



Año 1916

Núm. 3120

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento de las Retroflexiones Uterinas

Por el procedimiento de Pollosson y Pellanda

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDMUNDO SALINER

Ex-ayudante ad honorem del Laboratorio de la Casa Central (1910)

Ex-practicante menor interno ad honorem del Hospital T. Alvarez (1912-13-14)

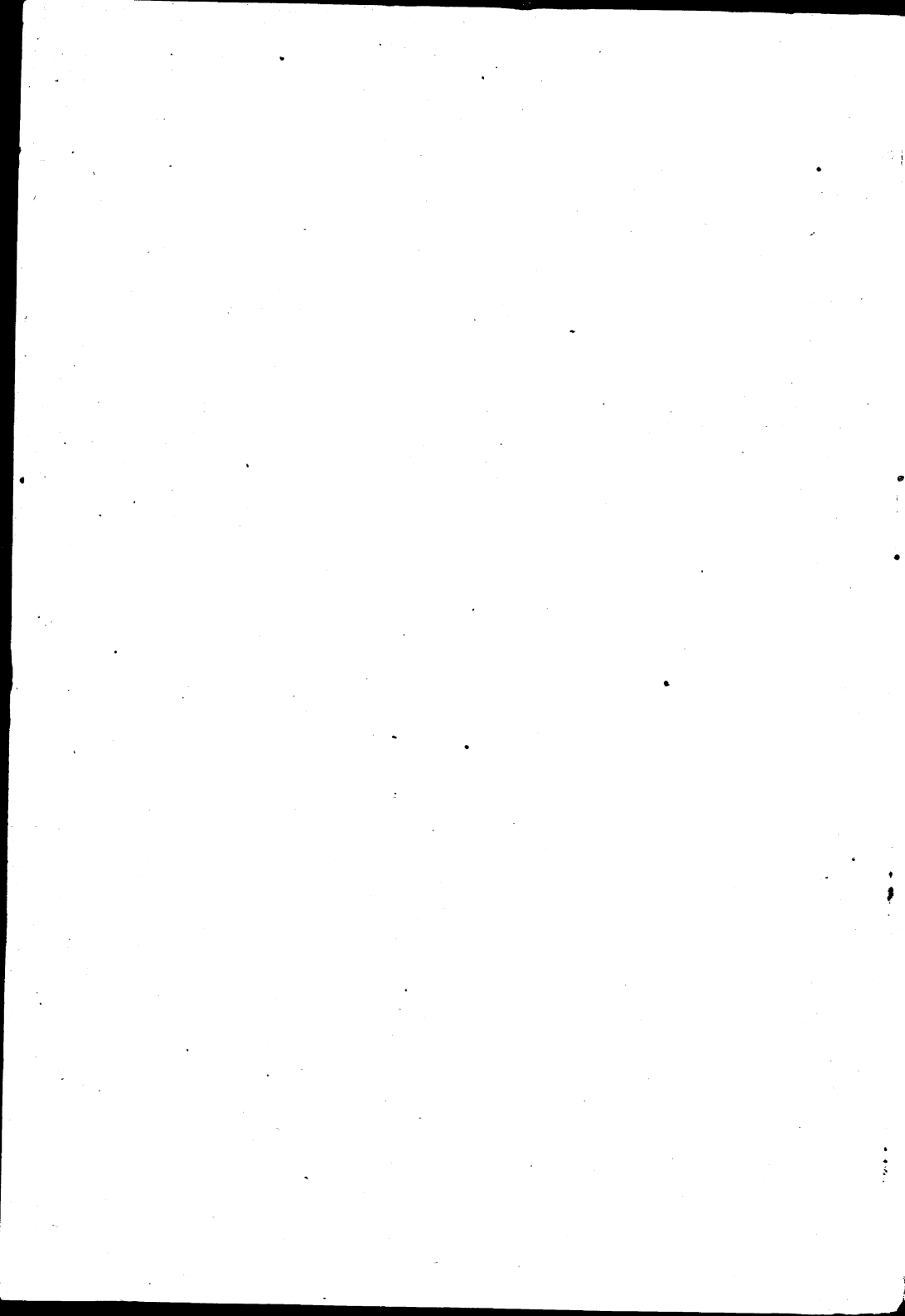
Ex-practicante menor interno ad honorem del Hospital J. A. Fernández ('915)

Ex-practicante mayor interno rentado del Hospital Las Heras (1915-16)

"LAS CIENCIAS"

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





Tratamiento de las Retroflexiones Uterinas

Por el procedimiento de Pollosson y Pellanda

Año 1916

Núm. 3120

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento de las Retroflexiones Uterinas

Por el procedimiento de Pollosson y Pellanda

==

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDMUNDO SALINER

Ex-ayudante ad honorem del Laboratorio de la Casa Central (1910)

Ex-practicante menor interno ad honorem del Hospital T. Alvarez (1912-13-14)

Ex-practicante menor interno ad honorem del Hospital J. A. Fernández (1915)

Ex-practicante mayor interno rentado 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. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------|
| 1. | » | » | EUFEMIO UBALLES |
| 2. | » | » | PEDRO N. ARATA |
| 3. | » | » | ROBERTO WERNICKER |
| 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. BORRI |
| 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 MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACABERA
» » 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	» JOAQUIN LOPEZ 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 MALBRAN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELANO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica 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.....	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» 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
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	" JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	" JOSE BADIA
Clinica Médica.....	" JOSE F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Neurológica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	" JOSE 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
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" RICARDO COLON
	" ELISEO V. SEGURA
	" JOSE T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO GALLI
	FRANK L. SOLER
	BERNARDO HOUSSEY
	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	BENJAMIN GALARJE
	FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	MANUEL V. CARBONELL
	CARLOS BONORINO UDAONDO
	ALFREDO VITON
Anat. Patológica.....	JOAQUIN LLAMBIAS
	ANGEL H. ROFFO
Materia Médica y Terapia.....	JOSE MORENO
Medicina Operatoria.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
	CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	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
» Oto-rino-laringológica.....	ENRIQUE B. DEMARIA
	ADOLFO NOGETI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARL O
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LEON A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica.....	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHITRO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO E. LANZIVAR
	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
» Ginecológica.....	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ALFREDO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGE
» Obstétrica.....	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOC
	ENRIQUE A. BOERO
	JOAQUIN V. GRECCO
Medicina legal.....	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA

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. DOMINGUEZ
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 » OSCAR MIALOCK
Farmacognosia y posología razonadas....	
Física farmacéutica.....	
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MESIGOS » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica	
Química inorgánica.....	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 CABANNE
" 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 LUCIO DURAÑONA

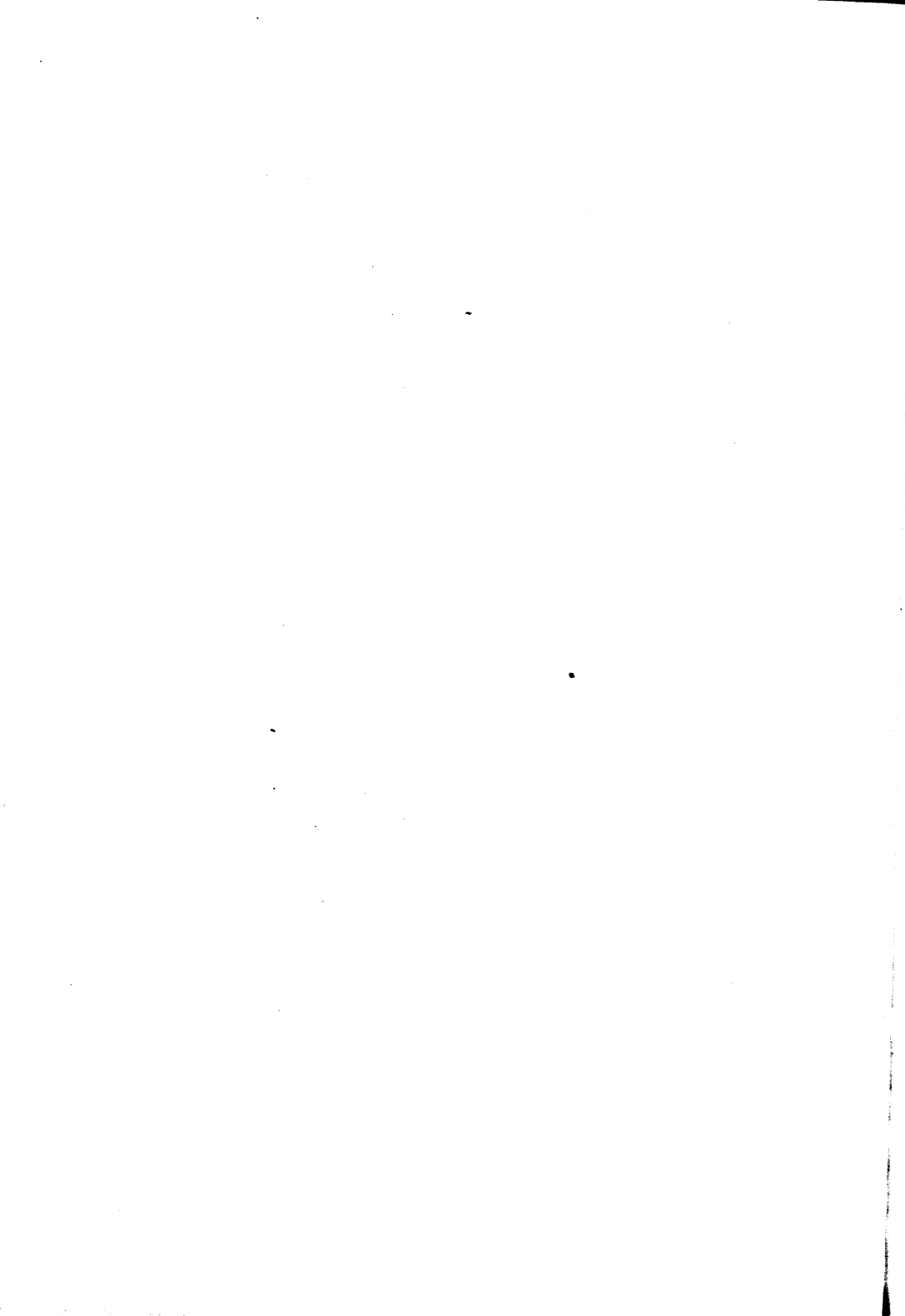
**Profesor de Botánica Médica en la Facultad de Ciencias Médicas
Jefe del Servicio de la Sala IV del H. J. A. Fernández**

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI QUERIDA MADRE

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al terminar mis estudios universitarios, elevo a vuestra consideración este pequeño trabajo que sirve para cumplir con el último requisito que la Facultad impone al separarme de ella.

Como veréis al leerlo, está exento de toda originalidad, pues es la exposición de un procedimiento quirúrgico, ginecológico, que el Dr. Lucio Durañona ha ideado y puesto en práctica en la Sala IV del Hospital J. A. Fernández, desde 1909, y que hace poco se ha publicado con el nombre de Pollosson y Pellanda.

Al retirarme de esta Facultad, debo agradecer a todos mis profesores que con sus lecciones y consejos han formado mi criterio médico.

A mi maestro Dr. Lucio Durañona, que me ha proporcionado el tema de tesis y que me honra acompañándome en este momento como padrino de la misma, mi mayor reconocimiento.

Al Dr. José C. Silvani, que ha encaminado mis primeros pasos de estudiante, mi más profundo agradecimiento.

A los Dres. Joaquín V. Gnecco y Luis A. Tamini, quienes han contribuido a formar mi criterio práctico, mi gratitud.

Al Dr. Dainel A. Rojas, que me ha facilitado algunas historias clínicas, gracias.

A mis compañeros del Hospital T. Alvarez, Juan A. Fernández y Las Heras, con quienes participé momentos de alegría y tristezas que siempre acompañan a la vida en común, pero que a pesar de todo es tan amena, un recuerdo cariñoso.

A Emilio Mazzoleni, Cristóbal T. Pita, Héctor de Kemmeter y Alberto Sanguinetti, por los afectos que me unen.

CAPITULO I

Procedimientos quirúrgicos

Son numerosos los procedimientos quirúrgicos que han sido puestos en práctica, para el tratamiento de las retrodesviaciones uterinas.

Hay dos vías de acceso: la vaginal y la abdominal.

La primera es una vía que tiene sus partidarios, pero no es la generalmente usada, pues da menos campo de acción, los órganos no se ven bien y por lo tanto el tratamiento de las lesiones no puede ser tan perfecto y necesita un personal adiestrado; la segunda es la vía preferida, pues la antisepsia es mejor hecha, da más campo de acción, los órganos genitales son bien visibles; hay, por lo tanto, posibilidad de tratar las lesiones en la mejor forma y de corregir en mejores condiciones la retrodesviación; en cuanto a los peligros imputados a esta vía, hoy no se deben tener en cuenta casi, pues la buena

antisepsia de la enferma, operador y ayudante y la asepsia de los instrumentos, impiden las infecciones llevadas del exterior, al peritoneo; la eventración se impide por una buena sutura de todos los planos y hasta se ha llegado a hacer incisiones estéticas, como veremos al describir más adelante los procedimientos.

En ambas vías, existen procedimientos directos e indirectos, vale decir, procedimientos que fijan el músculo uterino, a la pared directamente o a la vagina, y procedimientos que actúan sobre los ligamentos redondos, anchos y útero sacros, o sean procedimientos indirectos que se hacen también por ambas vías.

Hoy día se prefieren los procedimientos indirectos que abren el peritoneo, hechos por vía abdominal y que obran sobre los ligamentos redondos especialmente, pues son los que impiden que el útero caiga de nuevo en retrodesviación. Hay otros procedimientos llamados plásticos que, teniendo en cuenta que en la retroflexión la cara anterior del útero es la más larga, tratan de acortarla, ya sea sacando una cuña muscular o poniendo puntos sobre esta cara.

Para hacer una descripción con método de los distintos procedimientos quirúrgicos, he copiado de la tesis del Dr. Alberto Valdez (1915), el cuadro sinóptico que va a continuación y a los cuales he agregado otros procedimientos.

HISTEROPEXIAS INDIRECTAS

VIA ABDOMINAL	Operaciones sobre el ligamento redondo	Acortamiento extra-peritoneal	Proc. de Alquié, Alexander, Adams » » Casati » » Duret » » Doleris » » Segond » » Edebohls y Newmans » » Chalot » » Kocher » » Gottal » » Javara, Lapeyre » » Franklin Martin » » Carpenter » » Foschino » » Arce J.
		Acortamiento intra-peritoneal	Proc. de Baldi Dartigues » » Wilye » » Ruggi » » Bode » » Polk » » Duddley » » Matew-Mann » » Beck » » Bazterrica » » Doleris-Richelot » » Doleris » » Bardescu » » Caballero » » Spaeth » » Zárate » » Pollosson y Pellanda
	Operaciones sobre ligamentos anchos		Proc. de Inlach, Tait » » Winiwarter y Bifond
	Operaciones sobre ligamentos útero - sacros		Proc. de Kelly
VIA VAGINAL	Acortamiento general		Proc. de Beofor
	Operaciones sobre ligamentos redondos		Proc. de Shauta, Wertheim, Shata, Bode y Godihio, Bottaro
	Operaciones sobre ligamentos redondos y útero-sacros		Proc. de Polk

HISTEROPEXIAS DIRECTAS		VIA ABDOMINAL	
		Operaciones intra-peritoneales	Operaciones extra-peritoneales
Operaciones plásticas			Proced. de Leopold » » Terrier » » Czerny » » Pozzi » » Lenguen » » Olshausen-Länger » » Zinsmeister-Faucon » » Kelly » » Picque » » Laroyenne
			Proced. de Koltenbach » » Kelly
	VIA VAGINAL	Llegando al peritoneo	Proced. de Länger » » Mackenrodt » » Dührssen » » Le Dentu-Pichevin » » Richelot » » Gottschalk » » Pryor » » Freund » » Mackenrodt (vésico fij.)
		Sin llegar al peritoneo	Proced. de Amussat » » Schucking » » Thiem » » Zweifel » » Jacobs » » Nicoletis
	Vía abdominal		Proced. de Thiriar y Jonnesco » » Mouclairé
	Vía vaginal		Proced. de Reed y Folet » » Doyen

Histeropexias indirectas

ACORTAMIENTO EXTRA PERITONEAL DE
LOS LIGAMENTOS REDONDOS

Via abdominal

Pasaré a describir estos métodos superficialmente y en los principales, me detendré un poco para hacerlo con mayor amplitud.

Procedimiento de Alquié, Alexanders, Adams F.—Este procedimiento, que es ideal, pues corrige la retrodesviación y la mantiene a la matriz en una posición fisiológica y en la cual la curvatura del ligamento es la normal, tiene, sin embargo, un gran inconveniente, aparte de otros, que es el de no poder tratar las lesiones de los anexos que acompañan casi siempre a las retrodesviaciones.

Consiste en lo siguiente: a derecha e izquierda se hace una incisión como para la hernia inguinal, se corta piel, tejido celular, llegado a la aponeuro-

sis, ésta es puesta en descubierto, se busca el orificio externo del conducto inguinal, en donde se investiga el ligamento redondo, el cual no siempre se encuentra con la facilidad deseada, pues suele estar disimulado por una bola adiposa que Imlack ya lo había hecho notar.

Encontrado el ligamento se desprende disecándolo para poder tironearlo en momento oportuno; igualmente en el otro lado.

Un ayudante, con la mano introducida en la vagina o con un histerómetro (Alexander), endereza el útero, mientras el cirujano tira igualmente de ambos ligamentos hasta sentir una resistencia grande, hasta que el fondo uterino llegue a la pared, habiendo sacado unos ocho o diez centímetros hacia afuera, al ligamento redondo, en esta maniobra.

Pasa los ligamentos al ayudante para que los sostenga.

Hecho esto fija el ligamento a los pilares del conducto inguinal con uno o varios puntos, corta el excedente y cierra la herida abdominal.

Ventajas, inconvenientes y resultados. — Operación sencilla y benigna, con buen resultado ortopédico, pero exige condiciones favorables para su realización, que son: útero no fijo, útero móvil, poco voluminoso y de anexos sanos; condiciones poco comunes.

Los ligamentos a veces no se encuentran, pues son simples hilos o porque están cubiertos por la bola adiposa más arriba mencionada.

Por su resultado obstétrico, es inmejorable.

Procedimiento de Casati.—Consiste en una incisión grande que va del orificio del conducto inguinal al del otro lado, descubre los ligamentos, los tracciona, reduce la retrodesviación y sutura cada ligamento a los pilares correspondientes, y lo que sobra lo lleva hacia el pubis, en donde lo fija al tejido celular; después sutura la piel.

Procedimiento de Duret.—Hace una incisión curva de concavidad superior y cuyas ramas terminan sobre el canal inguinal, descubre los ligamentos redondos, los anuda entre sí y sutura los ligamentos a los pilares correspondientes; luego cierra la piel.

Procedimiento de Doleris.—Hace dos incisiones iguales que siguen al canal inguinal, desinserta los ligamentos redondos del pubis y con una pinza larga toma la extremidad desinsertada y pasa hacia el canal inguinal opuesto, excavando un túnel por debajo de la piel y fija esta extremidad en ese canal y la parte de ligamento que queda en el canal lo fija en los pilares correspondientes; idéntica manera de actuar con el otro ligamento.

Procedimiento de Segond. — Coloca un punto que toma el ligamento redondo cerca del canal inguinal y la pared del mismo; después hace una abertura en la parte média de cada pilar, pasa por ambos el ligamento y anuda en su extremidad.

Procedimiento de Edelbohls y Newmans. — Estos cirujanos abren la pared anterior del canal inguinal, disecan ambos ligamentos, reducen la retrodesviación y suturan el ligamento a la pared posterior del canal inguinal, la que es reforzada de esta manera. Reconstruyen la pared anterior y luego cierran la herida abdominal.

Procedimiento de Chalot. — Este cirujano abre el canal inguinal, busca el ligamento redondo, lo disea, reconstruye el canal, reforzando la pared posterior por medio de una sutura continua, que va desde el orificio interno al externo y comprendiendo el ligamento redondo.

Procedimiento de Kocher. — Corta el ligamento redondo en el pubis y lo lleva hacia la espina iliaca anterior, lo fija a la aponeurosis del gran oblicuo. El canal lo refuerza con uno o varios puntos.

Procedimiento de Gottal. — Incinde a cada lado, reduce la retrodesviación, saca la parte necesaria del ligamento, el que es fijado por medio de pun-

tos temporarios a los labios de la incisión; estos puntos los retira a los doce o quince días más o menos.

Procedimiento de Javara-Lapeyre.—Desinser-ta los ligamentos redondos del pubis, los divide por su longitud en dos partes iguales; en la unión así formada, de la V, se hace un nudo, se toma cada sección y se pasa a cada lado del canal a manera de cordón de un botín y termina anudándolo o sujetando con un nudo de catgut.

Procedimiento de Franklin Martín. — Es la misma operación de Doleris, con la única diferencia que en lugar de dejar puntos definitivos, éste deja temporariamente.

Procedimiento de Carpenter.—Después de corregida la retrodesviación, fija el ligamento a los pilares con un hilo de plata; después las partes que sobran lo divide por su longitud en dos partes iguales y fija cada mitad a cada lado del orificio externo con catgut.

Procedimiento de Foschini. — Hace lo mismo que Doleris, pero la asa la aviva y la fija a la aponeurosis del gran oblicuo, o bien divide el ligamento en dos mitades, llevando una mitad hacia afuera y otra hacia dentro para ser fijadas a la aponeurosis.

Procedimiento de Arce. — Consiste en hacer una incisión de Pfannenstiel, llegando hasta el orificio externo del canal inguinal; la aponeurosis la secciona transversalmente y abre el vientre longitudinalmente por entre los rectos, llegando en esta forma a la cavidad abdominal. Una vez allí, libra los órganos genitales de sus adherencias, hace la terapéutica de los mismos y procede a corregir la retrodesviación. Busca el ligamento en el canal inguinal, lo aísla, lo tracciona hasta donde cree conveniente y coloca una pinza transversalmente para evitar que el ligamento se introduzca. Proceder idéntico con el ligamento del otro lado; luego fija el ligamento por una sutura en U, que cierra y oblitera el canal inguinal y su orificio externo y comprendiendo en la sutura, el ligamento redondo; después se cierra el peritoneo, se acercan los rectos y el excedente del ligamento redondo se pone debajo de la aponeurosis, yendo uno al encuentro del otro, se sutura la aponeurosis juntamente con el excedente ligamentoso; luego se sutura la piel.

Estos procedimientos son sencillos en cuanto a su ejecución, menos el de Arce que es un poco más complicado y del que hablaremos en un párrafo aparte.

Todos se basan en el procedimiento de Alquié-Alexander-Adams; tienen el inconveniente de no permitir examinar la cavidad abdominal; no se puede verificar la reducción de la desviación, la que es

un poco difícil de realizar; además, no utilizan la porción más resistente del ligamento redondo que, como sabemos, lo es más, a medida que nos aproximamos al cuerno uterino; es difícil dar simetría al órgano.

Por parte de la enferma tiene que haber condiciones especiales, como ser: útero sin adherencias, anexos sanos, etc.; hay que tener seguridad absoluta en el diagnóstico. Desde el punto de vista obstétrico los resultados son buenos.

El procedimiento de Arce, con la incisión transversal que hace, penetra en la cavidad, puede explorar los órganos, romper las adherencias, hacer el tratamiento necesario, puede verificar la corrección y no deja casi cicatriz; sin embargo, tiene un inconveniente, que hay que hacer una incisión muy baja y grande para buscar los orificios inguinales externos y que a veces el ligamento no se encuentra, con todo lo cual se pierde tiempo.

No existe estadística de este procedimiento que teóricamente es ideal.

HISTEROPEXIAS INDIRECTAS. — ACORTAMIENTO INTRA- PERITONEAL DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS

Vía abdominal

Son los procedimientos de elección actualmente y entre ellos se encuentra el procedimiento de mi

tesis; casi todos los procedimientos que voy a describir hacen para entrar en la cavidad una laparotomía mediana infraumbilical.

Procedimiento de Baldi Dartigues. — Una vez dentro de la cavidad y librado los órganos de sus adherencias se atraviesa con una pinza de Kocher de atrás a adelante el ligamento ancho y en su parte superior; esta pinza toma el ligamento redondo en la unión del tercio medio con el tercio interno y lo pasa por el ojal llevándolo hacia atrás del útero; idéntica maniobra con el otro ligamento y sutura de ambas asas formando una cincha por detrás del útero y para evitar que ésta descienda al cuello, se sutura al músculo uterino.

Procedimiento de Wilye. • — Consiste en lo siguiente: cada ligamento redondo es tomado con una pinza de Kocher en su parte media y traccionado hacia afuera formando de este modo un asa más o menos grande, según la retrodesviación. Esta asa es mantenida por medio de una sutura.

Procedimiento de Ruggi. — Atraviesa con una aguja cargada con catgut el ligamento redondo en el momento que va a entrar en el canal inguinal, lleva su aguja hasta la inserción uterina y atravesando de nuevo el ligamento, hace un nudo de aproximación de ambos puntos, formándose de este modo un

asa que lo mantiene por una sutura continua; idéntico proceder con el otro ligamento.

Procedimiento de Bode.—Hace en la base del ligamento redondo un pliegue que lo mantiene por un nudo; uno de los cabos lo pasa por el cuerno uterino y la anuda con el otro cabo acortando de esta manera el ligamento redondo.

Procedimiento de Polk. — Aviva la cara interna de los ligamentos redondos en su porción yuxta-uterina y lo fija adosándolo a la cara anterior del útero.

Procedimiento de Duddley. — Aviva la parte externa de la cara anterior del útero, desde la inserción del ligamento redondo hasta el fondo de saco vésico uterino, adosa el ligamento y lo fija a este avivamiento.

Procedimiento de Matthew-Mann. — Pasa una aguja cargada en la unión del tercio interno, con el medio del ligamento redondo y uno de los cabos pasa por la inserción uterina y anuda ambos cabos. Pasa otra aguja cargada en la unión del tercio medio con el externo del ligamento y uno de los cabos pasa cerca de la entrada del canal y acerca ambos puntos con un nudo.

Procedimiento de Beck. — Hace un ojal a la serosa que recubre al ligamento redondo; por ahí saca el ligamento redondo, mantiene en asa por una sutura y la lleva a fijarla a la herida abdominal.

Procedimiento de Bazterrica. — Secciona los ligamentos redondos, más o menos, a cinco etms. de su inserción uterina, quedándole dos porciones de ligamento, una periférica y otra central. La porción periférica la une lo más cerca posible de la inserción normal del ligamento en el útero y la central la lleva a fijar a la herida abdominal, quedando fijo el útero por los dos ligamentos.

Procedimiento de Doleris-Richelot. — Toma, a cuatro o cinco centímetros de su inserción uterina, al ligamento redondo y lo lleva hacia al ángulo inferior de la herida abdominal, en donde lo fija a las distintas capas de la pared por dos o tres puntos de sutura.

Procedimiento de Doleris (nuevo). — Al incidir la pared se respeta en su parte inferior unos tres etms. de línea blanca y a derecha e izquierda se hace un ojal por donde se pasan los ligamentos redondos para suturarlos entre sí, por encima de la aponeurosis. Al suturar la piel hay que tener cuidado de comprenderlo al ligamento.

Procedimiento de Bardescu. — Hace una incisión de un etm. a etm. y medio a cada lado de la línea media y sobre la vaina anterior del recto, incisión que profundiza cada vez más hasta llegar a abrir el peritoneo. Por este ojal pasa el ligamento redondo, el cual lo fija en la vaina anterior del recto.

Cierra la pared, incluyendo en la sutura el sobrante de los ligamentos.

Procedimiento de Caballero. — Es un procedimiento muy bueno y uno de los más difundidos.

Consta de cinco tiempos, a saber:

Primer tiempo: Incisión de la pared, que empieza a dos o tres etms. por arriba del pubis y remonta unos seis etms., abre la piel, etc., etc., hasta llegar a la cavidad.

Segundo tiempo: Liberación de los órganos y tratamiento de las lesiones.

Tercer tiempo: Toma de los ligamentos y creación de un túnel músculo aponeurótico. Con una pinza de Kocher toma el ligamento redondo a seis o siete etm. de su inserción uterina, y los da al ayudante para que los sostenga, mientras el cirujano toma una pinza curva, penetra en la parte más baja de la incisión, por debajo de la vaina anterior del recto, y hacia el borde externo del mismo; una vez llegado ahí perfora la aponeurosis, penetra en la cavidad,

abre la pinza, toma el ligamento, lo pasa por ese túnel y entra en él:

Cuarto tiempo: Que es fijar los ligamentos a la aponerosis del recto y si alcanza entre sí.

Quinto tiempo: Cierre de la pared.

Procedimiento de Spaeth. — Hace una incisión de Pfannenstiel de la piel y mediana por debajo, libra los órganos de sus adherencias, trata los anexos y las lesiones uterinas y perfora la pared en un punto lo más cerca posible del orificio interno del canal inguinal, por donde pasa el ligamento redondo y lo fija.

Procedimiento de Zárate. — Es un procedimiento que está fundado en acortar y reforzar el ligamento redondo y crear un nuevo punto de apoyo, lo más cerca posible de su inserción fisiológica.

Hace laparotomía mediana, que va inmediatamente por encima del pubis hacia arriba; una vez dentro de la cavidad y hecho todo lo que debe hacer, pasa a acortar los ligamentos redondos; para esto divide mentalmente la parte que va del cuerno uterino hasta el orificio interno del canal inguinal, en tres porciones. En la unión de la porción interna con la media, pasa una aguja cargada con seda y anuda los dos cabos, los cuales tienen que ser largos.

Hecho esto, corta la parte del alerón del liga-

mento ancho que se encuentra por debajo de la porción externa y media, dejando en libertad, por lo tanto, las dos terceras partes del ligamento. Los cabos de seda los enhebra con una aguja resistente, la que atraviesa el borde interno del orificio interno del canal inguinal, tomando bastante teido, pues es ese el punto de apoyo de la nueva inserción.

Se tracciona de los cabos hasta poner en contacto el nudo de seda con el cuerno uterino, al cual se sutura. El ligamento ancho que queda suelto, se sutura al ligamento redondo, evitando ángulos muertos.

Estos procedimientos descriptos son, por lo general, algo engorrosos en su ejecución; los procedimientos aceptados hoy día son los de neoinserción de los ligamentos, y entre ellos los de Doleris, Caballero, etc.

El resultado operatorio es bueno, deja ver bien la cavidad y, por lo tanto, la terapéutica se puede hacer con toda la amplitud deseada.

El útero queda en buena posición y bien mantenido por los ligamentos redondos, pues se utiliza la porción más resistente del mismo y se fija en un punto de la pared que varía según el procedimiento.

Desde el punto de vista obstétrico los resultados son buenos, pues el útero se desarrolla bien durante el embarazo, el parto se hace normal no habiendo trastornos durante el alumbramiento.

HISTEROPEXIAS INDIRECTAS.—OPERACIONES SOBRE
LOS LIGAMENTOS ANCHOS

Vía abdominal

Procedimiento Inlach. — Consiste en hacer un pliegue en cada ligamento ancho, que sutura entre sí por detrás del útero, previa laparotomía.

Procedimiento de Tait. — Hace lo mismo que Inlach, pero en la sutura comprende los ligamentos redondos.

Procedimiento de Winivarter-Wyfond.—Cerca de la inserción del ligamento ancho, en su porción uterina, pasa un hilo que lo va a fijar en la pared abdominal.

Estos procedimientos no se usan, pues, a parte de ser de difícil ejecución, no mantienen en buena posición el útero.

HISTEROPEXIAS INDIRECTAS.—OPERACIONES SOBRE
LOS LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS

Vía abdominal

Procedimiento de Kelly. — Con una aguja se atraviesa el ligamento al nivel de su inserción uterina y lleva la aguja por debajo del peritoneo hacia

la pared lateral de la pelvis correspondiente, lo saca en el sitio que crea conveniente y luego anuda los cabos entre sí; idéntico proceder con el otro ligamento.

Es un procedimiento abandonado, porque no tiene mayores beneficios.

HISTEROPEXIAS INDIRECTAS.—OPERACIONES SOBRE
TODOS LOS LIGAMENTOS EN GENERAL

Vía abdominal

Procedimiento de Beofor.—Este cirujano cree que el acortamiento de un solo ligamento no basta para corregir la retrodesviación, y él, propone su procedimiento, que consiste en acortar todos los ligamentos uterinos, y para esto procede en la siguiente forma:

Una vez introducido en la cavidad y hecho la terapéutica de los órganos, toma el ligamento redondo al cual le hace un pliegue que es mantenido por una sutura y fija el asa así formada a la pared abdominal, inmediatamente por arriba del orificio del canal inguinal; hasta cerca del orificio interno del canal inguinal; en cuanto a los ligamentos útero-soero les hace un pliegue, que los une a los ligamentos anchos correspondiente, inmediatamente por fuera del cuello uterino.



HISTEROPEXIAS INDIRECTAS.—OPERACIONES SOBRE
LOS LIGAMENTOS REDONDOS

Vía vaginal

Procedimiento de Schauta.—Consiste en hacer una colpotomía anterior y a través de esta incisión atrae el útero, lo explora, rompe las adherencias si existen, trata las lesiones de los anexos, busca los ligamentos redondos, forma una pliegue de cinco centímetros, más o menos, que lo mantiene por una sutura y el asa así formada lo sutura con la del lado opuesto; luego cierra la vagina.

Procedimiento de Wertheim. — Hace lo mismo que el anterior, pero en lugar de fijar las ansas entre sí, las fija en el ángulo correspondiente de la incisión vaginal.

Procedimiento de Chata, Bode y Godeihno. — Hacen una colpotomía anterior, reconocen por esta brecha los ligamentos redondos y cerca de su inserción uterina, hacen un pliegue de cada lado, que lo mantienen por una sutura y después cierran la pared vaginal.

Procedimiento de Bottaro. — Hace una colpotomía anterior, desprende a dedo la vejiga del útero, llega al peritoneo, lo abre, libra al útero de sus

adherencias y lo hace bascular hacia adelante, trata los anexos, después los rechaza en un plano más posterior, toma los ligamentos redondos a unos cinco centímetros de su inserción uterina y por ahí pasa un hilo que anuda; los cabos de este hilo los pasa por transfixión a través del ligamento ancho, se tira de él para hacer pasar el ligamento redondo y se anuda con él del otro lado.

Para evitar que se corra se une por varios puntos al músculo uterino, luego se reintroduce el órgano en la cavidad y se cierra o no la herida vaginal; conviene dejar drenaje.

Son operaciones difíciles de ejecutar. La antisepsia es difícil, se va casi a ciegas, se puede herir la vejiga y los intestinos; son operaciones largas, engorrosas y se necesitan personal práctico y condiciones especiales para su ejecución, como ser: útero pequeño no muy adherido. Tiene sus partidarios.

HISTEROPEXIAS INDIRECTAS.—OPERACIONES SOBRE SOBRE LOS LIGAMENTOS REDONDOS Y ÚTERO - SACROS

Vía vaginal

Procedimiento de Polk. — Hace una colpoto-
mía anterior, abre el peritoneo, libra los órganos

genitales de sus adherencias, toma los ligamentos redondos, hace un asa que fija a la cara anterior del útero. Después abre el fondo de saco de Douglas, llega a los ligamentos útero-sacros, los traspasa con un hilo y anuda los cabos tratando de llevar el cuello hacia atrás.

Histeropexias directas

OPERACIONES INTRAPERITONEALES

Vía abdominal

Procedimiento de Leopold. — Este cirujano hace, como los otros, laparotomía mediana infra-umbilical y fija el fondo uterino a la pared abdominal por medio de tres puntos temporarios que toman todo los planos de la herida abdominal y al útero en la siguiente forma: un primer punto lo pasa por la línea de unión de ambos ligamentos redondos, otro al nivel de las trompas y el otro más abajo.

Estos puntos los saca a los doce o quince días.

Procedimiento de Terrier. — Una vez dentro de la cavidad y hecho lo que debe hacer, fija el útero a la pared, por medio de tres puntos, en la siguiente forma:

Uno lo coloca por debajo del fondo uterino,

otro cerca del istmo y el otro en un lugar intermedio. Estos hilos los pasa en hilvan de un lado a otro de la cara anterior y del lado de la pared toma únicamente aponeurosis, músculo y peritoneo; después sutura la piel.

Procedimiento de Czerni. — Fija el útero con puntos de catgut a la pared, tomando de ésta el peritoneo y la capa músculo-aponeurótica y de parte del útero, coloca puntos no muy profundos que la atraviesan de un lado al otro.

Procedimiento de Pozzi. — En lugar de fijar al útero por medio de una sutura a puntos separados, la fija con un surget y comienza en la parte inferior de la herida tomándolo al principio peritoneo y lo sutura a la capa músculo aponeurótica; cuando llega a la cara anterior del útero toma también parte del músculo uterino y pasa por esta cara tres puntos con el mismo hilo, dándole la misma ubicación que el que le da Terrier; luego, con el mismo hilo, si alcanza, se cierra la pared. Luego se cierra la piel.

Procedimiento de Lenguen. — Suspende el útero de la pared y procede en esta forma: toma el útero y lo lleva hacia adelante tratando de aplicarlo contra la pared abdominal, con una aguja de Re-

verdin cargada con hilo de seda o catgut plegado en dos, pasa por el espesor del músculo uterino y yendo de un borde al otro, tres hilos colocados uno por debajo del fondo uterino, otro cerca del istmo y otro equidistante de ambos; el asa de cada hilo se corta, quedando doce cabos. Se toma la extremidad derecha del hilo superior y el cabo de arriba, se pasa por entre la capa músculo aponeurótica inmediata y el otro cabo a un centímetro más abajo, anudándose ambos cabos; igualmente para los otros. Como se ve, el útero no queda adosado sino suspendido.

Procedimiento de Olshausen-Langer. — Hace seis puntos separados en esta forma: con una aguja cargada atraviesa las capas músculo-aponeurótica y el peritoneo, llega al borde uterino, hunde su aguja en el parénquima, la vuelve a sacar y atraviesa de nuevo, pero en sentido inverso, los planos de la pared; anuda ambos cabos. Igual procedimiento con los otros cinco puntos, teniendo cuidado de colocarlos simétricamente, tres en cada borde uterino.

Procedimiento de zinsmeister-Faucon. — Fija el útero con suturas verticales difíciles de ejecutar.

Procedimiento de Kelly. — Fija el útero por puntos que yendo de la pared abdominal pasan por

los bordes del útero y llegan a la cara posterior del mismo.

Procedimiento de Piscqué. — Después de laparotomizar, librar los órganos de sus adherencias y tratarlos, coloca simétricamente a cada lado de la línea media, a la cual respeta dos puntos de cada lado, separados entre sí por un centímetro más o menos y los anuda por encima de la aponeurosis. Un quinto punto pasa por la parte media y lo fija al ángulo inferior de la herida.

Procedimiento de Laroyonne. — Dilata el cuello uterino hasta hacer entrar un grueso histerómetro, para llevarlo en anteversión y en la prominencia que hace el útero en el abdomen es donde hace la incisión: fija directamente la matriz con catgut. No se usa.

En todas estas operaciones, la fijación del útero es definitiva; como resultado ortopédico es muy bueno, las recidivas son raras, dificultan el buen funcionamiento de la vejiga y los resultados obstétricos dejan mucho que desear, pues las adherencias que se han formado entre la cara anterior del útero y la pared, producen tironeamientos durante la preñez, que pueden ser dolorosos. Además impiden el desarrollo normal del útero durante el embarazo, y de ahí la frecuencia de los abortos, de las

malas posiciones del feto, de los partos distócicos y hemorragias durante el alumbramiento; estas operaciones son, pues, practicables sólo en mujeres viejas o castradas.

HISTEROPEXIAS DIRECTAS.

OPERACIONES EXTRAPERITONEALES

Vía abdominal

Procedimiento de Kaltembach. — Hace una incisión de la piel, músculo y aponeurosis, llega al peritoneo, lo respeta y por medio del tacto busca el fondo uterino, al cual fija con un hilo de plata al periostio que recubre la sínfisis pubiana.

Procedimiento de Kelly. — Vacía la vejiga, fija el útero, palpa bien el fondo y con una aguja grande y fuerte hace pasar tres puntos que atraviesan todos los planos de la pared, toman parénquima uterino, vuelven a salir y se anudan los cabos. Existen otros procedimientos como el Sivas, Cánova, etc., que son sin importancia, están fuera de uso, pues todos son procedimientos ciegos y muy peli, grosos.

HISTEROPEXIAS DIRECTAS LLEGANDO AL PERITONEO

Vía vaginal

Procedimiento de Langer. — Hace una colpotomía anterior, a través de la cual atrae el fondo uterino y sutura con hilos de plata a la pared vaginal; la herida vaginal es suturada en sentido longitudinal para alargar la pared anterior.

Procedimiento de Mackenrodt. — Hace una incisión en fondo de saco anterior y otra longitudinal que va desde un centímetro por detrás de tubérculo sub-urettal, a unirse en la parte media de la primera incisión formando una T; disecciona los dos colgajos, separa la vejiga del útero, llega al peritoneo, lo abre, atrae por ahí el fondo uterino y fija la cara anterior de este órgano a la pared vaginal por una sutura.

Procedimiento de Duhrssen. — Hace una colpotomía anterior y un ayudante introduce un histerómetro que reduce la desviación y el fondo uterino, lo fija a la pared anterior de la vagina por medio de tres puntos verticales y tratando de no interesar la mucosa vaginal. Saca el histerómetro y hace un lavaje.

Procedimiento de Dentu-Pichevin. — Hacen una incisión longitudinal desde el fondo de saco anterior hasta un centímetro por detrás del tubérculo sub-uretral; se disecciona separando la vejiga del útero, llega al peritoneo, se abre de manera que se pueda atraer el fondo uterino, para adosar la cara anterior del útero a la herida vaginal y se sutura por medio de puntos transversales.

Procedimiento de Richelot. — Abre transversalmente el fondo de saco anterior, separa la vejiga del cuello uterino, llega al peritoneo, lo abre; el útero es atraído hacia adelante y fijado a la herida vaginal por puntos transversales, quedando esta herida suturada en sentido longitudinal.

Procedimiento de Gottschalk. — Consiste en lo siguiente: hacer una colpotomía anterior, abrir el peritoneo, teniendo en esta forma dos hojuelas, una vesical y otra uterina; el borde libre de la hojuela vesical lo sutura al fondo uterino, que ya ha sido reducido de su desviación. El borde libre de la hojuela uterina lo une a la hojuela vesical. Después cierra la herida vaginal.

Procedimiento de Pryor. — Abre el fondo de saco anterior, llega al peritoneo, lo abre y hace una zona de avivamiento en la cara anterior del útero

y otra en la cara posterior de la vejiga para después afrontarlas y suturarlas.

Procedimiento de Freund. — Consiste en abrir el fondo de saco posterior y fijar la porción supravaginal del cuello al peritoneo que está inmediatamente por debajo del promontorio.

Procedimiento de Mackenrodt (vésico fijación).—Hace una incisión transversal en el fondo de saco anterior llega al peritoneo, lo separa de los órganos que recubre y sutura el fondo de saco peritoneal al fondo del útero, para unir después por medio de una sutura la cara anterior del útero con la cara posterior de la vejiga.

Como operación en sí son buenas; la fijación es sólida, queda el útero en buena posición y las estadísticas demuestran que hay muy pocas recidivas; entre todos los procedimientos el mejor es el de Le Dentu, pues da más campo, facilita la destrucción de las adherencias, el tratamiento de los anexos es más fácil y el afronte se hace mejor. Pero donde empieza los inconvenientes es desde el punto de vista obstétrico, pues por las adherencias que se hacen entre la cara anterior del útero y la vagina, se producen tironeamientos dolorosos; además impiden el buen funcionamiento del útero durante el embarazo, dando lugar, por lo tanto, a los abortos, malas

presentaciones, partos difíciles de ejecutar, frecuentes aplicaciones de forceps y alumbramientos peligrosos por las hemorragias.

Estos procedimientos son buenos en mujeres que han entrado en la menopausa o que hayan sido castradas.

HISTEROPEXIAS DIRECTAS SIN LLEGAR AL PERITONEO

Vía vaginal

Procedimiento de Amussat.—Cauteriza el fondo de saco anterior con el termocauterio; de esta manera trata de formar adherencias fibrosas cicatriciales, que hacen bascular el cuerpo hacia adelante.

Procedimiento de Schucking. — Vacía la vejiga, introduce un histerómetro para corregir la desviación, luego introduce en la cavidad uterina una aguja cargada con doble hilo; con el índice deprime el fondo de saco anterior, de manera de hacer pasar la aguja por ahí, se toma el hilo, se corta el asa, se retira la aguja y se anuda este cabo con el que sale del hocico de tenca.

Procedimiento de Thiem. — En lugar de pasar la aguja cargada, pasa primero la aguja, la carga, la retira y anuda los cabos.

Procedimiento de Sweiffel. — Abre con termocauterio el fondo de saco anterior, introduce una aguja cargada en la cavidad uterina, la hace salir a través de la pared, haciendo interesar uno de los labios de la herida vaginal, uniendo después los cabos.

Procedimiento de Jacobs. — Abre el fondo de saco anterior y sin abrir el peritoneo fija la cara anterior del útero a la pared vaginal; luego sutura la herida vaginal.

Procedimiento de Nicoletis. — Amputa el cuello uterino y mediante una sutura lo une a la pared tratando de darle su posición fisiológica.

Estos procedimientos están hoy abandonados, pues son muy pocos los beneficios que se obtienen.

OPERACIONES PLÁSTICAS

Vía abdominal

Procedimiento de Tiriar y Jonnesco. — Hacen una laparotomía mediana infra-umbilical llegando al peritoneo uterino, lo abren transversalmente de un borde al otro, y lo disecan tres centímetros más o menos; hecho esto, sacan una cuña en sentido transversal, tratando de no interesar la mucosa.

suturan después los bordes de la cuña, recubren con el peritoneo disecado y cierran la herida.

El útero queda en buena posición, pues se ha acortado la cara anterior que, como sabemos, se encuentra alargada en las retroflexiones.

Procedimiento de Mouclaire. — Reseca en la cara anterior un segmento cuneiforme en sentido longitudinal y luego lo une en sentido transversal.

OPERACIONES PLÁSTICAS

Vía vaginal

Procedimiento de Reed y Folled. — Hace una colpotomía anterior y a través de ella reducen el útero y practican sobre la cara anterior una cúneo-histerectomía, igual a la de Jonnesco.

Procedimiento de Doyen. — Abre el fondo de saco anterior, descubre la cara anterior del útero y sobre ella coloca varios puntos en asa, anuda los cabos, corrigiendo la retroflexión.

Estos procedimientos sirven para las retroflexiones y no para las retroversiones, dan resultado, pero exponen mucho a las recidivas y no pueden ser practicadas en mujeres embarazadas.

CAPITULO II

Procedimiento de Polloson y Pellanda

Toda operación ginecológica, para que sea factible, debe reunir ciertas condiciones, como ser: seguridad, sencillez, que deje inspeccionar bien la cavidad y que deje utilizar la mejor porción del ligamento redondo (Barrald) pudiéndose agregar, que debe dejar una sólida cicatriz y tener buen resultado estético.

Todas estas condiciones se encuentran reunidas, como veremos por su descripción, en el procedimiento de Polloson y Pellanda; analicémoslo.

Nosotros tenemos la seguridad, tanto desde el punto de vista operatorio como de sus resultados, pues los órganos se ponen bien de manifiesto, se puede ver bien la cavidad, mejor que en los procedimientos descriptos anteriormente; da un buen campo de acción, disminuyendo por lo tanto el colapso operatorio.

Es un procedimiento sencillo, y para darse cuenta de ello no hay más que ejecutarlo; se puede ver el ligamento redondo y, por lo tanto, utilizar la mejor porción del mismo, no hay que ir a buscarlo a ciegas casi, con la pinza, como lo hace el procedimiento de Caballero.

La cicatriz es sólida, pues las enfermas operadas y vistas después por cualquier circunstancia, se ha podido constatar que ésta es buena y resistente, y se encontró en una operada por este procedimiento una íntima unión entre el ligamento, músculo y aponeurosis. (Véase observación 10.ª)

No se ha observado en las enfermas operadas ninguna eventración; considerado desde el punto de vista estéticos, los resultados son admirables; estando la mujer de pie la cicatriz no se ve, pues queda en el pliegue abdómino-genital, y cuando está acostada los pelos del pubis son los encargados de ocultarla, teniendo que mirarse bien para descubrirla.

Desde el punto de vista obstétrico no se puede decir mucho, pues muchas enfermas no han sido, desgraciadamente, vueltas a ver. Hay una enferma que ha sido vista en estos días, y ha tenido un embarazo con feliz terminación; el examen ha demostrado que se conserva la anteversión uterina. La historia de esta enferma no la publico porque se ha extraviado.

El único peligro que tiene es herir la epigastria,

pero es más bien un peligro teórico, pues en la práctica no se ha producido.

Antes de describir la técnica del procedimiento de Polloson y Pellanda voy a transcribir la comunicación hecha por el Dr. Lucio Durañona a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, el 4 de Agosto del año 1915, y que es la siguiente:

“El procedimiento de acortamiento de ligamentos redondos conocido con el nombre de Polloson y Pellanda, descripto en el artículo de Rouhier, publicado en la *Revue de Gynécologie et Chirurgie Abdominale*, de Febrero de 1914, ha sido practicado por mí desde mucho tiempo atrás.

El primer caso operado lo fué el 17 de Noviembre de 1909, en mi servicio del Hospital Fernández. Desde entonces he realizado la operación trece veces y su resultado terapéutico y operatorio es tan halagador que es lo que me resuelve a efectuar esta comunicación.

El procedimiento, como es sabido, consiste en un acortamiento de los ligamentos basados en la incisión de Pfannenstiel.

Después de abierto el vientre y efectuadas las operaciones que estén indicadas en el útero, los anexos, etc., tomo con una pinza de Kocher el ligamento redondo del lado izquierdo y lo aproximo a la pared anterior del vientre; luego, mientras que la mano izquierda sostiene el ligamento, por medio

de la pinza, tomo otra pinza de Kocher y la hundo, cerrada, a través del peritoneo y a ras del borde externo del músculo recto izquierdo, tan abajo como sea posible; el ligamento pasa entonces de una pinza a la otra, es decir, que la pinza últimamente introducida es abierta y toma el ligamento que la otra le ofrece, a una distancia que varía con la clase de estructura y la mayor o menor flacidez del órgano, pero que de una manera general puede apreciarse que es en la unión del tercio anterior con el tercio medio del ligamento.

Una vez tomado el ligamento se tira de la pinza y se obliga al órgano que pase, doblado en forma de asa a través del orificio fraguado por la pinza. Procedo después a practicar idénticas maniobras con el ligamento del otro lado, lo que, una vez efectuado, me permite abandonar momentáneamente a estos órganos y proceder en seguida a la sutura del peritoneo, en un primer plano. Luego comienzo la sutura de los ligamentos exteriorizados.

Algunas veces los órganos en cuestión son bastante flácidos y largos como para permitir que se crucen en parte, otras veces los ligamentos llegan sólo a ponerse en contacto y, en fin, muy pocas veces los cordones son muy tónicos y cortos, y sólo consiguen una relativa aproximación.

Cualquiera que sea la situación de los ligamentos, éstos quedan descansando sobre los rectos y

mirándose y tocándose por la convexidad de sus respectivas ases. Procedo entonces a la sutura y para asegurar mejor a estos órganos, acostumbro a practicar una o dos puntadas, en el ojal peritoneal exajerando, así el contacto entre el peritoneo parietal y la vaina del órgano acortado; práctico luego una sutura continua entre el borde del ligamento y el músculo subyacente y cuando llega a la convexidad del asa, uno la de un lado con la del otro y finalmente, una vez practicada las mismas puntadas en el ojal del otro lado termino mi sutura coiciendo el otro borde de los ligamentos a los músculos respectivos.

He practicado la operación en una enferma que tuve oportunidad de examinar varias veces, porque era enfermera del establecimiento y en la que sucedió el caso de asegurar la corrección de la retroflexión con un solo ligamento; en esta enferma, cuando el peritoneo y los músculos estaban ya cerrados, se escapó una pinza por un defecto de los dientes de cierre y el ligamento correspondiente se volvió a la cavidad peritoneal.

Un instante titubeé sobre la medida a tomar; reabrirla el vientre para dar caza al ligamento prófugo o trataría de asegurar la corrección con un solo ligamento? Opté por esto último y el buen resultado me dió la razón: durante siete u ocho meses se mantuvo la matriz en buena posición y solo debido

a un enorme esfuerzo practicado por la enferma, se produjo el desprendimiento agudo del ligamento y se rehizo la retroflexión.

A pesar de los temores de Rouhier de poder herir la epigástrica, yo, no he tenido nunca temor de hundir la pinza y en ninguno de mis casos he tenido inconveniente por ese detalle.

Desgraciadamente, desde el punto obstétrico, no sé que resultado dará la operación, porque no he tenido la oportunidad de volver a ver a ninguna de mis operadas, embarazadas; pero desde el punto de vista de la retroflexión y de la desaparición, por ende, de los molestos síntomas de la congestión pasiva, con todas sus consecuencias, la operación es de evidentes y hermosos resultados.”

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO DE POLLOSON
Y PELLANDA

“La técnica de este procedimiento está descrito por M. G. Rouhier en la *Revue de Gynecologie* de 1914, del cual lo tranfiero.

Primer tiempo: Insición transversal en la zona pilosa de la piel y de la aponeurosis hasta el músculo a la manera de Pfannenstiel.

Tiene la ventaja de hacer una incisión muy cur-

va, en donde la convexidad llega al borde superior de la sínfisis pubiana, a fin, de tener por el simple elevamiento del colgajo hasta su base, una zona descubierta bastante apreciable. El descubrimiento, el desprendimiento y la tracción del colgajo aumentarán mucho la extensión vertical del campo operatorio, pero a condición, que se haga seccionando, muy arriba la línea blanca y que, al nivel de los cuernos de la incisión, se haya cortado bajo la piel, por dos golpes de tijera, la aponeurosis, por encima de los límites de la incisión cutánea; la elasticidad de la piel es suficiente para agrandar el campo operatorio, no así la aponeurosis que es mucho menos elástica.

En el curso de este primer tiempo, hay necesidad de ligar algunos vasos subcutáneos, generalmente dos o cuatro.

Segundo tiempo: Separación vertical de los músculos y abertura del Peritoneo.

La incisión desciende muy baja, hay que tener cuidado de no herir la vejiga.

Es prudente en la parte baja de la incisión, apreciar siempre entre los dedos, la delgadez de la serosa antes de seccionarla.

Tercer tiempo: Exploración de la pelvis y enderezamiento del útero, con liberación de las adherencias uterinas o anexiales, si se puede, sacar el apéndice.

Con el separador de Gosset o los simple de Terrier, con los cuales tira el ayudante a derecha e izquierda, según el costado donde trabaja el dedo del operador, para dejarlo ver bien.

Cuarto tiempo: Reparo del ligamento redondo.

Deben tomarse en punto bastante próximo del cuerno uterino, para que ellos sean sólidos y bastante alejados, sin embargo, para que los ligamentos puedan ser suturados por delante de la pared sin ser estirado. Es a cuatro o cinco ctms. del cuerno uterino que generalmente es el punto de elección.

Quinto tiempo: Pasaje transparietal.

La punta de una pinza roma, abre delicadamente el intersticio, siempre visible, de los dos tendones terminales del músculo recto, a dos o tres ctms. o poco más, por arriba del borde pubiano, para no elevar al útero; perfora el peritoneo entre el índice y el medio y va a tomar el ligamento redondo de cada costado en el punto previamente reparado. Las ansas ligamentosas son entonces tiradas a través de estos ojales simétricos. Se verifica la realidad de la reducción uterina y se reemplaza la pinza roma por una larga a dos dientes no cortantes de Pozzi, que toma el ligamento sin modificarlo, es decir, sin dañarlo; hace caer las pinzas hacia afuera impidiendo de esta manera que los ligamentos se reintroduzcan en el vientre y al mismo tiempo dejan más libre el campo operatorio.

Sexto tiempo: Sutura vertical de la pared.

El peritoneo se reúne con catgut fino.

Los músculos por puntos separados. En su parte alta nosotros tenemos el hábito de aproximar por puntos en U, muy pocos ajustados, de manera de acercar solamente los bordes; en las partes bajas donde esta sutura debe ser llevada hasta el pubis, se puede apretar bien los hilos, porque se trata, no de músculo, sino del doble borde tendinoso del piramidal y recto y reconstruir con el asa común de los ligamentos redondos un sólido adminiculum linea albas.

Séptimo tiempo: Sutura de los ligamentos redondos.

Las dos asas, adosadas la una a la otra son reunidas por dos o tres puntos. Por otra parte, de cada costado, dos puntos en U. hacia arriba y hacia abajo, que unen, el ligamento con los labios del ojal parietal asegurando la oclusión contra una posible punta de hernia.

Octavo tiempo: Sutura transversal de la pared.

La aponeurosis, es suturada a puntos separados muy aproximados de manera de hacer una buena coaptación.

La piel es suturada con crin, mejor que con agrafe, pues la reactividad de los tejidos tienen aquí toda sus fuerzas y no es más que en parte dis-

minuida, por el vendaje, que es hecho como para las incisiones verticales.

Como se vé al leer ambas descripciones tienen el mismo fundamento, pero varían en pequeños detalles de técnica.

El doctor Durañona hace la botonera, inmediatamente por fuera del borde externo del músculo recto sutura la aponeurosis como el músculo con un surget y pasa dos o tres puntos profundos para evitar espacios muertos.

La piel la sutura con crin y agraíes.

CAPITULO III

Observaciones Clínicas

OBSERVACIÓN I.—Catalina de M., 41 años, casada, argentina, ingresó a la sala cuatro cama 3, el 29 de Octubre de 1909.

Diagnóstico.—Retroflexión y ovarios quísticos.

Hace siete años reumatismo articular agudo; desde hace tres años, frecuentes cefalalgias y mareos. Desde hace un año, metrorragias abundantes de ocho días de duración y que se presentan hasta dos veces en el mes; desde hace tres meses, leucorrea, acompañada de dolores de caderas y vientre.

Ha tenido cuatro partos normales y después del último fiebre.

Examen: Mujer alta, sanguínea y pelinegra.

Vulva normal, vagina aglutinada en el fondo, alrededor del cuello, sin que haya casi fondo de saco.

Matriz grande y en retroflexión exagerada.

Operación 17 de Noviembre de 1909. Incisión de Pfannenstiel.

Ovario izquierdo grande y quístico, caído en el Douglas, se termocauteriza; el ovario derecho grande y quístico, se saca una cuña; se corrige la retroflexión por el procedimiento descripto.

Se hizo un derrame sero sanguíneo entre los planos de la pared y a pesar de eso se hizo una sólida cicatriz, que no se vé, pues está en el pliegue abdomino-genital. La congestión de la Matriz desapareció y el 15 de Diciembre de 1909 tuvo una menstruación perfectamente normal de tres días de duración.

OBSERVACIÓN II.—María F. de F., argentina, 27 años, casada, cocinera, ingresó a la sala cuatro cama 1, el tres de Diciembre de 1909.

Diagnóstico.—Retroflexión.

Tuvo las primeras reglas a los trece años, al principio dolorosas abundantes y de tres días de duración; se casó a los diez y ocho años; a los tres años se embarazó; el primer parto fué normal, el segundo distócico, con aplicación de forceps y cloroformo.

Desde entonces empieza a sufrir dolores abdominales, cefalalgias vértigos, inapetencia etc.; desde hace unos meses empieza a tener pérdidas sanguíneas e irregulares, que cesan con lavages.

Desde que se inició la enfermedad, gran constipación.

Examen: vulva y vagina normales; por la palpación combinada se toca un útero globuloso y resistente, en completa retroflexión y con el cuello congestionado.

Operación: Diciembre 4 de 1909; se hizo el procedimiento descripto.

El 18 de Marzo de 1910, o sea tres meses después acude al consultorio por ligeras molestias sin importancia y se constata que el resultado de la operación ha sido muy bueno y la cicatriz ideal.

OBSERVACIÓN III.—Josefa N., 25 años, casada, española, quehaceres domésticos, ingresó a la sala cuatro el 13 de Junio de 1910.

Diagnóstico.—Retroflexión ligeramente adherente.

Monstruó a los quince años: reglas abundantes, dolorosas y después sin dolor, de tres días de duración.

A los 23 años parto normal y fácil, feto viable, hemorragia post-partum, cohibida con lavajes de agua caliente; hace un mes y medio tuvo un aborto de dos meses por un traumatismo; ingresó a la sala con pérdida, la que se alivió con simple reposo y pidió el alta.

Pocos días después de dejar la sala, comienza a sentir dolor en el vientre y a perder abundante flujo; los dolores son debidos en gran parte a su entero-colitis, aunque tiene también intensa metritis, de la que se mejora mucho en el consultorio; pero como tiene gran tendencia a la recaída, por la retroflexión y la congestión uterina, se resuelve operarla.

Examen: Vulva y vagina normales.

Matriz en retroflexión exagerada.

Operación el 15 de Junio de 1910; se encuentra la matriz ligeramente adherente, se termo-cauteriza el ovario derecho y se practica el acortamiento de los ligamentos redondos.

OBSERVACIÓN IV.—Carmen L. de M., 25 años, casada, argentina, quehaceres domésticos; ingresó a la sala cuatro cama 3, el 12 de Julio de 1910.

Diagnóstico.—Retroflexión semifija.

Regla regularmente desde los doce años, se casó a los quince y ha tenido siete partos normales; desde hace diez años tiene flujo y dolor hipogátrico, anorexia, constipación, cefaleas y dolores fuertes en la fosa ilíaca derecha.

Actualmente gran adelgazamiento y facies uterina.

Examen: Vulva y vagina normales.

Matriz grande, cuello dematoso y con abundante mucus; útero en retroflexión semifija.

Fondos de saco laterales ligeramente dolorosos, aunque no se palpan los anexos.

Operación: Agosto 24 de 1910. Se hace el procedimiento descripto.

Se encuentra en la intervención, una perimetrosalpingitis, con grandes adherencias, fáciles de desprender; se movilizan los anexos izquierdos y se extirpa un quiste seroso del tamaño de una nuez; en el lado derecho se desprenden exudados y se moviliza el ovario derecho.

OBSERVACIÓN V.—Prudencia A. de M., 44 años, argentina, casada, quehaceres domésticos; entró a la sala cuatro cama 30, el 20 de Junio de 1911.

Diagnóstico.—Retroflexión.

Regló a los 11 años; reglas regulares, abundantes dolorosas y acompañadas siempre de grandes cefalalgias.

Se casó a los 22 años y ha tenido 11 partos normales; ha perdido un hijo de 2 años, los otros viven y son sanos. Hace quince años, abortó, con raspado consecutivo; a pesar de su vida genital tan activa, refiere la enfermedad al aborto que tuvo y desde entonces lo pasa relativamente bien cuando está embarazada. Padece de cansancio general, frecuentes

e intensas cefalalgias náuseas, constipación y sensación de peso y dolor en el bajo vientre, y caderas.

Examen: Matriz grande, en retroflexión exagerada.

Operación: Agosto 2 de 1911, se cauterizan ambos ovarios y se acortan los ligamentos por el procedimiento descripto. Esta enferma fué vista 2 años después en perfecto estado, habiéndole desaparecido todas las molestias.

OBSERVACIÓN VI.—Dominga M., casada, 22 años italiana, quehaceres domésticos; ingresó a la sala cuatro, cama 22, el 4 de Agosto de 1911.

Diagnóstico.—Retroflexión.

Regló a los 14 años: reglas de tres días de duración, regular cantidad y con dolores en el bajo vientre; se casó a los quince años y desde entonces se encuentra enferma; es nulipara.

Tiene dolores en el bajo vientre, que son a veces tan intensos, que la obligan a guardar cama. Frecuente cefaleas y náuseas; los dolores se atenuan con el reposo y aumentan con el movimiento. Tiene polaquiurea y ardores a la micción: el apetito conservado: no es constipada.

Examen: Vulva y vagina normales.

Matriz pequeña, en retroflexión fija, pero algo

móvil; anexos caídos en el fondo de saco de Douglas.

Operación el 9 de Agosto de 1911. Termocauterización del ovario izquierdo y extracción de un quistecito del tamaño de una avellana, del paraovario; al ovario derecho se le extrae una cuña; acortamiento de los ligamentos por el procedimiento descripto.

OBSERVACIÓN VII.—Rita V. de Q., 23 años, casada, argentina enfermera; ingresa a la sala cuatro, cama 26.

Diagnóstico.—Retroflexión.

Regló a los quince años; reglas indoloras, regular cantidad, tres días de duración; después siempre regulares.

Se casó a los diez y ocho años, teniendo cuatro partos normales.

Poco después de casada la menstruación se hace dolorosa y dura hasta doce días; hace un mes y medio ingresó al servicio por un flemón periamigdalino y como se quejara de dolor de caderas y ligeras pérdidas, se le examina y se constata un embarazo de cuatro meses, en un útero en completa retroflexión; se ordena reposo y posición de plegaria musulmana y en uno de los exámenes se constató que el útero se había enderezado bruscamente.

Los dolores cesan, pero no las pérdidas. A pesar de lo cual la enferma se va del hospital.

Ocho o diez días después vuelve con síntomas inminentes de aborto hay que vaciar el útero y curetear; queda bien, pero la retroflexión se rehace y la primera regla vuelve a ser dolorosa.

Examen: útero pequeño, doloroso y en retroflexión muy marcada, que ha arrastrado en parte, a los anexos.

Operación. Enero 26 de 1913; hay que termocauterizar el ovario izquierdo ligeramente quístico. Se ha acorta los ligamentos por el procedimiento descripto.

Después de cerrado el vientre, se le escapa el ligamento derecho y se opta por fijar solo el ligamento izquierdo sólidamente al músculo.

Un año después, se mantenía el útero en posición y algún tiempo más tarde a consecuencia de un gran esfuerzo, se rehace la retroflexión.

OBSERVACIÓN VIII.—Trinidad I., 23 años, casada, argentina, quehaceres domésticos; entró en la sala cuatro, cama 31, el 16 de Septiembre de 1913.

Diagnóstico.—Retroflexión semifija.

A los 10 años estuvo enferma, teniendo primero, tifoidea después escarlatina, luego difteria, quedándole una otorrea crónica derecha hasta ahora;

a los 14 años sarampión. Regló a los 15 años; reglas de tres días de duración, muy abundantes y dolorosas; a los 20 años se casa; al año tuvo un parto largo y doloroso con hemorragia; el hijo vivió 20 días; al segundo día se sentaba en la cama, a los 6 días se levantaba y comenzó a hacer sus quehaceres domésticos.

Tres meses después comienza a sentir dolores en el bajo vientre y leucorrea, los dolores y el flujo aumentan; frecuentes vértigos y cefalalgias, adelgazamiento y palidez.

Examen: Vulva y vagina normales.

Útero normal por su tamaño, retroflexión exagerada, semifija, fondos de saco dolorosos y empastados.

Operación: 25 de Septiembre de 1913; útero muy caído que cuesta enderezar, casi encarelado en la pelvis.

Anexos derechos caídos y ligeramente adheridos; se movilizan y se termocauterizan.

Anexos izquierdos caídos y muy adheridos; al quererlos desprender se rompe un quiste hemático del ovario, del tamaño de un huevo de gallina; se extirpa el anexo y se peritoniza. Acortamiento de los ligamentos por el procedimiento descrito.

OBSERVACIÓN IX.—Juana C., 32 años, italiana, casada, quehaceres domésticos; entró a la sala cuatro, cama 32, el 1 de Noviembre de 1913.

Primeras reglas a los 13 años, muy abundante, de siete a ocho días de duración, siempre con dolores en el bajo vientre. Ha tenido siete partos normales, hijos sanos. Desde hace seis meses leucorrea, adelgazamiento y dolores continuos en las caderas, frecuentes cefalalgias constipación crónica y tenaz. Defeca cada tres o cuatro días; carácter irascible.

Examen: Vulva y vagina normales. Utero en gran retroflexión. Anexos caídos y dolorosos. Operación hecha por el procedimiento descrito.

OBSERVACIÓN X.—Valentina de V., 41 años, italiana, casada, costurera; entró en la sala cuatro el 1 de Septiembre de 1914.

Diagnóstico.—Retroflexión.

Las primeras reglas a los diez y siete años, de ocho días de duración, teniendo hasta dos veces por mes, continua así durante tres años; después, regulares y muy abundantes.

Se casó a los 24 años teniendo seis partos y dos abortos; en el último parto, feto muerto. Hace seis años tuvo un aborto, en Italia; del segundo aborto hace ocho meses. Desde hace cuatro años se encuentra enferma y presenta los síntomas del síndrome uterino.

Examen: Vulva y vagina normales. Utero muy grande, en retroflexión exagerada aunque móvil.

Anexos arrastrados pero no inflamados. Histerometría, 9 cms.

Operación: 16 de Septiembre de 1914; al ovario derecho se le reseca una cuña y se termocauteriza; el izquierdo es quístico.

Acortamiento de los ligamentos por el procedimiento descrito.

Un año después fué operada por útero fibromatoso y se constató que había una sólida unión entre los ligamentos, la aponeurosis y los músculos rectos.

OBSERVACIÓN XL.—Rosa D., 20 años, española, casada, quehaceres domésticos; entró a la sala cuatro, cama 26, en Septiembre de 1914.

Diagnóstico.—Retroflexión móvil.

Primeras reglas a los 14 años, de 3 a 4 días de duración, indoloras; después siempre regulares e indoloras; a los 15 años primeras relaciones sexuales; a los 17 vulvitis, a los 18, primero y único embarazo que termina con parto normal y con feto vivo.

Desde hace 2 años dolores de caderas, abundante flujo, palidez, alteración de carácter y frecuentes cefalalgias.

Examen: Enferma bien desarrollada, delgada (49 k.); labios menores muy grandes; vagina de regular longitud.

Cuello; normal: útero en exagerada retroflexión; móvil. Histerometría; 7 cts. y medio.

Operación: el 23 de Septiembre de 1914; termocauterización de ambos ovarios, acortamiento de los ligamentos por el procedimiento descrito.

OBSERVACIÓN XII.—Estrella D., 32 años, española, casada, quehaceres domésticos; entró a la sala IV, 1 de Enero de 1915.

Diagnóstico.—Retroflexión semi-fija.

Primeras reglas a los 14 años, de 5 días de duración regulares, indoloras. Se casó a los 19 y a los 9 meses tuvo un parto a término, cuyo feto murió al nacer; nuevo embarazo a los 9 meses, éste con muchos vómitos; parto normal, el puerperio ligeramente febril. Después tuvo 4 embarazos con partos normales.

Desde hace dos años las menstruaciones son dolorosas, de cinco días de duración y muy abundantes; el 6 de Febrero tuvo una puntada en la fosa iliaca derecha, dolor de caderas y pérdidas de algunas gotas de sangre. Ha adelgazado, está triste y con flujo ligeramente sanguinolento.

Exámen: útero grande, en retroflexión semi-

fija, por encarcelamiento en la excavación; ambos fondos de saco ocupados por los anexos, empastados y dolorosos.

Operación: el 3 de Marzo de 1915. Anexos izquierdos ligeramente adheridos en Douglas; trompa larga flexuosa y muy tumefacta; es extraída; el ovario quístico es termocauterizado. En el lado derecho se rompen adherencias y se termocauteriza el ovario.

Se acorta los ligamentos por el procedimiento descrito.

OBSERVACIÓN XIII.—Sara S., 24 años, argentina, casada, quehaceres domésticos; entró a la sala IV el 19 de Julio de 1915, en la cama 30.

Diagnóstico.—Retroflexión.

Primeras reglas a los 13 años, 3 días de duración, regular cantidad y muy dolorosas; se casó a los 23 años; tuvo un aborto de dos meses, por el que se le practicó un raspado hace 6 meses, y desde entonces no volvió a tener más reglas.

Cada 15 días más o menos, siente en el bajo vientre, fuertes dolores.

Desde hace 4 años leucorrea; después del aborto siente dolor durante el coito.

Exámen: vulva y vagina normales.

Utero pequeño en retroflexión móvil.

Anexos caídos en el Douglas. Ovariso grandes y dolorosos.

Operación: Julio 28 de 1915; termocauterización de ambos ovarios quísticos y engrosados; acortamiento de los ligamentos redondos por el procedimiento descrito.

OBSERVACIÓN XIV.—Felisa R. de S., 21 años, casada, argentina, planchadora; entró a la sala IV, cama 15, el 23 de Octubre de 1915.

Diagnóstico.—Retroflexión.

Regló a los 14 años, siendo dolorosas, tuvo un aborto de dos meses. La enfermedad comienza con su aborto, con dolores en el bajo vientre, durante las reglas, saliendo a veces sangre coagulada.

Exámen: vulva y vagina normales.

Cuello: orificio puntiforme.

Utero en retroflexión semi-fija.

Fondo de saco lateral derecho ocupado por un tumor del tamaño de una mandarina, algo doloroso.

Fondo de saco lateral izquierdo, ocupado por un tumor del tamaño de una almendra.

Operación: 10 de noviembre de 1915; anexo derecho adherido y al desprender las adherencias se rompe la trompa, dando salida a un pus fétido, se exterioriza y se extirpa. La trompa izquierda con

pus se extirpa y se deja al ovario fijo al ángulo uterino.

Se acortan los ligamentos por el procedimiento descrito.

En este caso hubo necesidad de dejar drenaje, y para eso se procedió así: se hizo una incisión vertical de la piel de 2 cts. y medio, en la línea media, entre el ombligo y la incisión, y por ahí se hizo pasar el drenaje.

OBSERVACIÓN XV.—Cristina G., 20 años, casada, española, quehaceres domésticos; entró a la sala IV, cama 16, el 1 de Diciembre de 1915.

Diagnóstico.—Retroflexión.

Menstruó a los 16 años, se casó a los 18 y al poco tiempo de casarse comenzó a sentirse enferma, con dolores pelvianos durante el coito y durante la menstruación.

Exámen: Cuello de nulipara.

Utero, en retroflexión.

Anexos, prolapsados.

Operación: el 8 de Diciembre de 1915; al ovario derecho se le hace ignipuntura y se fija al cuerno uterino; al ovario izquierdo que es más grande quístico, se le saca una cuña y se le fija al cuerno uterino.

Luego se acortan los ligamentos por el procedimiento descrito.

OBSERVACIÓN XVI.—Rosa de R. X., 33 años, casada, argentina, quehaceres domésticos; entró a la sala IV, cama 12, el 22 de Diciembre de 1915.

Diagnóstico.—Retroflexión semi-fija.

Se casó a los 19 años, tuvo trece embarazos; seis terminaron por partos y siete por abortos (los tres últimos entre éstos).

Desde hace seis meses, después de su penúltimo aborto, empezó a sentir molestias en la parte superior del vientre, que la sofocaban; dolores en todo el vientre, constipación tenaz, cefalalgias; dolorosa.

Ingresó por un aborto, se la raspó, mejoró mucho y se queja mucho de que tiene dolores vagos en el abdomen.

Exámen: vulva y vagina normales.

Utero, en retroflexión semi-fija.

Anexos caídos, grandes y dolorosos.

Operación: Enero 1 de 1916; los músculos rectos muy débiles débiles y separados en la línea blanca. Ruptura de pocas y débiles adherencias, termocauterización del ovario izquierdo y acortamiento de los ligamentos por el procedimiento descrito.

OBSERVACIÓN XVII.—María C., 27 años, argentina, casada; entró en la sala IV, cama 1, el 12 de Febrero de 1916.

Diagnóstico.—Retroflexión fija.

Regló a los 15 años, casó a los 18, a los 21 tuvo su primer hijo, seguido de dos más; después un aborto y desde entonces las reglas se hicieron irregulares y muy dolorosas.

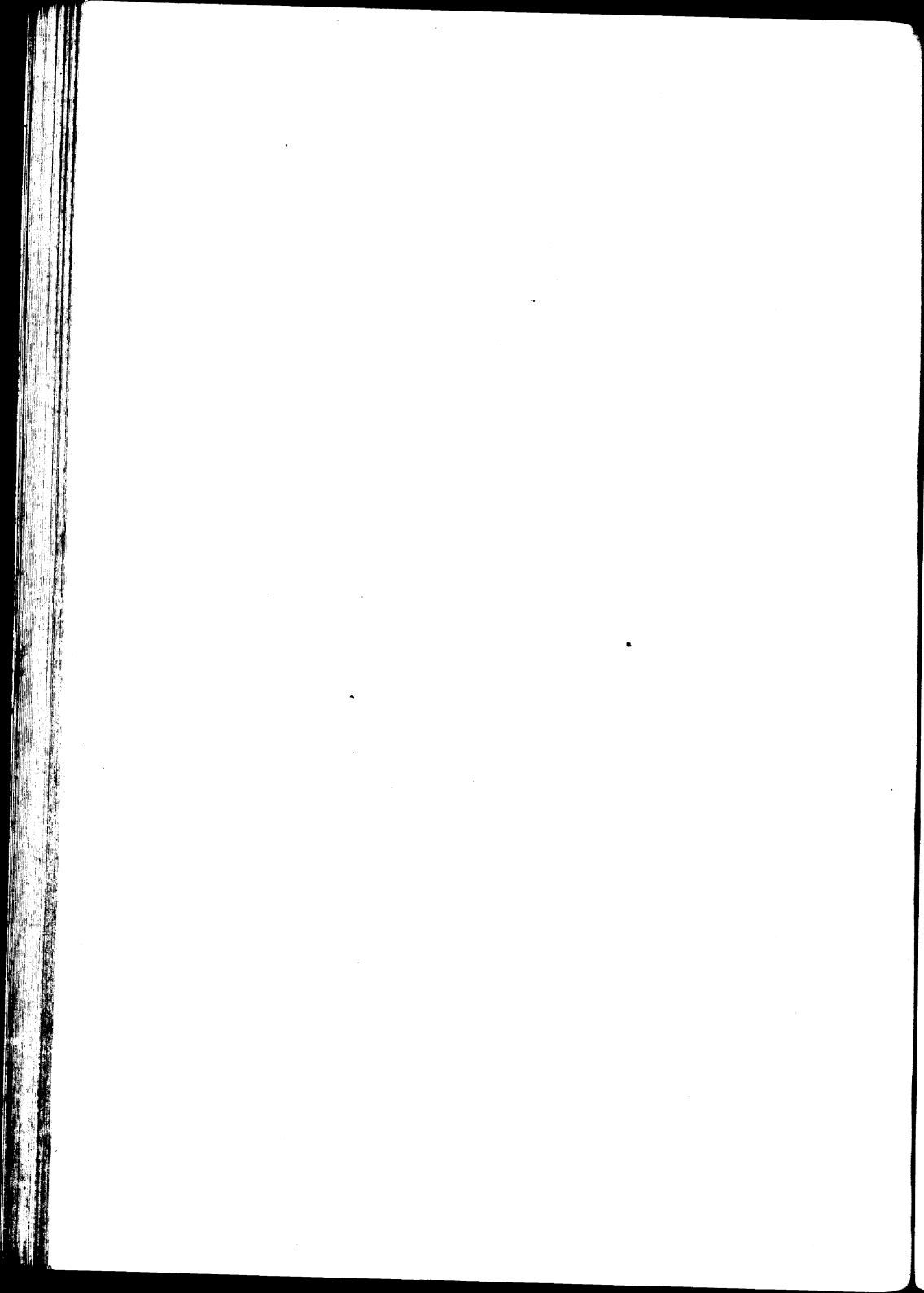
Exámen: vulva y vagina, normales.

Utero, en retroflexión fija.

Anexos prolapsados hasta el fondo de saco de Douglas.

Operación: el 16 de Febrero de 1916; se desprende a las adherencias que fijan al útero y a los anexos y se hace el procedimiento descrito.





Bibliografía

Anales de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (1915).

Boursier.—Ginecología.

Bisceglia Ernesto (1915).—Tesis: Tetrodesviaciones uterina. Su tratamiento.

Faure y Siredey.—Tratado de Ginecología.

Gutiérrez Alejandro (1905).—Tesis: Retroversión del útero, su tratamiento por el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos.

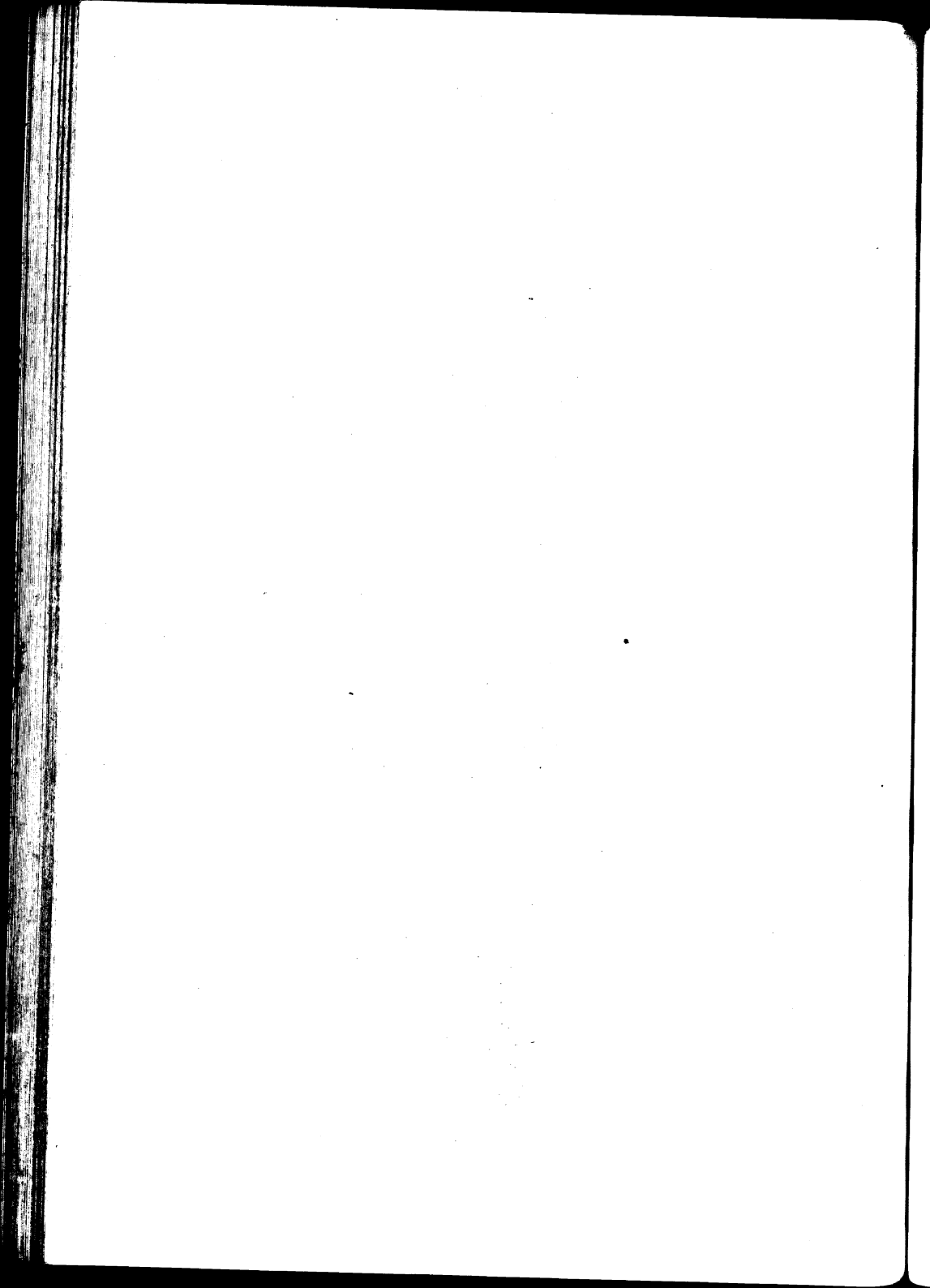
Podestá Juan C. (1910).—Tesis: Retrodesviación uterina.

Pozzi.—Traité de Gynécologie.

Sociedad Médica (1913).

Valdez Alberto (1915). — Tesis: Ligamento pexia uterina por vía vaginal. (Procedimiento de Bottaro).

Revue de Ginecologie (1914). — Chirurgie Abdominale.



Buenos Aires, Mayo 2 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Carlos R. Cirio para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisiibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA

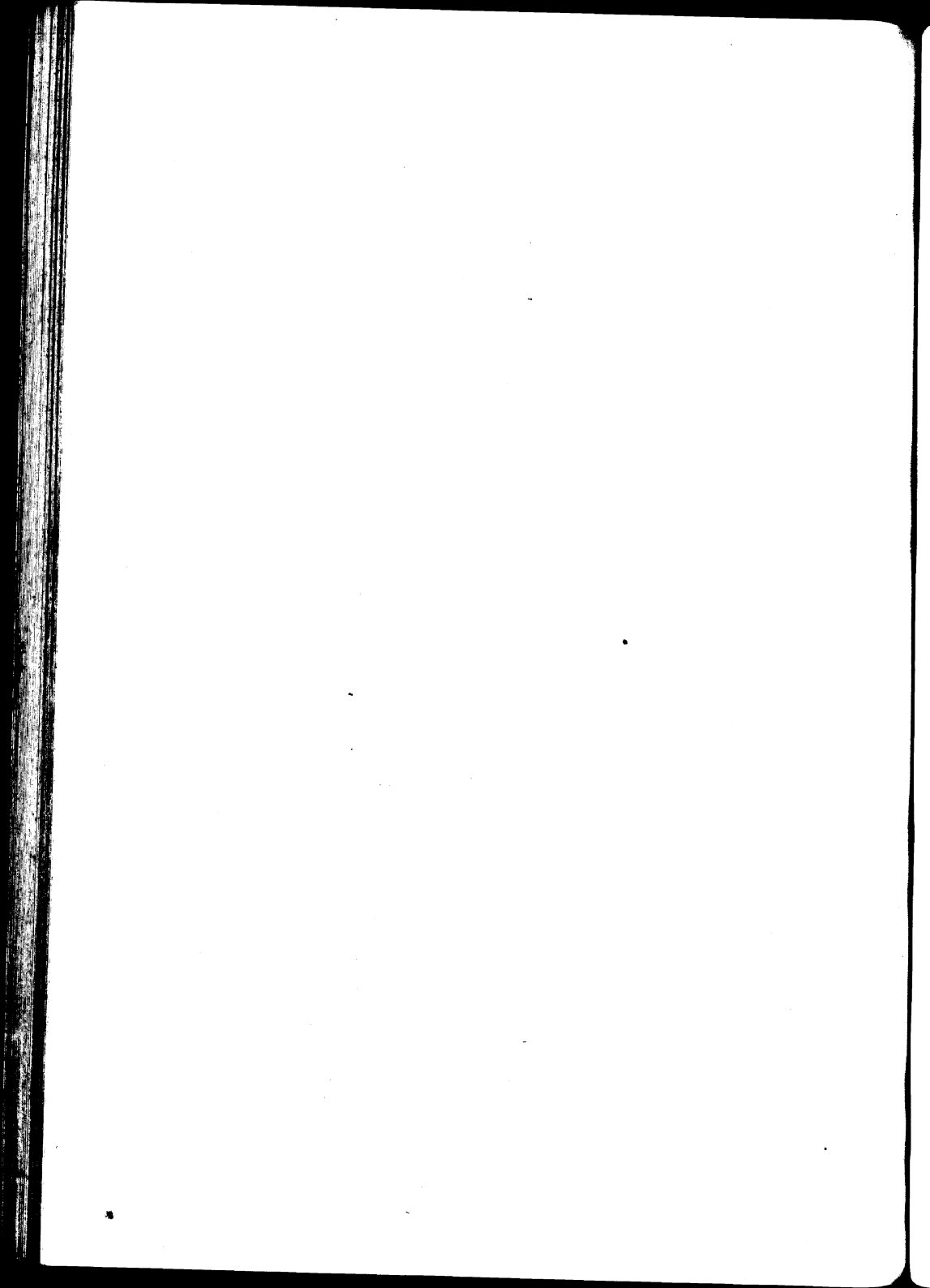
J. A. Gabastou
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 23 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3120 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Vía que debe preferirse en el tratamiento de las desviaciones uterinas.

J. F. Molinari.

II

Procedimiento de Denegri, en los prolapsos genitales (útero y vagina).

R. S. Gómez.

III

¿Debe siempre el cirujano preconizar y aplicar, sistemáticamente, el mismo procedimiento?

Con diagnóstico seguro — que en muchos casos es posible — de retrodesviaciones móviles o fijas — el método, del cual deriva el procedimiento, debe forzosamente variar.

C. R. Cirio.

