

# 209.

\*\*\*\*\*

DE LAS

RETRO DESVIACIONES UTERINAS

Y

SU TRATAMIENTO POR LAS HISTEROPEXIAS.

\*\*\*\*\*

T E S I S

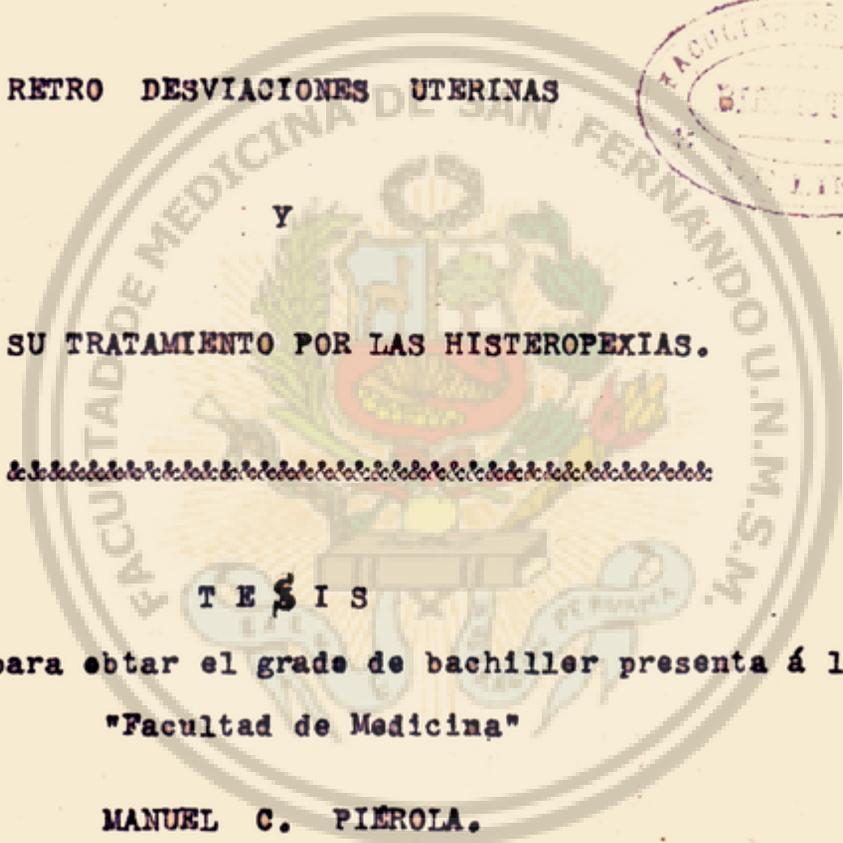
que para obter el grade de bachiller presenta á la  
"Facultad de Medicina"

MANUEL C. PIÉROLA.

..... 0 .....

A Ñ O D E

1, 904.





Señor Decano:

Señores Catedráticos:

Señores:

- . -

Bien sé lo humilde que es mi trabajo, para molestar vuestra atención; sin embargo, espero de vuestra benevolencia me escuchéis, para concederme el grado que solicito.

El objeto de la presente tesis, es el tratamiento de las retro desviaciones uterinas.

He tenido ocasión de observar, tanto en la clínica ginecológica, como en el servicio del Dr. Bello en el Hospital de Santa Ana, servicio en el que he sido interno, que muchas mujeres métricas con ó sin inflamación de los anexos y que se han presentado al Hospital en demanda de salud, después de haber sido sometidas al reposo y al tratamiento antiflogístico, han mejorado de tal modo, que han pedido su alta por creerse completamente curadas; sin embargo, han regresado poco después para ocupar de nuevo una cama de hospital.

En muchas de estas mujeres, la desviación uterina, ha sido la causa que sostenía la inflamación é indudablemente que tenía que ser así; por las condiciones



//ción de la pelvis, que lleva el nombre de pequeña pelvis. La cavidad pélvica esta formada por la reunión de cuatro huesos (sacro, coxis y los dos iliacos), la pequeña pelvis constituye un cinturón que, por arriba, se continua con la pelvis mayor, que á su vez comunica con la cavidad abdominal; por abajo, esta cerrada por el periné, al que atraviesan el recto, la uretra y los órganos genitales externos.

En esta cavidad está colocado el útero; encima de la vagina, debajo de las asas del intestino delgado, detrás de la vejiga y delante del recto.

Todos estos órganos están recubiertos en gran parte por el peritoneo, que, pasando de unos órganos á otros y reflejándose en seguida sobre la pared de la pelvis los une entre sí y los fija mas ó menos á las paredes de la escavación.

El peritoneo después de haber descendido por la pared anterior del abdomen, pasa ligeramente levantado por el uraco, por encima de la vejiga, tapiza la región posterior y lateral de este reservorio, desde donde se refleja formando un fondo de saco (Fondo de saco vésico-uterino) y <sup>as</sup> ~~enciende~~ por la parte superior de la <sup>la</sup> porción supra-vaginal del cuello.

De aquí resulta que el bajo fondo de la vejiga se encuentra desprovisto de peritoneo y en relación inmediata con la parte inferior del cuello uterino

El peritoneo se eleva en seguida, tapizando toda la pared anterior del útero, su fondo, su cara posterior y la de la región supra vaginal del cuello, hasta la inserción de la vagina, sobre la pared posterior, de la cual desciende en una extensión de tres centímetros próximamente. En este punto el peritoneo se refleja de nuevo y forma el fondo de Douglas, subiendo por la pared anterior del recto.

Los medios de fijeza del útero son los ligamentos, los cuales son en número de seis, tres por cada lado, y se les divide en anteriores, medios y posteriores.

Los ligamentos medios, llevan el nombre de ligamentos anchos; los anteriores el de ligamentos redondos y los posteriores, el de ligamentos útero sacros.

Me ocuparé de cada uno de ellos en particular.

Llevan el nombre de ligamentos anchos los dos repliegues del peritoneo, que partiendo de los bordes del útero, se dirigen á las paredes de la excavación..

He dicho que las caras anterior y posterior del útero están cubiertas por el peritoneo. Pues bien, al llegar á los bordes laterales del útero, cada una de las hojas en vez de unirse á la otra para envolver al órgano por todos lados, continua dirigiéndose

hacia afuera, hasta llegar á las paredes dela pelvis, en donde se continua con el peritoneo parietal.

Recordaré que las dos hojas del peritoneo, no son simplemente tales, sinó que están formadas de una capa muscular que es continuación de la capa superficial de las fibras uterinas.

Por esto, estos ligamentos disfrutan de cierta tonicidad, que mantiene el útero en su sitio y le impide inclinarse tanto á la derecha como á la izquierda.

El ligamento redondo es un cordón compacto de fibras musculares y fibras elásticas, que sale del fondo del útero al nivel de sus ángulos y termina en el espesor de los labios mayores. La longitud varía entre doce y quince centímetros, su grosor es el de una gruesa pluma de cuervo y en su trayecto el ligamento describe una curva de concavidad interna. Desde su origen el ligamento redondo se dirige oblicuamente hacia adelante y afuera para salvar el orificio superior del conducto inguinal, se junta en este sitio con la arteria epigástrica, atraviesa el conducto inguinal, sale por el orificio de este conducto y termina en la ingle.

Se le debe considerar una porción intra-peritoneal y otra extra-peritoneal, la primera mas extensa que la segunda.

Este ligamento juega un importante papel

//en las histeropexias indirectas.

Los ligamentos útero-sacros son dos ligamentos falciformes que salen de la cara posterior del cuello del útero y rodeando las caras laterales del recto van á fijarse en la tercera y cuarta vértebra sacras.

Fijan fuertemente el cuello y mientras no se aflojen será imposible la desviación hacia abajo

Las observaciones anatómicas hechas en el vivo al practicar las la paratomías, han demostrado que el útero está en el estado normal, en ante-versión Al mismo tiempo verificase en unión del cuerpo con el cuello una ligera flexión que imprime al órgano cierta curvadura hacia adelante.

El conocimiento exacto de la posición normal del útero, es de fecha reciente, se debe á Velpeau y sus discípulos.

El útero según la expresión de Pozzi: es un cuerpo que flota en medio de los órganos de la pelvis menor que por todos lados los circundan, sirviéndole como de cogines elásticos, Si se le toma del cuello con una pinza tira balas y si se le hace descender, se notará que el útero va cediendo á la tracción con la suave resistencia de un cuerpo que nada entre dos aguas.

Los simples cambios de actitud de la mujer son suficientes para modificar la posición del órgano en la extensión que le permiten sus medios de fi//

//jeza.

Además, los órganos vecinos con sus alternativas de repleción y de vacuidad alteran también su modo de estar; es pues el útero un órgano que goza de movilidad.

Por consiguiente lo que caracteriza la desviación, no es la posición anormal en sí misma, sino la fijeza en dicha posición viciosa. Fijeza y estabilidad en una situación defectuosa: he aquí los caracteres dominantes de la desviación.

DE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS Y MEDIOS DE HACER  
EL DIAGNÓSTICO.

-----§-----

Los síntomas de las retro-versions, son por lo común muy importantes, y se les puede dividir en locales y generales. Por lo demás, creo muy importante distinguir la retro-versión simple no complicada, con aquellas que traen consigo diversas complicaciones.

Entre los fenómenos locales, tenemos: el dolor en la región lumbar y sacra, en ocasiones exactamente en el coxis (cóxigo-denia), por sensación de peso en la vulva y en el ano, particularmente cuando la muger está de pié, loque en muchos casos, como se vé en la historia número 2, imposibilita á las enfermas para la marcha.

Algunas veces observamos en las retro-

//versiones, dolores ó cualesquiera otros fenómenos en una de las extremidades inferiores y menos amednudo en ambas. Dichos fenómenos son sentidos como verdadero dolor en muchos casos; en otras, como hormigeo, y en otros como debilidad; puédesse observar hasta paresia completa de una pierna.

Estos fenómenos parecen que son producidos, por la compresión que el útero volteado, ejerce sobre los plexos siáticos, mas particularmente de un lado que de los dos.

Las retro-versiones, pueden originar molestias de órganos vecinos, principalmente de parte de la vejiga y del recto.

Las molestias vesicales, ~~producelas~~ la posición viciosa del útero. Para algunas enfermas pasa completamente inadvertida esta desviación, en otras por el contrario, provocan una necesidad frecuente de orinar y en aquellos casos en que la compresión uterina ha deformado la vejiga, da lugar al característico síndrome de la iscúria paradógica en la cual las enfermas padecen tenesmo vesical permanente y orinan de continuo gota á gota, de suerte que reciben la impresión como si tan solo evacuasen á menudo la vejiga, si no aun como si emitiesen gran cantidad de orina, no obstante que la vejiga, llena, á punto de revantar, contiene una gran cantidad de orina. (como se ve en la

//                    Estos graves trastornos en la **función** de la vejiga, se ven con particularidad cuando el útero está aumentado de volumen, por la preñez ó por neoplasmas. Dichos trastornos pueden ser la expresión de estados peligrosos para la vida: neurosis de la vejiga con peritonites subsiguiente ó uremia por consecuencia de la estancación de orina.

Los síntomas procedentes del recto, raramente son expresión de estados peligrosos semejantes. En lo esencial, consisten en estreñimiento, á menudo extraordinariamente pertinaz, ocasionada en parte directamente por compresión que sobre el recto ejerce la matriz inclinada hacia atrás y en parte debido también á que la enferma se ve privada de hacer esfuerzos para defecar, á causa de la penosa sensación que provoca el útero al ser empujado hacia abajo por la presión abdominal reforzada.

La presión ejercida por el útero en retro-versión, ocasiona también perturbaciones circulatorias en el sistema venoso de la porción inferior del recto, dando así lugar á que se produzcan ó tomen incremento padecimientos hemorroidales.

Otros de los fenómenos locales, y que bastante llama la atención es la alteración que experimenta el flujo menstrual. Por las condiciones de estancamiento en que queda el útero en retro-versión, há

//cese mas considerable la cantidad de sangre en el utero y esta mayor abundancia, se revela por una menstruación mas copiosa, por una menorragia. las pérdidas sanguíneas pueden llegar á un grado extraordinario, en términos que en el espacio de algunos años la suma de las cantidades de sangre perdidas puede ser muy considerable y se traduce por una anemia profunda.

El mismo estancamiento da lugar á una mayor abundancia de la hemorragia mensual, tiene por consecuencia que los flujos mensuales duren mas de lo normal, es decir, mas del término medio de la época climática. Entre las afecciones de la matriz que son causa de que se retrase la aparición de la edad crítica ocupa la retro-versión un lugar preferente. Por último, el estancamiento determina hemorragias menstruales en mujeres que, en otros casos, son temporalmente amenorréicas, esto es, en las que estan criando.

Como consecuencia del trastorno de las condiciones circulatorias, debemos considerar el aborto, frecuente en las retro-versiones.

Es un hecho real y positivo que en la retro-versión sobreviene con frecuencia el aborto; pero es igualmente cierto que esto no se verifica en todos los casos, y, por consiguiente, que no se efectua de una manera absolutamente fatal y necesaria.

El mes predilecto para el aborto, es del tercero al cuarto, por que en este mes tiene la matriz

//el tamaño de una cabeza de niño, y, por tanto llena completamente la pelvis; razón por la cual es lógico pensar que sea la presión de la pelvis sobre el útero, que sin cesar aumenta de volumen, lo que determina la presentación de los dolores y la expansión del huevo.

A esta hipótesis preciso es concederle un cierto grado de exactitud; pues en muchos casos el aborto se verifica mucho antes, sin que pueda decirse, que es la presión de la pelvis sobre la matriz la causa del aborto.

En cada de esta índole, creo que la retro-versión perturbando el sistema circulatorio del útero, al cual, dada la sensibilidad provocada por la preñez, basta que se agregen trastornos, al parecer insignificantes, para que den lugar á roturas vasculares y á hemorragias en la membrana caduca y con ella á graves lesiones del óvulo.

Como otra causa predisponente de estas hemorragias que perturvan el embarazo, debemos considerar los procesos endométricos, que, son constantes en los úteros en retro-versión.

Otro síntoma de los desórdenes producidos en los úteros en retro-versión, consiste en un aumento de secreción, en lo que se llama flujo blanco

Por lo que toca á los fenómenos generales, tenemos; en primer lugar los trastornos nerviosos

//los cuales son muy acentuados. Consisten en fenómenos dispepticos en vómitos, en accesos de tos (tos uterina) en neuralgias, mas ó menos distant es de la zona genital esta cefalalgia occipital en relación ó nó con dolores dorsales, ora como hemicrania; yá como clavo histerico, yá como sensación de vacío, de aturdimiento, de frialdad en la cabeza &, &. Estos enfermos están tristes, preocupados é hipocondriacos.

Todas estas manifestaciones nerviosas, así las locales como las irradiadas experimentan una agrabación poco antes de la menstruación ó durante ésta

Por último, la retro-versiones son en muchos casos causas de esterilidad. Apriori podria suponerse que la retro-versión, más bien favorecería la concepción. Así sucedería si se consideraran las cosas bajo el punto de vista únicamente mecánico, porque el orificio de la matriz entonces mas cerca de la entrada que en la posición normal, y el eje de la cavidad uterina viane casi en la dirección de la vagina; circunstancias ambas que, deberían facilitar la penetración en el útero del esperma eyaculado. No podemos, pues, ver en la anomalía de posición, por si sola, la causa de la esterilidad, y por consiguiente, hemos de venir, por exclusión, á parar en admitir que únicamente los estados consecutivos á la retroversión son los que consti- tuyen el impedimento á la concepción en esta posición anormal del útero. De entre aquellos estados consecuti-

//vos desempeñan un papel, en el concepto de que tratamos, los procesos metrícticos y endometrícticos, no cabe la menor duda. A una vez que otra, sin embargo, después de corregida la retróversion, verificase la concepción con prontitud tal y tan sorprendente que parece increíble una curación de procesos metrícticos y endrometrícticos en tan breve espacio de tiempo.

---. -----.---

Por lo que toca al diagnóstico, debo decir, que este generalmente se hace de un modo causal; con motivo, de un padecimiento ginecológico cualquiera y al hacer el reconocimiento de una enferma, encontramos por el tacto vaginal y la palpación abdominal, los siguientes datos que nos indican que existe una retróversión, causa en muchos casos, de los diversos accidentes ginecológicos de que se queja la enferma.

Al tacto lo primero que nos llama la atención es lo bajo que está el cuello de la matriz y dirigido hacia la sínfisis puviana y por último la circunstancia de que la parte posterior del cuello especialmente parece muy larga.

Ahora, si para completar el tacto, se palpa con la otra mano desde las paredes del vientre hacia la mano que está en el interior, aquella no encuentra el útero en el sitio normal; la mitad anterior del anillo pélvico está vacío en dicho sitio; pero, //

//en cambio, el cuerpo de la matriz con sus contornos característicos, es percibido, por regla general, algún tanto desviado á la izquierda ó á la derecha en la escavación del sacro.

Los errores que pueden ocurrir, y en efecto ocurren, con gran frecuencia, dependen: ó bien que se toma como el cuerpo del útero un tumor situado en la posterior de él ó por que la enfermedad no rebaja suficientemente las paredes del vientre, ó por que hay cualequiera otros estorbos; ó bien de que se tropieza con un cuello uterino excesivamente largo y se le confunde con el cuerpo del órgano, que suelen en tal caso estar doblado sobre el cuello en ángulo muy agudo, y se sustrae muy fácilmente á la palpación.

Las reglas para evitar semejantes equivocaciones, son: disponer las cosas de la manera mas favorable posible, para que la palpación manual pueda hacerse con mayor perfección. Lecho bastante plano, decúbito sobre el dorso y las nalgas, quitar todas las prendas de vestir que cubre el abdomen, y en particular, todas las que oprimen la cintura, el corsé, &c, evacuar la vejiga, y por último cloroformisar á la enferma si fuese necesario.

Respecto á los tumores que pueden estar en el fondo de saco posterior y que nos pueden hacer creer en una retro-versión, enumeraremos en primer lu//

//gar el fibroma; pero este es mas duro y mas resistente que el útero; empleando á la palpación conbinada se nota que el órgano está situado en su posición normal. Le Dentu y Pichevin indican como signo característico de la retro desviación la cresta que se encuentra en la parte posterior y media deX útero, la cual se percibe al travez del fondo de% saco posterior. Sin negar completamente el valor de este signo, debo decir: que no lo he encontrado nunca, en multitud de veces que he hecho el tacto, tanto cuando fui clínico del servicio del Dr. Carvalho, como durante el tiempo que fui interno del servicio del Dr. Bello en el Hospital de Santa Ana.

Además mayores dificultades existirán, para percibir esta cresta cuando el útero está aumentado de volumen y congestionado.

Un ovario ó una trompa prolapsada en el fondo del saco de Duglass podría hacer creer en una retro-flexión, con mayor motivo cuando entre el tumor y el cuello exista un surco, cuya forma se parece al que existe en la retro-flexión. Pero la palpación bimanual, aclarará las dudas, indicándonos si el útero está ó no en su sitio, en antiflexión.

En último término/ si hay dudas el histerómetro las desvanecerá, indicándonos con exactitud la posición del útero.

//

// Por lo que toca al hematosole, es fácil distinguirlo, gracias á su limitación poca clara, á su escasa movilidad y á sus síntomas bastante distintos y especiales.

Entro la retro-versión y retroflexión, el diagnóstico es fácil. Si se trata de retro-versión: el tumor es plano y convexo; el cuello mira hacia adelante y arriba, su cara posterior se continua regularmente con el plano posterior del cuerpo y al hacer el cateterismo es suficiente dirigir la curvatura del histefómetro hacia abajo para que éste penetre en la cavidad uterina.

En la retroflexión hay un surco entre los dos segmentos, un ángulo abierto hacia abajo muy fácil de apreciar; el cuello mira hacia adelante ó hacia abajo y al hacer el cateterismo, es necesario tirar del cuello hacia adelante con una pinza tira balas, para que pueda penetrar el instrumento.

Pero ahora hay otra cuestión; que es, determinar si la desviación es movable, para precisar debidamente la clase del tratamiento que hay que seguir. En este punto de vista divide el profesor Trekat las retroflexiones en tres clases: primera reductibles segun da resistentes; tercera adhenrentes.

Las retro-versiones movibles se feconocen sin dificultad, al cambiar la enferma de actitud.//



TRO FLEXIONES)

.....

Las retro versiones pueden ser congénitas ó adquiridas.

Martín cita algunos casos de retroversiones congénitas.

Por el contrario Schultze no las admite; según este autor, las retro desviación, lo mismo que la anti flexión, resultan de la persistencia en el adulto del estado infantil del útero.

Este órgano en la niña está en la <sup>di</sup> des-  
<sup>rec</sup>viación de la vagina; en la época de pubertad, cuando la pelvis ha adquirido desarrollo cambia de situación y se coloca en ligera antiflexión. Para que esto se efectue, es necesario que la vagina se prolonge y permita que el cuello verifique dicho movimiento; si aún conserva algo de flexibilidad, se ponga en anti flexión, pero si esto no ocurre, queda en dirección del eje de la vagina encorvándose mas ó menos hacia atrás por el peso del paquete intestinal. Este es según Schultze, el mecanismo de la retro flexión congénita, el cual será producido ú originado por la suspensión del desarrollo de la vagina, especialmente en su pared anterior,

Las verdaderas retro desviaciones, es decir, la mayor parte de las que se encuentran en la //

//práctica y que nos vemos precisados á tratar, son adquiridas .

Se observa sobre todo en el período de actividad genital de la mujer. Sin embargo pueden presentarse en un período mas abanzado en la época de la menopausia.

Un tumor desarrollado en la cara anterior del útero, puede producir la retro versión del órgano; es causa, con todo excepcional. Puedo decir que todas las retro versiones tienen por origen en el puerperio, son por consiguiente consecutivas al parto ó al aborto.

Pueden influir, dos series de causas, para producir las retro desviaciones: unas que obran sobre el útero mismo, y otras sobre su medio de fijez

Por parte del útero, su involución incompleta después del parto, dejan un órgano grueso ~~in~~ congestionado y por consiguiente con mayor peso; si á esto se une la metritis, no tendrá nada de particular que por la causa mas insignificante y con tal aumento de volumen, tome una situación anormal, que dificultará en mucho la curación de la metritis puerperal.

Por lo que se refiere á los medios de fijez del útero, pueden también invocarse las alteraciones en la involución. Los ligamentos durante el embarazo se alargan, percisten en este estado después del parto, quedando el útero en situación insegura.

//La dirección, el grado y la forma de la desviación será distinta, como lo son también los trastornos de la involución y la relajación de los ligamentos.

Ahora tratemos de explicar como se verifica el mecanismo de las retroversiones.

A consecuencia del parto ó del aborto particularmente cuando la enferma se levanta de la cama demasiado pronto y hace continua marchas, el útero atacado de metritis, es mas pesado, desciende y su fondo se inclina hacia atrás. Los ligamentos utero-sacros relajados permiten que el cuello se dirija hacia adelante. Además como los ligamentos redondos han perdido su tonicidad dejan que el útero se dirija hacia atrás constituyéndose y formándose de este modo la retro desviación.

El peso que obran las asas intestinales obra mas directamente sobre el útero desviado, contribuyendo también á que su posición viciosa adquiere el caracter de estable y definitiva.

Estando el útero inflamado los están ó lo estarán también, y no tiene nada de particular que en este caso estén dichos anexos retro desviados. Las adherencias vendrán mas tarde provocadas por la inflamación contribuyendo á convertir la retro desviación móvil é inestable en retro versión fija y permanente.

La retro flexión depende de las mismas causas; cuando los ligamentos úteros sacros resisten

// al mismo tiempo que ceden los redondos, el fondo del útero cae sólo hacia atrás, doblándose en ángulo agudo sobre el cuello.

Según Martín, cuando la placenta se insertó en la pared anterior, la involución de esta pared es mas lenta y más tardía que la de las posterior, pierde parte de su resistencia, se vuelve mas friable y por tanto el útero tiende á dirigirse hacia atrás. Dicho autor, en <sup>338</sup>238 casos de retro versión del útero no grávido, atribuye 230 á esta causa.

Schultze la imputa tambien á la distensión alternativa del recto, el cual empuja el cuello hacia adelante y á la de la vejiga, que lo rechaza hacia atrás. Sin embargo estas influencias son muy secundarias.

Independientemente del puerperio, las rasgaduras del periné, son otra causa poderosa, pues el útero falto de apoyo es muy fácil que se vuelque.

La retro versión del útero grávido merece recuerdo especial, pues se observa que un útero en estado normal al parecer, caiga en retro versión en los primeros meses del embarazo. En este caso la multiparidad es una causa predisponente de primer orden. Según Martín, en 121 mujeres con retroversiones durante su preñez 97 eran multiparas y sólo 27 primiparas ; pero hay que advertir que estas últimas padecían retroversiones congénitas. Vemos pues la influencia mani-

//fiesta de la multiparidad; y se explica satisfactoriamente por la relajación de los ligamentos determinados por los embarzos múltiples.

.....

## TRATAMIENTO DE LAS RETRO-VERSIONES Y RETRO

### .. FLEXIONES..

### ..... DIVERSOS METODOS.....

Pocas cuestiones, existen en ginecología, que hayan originado tanta discusión como las que se refieren al tratamiento de las retro-VERSIONES. A diario se proponen métodos nuevos, distintos procedimientos; tal operador encomia un procedimiento, para abandonar le en seguida.

En la actualidad las cosas han cambiado. Los recursos terapéuticos de que podemos disponer no corren el riesgo de ser aplicadas á ciegas, se precisan mejor las condiciones que ha de llenar cada uno de ellos, y si quedan algunos puntos oscuros, si muchos métodos, son demaciados recientes para que se pueda aventurar un juicio definitivo acerca de su eficacia, trasadas están yá las principales líneas sobre las que hay perfecto acuerdo entre los cirujanos.

La discusión ha sido tratada en el Congreso de Ginebra el año de 1896.

A tres cuestiones hay que responder en el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Facultad de Medicina

UBHCD

//

//tratamiento de las retro-versions; estas son: primero reducción de la desviación, segundo fijación del útero reducido y tercero tratamiento de la metritis y lesiones concomitantes.

Creo que una vez hecha la reducción, es mucho mas fácil el tratamiento de la inflamación del útero, recurriendo para esto al tratamiento anti flogístico ó al raspado; pues cuando el útero está desviado es imposible la curación de la metritis; porque constantemente estará congestionado, y por la misma posición anómala que tiene, y porque esto trerá alteraciones en la circulación que harán inútil cuanto se haga por la metritis.

Es por esto que sólo me ocuparé, de las dos primeras partes, es decir, de la reducción del útero y de la fijación en su nueva posición.

Para conseguir esto podemos <sup>dis</sup>poner dos medios: los medios no cruentos y las operaciones.

En unos y otros hay que considerar dos partes: la reducción y la fijación.

Para obtener la reducción por los procedimientos no cruentos, tenemos en primer lugar la reducción con la sonda.- Este es el método que antes se empleaba con mayor frecuencia y que Schultze recomienda especialmente para los casos en que no se presentan excepcional resistencia las adherencias que hay que

//vencer.

Esta reposición puede llevarse á cabo en la posición lateral de Sims, ó en lagenu-pectoral. Pro- visto de un histerómetro ó de una sonda metálica de gro- sor y resistencia suficiente, se intráduse varias ve- ces consecutivas, con el objeto de enderezar moment a- neamente el útero. Luego se describe con la sonda un arco de círculo, haciendo que su pico verifique en el in- terior de la cavidad uterina una rotación por la cual su concavidad quede dirigida hacia adelante. El útero resulta enderezado de esta manera, pero en retro-posici- ón; para atraerlo hacia adelante, se deprime el man- go del histerómetro hacia la horquilla.

En esta enqueñisis no debe hacerse es- fuerzos bruscos, sinó ejercer una presión suave y con- tinua, que si es progresiva puede llegar á ser muy fuerte . Se puede terminar la reducción en una sola sesión. En otros casos, sin embargo, convendrá repá- tir las sesiones, cada dos ó tres días; después de cada una de estas se mantendrá el grado de reducción pbteni- da, colocando cuidadosamente tapones de gasa antisept- ica en el fondo de saco posterior.

El instrumento mas sencillo para la re- ducción es el histerómetro. Posteriormente el profesor Trebat ha hecho construir un enderezador muy ingenioso consistente en uja sonda uterina articulada, cuya cur- vadura puede aumentarse después de la introducción en

//el útero.

### REDUCCION BIMANUAL.

Este procedimiento es bastante seguro y eficaz; se practica empleando las dos manos, las cuales alcanzan al útero y lo cogen por arriba y por abajo de este modo se sabe mejor lo que se hace, y por consiguiente se hace con mas perfección.

La excesiva sensibilidad del útero determina la contracción refleja de la pared abdominal, siendo muy difíciles las maniobras sin estar la enferma bajo el sueño cloroformico.

Se introducen dos dedos en la vagina, los cuales se dirigen hacia el fondo de saco posterior hasta ponerse en contacto con la cara declive del útero, que levantan y empujan hacia arriba. La otra mano colocada en el abdomen, deprime la pared hasta encontrar el fondo del útero.

Para que el útero vascule con mas facilidad pueden separarse del fondo de saco posterior los dedos introducidos en la vagina y colocarlos en la cara anterior del cuello, rechazándolo hacia atrás.

Schuitze recomienda se introduzca un dedo en el útero dilatado; de este modo se ejerce mas fuerzas para romper las adherencias en el caso de que existan; pero esta maniobra se ha abandonado por//

//completo, por los <sup>muchos</sup> ~~mismos~~ inconvenientes que tiene.

En efecto, dichas adherencias reclaman otras clases de cuidados, exigen, por lo menos, para su ruptura, que se emplen medios mas suaves y mayores cuidados.

#### REDUCCION POR MEDIO DE LA POSICION GENU-PECTORAL

~~~~~

Cuando la mujer toma la posición genu-pectoral con las piernas un poco separadas y deprimida la horquilla para dar paso al ingreso del aire en la vagina, las víceras abdominales caen hacia la concavidad del diafragma y el útero en retro-versión ó retro-flexión móvil vuelve á adquirir su posición normal.- Se puede además contribuir á esta reducción, manteniéndola separada la pared vaginal y ejerciendo una tracción en el fondo de saco posterior con una valva que deprime la horquilla. Esta reposición espontánea aérea, como la ha llamado Courty, constituye una ginacia preciosa que toda mujer puede ejecutar fácilmente todos los días, adoptando mañana y noche por espacio de algunos minutos la actitud de la plegaria mahometada según Tarnier.

Este autor aconseja á las mujeres que al tomar esta postura se introduzcan en la vagina un espejo pequeño fenestrado ó una simple cánula de inyecciones para facilitar el abceso de aire y la repulsión del

//útero. Elisa Mosher, que ha vuelto ha insistir sobre el tratamiento por esta posición, recomienda á las mujeres que se introduzcan un dedo en la vagina y lo apliquen contra la cara anterior del cuello para que el útero se disloque hacia adelante. Si bien rara vez habrá bastante con esta gimnasia por si sólo, no deja de ser, sin embargo, un auxiliar cierto y precioso para el tratamiento de las desviaciones hacia atrás. También de be aconsejase á las enfermas que se acostumbren á dormir sobre el vientre ó semi-pronación.

Vamos á ocuparno ahora de la segunda parte de las operaciones no cruentas, es decir, de la fijación del útero en la nueva posición que se le ha dado.

Esto se consigue, en algunos casos, con el auxilio de los pesarios.

El número de pesarios contruidos para corregir la retro-desviaciones, es ilimitado y las formas muy variadas.

Desgraciadamente, el pesario tiene grandes inconvenientes: en primer lugar, que hay que tenerlo indefinidamente y esto es causa de que se incruste y altere, siendo preciso que las enfermas se den inyecciones vaginales cada dos dias. Es necesario también vigilar la situación, pues con la mayor facilidad cambia de posición. Es necesario sacarlo de cuando en cuando para limpiarlo ; volviéndolo á colocar con

//las mismas precauciones.

Los resultados son muy variables: los de la práctica de Saenger, no son nada alagüeños; en 57 casos sólo ha conseguido el 10% de curaciones, en 33 casos no obtuvo ninguna curación.

Es, pues, cierto, que los pesarios solo son aplicables en aquellos casos sencillos, recientes y xde fácil reducción.

Por otra parte, existen enfermas en las que el pesario es intolerable é intolerado; si es muy pequeño no asegura la reducción y por el contrario, si es muy ancho provoca dolores.

Además este medio es rechazado por la mayor parte de las enfermas, por cuanto las obliga á llevar un cuerpo extraño en la vagina por mucho tiempo, y lo hemos de decir también por muchos prácticos. Entre ellos por el profesor Dr. Carvallo que cree que para que el pesario pueda dar buenos resultados sería necesario construir uno á la medida de cada enferma, cosa entre nosotros imposible.

Es necesario que el periné este íntegro, pues de otro modo no tiene punto de apoyo.

Por otra parte, no se puede esperar nada del pesario en las retro versiones adherentes ni en las retro-flexiones por movibles que sean.

Respecto al masaje, á la columnización de la vagina, á la electricidad, no he tenido ocasión de

//ver ni un solo caso favorable.

## OPERACIONES

-----§-----

Las operaciones propuestas para el tratamiento de las retro desviaciones, tiene la ventaja de que al mismo tiempo que hacen la reducción fijan al útero en la nueva posición.

Estas operaciones pueden ser directas ó indirectas.

Serán directas cuando las propias paredes del útero sirven para fijarlo á la pared abdominal, ó á la vejiga ó á la vagina; indirectas, cuando nos dirigimos á los ligamentos del útero, á aquellos cuya relajación es la causa de la desviación. Las primeras reciben el nombre de histeropexias y pueden practicarse por la vagina ó por el vientre.

## HISTEROPEXIAS.

-----§-----

### HISTEROPEXIAS ABDOMINALES

#### RESEÑA HISTÓRICA

-----§§§-----

Se había observado en varias ocasiones, que la fijación fuera del abdomen del pedículo de los quistes ováricos producían excelentes resultados en las

//dislocaciones del útero.

De aquí nació la idea de soldar este órgano á la pared abdominal por intermediación de los ligamentos anchos, con ó sin ablación de los ovarios ó bien directamente al nivel del fondo

La primera operación de esta clase pertenece á Koeberlé. En 27 de marzo de 1869 en un caso de retro flexión con síntomas de oclución intestinal crónica, abrió la pared abdominal atrajo el útero hacia adelante, extripó un ovario sano y suturó el pedículo al borde inferior de la herida.

Sin tener la menor noticia de esta primera tentativa, la cual fué conocida mastarde, practicó Sims en 18 de Febrero de 1875 la paratomía en una mujer de 32 años, que sufría una retro-flexión dolorosa, extripó el ovario izquierdo afecto de degeneración quística y del volumwn de una nuez y fijó el pedículo en el ángulo de la incisión, con lo cual logró detener el útero en su posición normal. La enferma sanó perfectamente.

En 26 de Febrero de 1880, <sup>L</sup>Sawson-Tait hizo la paratomía en un caso de ovaritis y de retro flexión uterina que no cedían á ningún tratamiento. Halló los ovarios gruesos, resblandecidos; y al cerrar la herida abdominal pasó un punto de sutura al travez del fondo del útero, fijándolo de este modo á la pared

//abdominal.

En 9 de Abril, de 1880, practicó otra operación analoga. Hennig en 1881, hizo la misma operación de Lawson-Tait.

Todos estos casos, empero, no eran sino casos aislados, sin método definido. Oelshausen fué quien sistematizó por primera vez la operación en un trabajo que ha sido una primera iniciación. En el dá cuenta de tres observaciones notables. Por medio de muchos puntos de sutura con crin de Florencia, unió con la pared abdominal la parte de los ligamentos redondos y de los anchos que se halla inmediatamente contigua á los cuernos uterinos procurando antes ~~hiscar~~ buscar la pulsación de la arteria epigástrica, para no lastimarla durante esta operación.

Kaltentack casi en los mismos días la aplicaba á la curación del prolapso uterino. Adquirió rápidamente gran prestigio; Klotz, Czeruy Skuger con Oelshausen la introdujeron en Alemania y Polk See, Coe y Munde la propagaron por América, siendo necesario que llega se el año de 1888 para que este método de origen francés volviese de América y Alemania con el nombre de operación de Sagger.

Terrier en Francia, hizo la primera histeropexia en el mes de Mayo de 1888. Fué seguido su ejemplo por Pozzi, Qeunu, Poncit, Terrilorr Richelot y Segoná y cuando Baudouin, interno de Terrier, publicala

//en 1890 en una importante tesis nutrida de datos, el primer trabajo completo ácerca de este asunto, el número de observaciones que había podido reunir se elevava yá yá á la considerable cifra de 250 casos.

Desde entonces las observaciones se han ido multiplicando tanto en Francia como en el extranjero.

Algunos cirujanos han pretendido conseguir la fijación del útero á la pared abdominal anterior sin abrir el peritoneo, Cövera, Assaky, Crespi y Vaton, han propuesto muchos otros métodos para practicar la histeropexia extra-peritoneal.

Estos procedimientos no reportan ninguna ventaja; el método es antiguo y peligroso, debiendo condenarse en absoluto y únicamente la histeropexia extra-peritoneal, es decir la histeropexia en la abertura de la serosa por la la paratomía es la que debe practicarse.

En esta operación tenemos que considerar dos partes: primera la la paratomía exploratoria y segundo la fijación del útero que es la histeropexia propiamente dicha.

Al hacer la laparatomía exploratoria, cuidaremos de observar, como están los anexos y si estos estuviesen enfermos mejor es extirparlos.

En seguida se desprenden las adherencias

que haya contrido el útero; estas adherencias suelen ser antiguas y resistentes y su desprendimiento exige maniobras muy laboriosas, pero con prudencia y calma se consigue siempre el fin que se desea.

Luego se aproxima el útero á la herida abdominal y se pasan directamente hilos por la cara anterior del útero, para suturarlos á la herida abdominal.

Vamos ahora á enumerar tres diversos procedimientos operatorios para la histeropexia abdominal; llamada también ventro fijación, gastro-histeropexia y gastro-histérorafia.

#### PROCEDIMIENTO DE OLSHAUSEN

§-----

Por cada lado se practican suturas, no en el fondo, sino en los límites del útero, al nivel de sus bordes sirviendo al efecto la crin de Florencia. Se hacen tres á cada lado, cuidando de no cojer en la sutura más que la hoja serosa anterior y de no herir la troma ni la arteria epigástrica.

#### PROCEDIMIENTO DE CZERNITERRIER

§-----

Exceptuando la piel se atraviesa oblicuamente los labios de la abertura abdominal, con una hebra de seda gruesa, que penetrando por el lado izquierdo de dichos labios venga á salir por el peritoneo

//Se dirige luego hacia el lado derecho, pero antes se hace penetrar en el espesor del tegido uterino, hilvanando dicho tegido al nivel próximamente del punto de Reunión del cuerpo con el cuello. Ultimamente se pasa por el labio derecho de dicha abertura abdominal, teniendo cuidado como se acaba de advertir, que no comprenda la piel.

Se pasa un segundo y un tercer hilo de seda, de bastante resistencia á modo de hilvan, cubriendo el primero, lo mas próximo posible al centro del cuerpo y el otro cerca del fondo, los cuales se afianzan con pinzas de presión.

Estos hilos se aprietan sin ~~ahora~~ <sup>uvira</sup> movimiento del útero y la herida del abdomen se cierra como de ordinario.

#### PROCEDIMIENTO POZZI

Con una aguja de Hagdorú entebada con seda fina, pero e bastante resistencia, principia por cerrar la herida de la pared abdominal, en su parte inferior, haciendo una primera sutura que comprenda el peritoneo, la aponeurosis ~~profunda~~ <sup>fin</sup> y los músculos rectos con el fin de que tenga punto de apoyo en el ángulo inferior. Llegando entonces á la ~~cara~~ anterior del útero, cuyo fondo se sostiene levantado y aplicado

//contra la pared abdominal por medio de unas pinzas saca balas ó de unas pinzas de Museux, atravieza por primera vez la capa superficial de la pared anterior de este órgano con el mismo hilo con que comenzó á practicar la sutura del peritoneo. Colocado este primer punto se continua del mismo modo, en dirección de la parte superior de la herida. Por medio de estos hilos reúne Pozzi, los músculos, la aponeurosis de los rectos ó el peritoneo ó sea toda la parte profunda de la herida abdominal (á excepción de la piel y el tegido celular) y la anterior del útero.

Completa la sutura de la pared, haciendo por encima otra sutura continua con catgut á dos planos superpuestos la cual comprende los músculos rectos y la aponeurosis superficial; luego coloca suturas profundas de sostenimiento con seda y suturas superficiales alternas con aquellas hechas con catgut.

#### PROCEDIMIENTO DE LEGUEU

-----

Consiste en suspender el útero sobre la pared abdominal por medio de tres series de hilos transversales; fijados estos á cada lado en los planos musculares aponeuróticos de la pared, no ejercen ninguna constracción en el útero.

Se abre el vientre y movilizado el útero lo ponemos en contacto con la herida abdominal de modo

//que su cara anterior queda visible en su mayor parte. Se tiene preparado de antemano tres hilos de seda de bastante resistencia de una longitud, por lo menos de 70 centímetros.

Con una aguja curva de Reverdín, atravesamos la cara anterior del útero en su parte superior, pero por debajo del fondo el cual ha de quedar libre.

La aguja comprende además del peritoneo, parte del espesor de la capa muscular. Por el ojo de la aguja se le pasa el extremo de uno de los hilos de seda doblado por su mitad. La aguja sale por la derecha y el asa del hilo se corta con las tijeras. De esto resulta que pasan dos hilos por un mismo trayecto intra-uterino los cuales tienen sus dos cabos á derecha é izquierda.

Mientras que estos hilos sirven de medio de suspensión del útero, pasamos del mismo modo otras dos series de hilos por la cara anterior del órgano por debajo del primero.

Sólo falta unir á la pared abdominal los hilos que atraviesan el útero, constituyendo esta maniobra el segundo tiempo de la operación.

Se introduce la aguja de Reverdín por el lado derecho de la pared abdominal, comprendiendo todo su espesor, es decir, la aponeurosis, la capa muscular y el peritoneo. Hecho esto se carga dicha aguja con el hilo superior correspondiente á este lado y se vuelve atravesar la pared. Se hace que penetre otra vez la a-

//guja un centímetro mas abajo por el labio derecho de la herida abdominal, juntamente con el extremo del segundo hilo. En el lado izquierdo se repite la misma maniobra, procurando en cuanto sea posible que la colocación de los hilos se corresponda en ambos, guardando las mismas distancias

Se anudan entre sí los dos cabos de la derecha y los dos de la izquierda y se consigue la fijación del útero á beneficio de dos asas laterales fijadas á la pared abdominal, cuya abertura se cierra al tiempo de apretarlas.

Se sigue el mismo procedimiento con el segundo y tercer hilo con que previamente se atraviesa el útero, resultando en último término una fijación mucho mas sólida que la que se obtiene con los otros procedimientos.

Es tan exacta la aplicación del útero á la pared abdominal, que no queda ningún espacio entre esta y el indicado órgano, pudiendo establecerse directamente las adherencias.

El útero descansa sobre ~~tres~~ <sup>dos</sup> sustentáculos, sobre ~~otros~~ <sup>tres</sup> engastes trasversales, implantados en la pared, los cuales no pueden ejercer de ningún modo la menor constricción en la parte de la pared uterina que están destinados á sostener.

Por encima de esta fijación se cierra la pared abdominal, estableciendo tres órdenes de sutu-

//ra como se hace generalmente.

## HISTEROPEXIAS VAGINALES.

### Reseña Histórica

#### §

Las primeras tentativas para reducir el útero á su verdadera posición, corresponde á Amussat; quien pretendía que la retracción cicatricial debía dirigir el cuello hacia atrás ó inclinar el cuello hacia adelante.

Cauterisaba pues, con el hierro al rojo ó con sustancias cáusticas el fondo de saco de la vagina.

Richelot, propuso en 1868 una operación mas segura que la de Amussat, la cual consistía en procurar la soldadura del cuello de la matriz con la pared posterior de la vagina.

Posteriormente, muchos otros cirujanos, presentaron trabajos en los cuales se pretendía corregir las retro-versions, conduciendo el cuello hacia atrás, con la convianza que llevándolo en dicha dirección el cuello se inclinaría hacia adelante; pero para esto sería necesario exigir que el cuerpo del útero posea bastante rigidez.

Las histeropexias vaginales de ahora, son de otra especie; se alcanza el cuerpo del útero por

medio de una incisión en el fondo de la vagina, se conduce hacia adelante en anterversión y se fija á la pared anterior de dicho conducto.

Fué Ravenau el primero que tuvo la idea, en 1876 de abrir el fondo de saco anterior para ir en busca del útero y fijarlo á la pared vaginal. Schmidt y Schucking no tardaron mucho tiempo en seguir su ejemplo; este autor presentó en 1890, 62 casos de retro versión curados por este método.

Vamos áhora á reseñar los dos principales métodos operatorios

PROCEDIMIENTO

DE UHRSSSEN

VAGINO FIJACION

~~~~~  
~~~~~

Este autor ha hecho conocer en Alemania un procedimiento de vagina fijación .

Veamos en que consiste: el cuello se trea hacia la vulva. En seguida se practica una incisión transversal de un centímetro de longitud, al nivel de la incersión vaginal anterior del cuello. Se coge con unas pinzas el labio superior de esta incisión

// y se tira hacia arriba.

Una vez hecho esto, se profundiza con las tijeras dicha incisión prologándola cerca de un centímetro por cada lado. Por la abertura puede penetrar el dedo índice, con el cual se desprende con facilidad la vejiga del útero abriendo el fondo de saco que forma el peritoneo.

Por otra parte es necesario introducir un histerómetro encorbado en la cavidad uterina con el cual se lleva el fondo del útero hacia adelante hasta que el dedo índice de la mano izquierda del operador introducida en la herida se ponga en contacto del órgano.

En seguida, sirviendo de guía el dedo de la mano izquierda, atraviesa el operador en dirección transversal la pared anterior del útero con un hilo de seda, el cual no se aprieta, por que únicamente tiene por objeto bajar el útero y permitir acercarlo á la herida.

Por encima de este hilo se coloca otro y luego un tercero y cuarto si fuere necesario hasta descubrir el fondo del útero. En el momento en que se ve aparecer dicho fondo, principia la fijación propiamente dicha; esta fijación se realiza empleando tres hilos dispuestos en la forma siguiente. Penetran

//

//por la cara anterior del colgajo vaginal superior todo lo mas cerca posible de la incisión, se dirigen verticalmente hacia arriba, atraviesan todo el espesor de la pared vaginal <sup>capa la mucosa</sup> y van á salir un poco mas arriba. Por último atraviesan la pared uterina al nivel del fondo. Estos hilos están por consiguiente, en dirección longitudinal anteró-posterór; además son hilos perdidos, porque están en el interior del despegamiento, y una vez anudados no se ven al exterior. Una vez anudados los hilos se quitan los depresores que son innecesarios y se cortan al ras la suturas. Queda sólo la herida vaginal, esta, se sutura con catgut, Después se hace un lavado intra-uterino y se coloca un tapón antiséptico

Este Cirujano presenta una estadística de 114 operaciones con 102 curaciones.

#### PROCEDIMIENTO DE MACKENRODT

#### VÉSICO FIJACIÓN

~~~~~

Comprende: incisión longitudinal de la vagina.

Desprendimiento de las conexiones del útero con la vejiga y abertura del fondo de saco peritoneal. Sutura del peritoneo que tapisa la vejiga, con el fondo del útero. Fijación capa por capa de la

//pared vasical que ha sido desprendida del cuello uterino, el cuerpo, hasta la altura del, orificio anterior. Y por último surtura de la incisión vaginal como en la colpografía.

#### PROCEDIMIENTO DE LE DENTU Y PICHEVIN

Para comodidad dividiremos este procedimiento en tres tiempos.

Primer tiempo. Se toma el labio anterior con una pinza tira balas. Se pone tirante la pared vaginal, para lo cual se hace uso de tres pinzas, una se coloca á la distancia de un centímetro por detrás del orificio uretral y las restantes á la derecha é izquierda de la vagina. Después hacemos una incisión antero-posterior, la cual comensando á dos centímetros próximamente por detrás del meato termine aun centímetro por encima de labio anterior del cuello uterino. Se separa con cuidado la pared vaginal de la vegiga, disecando con el bisturí, hasta dos centímetros en cada lado. Entonces se separa únicamente el bajo fondo de la vegiga con sus conexiones con el útero rasando sobre la cara anterior del cuello

Segundo tiempo se hace uso del enderesador de Trelat ó de un histerómetro largo, fuerte y resistente de modo que su acción puede ejercerse en

//toda la longitud del útero.

Una vez vasculado este órgano hacia adelante hay que ocuparse del fondo de saco peritoneal anterior. Es mejor abrir este fondo de saco, para permitir explorar el borde superior y la cara posterior del útero y asegurarse de que no existen adherencias o poder romper las que son poco resistentes. Permite también, lo que es muy importante, colocar los hilos fijadores todo lo mas alto posible sobre la cara anterior del cuerpo del útero.

Tercer tiempo,. Se coloca en la pared anterior del cuerpo del útero y comensando por la parte mas próxima itsmo y ascendiendo hacia el fondo dos ó tres hilos verticales con los que se hacen descender ó inclinarse poco á poco el útero hacia adelante. Cuando se descubre el fondo del útero en la herida, se pasan los hilos trasversales, principiando más arriba posible del modo siguiente: con una aguja curva provista de seda bastante resistente, se atraviesa 5/m de su borde y de adelante atrás el colgajo vaginal izquierdo, se conduce la aguja por el tegido uterino á 4'05 /m de profundidad por un centímetro de longitud y de izquierda á derecha, atravesando el colgajo vaginal derecho de atrás hacia adelante á 5/m igualmente de suborde.

A partir de este primer hilo, situado trasversalmente todo lo mas cerca posible del fon

//do del útero y de la parte anterior de la incisión vaginal, coloca una serie de 6 á 8 hilos, por lo menos, de los que 3 ó 4 deben atravesar el tejido del útero.

Resulta de esto que toda la cara anterior del útero y una porción pequeña del cuello se encuentran suturadas al a pared anterior de la vagina.

Se quitan los hilos bajadores á medida que no se van necesitando.

Con el fin de asegurar la solidez de la pared anterior de la vagina, se suprime una parte de la vagina por medio de una incisión elíptica.

#### PROCEDIMIENTOS DE FIJACION INDIRECTA

~~~~~

-----§-----

En todas estas se ha tratado de corregir la retro desviación, acertando uno ú otro de los tres ligamentos que suspenden el útero: los ligamentos anchos, los utero-sacros y los ligamentos redondos.

Con respecto á l acortamiento de los ligamentos anchos propuesto por Polk, Taift y Smbacik, no han dado buenos resultados. Consiste el procedimiento de Smlack, en doblar el ligamento ancho por su porción externa, este procedimiento es aplicable, mas bien, á los propapsus que á las retro-desviaciones.

// Con respecto á los ligamentos útero sacros, propuesto por Kerly y empleado y modificado por Polk. Es un procedimiento doble, pues no sólo se acerca los útero sacros sino también los ligamentos redondos.

Se opera por la vía vaginal y abriendo el fondo de saco anterior para el acortamiento de los ligamentos redondos y el fondo de saco posterior para el acortamiento de los ligamentos útero-sacros.

Con respecto al acortamiento de los ligamentos redondos, se ha propuestos tres vías: por la vía inguinal por la vía abdominal y por la vía vaginal.

ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS  
REDONDOS POR LA VIA INGUINAL

OPERACION DE ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS

La idea del acortamiento de los ligamentos redondos por la vía inguinal, fué practicada en Francia por primera vez por Alquié. Este Cirujano presentó á la Academia de Medicina de París, el 17 de No-

//viembre de 1840 un método nuevo para tratar las distintas dislocaciones de la matriz. Desgraciadamente la hecharon en elvido hasta que Alexander el 14 de Diciembre de 1881 practicó la primera operación de acortamiento de los ligamentos redondos creyéndose él primero.

Posteriormente Adams se encargo de pul-  
varlo. Así es que el nombre de estos Cirujanos mere-  
ce ir junto, y por cuyo motivo, se llama comunmente á es-  
ta operación "Operación de Alquié- alexander -Adams".

#### MANUAL OPERATORIO.

Hay que distiguir cinco tiempos en  
esta operación.

Primer tiempo. Incisión de la pared.

Para esto se busca la espina del pu-  
bis, luego se hace una incisión de uno 5 centímetros pa-  
ralela á la arcada de Falopio, llegando hasta la aponeu-  
rosis.

Segundo tiempo descubrimiento de los  
ligamentos.

Se descubre la aponeurosis que envuel-  
ve el mu sculo oblicuo mayor, así como las fibras del  
orificio inguinal superficial y se disea con precaución

//

//para poner al descubierto los pilares y las fibras intercolumnarias ó arqueadas que limitan el orificio por arriba y por afuera. Incisión de la pequeña lámina celular que se extiende entre los pilares del anillo inguinal; inmediatamente surge hacia afuera del orificio un peletón de grasa fina y amarilla, sobre el cual llama <sup>Sulast</sup> Snack especialmente la atención. Se separa la ramilla genital del nervio génito-crural, y con la sonda acanalada se busca el ligamento redondo, que se dá á conocer por su aspecto de cordón rodado y que en su extremidad inferior afecta á veces la forma de pencil; una vez reconocido, se coje con las pinzas y se disloca de los demás. Ligamentos por medio de un instrumento romano. Terminada esta denudación, se protege la herida con una gasa antiséptica i se repite la operación en el otro lado; tambien se cubre provisionalmente la segunda herida para proceder al tercer tiempo.

Tercer tiempo, enderezamiento del útero.

Para ~~hacer~~ la ascensión ó enderezamiento del útero, se hace uso de un histerómetro ó de un enderezador de Trelat al mismo tiempo que un ayudante lleva á cargo el enderezamiento del útero por medio de la reducción bimanual. Por su parte el Cirujano descubre las heridas, coje los ligamentos incompletamente

// denudados y termina su completa separación: se debe procurar que esta separación de los ligamentos llegue hasta las inmediaciones del orificio inguinal interior, es decir, que alcance una longitud de 10 centímetros

La tensión que se practica en los ligamentos debe efectuarse á la vez en ambos lados y con una tensión igual; hay que tener en cuenta que se dejan atraer muy facilmente y con muy poco esfuerzo, y no se vaya á creer por esto, que se han roto profundamente.

Cuarto tiempo sutura de los ligamentos redondos acortados y oclousión de la herida.

En primer lugar se confía á un ayudante el cuidado de sostener los ligamentos en moderada tracción. Por su parte el Cirujano provisto de una aguja curva hebrada conseda atraviesa primero el pilar externo y el ligamento hacia su borde superior, después este último y el pilar anterior, de tal modo que lo que va á convertirse en extremidad de ligamento redondo quede fijado sólidamente al orificio inguinal externo; en el borde inferior del ligamento se dispone así mismo otra sutura perdida semejante á la primera. Después se recorta aquella porción de ligamentos redondos que sobre sale de las suturas. En seguida como el anillo

//inguinal con una sutura de catgut y constituyo de este modo el plano mas profundo de la sutura perdida de plano superpuesto, que sirven para la oclucion de la herida Sigue luego un vendaje anti séptico, que ejerce una presión ligera.

Quinto tiempo, Pozzi, cree suficiente con colocar en la vagina tapones antisépticos, que se renevan diariamente; Alexander es de opinión que se colo que un pesario conveniente durante todo el tiempo que ha de permanecer la enferma en cama, que mas ó menos es de tres semanas, pero me permito creer que basta con un buen tapón atiséptico.

ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS

REDONDOS POR LA VIA ABDOMINAL

-----)-----{-----

~~~~~

PROCEDIMIENTO DE WYLIE

-----

Esta operación fué imaginada por Wylie de New York, en el año de 1886 en seguida ha sido practicada un cierto número de veces por Brele-Rugge y Dudley. Ultimamente la recomendaron Frang en 1896. En Francia ha sido defendida por Sepond.

MANUAL OPERATORIO

---

~~1. Se hace la laparatomía media subumbilical, se coje el ligamento redondo con unas pinzas y se acerca á la herida. Luego se aviva la cara interna del pliegue que resulte de tirar los ligamentos, con el objeto de asegurar la soldadura al nivel de la porción plegada.~~

Se hace la laparatomía media subumbilical, se coje el ligamento redondo con unas pinzas y se acerca á la herida. Luego se aviva la cara interna del pliegue que resulte de tirar los ligamentos, con el objeto de asegurar la soldadura al nivel de la porción plegada.

Para fijar este pliegue pone tres ligaduras muy fuertes que atraviesan el ligamento, procurando comprender en el asa del hilo la mayor cantidad posible de ligamento, ejecutando con el otro dedo la misma operación.

En el procedimiento de Dudley existe muy poca diferencia comparado con el de Wuilié; pues este Cirujano lo que hace es fijar el ligamento plegado á la cara anterior del útero.

PROCEDIMIENTO

DE

CH. BEGK.

---

Llamado también: ligamento pepxia.

//abdominal, acortamiento de los ligamentos redondos por inclusión parietal. Fué imaginado por Bsk de New-York que espuso la técnica de la operación al Congreso de Moscou el año de 1897.

MANUAL OPERATORIO.

-----§-----

Se hace una incisión longitudinal, como para una laparotomía pero solo al partir de debajo del ombligo hasta el pubis. Se buscan los ligamentos redondos; por una incisión que se hace á cada lado en el peritoneo parietal, incisión á manera de ojal, y al travez de la cual se atraen estos ligamentos manteniéndolos tirantes por medio de un separador ó de unas pinzas. Se trata de unir los labios de este ojal por debajo de la asa formada por este ligamento.

Por último se atraen los ligamentos á la abertura abdominal y se suturan á los labios de la herida cutánea de tal modo que se encuentren incluidos en la piel.

Cree el Cirujano Beck que basta la fijación de uno de los ligamentos; pero es mas se //

//guro la fijación de los dos cordones pues así, hay menos peligros para las recidivas.

Dobevis, ha preconizado el acortamiento de los ligamentos redondos por inclusión parietal. Sólomente se diferencia de la anterior en que en lugar de fijar los ligamentos al pliegue cutáneo él prefiere fijarlo á los pilares fibrosos de los músculos rectos e del abdomen.

Además este Cirujano no cree necesario despojar á los ligamentos de su vaina serosa.

schauta, también ha imaginado el acortamiento de los ligamentos redondos por la vía vaginal. Para esto se hace una colpctomía anterior transversal, se buscan los ligamentos cerca de los cuernos uterinos y se fijan á la herida vaginal.

#### DISCUSIÓN SOBRE CUAL ES EL PROCEDIMIENTO OPERATORIO QUE MAS CONVIENE

§

Como se ve por la descripción que acabo de hacer de los numerosos procedimientos operatorios; pocas cuestiones habrán en ginecología que hayan motivado mayor discusión dando lugar á tantos métodos

Vamos á hacer la crítica de cada uno de ellos, y principiaré por ocuparme de los procedimientos no cruentos.

Sin detenerme á ver, si es mejor la reducción bimanual, la posición genu-pectoral ó el enderazamiento con la sonda; debo decir antes, que estos procedimientos sólo deben aplicarse en aquellos casos en que el útero es bastante movable, en que no existen adherencias; pero aún en este caso, tropesamos con el inconveniente, de que es necesario sostener al útero en la nueva posición y que para este objeto existen los pesarios.

Estos tienen sus inconvenientes: en primer lugar es necesario que el periné este ántacto, pues de otro modo no encuentra el pesario un punto de apoyo sólido y se saldrá á cada momento.

Por otra parte este debe tener una magnitud fija y determinada; pues si es muy pequeño, no asegura la reducción, y por el contrario, si es muy ancho provoca dolores. La dificultad es mas grande entre nosotros donde no podemos vigilar su fabricación, para darle la forma y el tamaño conveniente; pues creo que la forma del pesario depende de la forma de la vagina, sin detenerme á escoger el de tal ó cual autor.

También es necesario que el cuello

//del útero este completamente sano, pues si existe una fisura, la abundancia de secreción servical á que dá origen, ponen con facilidad sensible la mucosa de la vagina y la predispone á ulcerarse por compresión. Las mucosidades ácidas de la vagina, altera muy pronto, el material de que es construido el pesario, este se pone áspero en la superficie, ocasiona con ella fácilmente escoraciones de las paredes vaginales, y dá lugar, por regla general, á una fetidez insoportable de las secreciones.

Además este medio es rechazado por las enfermas, que se ven obligadas á llevar un aparato indefinidamente, y aun en el caso de que estas la soporten con resignación se ha visto que al volverlas á examinar después de un largo tiempo, que lo han sufrido con paciencia se vé que el útero persiste en la misma retro versión que fué causa de uso del pesario.

Este resultados estan probados, por la estadística de Saengr; el que en 57 casos sólo ha con seguido el 10% de duraciones y en 15 casos que trató posteriormente no obtuvo ninguna ventaja.

Por todas estas razones creo pues, que mi ilustre maestro el Dr. Carvalho, que el pesario pertenece á la infancia de la cirugía y que sólo la timidez operatoria puede prescribirlo, ahora que la asepsia

// y antisepsia , nos dan exitos casi seguros

.....

Ocupándonos de los procedimientos cruentos, vamos a ver que ventajas y desventajas nos proporcionan cada uno de ellos.

Comensaremos por los procedimientos directos y entre ellos las ventro fijaciones, en primer lugar.

Este procedimiento tiene la ventaja; de que podemos ver la exacta posición que tiene el útero de que si existen adherencias las podemos desprender, del mismo modo que si los ovarios, trompas & se encuentran degenerados, enfermos los podemos extirpar.

La objeción mas grande que se ha hecho á este proceder es que el útero fijado en la pared abdominal no puede evolucionar durante el embarazo, y aún que este llegase á su fin, se presentan dificultades para el parto, pues este no puede bajar como ordinariamente pasa en un útero que no está fijado.

Respecto del primero esto depende de según cual haya sido el procedimiento elegido para fijar el útero; pues si solo se toma la cara anterior, queda el fondo y la cara posterior para que el útero pueda evolucionar libremente y esto está probado por

//

//observaciones hechas en las operadas. Así Miländer ha hecho un estudio detenido de estos trastornos y en 72 observaciones, á los que añade los hechos personales: dicho autor afirma que la ventro fijación no es obstáculo ni para la fencudación ni para el desarrollo del feto

Sin embargo evoluciona la mayor parte del tiempo sin alteraciones notables.

El curso de parto fué normal en la inmensa mayoría de lo casos; llvees únicamente huvo necesidad de intervenir, 4 veces con forces practicando la versión 5, y por operación sesariados.

En 99 observaciones hecha por Piras El que ha hecho un estudio muy meditado de las ventro fijaciones y sus relaciones con la ppreñez y con el parto, el embarazo le ha interrumpido por aborto 11 veces; pero quien nos dice, que estos abortos no hayan ovrdcido á otra causa y no á la operación. Si nos ponemos á analizar los hechos veremos que en muchos casos, estos abortos han obedecido á otras causas.

Para mí creo que en la ventro\_fijación no se inperrumpe el embarazo, pues el útero evoluciona á expensas de su fondo. Lo que si cfeo que puede suceder, es que hayan presentaciones viciosas, debido á q ue el útero tiene una evolución anormal.

// El inconveniente más grande de las ventro fijaciones, es á para mí, en la dificultad para el parto, y tiene que dificultar el parto, puesto que el útero en el último mes de el embarazo desciende algún tanto y este descenso no podrá realizarse si el útero se encuentra fijo á las paredes del vientre.

Vamos ahora á ocuparnos de las histero pexias vaginales.

Los partidarios de este procedimiento creen que es mucho mas sencill o y eficaz que los demás propuestos; pero los Cirujanos alemanes y yó con ellos creo que es el menos conveniente según vamos á ver.

En primer lugar para questa operación sea realizable, es necesario que el úetro no tenga adherencias, que sea movable, que pueda descender, que su volumen sea normal y sus anexos que estén sanos.

Es cierto que también por esta vía se ahan separado los anexos alterados y las adherencias contraidas; pero todo esto me parece mucho mas fácil por la vía abdominal.

Aquello de que sea más fácil y menos expuestos que las laparat omí as me parece que es discutible; pues l adiscección de la vegiga expone á hierirla

// y la colocación de los hilos reclaman un manejo delicado. Y si es con respecto á la benignidad de la operación, tanto peligro hay en uno como en otro procedimiento, si no se tiene en cuenta los cuidados antisépticos.

Ahora se trata del interesante problema de la colpohisteropexia en las relaciones con el embarazo y con el parto.

Mackenrodt ha visto dos de sus enfermas embarazadas después de la operación.

Duhrssen ha visto seis. Sin embargo la vagina fijación presenta inconveniente bajo el punto de vista obstréctico.

Strassman ha observado que después de la hysteropexia vaginal el útero grávido tiene tendencia á adquirir desarrollo, á separarse del punto de fijación Deaquí que se presente dolores muy fuertes hacia el punto de esas adherencias durante el embarazo, y sino se deprenden, es casi inevitable el aborto.

Duhrssen, ha pesar de los éxitos alcanzados con algunas de sus operadas nos presenta el caso de una en la cual las adherencias eran tan resistentes en el momento del parto, que se vió obligado á practicar la operación de <sup>Pom</sup> ~~Pom~~, muriendo la enferma poco después

Vemos pues que la vagina fijación expone á serios peligros y estos parecen más complejos

//y más frecuentes, que los que se presentan á consecuencia de las otras histeropexias.-

Nos queda el grupo de las histeropexias indirectas.

Estas me parecen las mas racionales y está la discusión en que el acortamiento de los ligamentos redondos por la vía inguinal y el acortamiento de los mismos ligamentos por la vía abdominal.

El acortamiento por la vía inguinal ó sea la operación de Alexander después de todas las razones que tiene en pró presenta tambien sus dificultades.

Es una operación sencilla; pero no lo estanto por cuanto á veces no se encuentran los ligamentos en el centro del canal inguinal, existiendo sólomente bridas celulosas que se rompe al cojerlas con las pinzas

Es una operación benigna, y lo es efectivamente. Johnson nos presenta una estadística de 642 intervenciones en que sólo hubo 3 muertes dos por septicemias y 1 por neumnia, como vemos, el primer accidente abría podido evitarse.

Es una operación que en nada compromete el curso del embarazo ni del parto; por cuanto el útero puede evolucionar libremente en la cavidad pélvica

//y puede descender loz suficiente en el momento del trabajo pues los ligamentos redondos acortados se alargan al mismo tiempo que el útero aumenta de volumen, sufriendo má s tarde como dicho órgano el fenómeno de involución.

Lamrst cita 16 embarazos en mujeres que habían sufrido la operación de Alexander y en las cuales 14 tuvieron partes normales y solo ~~con~~ aborto y un parto prematuro, sin que pueda atribuirse estos dos casos á resultados de la operación.

Pero es preciso reconocer, que esta operación sólo es aplicable, á aquellos casos en que la desviación es movible, pues si existen adherencias, nada se conseguirá con tirar de los ligamentos.

Loque no pasa con el acortamiento de los ligamentos redondos por la vía abdominal, en que como antes hemos dicho, nos podemos dar cuenta exacta de la posición que ocupa el útero, destruir las adherencias si es que existen y por último extirpar anexos si es que están enfermos.

También podría suceder que la incursión de los ligamentos estuviese cambiados, y en vez de det acar se del fondo del útero, se destacasen de más abajo, más próximos al cuello. Gerárd Marcan nos cita un caso en el que en la autopsia se pudo comprobar que con la opera

//ción se había conseguido exajerar la retro flexión, efecto de la incersión media y anterior, en vez de superior de los ligamentos redondos en el útero.

Routier, también cita un caso en contra de la operación de Alquié: se trata de un útero, que estaba en fuerte retro flexión, de los ligamentos redondos se insertaban en las inmediaciones de los cuernos uterinos de tal modo que tirando de los ligamentos redondos, sólo se conseguía aceptar la retro flexión y aplicar el fondo del útero sobre la cara posterior del organo

Por todas estas razones nos parece que es mucho mejor la vía abdominal; pero no sólo acortando los ligamentos como en la operación de WYlye sino fijándolos á las paredes del vientre, como es la operación de Bek, de este modo queda el útero en su posición natural. Además, como se toman los ligamentos por su porción mas interna, es decir, mas resistente, hay mayor seguridad de que quede hecha definitivamente la reducción; es mas fácil por cuanto vamos á buscar los ligamentos por camino mas corto y mas directo; élla es una laparatomía que permite hacer un buen diagnóstico y hacer en la pequeña pelvis, todas las amniobras exigidas por las circunstancias; élla en fin es una operación que reúne todas las ventajas del procedimiento de Alexander sin tener sus dificultades. Pues la operación de Alexander no me parece una verdadera

//operación por cuanto se procede á ciegas, por cuanto no se vé lo que se hace.

.....

## HISTORIAS CLÍNICAS

### HISTORIA N<sup>o</sup> 1.

§

#### RETRO VERSIÓN.- VAGINO-FIJACION

M.M.B., natural del Callao, de 20 años de edad de profesión costurera; entró al Hospital de Santa Ana el 1<sup>o</sup> de Setiembre de 1902 donde ocupó la cama número 3 de la sala de clínica ginecológica del Dr. Constantino Carvallo.

#### ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-

Los padres, son y han sido sanos

#### Antecedentes patológicos.-

No ha padecido de ninguna enfermedad.

Las reglas iniciadas á los 14 años han sido siempre regulares; enfermándose todos los meses, en una misma fecha y durante cinco días.

En diciembre de 1901 tuvo su primer parto, el cual fué á término y sin ninguna novedad.

Poco tiempo después de este parto es que ella comenzó á sentirse enferma. Refiere que ha sentido una sensación de peso hacia el periné, un dolor hacia la parte posterior del pubis y últimamente que es lo que más le molesta: la frecuencia para orinar, y con ardores. Es por esto que se presenta al hospital reclamando asistencia.

--- Examen ginecológico.---

Grandes labios normales los pequeños y el clitoris algo inflamados. Meato urinario algo inflamado. Paredes de la vagina lisas y bañadas por un líquido de naturaleza leucorréica.

Cuello del útero dirigido hacia arriba, parece que el labio posterior fuese mas largo que el anterior.

Fondo de saco de Douglas ocupado por una tumoración/, que no es otra cosa que el fondo del útero; pues forma cuerpo con el cuello y al hacer el cateterismo es necesario dirigir la curvatura del histerómetro hacia abajo notándose por el tacto rectal la extremidad del instrumento.

, Fondo de saco laterales nada de particular.

Sometida la enferma al tratamiento antiflogístico; consistente en irrigaciones vaginales y rectales calientes, reposo && nada se consiêge por cuyo mo-

//tivo el profesor Dr. Carvallo lo mismo que el Jefe de clínica Dr. Mimbela creen que es la retro versión la cause de los dolores y de la iscuria paradógica.

Se trata pues de colocar el útero en su posición normal y de sostenerlo de este modo.

Se escoje como procedimiento operatorio la vagino fijación, con ánderezamiento previo, operación que fué practicada en día 21 de Marzo de 1903.

Con este tratamiento local y un régimen tónico y estimulante, el estado general de la enferma ha progresado rápidamente hacia su completo restablecimiento.

## HISTORIA N 2

### RETRO FLEXION UTERINA.-VENTRO FIJACION.

M.G. natural de Chachapoyas, de 21 años de edad, de profesión lavandera; entró al Hospital de Santa Ana, el 1 de Agosto de 1903, donde ocupó la cama n 1 de la sala de San Pedro. Servicio del Dr. Bello.

#### Antecedentes hereditarios.

§-

Es huérfana pues el padre murió de palu-

//diamo y la madre de resultas de un parto.

**Antecedentes fisiológicos.**

-----  
-§-

Constitución fuerte, temperamento linfático nervioso.

**Antecedentes patológicos. Paludismo**

Reglas normales hasta su primer parto, después siempre irregulares.

En Mayo de 1901, tuvo un parto.

Refiere la enferma que por haber tenido su hijo en un pueblo pequeño y desconocer los cuidados que reclama una parturiente, se levantó muy pronto del lecho y hizo una marcha forzada, desde entonces dice que comenzó a sentir dolores en la región lumbar y sacra.

En Agosto de 1902 tuvo un aborto; teniendo fenómenos perimetriticos agudos, fiebre, náuseas, vómitos, dolores periuterinos &,&, Este estado duró un mes o menos

Después se ha acentuado los dolores en el hipogástrico con sensación de peso en el periné, leucorrea ligera e imposibilidad para la marcha por los fuertes dolores en la región lumbar y sacra.

En este estado ingresó al Hospital

**Examen ginecológico.**

§---

Colocada la enferma en el decúbito dorsal se encontró: á la palpación, no se percibía el fondo del útero, hacia los flancos nada de particular; al tacto, vagina de color normal, con una secreción amarillenta poco abundante.

Cuello sin desgarraduras en posición natural, fondo de sacos laterales nada de particular, el fondo de saco de Resiuz, completamente vacío, el fondo de saco de Douglas ocupado por una tumuración que no es otra cosa que el fondo del útero pues se nota que hace cuerpo con el cuello y además se percibe el ángulo formado por la flexión entre el cuello y el fondo del útero.

Se trata de colocar el útero en su posición normal y es imposible pues ha contraído adherencias en el fondo de saco de Douglas.

Por el recto tumor bien <sup>er</sup> perceptible

Operación.  
§---

NUULO

Primer tiempo Incisión de la pared abdominal en una línea mediana, de 8 centímetros más ó menos

//terminando a 2 dedos de ancho encima del pubis.

Segundo tiempo. Introducción del índice <sup>del</sup> *medio* de la mano derecha en la herida, que pasan á bus cary á desprender el fondo del útero y lo atraen hacia adelante.

Tercer tiempo. Fijación provisional del fondo del útero con pinzas saca balas, aplicadas muy superficialmente á la parte mediana del fondo, á fin de que la picadura causada por el bocado de ellas no produzca hemorragia. En la parte inferior de la herida, con una aguja grande y curva, anhebrada con catgut fuerte y resistente se practica una sutura, comprendiendo el peritoneo parietal y la aponeurosis; se hace pasar este hilo por la cara anterior del útero, pero superficialmente y vuelve á pasar el hilo por el otro lado de la herida abdominal. Practica una segunda sutura un poco mas arriba y en la misma forma que la primera y ajúda los hilos sin hacer gran tracción.

La micción es difícil y la orina sedimentosa.

La costipación es constante y rebelde todo cede á la enterocclisis.

Indicaciones. La persistencia del útero en retro flexión, la imposibilidad de la enferma para la marcha y la estación de pié; desciden á los doct ores Bello

y Denegri á hacer la histerepexia, para lo cual escogen la ventre fijación como procedimiento operatorio, que aceptada por la enferma fué practicada el 31 de Diciembre de 1903.

### OPERACIONES PRELIMINARES.

&

La enferma es sometida á lavados antisépticos de la vagina diarias, toma Mag. cal 50 Cgm, en los alimentos y el día antes de la operación dos vasos de agua de Janes.

El día de la operación bañe general cubriéndola con ropas limpias.

Se practica la desinfección de las paredes del vientre, poniendo esmero al nivel del ombligo, se hace un último lavado de la vagina, se hace el cateterismo de la vejiga, y se comienza la anestesia por el cloroforme, colocándose previamente una inyección de 5 Cgm de esparteina.

Operación-Primer Tiempo.-Inciisión de la pared abdominal en una línea mediana, de ocho centímetros más ó menos terminando á dos dedos de ancho encima del putis.

Segundo tiempo.- Introducción del índice y del medio de la mano derecha en la herida, que pasan á buscar y á desprender el fondo del útere y lo atraen hácia adelante.

Tercer Tiempo.- Fijación provisional del fondo del útere con pinzas sacabalas, aplicadas muy superficialmente á la parte mediana del fondo, á fin de que la picadura causada por el bocado de ellas no produzca hemorragia. - En la parte inferior de la herida, con una aguja grande y curva, enhebrada con caogut fuer

y resistente se practica una sutura, comprendiendo el peritoneo parietal y la aponeurosis; se hace pasar este hilo por la cara anterior del útero, pero superficialmente y vuelve á pasar el hilo por el otro labio de la herida abdominal.- Practica una segunda sutura un poco más arriba y en la misma forma que la primera y anuda los hilos sin hacer gran tracción.

En seguida se practica una sutura ascendente que va atravesando sucesivamente todas las partes profundas de la herida abdominal sin compender ni la piel ni el tegido celular.

Una vez fije el útero de esta manera se procede al cuarto tiempo que tiene por objeto cerrar la piel.

#### MARCHA POST OPERATORIA.

Diciembre 31. - Temperatura 37 - 2 - pulsaciones 60. - respiración 20 por minute.- Vómitos clorofórmicos escasos.

Tratamiento 2 centigramos de opio en alterna. - Hielo.

Enero 1. -T. - 37 - 1. P. - 76. R.- Normal.

" 2. -T. - 37 - 1. P. - 80. R.- "

" 3. -T. - 36.- 7. P. - 73. R.- "

" 4. -T. - 36.- 6. - P. - 68. R.- "

" 5.- T. - 36 - 8. - P. - 68. R.- "

" 6. -T.- 36 - 8. - P. - 68. R.- "

" 7. -T.- 36 - 8.- P. - 68. R/- "

" 8. -T. - 36 - 8. - P. - 66. R.- "

" 9. -T. - 36 - 8. - P. - 68. R.- "

" 10. -T. - 36 - 7. - P. - 66. R.- "

Este día se quita el vendaje y se observa que los labios de la herida abdominal, están perfectamente frontados por tanto, se procede á retirar las se-

//das superficiales yb se coloca un vendaje lijero.

Pasan algunos días la enferma ya no siente los dolores que antes tenía y solom se queja de una tirantez que siente hacia el lado de la herida; la cual poco á poco va desapareciendo.

La enferma es llevada al jardín, pronto se restablece y por fin es dada de alta el primero de Febrero completamente curada y con el útero en anti versión normal.

HISTORI N<sup>o</sup> 3

-§-----

Un caso de retro version uterina causa de un aborto y de una retención de orina de 5400 Gr..

N.B., natural del Cuzco, de 23 años de edad; ingreso al Hospital de Santa Ana el 21 de agosto de 1803, donde ocupó la cama número 30 de la sala de clínica obstrética del profesor Dr/ Benavidas.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

-§---

Sus padres son completamente sanos y aun viven.

-- Antecedentes fisiológicos.--

No obstante su temperamento linfático y

//constitución débil es una mujer sana.

--- Antecedentes patológicos.---

Padeció de paludismo ahora años.

Su primer parto lo tuvo á la edad de 19 años, élla lacto á su hijo hast a la edad de seis meses muriendo este niño á los 8 meses á consecuencia de una enteritis.

Sus reglas hansido periódicas en una misma fecha y durante tres dias.

Este maujer se presento al servicio del profesor Dr. Benavides, con un gran vientre creyéndose xde parto el Jefe de la clínica Dr. Febres, examina á la enferma y encuentra lo siguiente: á la palpación el vientre no dá la sensación dura y característica de útero que es ta ocupado; busca la escabación y no se encuent ra la cabeza, dn la parte superior y en los lados tampoco. En una palabra una sesación de flutuación en todo el vientre

Al hacer el tacto, no se encuentra el cuello, se busca com mas cuidado y vienen hallarse completamente hacia arriba siendo necesario forsar el tacto para apercibirlo. En el fondo de saco anterior una gran fluctuación, en el fondo de s co posterior una gran tumuración, en los fondos del saco laterales nada de parti- cular.

Hecho el interregotario nos dice la enferma que como seviess con el vientre tan grande //

//y con dolores se ha creído de parto; pero que no hace sinó tres meses que le faltan sus menstruos.

Con estos datos y el examen que se ha hecho de la enferma, cree el Jefe de la Clínica, que se trata de un útero que tiene una gran retroversión y que el cello muy hacia arriba comprima la uretra, impidiendo mecánicamente la emisión de orina.

En efecto se procede á hacer el cateterismo, el cual se hace con alguna dificultad y se extrae de una sola vez 6400 gramos de orina.

Se vuelve á hacer el tacto yá con mas facilidad, y se puede comprobar que la tumuración que percibiamos en el fondo de saco de Douglas, hace cuerpo con el cuello del útero y que por consiguiente este tumor, no es otra cosa que el fondo del útero en retro versión forzada.

No estando esta mujer de parto pasó á la sala de San Antonio, donde al día siguiente al amanecer abortó un feto de 3 mese á tres mese y medios. Este aborto tuvo un puerperio sin novedad, persistiendo la retro versión según pudimos comprobarlo.

Posteriormente se pensó en hacer una histeropexia; pero propuesta á la enferma esta no la aceptó por cuyo motivo algunos días despues se dio de alta.

Ma, 15 de Abril de 1904.

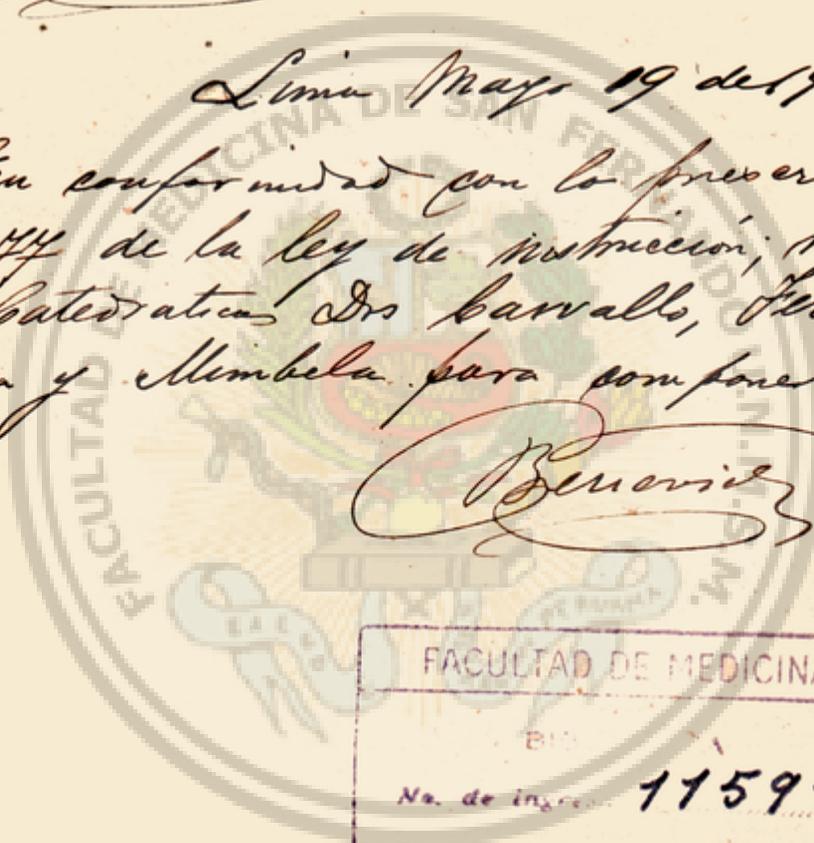
*Arctieritz*

*V. B. Benavides*

Limu Mayo 09 del 1904.

En conformidad con lo prescrito en el art. 344 de la ley de instrucción; nombrase a los Catedráticos D<sup>os</sup> Barvallo, Fernandez Boncha y Mimbela para componer el Jurado.

*Benavides*



FACULTAD DE MEDICINA	
BIO	
No. de ingreso	11598
No. de la clasificación	.....



UNMSM - FM - UBHCD



010000072819

Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Facultad de Medicina

UBHCD