunos casos, cuando los infundibulos laterales son muy pronunciados, hacemos a los dos la-

dos del punto medio descrito como primer tiempo de la operación, otros dos puntos semejantes, para no dejar así, cuando se haga el surjet, cavidad alguna.

Para ésto se toma a los lados de la vejiga, otro repliegue peritoneal, se pasa la aguja que se lleva de nuevo sobre la cara anterior del útero, cerca de sus cuernos, por debajo de las inserciones de los ligamentos redondos, anudándose las extremidades del catgut; estos puntos constituyen entonces el segundo tiempo de la intervención.

OBSERVACION I

Hospital Teodoro Alvarez. — Sala VIII. —
Servicio del doctor Carlos R. Cirio.

M. B., 27 años, soltera, española, q. d.

Diagnóstico — Retroflexión fija con salpingitis doble.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sin importancia.

Enfermedad actual — Después de un aborto que tuvo hace seis meses, es que se nota enferma. Dos años antes manifiesta la enferma haber tenido otro aborto; no ha tenido parto a término; ambos abortos eran de dos meses y medio.

Después del último aborto tuvo fiebre, flujo abundante y amarillo, hemorragias profusas, fiebre y dolores en el bajo vientre localizados en ambas fosas ilíacas.

Examen ginecológico — Utero en retroflexión fija, con ambos anexos pegados en el Douglas y del grosor de un pulgar.

Operación (doctor Cirio, operador) — Laparotomía infra-umbilical mediana. Se sacan ambas trompas, conservándose íntegros los dos ovarios. Se corrige la retroflexión por nuestro procedimiento. La herida cierra por primera.

La enferma durante la primer semana acusó polaquiuria bien manifiesta, teniendo que orinar hasta 6 veces durante la noche.

Poco a poco esta sintomatología se desvaneció y al salir de la sala no orinaba durante la noche, y de día lo hacía en condiciones normales.

Examen post-operatorio — Utero en anteversión y anteflexión ligera, móvil, no dolorosa.

La movilidad que tiene, como su posición de equilibrio, es perfectamente normal.

OBSERVACION II

D. C., 28 años, soltera, española, sirvienta ;
entrada : 20 septiembre de 1915.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — No sabe qué enfermedades ha tenido en su infancia; su primera regla la tuvo a los 11 años, tipo 3/4, periódicas y sin dolores.

No recuerda haber tenido enfermedad alguna en la edad adulta, sino uno que otro resfrío.

Enfermedad actual — Dice la paciente que comenzó hace dos años, después de su primero y único parto, sin asistencia médica, habiéndose levantado a los tres días de haber parido. Desde entonces nota dolores en el bajo vientre, en las caderas, en los muslos, notando más tarde dificultad en el acto de la defecación. Flujo abundante de color amarillento; las reglas se restablecieron a los 7 meses, haciéndose periódicas y durándole de 4 a 5 días.

Dejó de criar hace 11 meses y las reglas comenzaron hacerse dolorosas, y abundantes, se adelantaban 8 y 10 días y se presentaban con coágulos.

Con esta sintomatología ingresa al Servicio.

Examen ginecológico — Desgarradura incompleta del periné; ligero prolapsos de las paredes vaginales; útero grande en retroflexión móvil, doloroso; anexos normales, pero caídos en el Douglas.

Operación (doctor Cirio, operador) — Septiembre 27 : Laparotomía infra-umbilical mediana de 8 centímetros. Se repone el útero con el hysterolalo, el cual es dado al ayudante y se hace el nuevo procedimiento o sea el borramiento del fondo de saco vésico-uterino.

Se le saca el apéndice y se cierra el vientre en tres planos.

Cicatriz por primera.

Durante los tres o cuatro primeros días hay un poco de disuria, habiendo buena capacidad vesical ; queda sin orinar toda la noche, los dolores en la micción desaparecen al quinto día.

Es dada de alta el 9 de octubre de 1915 en perfectas condiciones.

Diciembre 13 : La enferma nos hace una visita ; el útero está en anteflexión ; la única molestia que acusa es al concluir su micción, como si no hubiera vaciado bien la vejiga, orinando más a menudo que antes.

OBSERVACION III

M. G., 25 años, soltera, argentina, q. d. ; entrada : 20 de septiembre de 1915.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Ha tenido sarampión en su primera infancia, no recuerda haber padecido enfermedad alguna en la edad adulta.

Enfermedad actual — Manifiesta la enferma haber tenido hace 8 años su primer parto, teniendo consecutivamente una abundante hemorragia, tuvo dos partos más, a partir de los cuales se manifestaron dolores en cinturón raquialgia, cefalea intensa, habiendo llegado a tener que usar lentes creyendo en un defecto de la vista, pero su malestar no desaparece; tiene vértigos; ha enflaquecido bastante, hasta que en estas condiciones ingresa al Servicio.

Examen ginecológico — Utero en retroflexión, comprobándose el fondo del cuerpo uterino en el fondo de saco posterior.

Operación (doctor Cirio, operador) — Septiembre 29: Laparatomía infra-umbilical mediana de 12 centímetros, se llega a la cavidad abdominal, donde se observa muy bien por la inclinación de la mesa que el útero está oculto en la pelvis por las ansas intestinales, y flexionado hacia atrás como se constató en el tacto. Se hace borramiento vésico uterino. Se cierra la pared en tres planos.

Cicatriz por primera.

Ha tenido algunos dolores en el vientre pero bien tolerados ; no ha tenido vómitos ; hay un dolor a la micción, pero ésta no es frecuente ; no hay polaquíuria.

Octubre 1 : Se le da purgante ; no hay dolores en la micción ; orina cada 8 o 9 horas.

Hay capacidad vesical normal.

OBSERVACION IV

A. V. de S., 34 años, casada, q. d., argentina ;
entrada : 8 de octubre de 1915.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sin importancia.

Enfermedad actual — Ha tenido siete embarazos normales, comenzando ha sufrir después del séptimo de dolores irradiados en cintura y una puntada dolorosa en la región inguinal izquierda. Siente una sensación de peso en el hipogastrio. Ha tenido después de ese parto flujo abundante durante dos meses.

Ultimamente tuvo un aborto de un mes y me-

dio, hará de esto 3 meses, siendo atendida por una partera ; sufre cefaleas intensas.

Examen ginecológico — Haciendo pujar a la enferma aparece en la vulva la pared vaginal anterior. Al tacto el cuello se encuentra hacia arriba, no alcanzándose a palpar el cuerpo del útero.

Diagnóstico — Retroflexión y hernia urogenital.

Operación (doctor Cirio, operador) — Octubre 13 : Posición de Trendelèmburg.

Laparatomía mediana supra-umbilical de 15 centímetros. Gran pániculo adiposo. Se encuentra el útero desviado hacia atrás.

La operación se hace algo difícil, dada la dificultad con que toma la anestesia, haciendo la enferma grandes inspiraciones que provoca la salida de las ansas intestinales, ocupando así el campo operatorio. Se consigue tomar sin embargo pasado un momento y cambiada la étero-anestesia por la cloroformización, el útero con un histeróforo llevándosele hacia adelante. Previamente se ha colocado una gran valva, que toma la parte inferior de la incisión, y que además de ensanchar el campo, resguarda la vejiga. Esa valva se mantiene durante toda la intervención. Se hace borramiento del fondo

de saco vésico-uterino. Se cierra la cavidad abdominal sin poder tomar en el primer plano el peritoneo en toda su extensión, pues en la parte media se ha desgarrado.

No se deja drenaje. Se hace vendaje compresivo.

Es dada de alta el 27 de octubre de 1915 en perfectas condiciones.

Enero 8 de 1916: La enferma tiene un mes y medio de suspensión menstrual. Hay trastornos gástricos. Parece se trata de un embarazo. Se seguirá observando.

OBSERVACION V

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Carlos R. Cirio.

O. Z. de P., 30 años, italiana, casada ; entrada : Octubre 16 de 1915.

Retroflexión en útero grávido.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sin importancia.

Enfermedad actual — Comienza hace dos meses con dolores en ambas fosas ilíacas y en el em-

peine. Sensación de ardor y de peso, dolores ligeros cuando va de vientre. Es constipada; sufre de trastornos gástricos. Casada desde la edad de 18 años; ha tenido cinco embarazos normales con cinco hijos sanos.

Sus reglas que le aparecieron a los 14 años, han sido siempre regulares y periódicas, hasta hace cinco meses que comienzan a hacerse menos abundantes y desde hace tres meses se suprimen por completo.

Ha tenido siempre un ligero flujo que se ha hecho más abundante desde que comenzaron sus trastornos menstruales.

Examen ginecológico — Utero en retroflexión móvil; en gestación correspondiendo su tamaño a un embarazo de tres meses. Hay una desgarradura incompleta del periné.

Operación (doctor Cirio, operador) — Noviembre 3: Laparotomía infra-umbilical de Pfannestiel. Se repone al útero y se hace el borramiento vésico-uterino.

La paciente sigue en perfectas condiciones y el embarazo no se interrumpe, evolucionando la matriz fuera de la excavación pelviana, libre y móvil.

A los siete días se sacan los puntos, la herida cierra por primera.

OBSERVACIO VI

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Cirio.

A. C., 27 años, italiana, casada; entrada: 18 de noviembre de 1915.

Retroflexión móvil.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Ha sido siempre sana. Regló a los 14 años, siendo sus reglas indoloras y de regular abundancia; le duraban de 4 a 5 días. Se casó a los 17 años; ha tenido tres embarazos con tres hijos sanos, todos partos normales, no ha tenido abortos. El último parto lo tuvo hace dos años.

Enfermedad actual — Después de su último parto, comienza a sentir dolores en el hipogastrio y en la región lumbar, así como también grandes dolores abdominales.

No tiene flujo; tuvo fiebre. Las reglas se hicieron algo prolongadas, atrasándose a veces dos o tres días.

Examen ginecológico — Utero en retroflexión móvil.

Operación (doctor Cirio, operador) — Noviembre 22 : Laparatomía infra-umbilical. Se repone el útero y se hace el borramiento vésico-uterino. Cierra por primera, no presentando trastorno alguno del lado de la vejiga.

Es dada de alta el 12 de diciembre en excelentes condiciones.

La enferma vuelve el 11 de febrero de 1916. Se constata buena cicatriz. Utero en anteflexión móvil ; nos manifiesta que se encuentra perfectamente, pues todos sus males han desaparecido.

OBSERVACION VII

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Carlos R. Cirio.

J. D., 21 años, argentina, soltera.

Entrada el 10 de enero de 1916.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — No recuerda haber tenido enfermedad alguna. Regló a los 15 años, tipo 5/6, regulares e indoloras.

Enfermedad actual — Hace un año dice haber padecido de un ataque al hígado, después del cual comienzan, según la enferma, sus dolencias de parte de su aparato genital, pero eran sólo dolores que le aparecían con intermitencias y que no le impedían trabajar.

Sus menstruaciones que le aparecían con regularidad eran muy abundantes.

Hace tres meses esta sintomatología se hace más intensa, sus dolores se acentúan, obligándole a abandonar el trabajo y a guardar cama; eran dolores irradiados a la región lumbar. Sensación de peso al orinar y dolores al hacer sus deposiciones. Sus últimas reglas han sido sumamente dolorosas e irregulares.

Examen ginecológico — Utero en retroflexión móvil.

Operación (doctor Cirio, operador) — Enero 12: Laparatomía infra-umbilical mediana. Se hace borramiento vésico-uterino al mismo tiempo apendicectomía.

Al quinto día de la intervención, la enferma tiene temperatura y los bordes de la herida dolorosos e inflamados, se sacan dos puntos y fluye un líquido serosanguinolento fétido (hematoma supu-

rado) se drena y se continúan las curaciones planas hasta que cierra por segunda.

El 6 de febrero es dada de alta con su herida bien cicatrizada y el útero en posición normal.

OBSERVACION VIII

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Carlos R. Cirio.

N. R., 25 años, uruguaya, casada.

Entrada: 13 de enero de 1916.

Apendicitis y retroflexión móvil.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Ha sido siempre sana. Menstruó a los 13 años, tipo 5/6, indoloras, poco abundantes y periódicas. Se casó a los 22 años, no habiendo tenido embarazo, no ha tenido abortos. Se han hecho dilataciones de cuello de útero.

Enfermedad actual — Hace dos meses, después de unos días de inapetencia, diarrea y pequeños dolores en el vientre, tiene un ataque por la mañana, caracterizado por un fuerte dolor en todo el abdomen y que luego se localizó en la fosa ilíaca derecha, tuvo vómitos repetidos y ligera fiebre; fué

atendida por médico, el que le diagnosticó apendicitis, ordenándole ingresara al Hospital para ser intervenida.

Examen ginecológico — Utero en retroflexión móvil, estenosis de cuello.

Operación (doctor Cirio, operador) — Enero 19: Laparatomía infra-umbilical mediana. Abierto el peritoneo se nota el fondo del útero ocupando el fondo de saco de Douglas, siendo completamente libre; se hace borramiento vésico-uterino y apendicectomía.

Al 8º día se sacan los puntos y supura la extremidad inferior de la herida; se siguen curaciones planas y cierra por segunda.

Es dada de alta el 12 de febrero en buenas condiciones.

OBSERVACION IX

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Carlos R. Cirio.

J. J. de B., 33 años, italiana, casada.

Retroflexión móvil y hernia inguinal derecha.

Entrada: 19 de enero de 1916.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sin importancia.

Enfermedad actual — Comienza hace siete meses, con dolores en el hipogastrio, irradiados a la región lumbar con sensación de peso en el bajo vientre. Sus menstruaciones han sido siempre irregulares y dolorosas.

Hace un año y medio tuvo un aborto de tres meses.

Hace cinco meses tiene una hemorragia abundante que ella atribuye a otro aborto.

Después de éste ha seguido con dolores y flujo, se hizo lavajes que no le dieron resultado alguno.

Desde principios del corriente año nota que su hernia del lado derecho que tiene desde hace siete meses más o menos, le provoca dolores y tiene un tumor duro en la región inguinal por lo que quiere hospitalizarse.

Estado actual — Presenta en la región inguinal derecha un saco herniario que pequeñas dimensiones, que se nota bien a la palpación cuando la enferma permanece de pie.

Examen ginecológico — El tacto vaginal per-

mite palpar el útero en retroflexión móvil y grávido de unos tres meses.

Operación (doctor Cirio, operador) — Enero 21: Incisión mediana infra-umbilical. Abierto el vientre se encuentra escaso líquido en la cavidad peritoneal, el útero grávido en retroflexión móvil se repone y se hace borramiento vésico-uterino. Se cierra en cuatro planos. Luego con otra incisión aparte se opera la hernia que era inguinal y con saco pequeño, se extirpa éste y se hace reforzamiento de pared.

Las heridas cierran por primera, a los 7 días se sacan los puntos y es dada de alta el 6 de febrero.

Como está embarazada se sigue observando, no habiendo presentado hasta ahora trastorno alguno.

OBSERVACION X

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Carlos R. Cirio.

M. B., 28 años, italiana, casada.

Entrada: 22 de enero de 1916.

Retroflexión móvil.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — A los 15 años tiene un ataque de reumatismo poliarticular agudo. Regló a los 14 años, regulares, abundantes e indoloras que le duraban de 4 a 5 días.

Enfermedad actual — Comienza hace seis años después de un parto, con grandes dolores en el abdomen, sobre todo en el hipogastrio y región lumbar con irradiaciones a los muslos, ardor de estómago, etc. Sus menstruaciones irregulares en su cantidad y aparición, eran más o menos acuosas, otras con coágulos.

Hace dos años tiene un nuevo embarazo que aumenta su sintomatología, tiene vómitos repetidos dolores lumbares y en el hipogastrio.

El parto es normal y a término, después de éste sigue la enferma con debilidad y dolores.

Sus menstruaciones irregulares, escasas, adelantadas y dolorosas.

Examen ginecológico — Al tacto vaginal nos da la enferma un fondo de saco ocupado por el útero en retroflexión completamente móvil, en el resto de su aparato genital no se constata nada de anormal.

Operación (doctor Cirio, operador) — Enero 26: Laparatomía mediana infra-umbilical: Abierto el vientre nos encontramos con el útero caído en

el Douglas, que se consigue reponer perfectamente bien dado que no hay adherencias que lo impidan. Anexos sanos. Se hace borramiento vésico-uterino.

Después de la intervención la enferma no acusa ningún trastorno digno de mención. Se le sacan los puntos a los 7 días. Cierra por primera.

Es dada de alta el 6 de febrero.

OBSERVACION XI

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Carlos R. Cirio.

P. G., 21 años, española, soltera.

Entrada : 7 de febrero de 1916.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Regló a los 14 años, eran indoloras, poco abundantes y periódicas. No recuerda haber tenido enfermedad alguna.

Enfermedad actual — Hace un año y medio después de un parto, comienza su enfermedad con dolores en cintura, sensación de peso en el bajo vientre y en el hipogastrio, dolores lumbares y al efectuar el acto de la defecación.

Manifiesta haber tenido flujo abundante y en

cuanto a sus menstruaciones continuaron siendo periódicas, regulares y indoloras.

Padece de dolores en las espaldas, tiene un poco de tos desde hace tiempo y cree haber enflaquecido algo.

Examen ginecológico — Al examen ginecológico se encuentra el útero en retroflexión móvil; no hay dolor.

Operación (doctor Cirio, operador) — Febrero 7: Laparatomía infra-umbilical mediana de 8 centímetros.

Se hace borramiento vésico-uterino y se extirpa el apéndice.

Se cierra el vientre en cuatro planos sin drenaje.

Cierra la herida por primera, se sacan los puntos a los 7 días y la enferma se levanta a los 12.

Es dada de alta el 25 de febrero.

Al tiempo vuelve al consultorio, y examinada ginecológicamente, se encuentra su matriz en posición normal y bien móvil.

OBSERVACION XII

Hospital Teodoro Alvarez. — Servicio del doctor Carlos R. Cirio.

J. P., 23 años, argentina, casada.

Entrada : 10 de febrero de 1916.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Retroflexión adherente anexitis doble.

Antecedentes personales — En enero de 1915 tiene un parto distócico, después del cual empieza a sentir dolores en las caderas, en el abdomen y sensación de peso en el hipogastrio. Tenía abundante flujo. Las menstruaciones abundantes, con coágulos, dolorosas, adelantadas, llegaron a hacerse en este tiempo muy frecuentes, repitiéndole hasta tres veces en el mes. Le duraban ocho y diez días y se acompañaban de cefalea intensa y desfallecimiento.

En noviembre de 1915 hace una pleuresía izquierda, ingresando a este Hospital al Servicio de la sala II, de donde sale curada al mes de entrar.

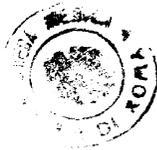
Estado actual — Mujer en buenas condiciones de nutrición y desarrollo. Abdomen plano, doloroso a la palpación, profundo en la fosa ilíaca derecha.

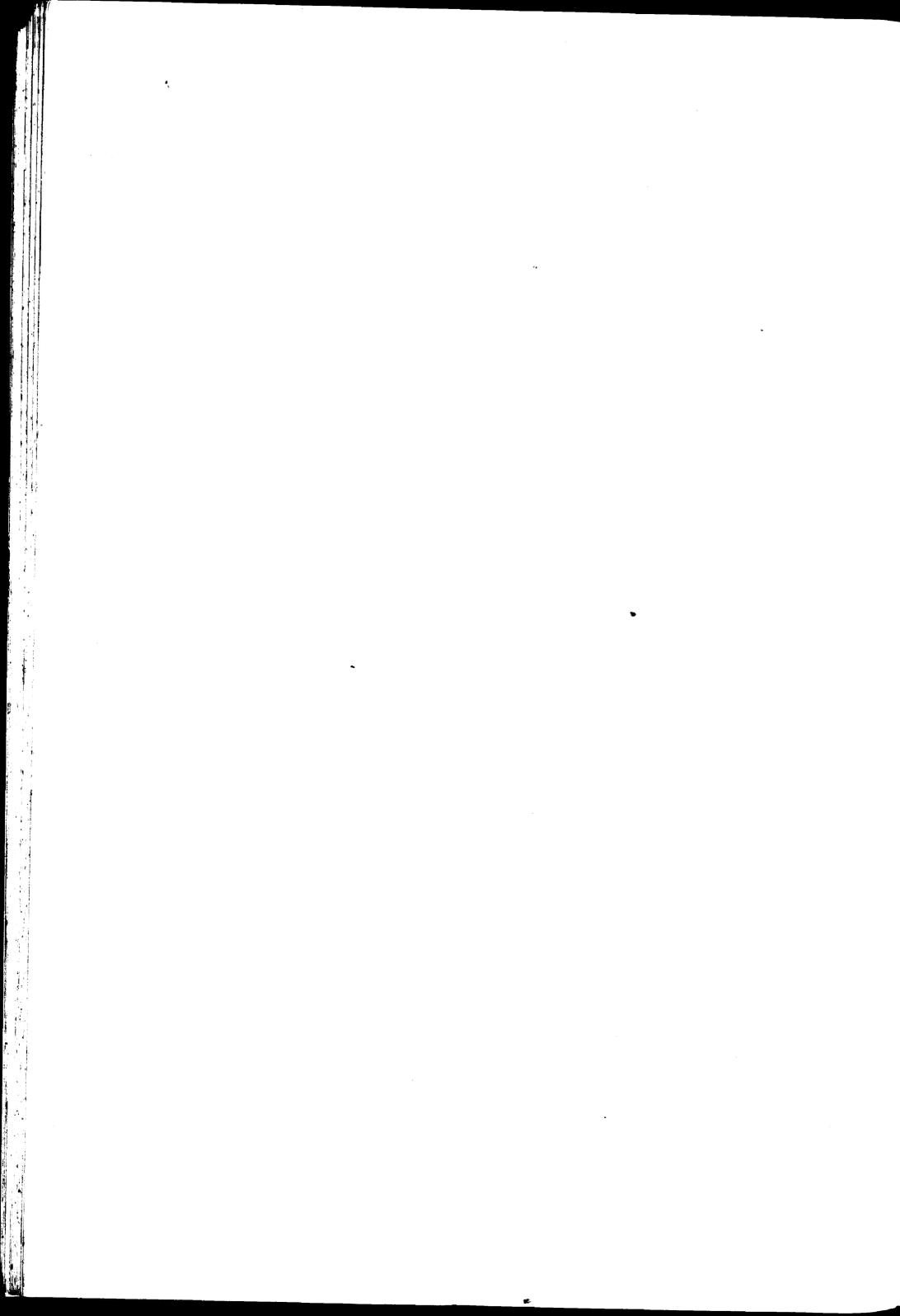
Examen ginecológico — Al tacto vaginal se palpa el cuerpo del útero en el fondo de saco posterior y se constata un proceso anexial doble.

Operación (doctor Cirio, operador) — Febre-

ro 14 : Laparatomía transversal : Se abre el vientre, se repone el útero desprendiendo adherencias, se hace borramiento vésico-uterino y salpingectomía doble. Se cierra el vientre en cuatro planos.

A los siete días se sacan los puntos. Cierra la herida por primera y es dada de alta el 2 de marzo.





CONCLUSIONES

Observando las enfermas así operadas, quince días después, haciendo examen ginecológico, constatamos que el útero está en una posición completamente normal, haciendo contraste con la que adquiere cuando se ejecuta cualquier otro procedimiento, sea de hysteropexia o neo-inserción de ligamentos redondos, con los cuales la anteversión que se adquiere es forzada, ocasionando en muchos casos fenómenos vesicales.

No podemos decir, hasta ahora, nosotros nada de esto, acerca del procedimiento en cuestión, pues si bien en algunas enfermas se ha visto inconvenientes por el lado de la vejiga, estos han sido inmediatos a la intervención, cesando a los 5 u 8 días después de practicada. Es para evitarlos y al al mismo tiempo que la distensión vesical no ocasione inconvenientes del lado de la sutura, que recomendamos colocar una sonda de Pezzer, la cual es

retirada una semana después. Como puede verse en las historias adjuntas, el procedimiento ha sido hecho también en dos embarazadas.

De los datos recogidos hasta el presente, sabemos que actualmente síguese sin inconveniente su gestación.

Acenca de cómo se producirá el parto, podemos adelantarnos manifestando que no encontramos motivos para que estos sean distócicos.

Debemos agregar al mismo tiempo que la enferma cuya historia lleva el núm. IV se ha embarazado después de la operación, encontrándose actualmente en el 4º mes.

Abraham González Mujica.

Buenos Aires, Marzo 21 de 1907

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

E. BAZTERRICA

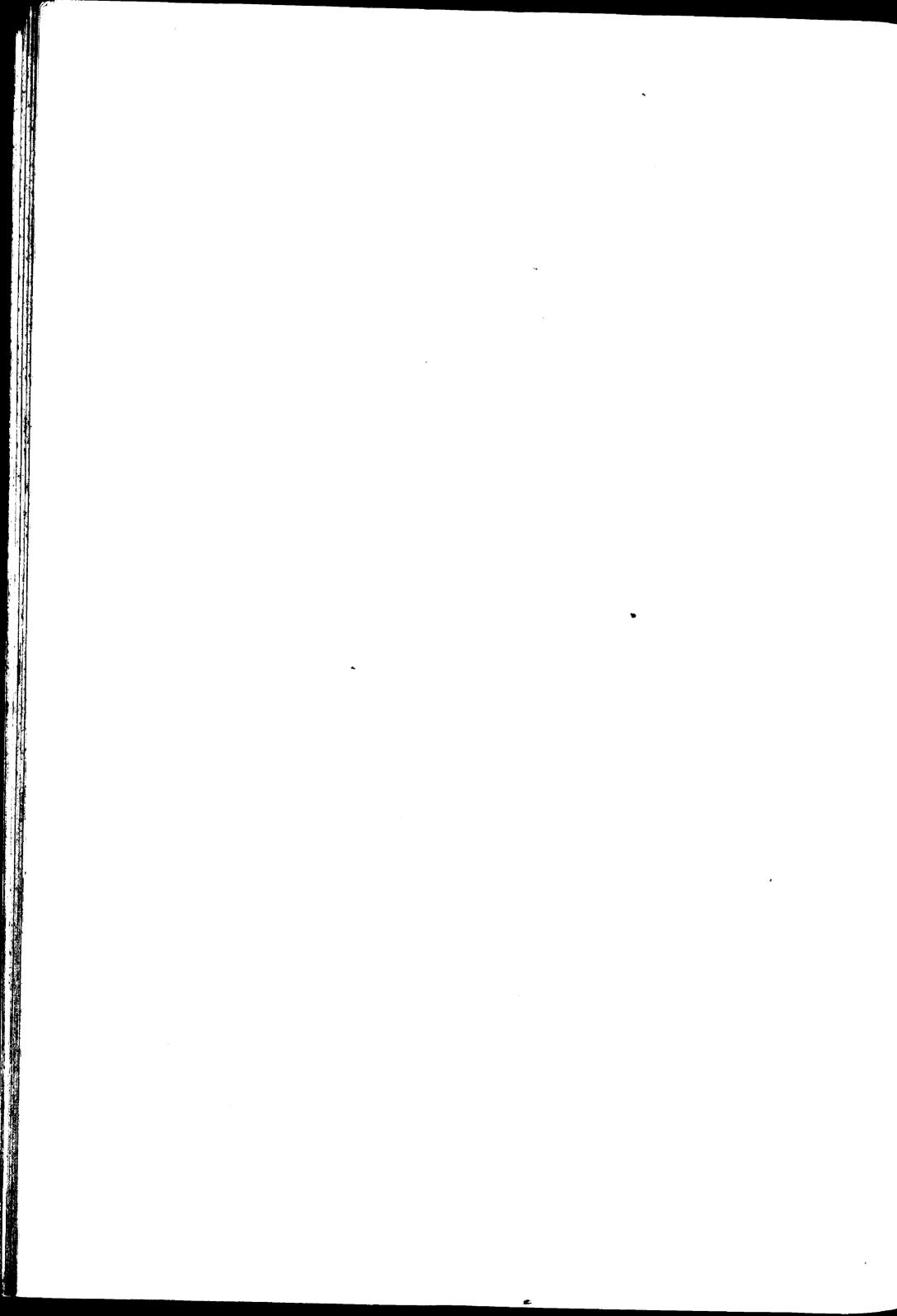
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 4 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3071 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Paralelo entre los distintos procedimientos operatorios para corregir las retrodesviaciones.

José Arce.

II

El acortamiento de ligamentos redondos por el procedimiento Polloson-Pelanda.

Lucio Durañona.

III

¿Tiene alguna importancia el volumen del útero para la elección de la intervención a ejecutar?
¿Cuáles son las medidas de los úteros, de las mujeres operadas, cuyas historias presenta en la tesis?

Indicaciones y contraindicaciones del procedimiento del profesor Cirio.

O. Bottaro.

