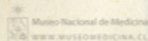


ESTUDIO

SOBRE LA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OPERACION DE ALQUIÉ-ALEXANDER-ADANS



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA

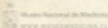
PRESENTADA POR

OPERACION

DE

ALQUIÉ-ALEXANDER-ADANS

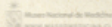
24



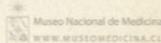
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



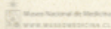
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



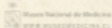
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



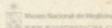
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ESTUDIO

SOBRE LA

OPERACION DE ALQUIÉ-ALEXANDER-ADANS



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA

PRESENTADA POR

C. Marcoleta R.

Para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina
i Farmacia de la Universidad de Chile

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

ESTABLECIMIENTO POLIGRAFICO ROMA

n/n 30—CALLE DE LA BANDERA—n/a 75

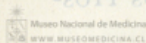
1897



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

HONORABLE COMISION:

El desarrollo que día a día toman las afecciones del aparato genital en la mujer, i entre éstas, las retrodesviaciones i prolapsos uterinos, ha preocupado en los últimos 50 años a los jinecólogos, a tal punto que, en la actualidad, la cirugía pone en nuestras manos una multiplicidad de medios para atacar estas dislocaciones.

Han nacido numerosos i diferentes métodos, patrocinados por hábiles i distinguidos cirujanos i en cuyas manos han alcanzado un éxito brillante; mas, a los elogios de sus favorecedores se unen los ataques de sus adversarios.

Esta diversidad de opiniones ha contribuido a realizar un estudio mas detenido de ellas, i como consecuencia, perfeccionarse cada vez mas su técnica operatoria, i por lo tanto, subsanar los inconvenientes i defectos que en sus principios presentaban.

Ultimamente este estudio ha ido acrecentándose, así lo atestiguan las comunicaciones llegadas del Congreso de Jinecología i Obstetricia de Jénova i del de Cirujía de Paris, celebrados el 96, como tambien el de Leipzig en el presente año. Las tesis dilucidadas en ellos por reconocidos cirujanos, han enriquecido el conocimiento de estas afecciones i deslindado en sus justos limites los diversos procedimientos.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Las dislocaciones son las mas frecuentes de las numerosas afecciones del útero. *Sænger*, entre 700 enfermedades de mujeres, ha diagnosticado 108 retro-desviaciones, o sea 15.43 por ciento. *Winkel* hace subir la proporcion a 19.10 por ciento. En *Chile* el número de estas enfermas es igualmente crecido, como lo atestiguan la gran cantidad de mujeres que recurren a nuestros Hospitales i Dispensarías.

En la Policlínica de San Juan de Dios, seccion de Jinecología, a cargo del Dr. Alfredo Moaut S., he llevado una estadística durante los tres últimos años.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

AÑO 1895

Número total de enfermas... 235

De éstas con:

Retro-version adherente.....	5
" " movible.....	6
" flexion " 	13
" " adherente.....	6
Prolapso total i retro flexion....	3

TOTAL..... 33

O sea 14.04%

AÑO 1896

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Número total de enfermas.... 391

De éstas con:

Retro-version adherente.....	15
" " movible.....	17
" flexion " 	19
" " adherente.....	11
En retro-posicion.....	6
Prolapso total i retro flexion....	6

TOTAL..... 74

O sea 18.90%



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

i la última, también operada por los últimos doctores en su clientela particular. Su número es naturalmente deficiente para sacar deducciones exactas i convincentes i formarse criterio sobre la bondad de esta operacion.

Son mui contados entre nuestros cirujanos los que han puesto en práctica este procedimiento, pues fuera de los ya citados, no conozco trabajo de ningun otro.

Si a esto se agrega que la estadía de las pacientes en el Hospital es mui corta i de todo punto imposible seguir la observacion de ellas, se comprenderá la dificultad de avanzar un pronóstico sério sobre este tratamiento.

Tomando lo anterior en consideracion, he procurado reunir, como ya he dicho, algunos casos tomados de revistas estranjeras i que contribuyan a dar luz sobre este punto. Igualmente reproduzco las modificaciones hechas por algunos cirujanos en la técnica operatoria de sus primeros autores, cuyo objeto ha sido asegurar el porvenir de las operadas, quitando los inconvenientes de que se le ha acusado.

Aunque en manera alguna creo que el presente trabajo sea completo, espero que las circunstancias ya citadas influyan en el ánimo de la Honorable Comision i le den su aprobacion.

III

HISTORIA

Esta operacion ha tenido sus épocas de marcado favor i otras en que se le ha atribuido tantas dificultades i peligros en su ejecucion hasta considerar este procedimiento imposible de llevarlo a la práctica.

Aunque numerosos cirujanos, desde *Avicene* i *Ambrosio Paré*, atribuían al alargamiento de los ligamentos redondos un rol capital en la produccion de las desviaciones i caidas del útero fué **ALQUIÉ DE MONTPELLIER** quien, el 17 de noviembre de 1840 presentó a la Academia de Medicina de Paris una *Memoria sobre un nuevo método para tratar las dislocaciones del útero* i mas tar-



de (1850) hizo una obra mas completa i jeneral sobre *Cirujía conservadora*, dando a conocer la primera proposicion formal del acortamiento de estos cordones en los casos de retroversion i retroflexion del útero.

La prioridad de esta idea ha sido objeto de una larga i viva polémica, así el doctor Moreau (de Charlerau) sostiene que el doctor Deneffe, en su tésis inaugural, el año 1834, abrigaba la esperanza de ver un dia el alargamiento i el acortamiento de los ligamentos redondos aplicados a la curacion de las desviaciones de la matriz.

La proposicion de Alquié fué recibida con frialdad por sus contemporáneos, quienes espresaron conceptos mui poco alentadores sobre ella. *Aran* la consideró no solo difícil i peligrosa, sino impracticable.

Parece que Alquié tan solo se contentó con enunciar la idea sin ponerla en práctica en el cadáver. Huguer, Le Gendre i otros jinecólogos de su tiempo no hacen mencion en ese sentido; mas aun, Tillaux en un trabajo mucho mas reciente dice: "*conozco esta idea del acortamiento de los ligamentos redondos para oponerse a las caidas de la matriz, idea que califico de SINGULAR i que no ha sido hasta aquí confirmada por la práctica.*"

En Julio de 1885 *Deneffe* (de Gand) dice que en Junio del 64, en union con *Burrgroëve i Soupart* procuró hacer el acortamiento de los ligamentos redondos en el cadáver de una mujer atacada de un antiguo prolapse uterino, siendo imposible encontrar indicios de ligamentos, apesar de que el canal inguinal fué abierto hasta el orificio interno. Poco despues (Noviembre del 85) *Doleris i Ricard*, apoyándose en investigaciones en 28 cadáveres, afirmaron "que partiendo del orificio inguinal interno no existen, propiamente hablando, mas que vestijios insignificantes del ligamento redondo; ningunos en las jóvenes, ningunos tampoco en las mujeres flacas; en las mui gordas tampoco se pueden encontrar, si es que existen; i tan solo se presentan un poco visibles en algunas ancianas i en el período post-puerperal".

Despues del fracaso de *Deneffe* i de las últimas declaraciones de *Doleris*, se comprende el silencio guar-



dado en esta época sobre esta operacion i el desprestijio en que cayera la proposicion de Alquié.

No obstante, entre tantos ataques se levantaron algunos defensores abogando en pró de esta operacion, i los mismos que poco ántes la atacaban, vuelven atrás, rectificándose de lo que ántes afirmaran; así *Doleris*, despues de sus primeras declaraciones, *es ahora uno de los mas decididos partidarios*.

Los mas acreedores a la gloria de haber resucitado i contribuido a la propagacion del procedimiento de Alquié, son dos cirujanos ingleses, *Adans* i *Alexander*, por cuya razon se ven unidos sus nombres al de Alquié en la designacion de la operacion que se trata.

Adans, no solo insiste en probar los beneficios de ese acortamiento por sus demostraciones anatómicas sobre el cadáver, sino que la ejecuta en el vivo en Febrero del 82, i cuatro meses despues publica los resultados de sus trabajos, aunque fué un fracaso, debido a la existencia de adherencias pelvianas.

Pero el que primero puso en práctica el acortamiento de los ligamentos redondos sobre el vivo, fué *Alexander*, en Liverpool, el 14 de Diciembre de 1881; por consiguiente, 2 meses ántes que *Adans*.

El buen éxito de su primera operacion lo animó a repetirlo inmediatamente, de tal suerte que el 4 de Abril del año siguiente daba a la publicidad sus cuatro primeras operaciones, con un éxito brillante.

Así como la prioridad de la idea fué disputada a Alquié, la paternidad de esta operacion tuvo igualmente sus competidores, entre ellos un compatriota de *Alexander*, *Walter Rovingston*.

Este cirujano decia que quince años ántes habia pensado i sugerido, buscando sobre el cadáver de una mujer atacada de prolapso, «*el efecto del acortamiento de los ligamentos redondos sobre la posicion del útero*». Bien se comprende de que lo que *Rovingston* se proponia era la demostracion en el anfiteatro de una idea señalada mucho ántes que él i su reclamo en nada afecta al mérito conquistado por *Alexander* en la prioridad de su





operacion. Se puede, pues, decir, con Zeiss (de Erfurt) «que la primera idea es de oríjen frances, perteneciente a Alquié i que el mérito de la ejecucion i de la vulgarizacion es de Alexander».

Despues del estreno del cirujano ingles, este procedimiento contó con numerosos cooperadores i al lado de las observaciones personales publicadas por Alexander, i que el año 84 ascendian a 22 casos, se relataban otras por Macfié, Cambell, Lediar Imlach, Burton i otros.

En Francia, al lado de las averiguaciones hechas en el cadáver por Tissier i Hache, Ricard i Doleris, Beurrier, la ejecutan en el vivo el profesor *Duplay*, dos veces; *Doleris*, tres i otras por *Manrique*.

En América *Emmet* i *Munde* dan a conocer igualmente algunos trabajos.

Pero es sobre todo en Inglaterra donde con mas entusiasmo se emprendieron trabajos, i al lado de Alexander i Adans encontramos los nombres de *Reid*, *Gardner*, *Duncan*, *Sinclair*, *Hewood*, *Smit*, *Lavoson Tait*, etc., etc.

Con la aparicion de la histeropexia, que la creyeron infinitamente superior, vuelve a caer en desfavor; su eficacia duradera ha sido controvertida i numerosos ejemplos de recidivas han sido puestos en evidencia, recidivas de prolapsos o de retro-desviaciones cuya curacion se habia creído obtener.

Para evitar los inconvenientes que se le atribuyen, se han propuesto diversas modificaciones a la técnica operatoria. Así el señor Otto Lanz, basándose en los resultados conseguidos en la clínica del profesor *Kocher*, viene a «romper, como el mismo dice, una lanza» en favor de la operacion, bajo reserva de que sea aplicada a *ciertos casos definidos* i de ser practicada al tenor de una *técnica particular*.

La operacion de Alexander vuelve, como en sus mejores tiempos, a ocupar un lugar de preferencia en el tratamiento operatorio de las retro-desviaciones del útero. En comprobacion de lo dicho estan las declaraciones hechas en los Congresos que han tenido lugar el año



próximo pasado i en este mismo año por distinguidos cirujanos.

Por las conclusiones a que han llegado se vé que en ciertos casos *es la operacion de eleccion i en otros ocupa un lugar secundario*, considerándose solo como complementaria.

En el Congreso Frances de cirugía, que tuvo lugar EN OCTUBRE DEL 96, el doctor *M. Bouill*, leyó un trabajo sobre el « Tratamiento de los prolapsos jenitales »; i entre los diversos procedimientos operatorios, propuestos con este fin, cree que el acortamiento de los ligamentos redondos, debe ser considerado como una operacion complementaria de las intervenciones plásticas, practicadas sobre la vajina i el periné i sobre todo *cuando hai una retro-desviacion del útero*. Esta misma opinion era la de la mayoría de los cirujanos que tomaron parte en este Congreso; i mas aun, algunos, como el *doctor Petit*, opinaba que en ciertos prolapsos, el acortamiento de los ligamentos redondos, no podia ni debía ser sustituido por ningun otro procedimiento.

Tomando en consideracion la direccion de las fuerzas i el punto de fijacion de estos ligamentos, opinaba el doctor Petit, que en esta operacion se llenaban mejor que en los otros procedimientos ideados con este objeto, las leyes físicas en la suspension del útero prolapsado. Reforzaba su modo de pensar, citando dos ejemplos de enfermas, una de ellas, apesar de un voluminoso fibroma de la pared posterior del útero, éste conservaba la posicion dada en la operacion que se le habia hecho anteriormente.

El otro, era el de una enferma, que operada de un prolapso total del útero, en un parto posterior, el acortamiento de los ligamentos redondos mantuvo el útero en buena posicion, siendo de advertir que en este parto se presentaron algunos accidentes.

Pero fué en el « Congreso Internacional de Jinecología i Obstetricia », celebrado el mismo año (1896) en Jénova, donde se hicieron las declaraciones mas encomiásticas de esta operacion.



Otto Kunstner, basándose en una estadística de operadas por diversos procedimientos, entre varias conclusiones, se espresa así:

«El mejor procedimiento operatorio contra las retroversiones o las retro-flexiones reductibles es la operacion de Alexander, ejecutada segun los primeros preceptos de Wertk Kocher, porque esta operacion garantiza en todos los casos una posicion del útero que se aproxima mas a la normal o que es la normal».

Polk (New-York) sostiene que en las enfermas aptas para concebir, las retro-desviaciones deben ser tratadas por la operacion de Alexander.

Paul Reynier (Paris) se espresa de esta operacion en los siguientes términos «es evidentemente la operacion mas racional que podemos proponer contra la retro-desviacion; se suprime así esa sensacion de peso que acusan las enfermas por el hecho de la retro-desviacion i el obstáculo al funcionamiento del intestino grueso».

Declaraciones mas o ménos iguales se hicieron por la mayoría de los congresales.

M. OLSHAUSEN (de Berlin) uno de los que mas ha contribuido a la propagacion de la histeropexia en el Congreso celebrado en Leipzig este año, hace un estudio de la Sintomatolojia i Tratamiento operatorio de la retro-flexion, i la operacion de Alexander-Adans la cree «MUI SEGURA I QUE MERECE EN VERDAD SER APLICADA EN ALEMANIA CON MAS FRECUENCIA DE LO QUE SE HA HECHO HASTA HOI». La dificultad de encontrar los ligamentos redondos cuando el panículo adiposo está mui desarrollado es la única causa que ha detenido a la mayor parte de los operadores.

Hablando de la ventro-fijacion, siendo este cirujano uno de sus mas ardientes admiradores, dice «Cuando la ventro-fijacion es bien ejecutada es una operacion tan benigna i tan segura en sus resultados como la operacion de Alexander».



IV

TÉCNICA OPERATORIA

«PRIMERO I SEGUNDO TIEMPO.—*Modo de descubrir los ligamentos.*—Determinacion del sitio de la espina del púbis; incision paralela a la arcada de *Falloppio* en una estension de 5 centímetros, llegando hasta las aponeurósis; con el índice se busca el punto débil correspondiente al anillo inguinal externo i se disea con precaucion para poner al descubierto los pilares i las fibras *intercolumnarias* o arqueadas que limitan el orificio inguinal por arriba i por fuera. Incision de la pequeña lámina celular que se estiende entre los pilares del anillo inguinal; inmediatamente surge hácia afuera del orificio un peloton de grasa fina i amarilla, sobre el cual llama *Imlach* especial atencion. Se separa una rama nerviosa (ramilla jenital del nervio jénito crural) i con la sonda acanalada se busca el ligamento redondo, que se dá a conocer por su aspecto de cordon rosado i que en su estremidad inferior afecta a veces la forma de pincel; una vez reconocido, se coje con las pinzas i se disea de los demas tegumentos por medio de un instrumento romo. Terminada esta denudacion, se protege la herida con un tapon antiséptico i se repite la misma operacion en el otro lado; tambien se cubre provisionalmente la segunda herida para proceder al tercer tiempo.

TERCER TIEMPO.—*Enderezamiento del útero.*—La reduccion del útero se verifica con toda facilidad por medio de la sonda, conforme lo hace Alexander; en tanto que un ayudante lleva a cabo el enderezamiento del útero por medio de la reduccion bi-manual, el cirujano descubre las heridas, coje los ligamentos redondos incompletamente denudados i termina su completa separacion, ya con una espátula, ya cortando con tijeras los tractos fibrosos que los unen con las partes contiguas: se debe procurar que esta separacion de los ligamentos llegue hasta las inmediaciones del orificio inguinal inter-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

no, es decir, que alcance una longitud cerca de 10 centímetros, pues con una estension de 4 o 5 centímetros, consideradas por algunos cirujanos como suficiente, no se obtiene mas que una reduccion ilusoria. Para no herir la serosa el profesor Duplay ha propuesto practicar una ligadura con catgut en la parte mas remota de la porcion intra inguinal del ligamento redondo descubierta; si la serosa se ha atraído en forma de dedo de guante, la ligadura cierra este fondo de saco. Por mi parte no considero necesaria esta maniobra.

La traccion que se practica en los ligamentos debe efectuarse a la vez en ambos lados i con una tension igual; hai que tener en cuenta que se dejan atraer mui facilmente con mui poco esfuerzo, principalmente cuando con la sonda se favorece la reduccion del útero; i no vaya a creer el operador, en virtud de esta facilidad, que los ha roto en lo profundo. Cuando la traccion llega ya a sostener, se nota cierta resistencia, i para asegurarse de la suspension, basta observar las oscilaciones que la traccion trasmite a la sonda introducida en el órgano reducido.

CUARTO TIEMPO.—*Sutura de los ligamentos redondos acortados, oclusion de la herida.*—En este punto de la operacion el cirujano confia a un ayudante el cuidado de sostener los ligamentos en moderada traccion i procede a fijarlos. Con una aguja curva enhebrada con seda atraviesa primero el pilar esterno i el ligamento hacia su borde superior, despues este último i el pilar interno, haciendo de manera que lo que va a convertirse en estremidad del ligamento redondo quede fijado sólidamente al orificio inguinal esterno; en el borde inferior del ligamento se dispone asimismo otra sutura perdida semejante a la primera. Entónces se recorta toda la porcion del ligamento redondo que sobresale de estas suturas. Cuando ha habido necesidad de desbridar por la parte superior las fibras arciformes i abrir un poco el trayecto inguinal, se deberá volver a cerrar por una sutura de repulgo hecha con catgut; hasta en los casos en que no existe tal desbridamiento se cierra siempre el



anillo inguinal con dicha sutura de catgut i se constituye de este modo el plano mas profundo de la sutura perdida de planos superpuestos, que sirve para la oclusion de la herida. Es totalmente inútil dejar alojado un tubo de desagüe, cuando el hallazgo de los ligamentos no ha sido difícil i la herida ha quedado limpia. Sigue luego un vendaje antiséptico, que ejerza una presion lijera.

QUINTO TIEMPO.—Alexander cree esencial la conservacion del útero en buena posicion durante la convalescencia, sirviéndole al efecto un pesario de Hodge i otro de tallo intra-uterino: con el primero se asegura la anteversion, con el segundo la estacion recta. De esta manera quedan los ligamentos libres de la traccion, que sin duda alguna ejerceria sobre ellos el útero, en virtud del *falso phlegue* que tiende a reproducirse. Debe guardarse el pesario durante un mes, tiempo en que la enferma deberá permanecer en cama. He renunciado al pesario intra-uterino; pero creo conveniente, en cambio, para alijerar la carga a los ligamentos, sostener el útero, sea con un pesario de Hodge, sea con taponos antisépticos renovados con frecuencia.» (Pozzi, *Tratado de jinecología i clinica operatoria*, 1895.)

MODIFICACIONES

Paso a enumerar las diversas modificaciones introducidas por muchos cirujanos:

Modif. E. Casate (de Roma).—Hace una incision curvilínea, que reúne los dos anillos: cruza los extremos de los ligamentos escondidos i los fija profundamente por una sutura continua con catgut.

Modif. Doleris. — «Este autor sigue un procedimiento análogo al precedente, en los casos de ligamentos débiles i delgados, con la diferencia que traza el cruzamiento i la sutura por debajo de la piel i no en la brecha abierta. Coje el trozo libre de uno de los ligamentos (derecho), cortado en su insercion púbica, con el bocado de una pinza introducida en el orificio del lado opuesto (izquierdo), i lo conduce por debajo de



la piel delante del púbis, al encuentro del otro cabo de ligamento izquierdo, que por su lado es conducido a la incision derecha. Sutura el ligamento izquierdo a los pilares correspondientes i reseca el trozo que queda libre de su estremidad, puesta en contacto con la otra estremidad del ligamento opuesto. Despues de avivar préviamente la superficie pasa a fijar i suturar estos dos trozos. Suturas con catgut: desagüe».

Ultimamente, para evitar los dolores consecutivos a este acortamiento i evitar todo *peligro de hernias*, aconseja la reseccion de los filetes nerviosos en el momento de la operacion i oclusion mui exacta del orificio i trayecto inguinal. Ademas, fuera de una buena asepsia i así evitar la supuracion, recomienda igualmente una larga sutura reuniendo los tejidos profundos a los tegumentos.

Los inconvenientes de la operacion observados por este cirujano en los primeros tiempos, han desaparecido con las anteriores modificaciones.

Modif. P. Segond.—«Se sirve de una primera sutura con seda para fijar el ligamento redondo al ángulo superior del orificio inguinal. Despues, en la parte media de los dos pilares, cerca de su borde libre i paralelamente este borde practica, una incision corta, semejante a la que Reverdin ha aconsejado para facilitar la sutura de los dos pilares en la cura radical de la hernia inguinal. De este modo crea dos ojales pequeños, que le sirven para anudar el ligamento redondo alrededor de los pilares. Cojiendo el extremo del ligamento, que flota por debajo del punto de sutura, lo hace pasar sucesivamente de atras adelante en el ojal de uno de los pilares, despues de adelante a atras en el ojal del otro pilar, haciéndolo volver a salir por fin en el ángulo superior del orificio inguinal. De esta manera forma un verdadero nudo i lo fija con una o dos suturas que acercan los pilares entre sí i presentan mayor solidez a la fijacion del ligamento.»

Modif. G. M. Edebolls.—«Incinde todo el canal inguinal para descubrir mas holgadamente el ligamento



redondo.—*H. P. Newmann*, reclama la prioridad de esta modificación."

Modif. de Kocher.—Se practica una larga incision cutánea que parte de la espina ántero-superior hasta el anillo inguinal esterno; se llega sobre la aponeurósis del oblicuo mayor, i, paralelamente al arco de Falopio, se secciona la pared anterior del canal; se busca el ligamento redondo, se le aísla, se le separa de sus adherencias internas, se le vuelca por entero *hácia afuera*, siendo ejercidas sobre él las tracciones *en la direccion de la espina iliaca ántero-superior*. Tal es el primer punto, i el punto fundamental del método. El Dr. *Kocher* ha notado, en efecto—i se ha asegurado de ello en el cadáver—que las tracciones oblicuas hácia afuera, en la direccion de la espina iliaca, ejercidas sobre los ligamentos redondos, enderezan con mayor facilidad i mas completamente el útero que la traccion hácia adelante o hácia adentro, como se ejecuta de ordinario. Hai que estirar con los dedos, lenta i progresivamente, hasta que el *capuchon peritoneal* que envuelve el ligamento haya salido del anillo inguinal interno en una longitud de 3 a 5 centímetros. La vaina peritoneal, asi herniada, se deja desprender sin gran trabajo i repeler hasta el vientre; pero el Dr. *Kocher* prefiere tomarla en la sutura de sujecion, la cual es una sutura de pellejero hecha con seda, que reúne el ligamento a la aponeurósis del gran oblicuo, entre la espina iliaca ántero-superior i el anillo inguinal interno; el resto de la aponeurósis es suturado asimismo, a fin de cerrar el canal inguinal, i se tiene el cuidado de tomar la pared profunda en las asas del hilo. La porcion exuberante del ligamento se corta i la herida cutánea queda reunida.

Modif. de M. Chalot.—El método de este autor se distingue del de *Alexander*:

- 1.º Por la abertura de casi todo el canal inguinal;
- 2.º Por la diseccion profunda de cada cordón mas allá del anillo inguinal interno i aun hasta la cavidad peritoneal;
- 3.º Por la supresion de todo enderezamiento provi-

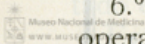


sorio del útero, hecha por un ayudante durante la operacion;

4.º Por la reduccion directa por la traccion máxima de los dos ligamentos;

5.º Por la fijacion sutural de cada ligamento en toda la estension del canal inguinal;

6.º Por la supresion de todo pesario despues de la operacion.



VI

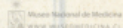


Museo Nacional de Medicina ESTADÍSTICA ESTRANJERA

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

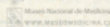
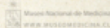
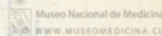
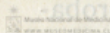
Desde el 14 de Diciembre de 1881, fecha de la primera operacion de Alexander, hasta hoy día, se ha ejecutado gran número de trabajos que resumo en el siguiente cuadro; algunos de entre ellos, sobre todo los que han sido coronados por un éxito satisfactorio.

Otto Küstermann, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025



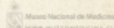
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



OPERADORES	OBSERVACIONES	HASTA EL MES DE	AÑO
Alexander.....	26 personales	Junio.	1886
W. Gardner.....	20 »	Octubre	»
Duplay	2 » .....	.....	»
Manrique	3 » .....	.....	»
Harrington	140 comunicadas ..	Abril.	»
Werth.....	9 personales .....	.....	1888
Trelat.....	14 »	Julio.....	»
M. Chalot	6 »	Setiembre.....	1892
Otto Lanz	12 »	Diciembre ...	1893
Otto Künstner.....	71 »	Marzo.....	1896
» »	120 comunicadas ..	»	»
Edevohl.....	116 personales	Diciembre	»
Doleris.....	150 » .....	.....	»
TOTAL.....	689		

De las operadas del doctor Chalot fueron comprobadas cuatro i de éstas

I	despues de	14	meses
I	»	10	»
I	»	3	»
I	»	2½	»

Las otras por haber sido operadas mui recientemente no las toma en consideracion. *En ninguna de las opera-*

das se deja prever el menor peligro de hernia. El doctor Chalot hace notar esta circunstancia, porque es este uno de los puntos porque se ataca esta operacion.

El señor *Otto Lanz* en cinco de sus operadas sigue la modificacion recomendada por Casati, dos de ellas fueron comprobadas a los cuatro años despues i el resultado era satisfactorio; las otras fueron perdidas de vista.

En las otras siete adoptó el método de Kocher, todas con resultado feliz. Al cabo de tres años se comprobó la buena colocacion del útero en tres de las operadas.

Otra de las enfermas murió un año despues de su operacion, en la autopsia se encontró el útero en posicion normal i sólidamente fijado por los ligamentos. En todas se trataba de prolapsos del útero.

Las ciento setenta i una operadas del doctor *Künstner* (de Breslau) son, unas personales i otras comunicadas a él mismo por diversos cirujanos.

ESTADÍSTICA PERSONAL

Operacion de Alexander..... 71 casos

En dos, uno de los ligamentos no se encontró i quedó la operacion unilateral.

Estos trabajos se practicaron desde el 23 de Octubre del 93 al 31 de Marzo del 96.

Comprobadas de Abril a Julio del 96:

23	{	En mala posicion	2
		„ buena „	21

Comprobadas en Junio del 95:

42	{	En mala posicion	6
		„ buena „	36

ESTADÍSTICA COMUNICADA

OPERADORES.—*Asch, Arendt, Baumm, Glcevecke, Kel-*

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

le, Kötschau, Kulenkamf, Leopold, Pernice, Pfannestiel, Scenger, Schultze, Schmidt.

Operadas 120.

De éstas

En retro-desviacion fija 100

" " móvil 3

Movilizadas segun procedimiento de Schultze ántes de la operacion—2.

Son comprobadas i se encuentra el útero:

En retro-desviacion 12

En buena posicion 27

Se hacen embarazadas posteriormente—27.

Son buenos 20

Abortos 5

De las operadas por el *Dr. Edebohls*, a una de ellas fué imposible descubrir uno de los ligamentos, un 2.º i 3.º caso hubo gangrena en los ligamentos; por fin, el mal éxito de la operacion en una cuarta enferma, fué debido a *adherencias no conocidas de un ovario*.

Hai que agregar igualmente otras cuatro, en que los ligamentos se escaparon al abdómen.

El resto de las enfermas, en número de 108, fué comprobada la posicion del útero en el término de un mes a 6 años despues de operadas; término medio para cada una: 16 meses. En todas la posicion es buena i el *Dr. Edebohls* cree que los resultados pueden aun ser mejores.

Sobre el total de estas operadas se presentaron 12 embarazos. De estos

De término 6

Abortos 2

Los cuatro restantes, en la época que el autor publicaba estos datos, la marcha de la preñez era normal i estaban casi de término.

En todas el útero conservaba la posicion normal.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



VIII

El doctor Riviere hace un estudio detenido sobre las perturbaciones que durante la preñez i en el trabajo del parto pueden ocasionar las operaciones encargadas de corregir las retro-desviaciones i caídas del útero. Cree que entre los diversos medios operatorios propuestos, solo deben tomarse en consideracion la histeropexia i el acortamiento de los ligamentos redondos.

Toma en cuenta la forma del útero en estado fisiológico i en estado grávido, la insercion de los ligamentos redondos, como igualmente el desarrollo del útero en los distintos meses de la preñez.

En estado normal el útero presenta la forma triangular con la insercion de las trompas en los ángulos superiores, i por debajo de las trompas es de donde salen las fibras musculares destinadas a formar los ligamentos redondos.

En el estado grávido toma al principio la forma piriforme i despues se hace esfenoidal; durante los primeros 6 meses, es el fondo el que sufre mayor desarrollo i el segmento inferior experimenta solo un cambio insignificante, por cuya razon parece que los ligamentos redondos hubieran descendido. El segmento inferior viene a tener su mayor desarrollo en los 3 últimos meses.

Igual diferencia del desarrollo se nota en las paredes anterior i posterior del órgano, siendo mas marcada en la última i así se esplica el que los ligamentos se vean mas próximos a la pared anterior. Por otra parte, estos cordones, como compuestos de fibras musculares emanadas del mismo útero, experimentan a la par de este órgano, desde un principio de la preñez, la hipertrofia i aumento de sus fibras constitutivas.

El doctor *Riviere* aplica estas consideraciones a las dos operaciones citadas i cree que abonan en favor de la de Alexander.

En los 6 primeros meses de la preñez el desarrollo del útero se hace por encima de la insercion de los ligamen-



tos redondos, i, por lo tanto, en nada influye el acortamiento de estos cordones. En los 3 últimos meses, que es cuando, por el mayor desarrollo del segmento inferior pudieran dificultar la marcha de la preñez, está subsanado este peligro, por la hipertrofia i aumento de las fibras musculares de dichos ligamentos, i mas que este aumento se produce desde los primeros meses del embarazo.

Teniendo presente estas consideraciones entra a hacer un estudio comparativo de varias operadas por estos dos procedimientos i que se han hecho embarazadas despues de la operación.

Resumo en los siguientes cuadros los casos tomados a distintos cirujanos:

ALEXANDER

OBSERVACIONES	Partos	De término	Abortos
8	Alexander..	8	...
2	Imlach.....	2	...
3	Newman...	2	I
1	Riviere.....	1	...
14		13	I



HISTEROPEXIA

OBSERVACIONES	Partos	De término	Prematuros	Abortos
1	Routier.....	1	...	...
1	Olshausen	1	...	...
2	Sperling	2	...	...
1	Leopoldo.....	...	1	...
3	Scenger.....	2	...	1
1	Jacobs.....	1	...	...
1	Gottschalk.....	...	...	1
3	Von Vinwarter.	2	1	...
13		9	2	2

Como vemos por el cuadro adjunto, en los 13 casos operados por la Histeropexia, 9 han llegado al término de la preñez, 2 han tenido parto prematuro i 2 han abortado, lo que equivale a decir que en el 30 por ciento ha sido interrumpido el embarazo en su evolucion normal.

De estas 13 observaciones, en algunas se terminó



la preñez sin perturbacion alguna; pero en otras el útero tuvo dificultades en su desarrollo por las adherencias útero-parietales de la operacion.

La operada de Jacobs, como tambien la de Sænger i las 3 de Von Vinwarter fueron mortificadas por dolores que correspondian al punto de fijacion del útero a la pared abdominal; i en algunas, estos dolores se hicieron sentir durante todo el embarazo.

En el caso de Golttschalk desde el 2.º mes hubo hemorragias, i por fin, aborto. Al introducir el dedo en esta enferma, para vaciar el útero de su contenido, se notó que la pared posterior i el fondo del útero estaban muy adelgazados, conservando la pared anterior su grosor normal i talvez un poco aumentado.

La operada de Sænger se hizo embarazada 2 veces; el 1.º llegó solo al 6.º mes, dando a luz un niño muerto i con apariencias de un feto de 3 meses; el 2.º fué de término, pero tambien muerto.

En la operada de Olhausen al final de su embarazo el útero no conservaba las adherencias a la pared abdominal.

En casi todas las operadas por este procedimiento, las adherencias habian experimentado un relajamiento i dejado, por lo tanto, cierta libertad al útero para su desarrollo durante toda la preñez.

Hace notar el doctor Riviere que Sænger en un trabajo hecho en octubre del 91, reunió todos los casos publicados hasta ese día i que sobre 100 casos de ventro-fijacion del útero, conoció 17 de embarazos i de éstos

13 partos de término
2 partos prematuros
2 abortos,
ademas 4 que no supo el resultado.

Deduce de esto que sobre 17 partos, 4 veces o sea el 23.51 % la preñez no llegó a su término.

A pesar de los lasos conjuntivos artificialmente creados entre la pared ántero-superior del útero i la pared



abdominal, el embarazo puede llegar a su término i el útero adquirir el desarrollo suficiente; pero si esto sucede es porque estas adherencias, bajo la influencia del embarazo, experimentan una completa relajacion hasta el punto de desaparecer.

Encontramos una prueba indirecta, pero no sin valor de este relajamiento de las adherencias en el caso de Newmann, donde el útero mantenido en buena posicion por el acortamiento de los ligamentos redondos, producía intensos dolores debidos a la traccion que ejercía sobre antiguas adherencias, resultado de una pelviperitonitis anterior. Después de un embarazo desaparecen todos estos sufrimientos, desaparicion debida evidentemente a las modificaciones producidas por el embarazo en los tejidos de la pequeña pélvis i entre ellos a las adherencias.

Ademas, otra prueba se deduce por la vuelta del útero a su antigua posicion, observada despues de un parto. Los lazos creados no han resistido a las tracciones del útero en su desarrollo durante la preñez, i por lo tanto, ha habido un reblandecimiento de ellas.

VIII

Pasemos al estudio de las operadas por el procedimiento de Alexander.

La 1.ª observacion del embarazo despues del acortamiento de los ligamentos redondos pertenece al mismo Alexander.

Obs. I.—Operada por Alexander el 16 de Marzo de 1881, su paciente se hace embarazada en los primeros meses de 1882. La preñez fué absolutamente normal. Se reconoció en los primeros meses i hácia la mitad de su enfermedad, *no encontrándose perturbacion alguna.*

En los primeros meses del 83 dió a luz un hermoso niño, sin presentar ningun fenómeno en el trabajo, como lo aseguró la matrona que la asistía.

Despues tuvo un segundo niño, siguiendo la misma



marcha que el primero i el útero se mantuvo en buena posicion.

Obs. II.—G..., de 38 años, casada, nulípara. Fué operada el 7 de Enero de 1887. Embarazada en Junio de 1888, marcha del embarazo, normal. *Parto de término tambien normal*; pero se sintieron dolores i la espulsion lenta, hubo necesidad de forceps. El útero queda en buena posicion.

Obs. III.—R..., 36 años, un parto; despues sufrimientos intensos. Operada 21 de Enero 1886. Embarazada 1888, durante el cual tuvo dolores agudos al nivel de las incisiones cutáneas. *Parto normal*; pero trabajo mui laborioso i hemorragias. Buena salud ulterior.

Obs. IV.—S..., 28 años, retro-flexion dolorosa; consecuencia de un embarazo de tres años ántes.—Operacion en noviembre de 1886.—*Parto de término el 1.º de Febrero de 1888*, pero al octavo mes falsos dolores. Ningun otro síntoma i *parto feliz*.

Obs. V.—D..., 32 años. Retroflexion con reflejos nerviosos. Operada en Febrero de 1883. *Parto de término normal en abril de 1889*.

Obs. VI.—R..., 28 años, dos partos anteriores. Operacion 1.º de Octubre de 1888. Embarazada los primeros dias de 1890, dolores intensos a los lados durante los últimos meses del embarazo. *Parto de término i normal*.

Obs. VII.—B..., 32 años. Un embarazo anterior. Operacion el 13 de setiembre de 1888. *Parto de término el 20 de Marzo de 1890*. Marcha del trabajo satisfactoria.

La 1.^a obs. de Imlach es de una jóven de 29 años, madre de 6 niños. Se hace embarazada despues de operada, dando a luz un *niño de término* vivo, en Febrero del 85, en presentacion transversal. Durante todo el tiempo de la preñez no hubo accidente alguno.

Obs. 2.^a—La operada se hace embarazada i tuvo un *pacto normal*. Se hace despues el reconocimiento i *el útero conservaba la posicion natural*.

Este cirujano ha operado otras tres enfermas que

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



tambien se han hecho embarazadas, pero aun no ha publicado sus observaciones.

Newman publica las tres observaciones siguientes:

Obs. I.—*T...*, 23 años, un embarazo i dos abortos anteriores, prolapso uterino i subinvolucion, constante sensacion de peso, síntomas i reflejos considerables.

Operada el 24 de abril de 1888. El útero en buena posicion, involucion se hizo perfectamente.

Salud ulterior mui buena a pesar de entregarse a ocupaciones pesadas. Embarazada en Enero del 89; pero a causa de una mudanza de casa i por haber trabajado mucho en ella, tuvo un aborto de tres meses. El útero se conserva en ante-flexion i los dolores pelvianos no vuelven.

Obs. II.—*Z...*, 35 años, ha tenido 8 partos de término i doce abortos. Retro-flexion adherida. Operada 31 de Mayo de 1888. Hubo mucha dificultad para encontrar los ligamentos. Al principio muchos dolores debidos a las tracciones hechas sobre las antiguas adherencias. Embarazada i durante toda la preñez experimenta alivio completo de los dolores. *Parto de término, sin dificultad.* Despues salud escelente i útero en buena posicion.

Obs. III.—*Mm. S...*, 27 años, trípara, retro-version i prolapso ovariano, desgarró del cuello i del periné, colpo-perineorrafia en Junio del 88.

En Setiembre del mismo año acortamiento 4 pulgadas de los ligamentos redondos.

Se hace embarazada 2 veces i en ámbos todo marcha normalmente i conservan el útero i ovario buena posicion.

IX

OBS. PERSONAL DEL DOCTOR RIVIERE

Acortamiento de un solo ligamento redondo. Embarazo penoso; parto de término, pero no absolutamente normal

Maria B..., 27 años, modista, de buena salud. Ha tenido 4 partos de término, todos sin accidentes.



En el último (febrero del 90), que fué un parto de nalga, a pesar de los consejos que se le dan, se levanta a los diez días i se entrega a sus ocupaciones. Al poco tiempo es mortificada por fuertes dolores al vientre, con pérdidas de un humor abundante i purulento. El estado jeneral de la enferma es malo.

En Agosto del 90 entra al Hospital i se diagnostica, retro-version i endometritis.

Una vez aliviada de los fenómenos dolorosos se la opera en setiembre del mismo año.

El ligamento redondo derecho no se encuentra i el del lado derecho al quererlo fijar se rompe a causa de las tracciones; pero se toman, sin embargo, los restos i se suturan a los pilares i partes blandas.

La enferma abandona el Hospital 15 días despues de operada. El estado de la paciente sigue bien, aunque al principio sintió pequeños dolores al lado izquierdo que pronto desaparecieron.

Las últimas reglas (del 14 al 18 de Enero del 91) fueron poco abundantes i de ménos duracion que las anteriores que le duraban hasta 8 días.

Vuelve al Hospital la enferma, con un embarazo de 9 meses; durante la marcha de este embarazo ha sentido dolores pelvianos, sobre todo al lado izquierdo, el vientre mas saliente hácia adelante que en los otros embarazos, inclinado a la izquierda; la palpacion es dolorosa.

Durante el trabajo del parto se presentaron algunos accidentes i que el doctor Riviere los atribuye, como tambien los dolores durante el embarazo, al acortamiento de un solo ligamento i ser mui exajerado este acortamiento.

Del estudio clínico de embarazos despues del acortamiento de los ligamentos redondos i de la histeropexia, el doctor Riviere cree lejítimo sacar las conclusiones siguientes:

El tratamiento de las retro-desviaciones del útero no-grávido debe, para ser eficaz, llenar dos condiciones esenciales: 1.^a reducir completamente el útero desviado; i 2.^a mantenerlo en buena i definitiva situacion. Los dos



procedimientos que hasta aquí parecen llenar estas condiciones son la operacion de Alexander i la hysteropexia.

Bajo el punto de vista obstétrico la operacion de Alexander se impone a la hysteropexia, sobre todo cuando el útero no ha contraído adherencias en la escavacion sacra.

Si hai adherencias, destruirlas por la laparatomía, i despues, preferir aun el acortamiento intra-peritoneal de los ligamentos redondos a la hysteropexia.

X



Museo Nacional de Medicina

CASOS PRÁCTICOS (Clínica Dr. Körner)

Advertiré que las observaciones siguientes fueron presenciadas por mí en la Clínica Jinecológica del Hospital de San Borja, a cargo entónces del profesor Körner.

AÑO 1893

Obs. I.—Eudora Godoi, 35 años, casada. Entra al hospital el 9 de Abril. Primeras reglas a los 14 años, 4 días. Multipara. Su enfermedad la tiene como 3 años i los síntomas han ido aumentando en intensidad día a día, por lo que se decide entrar al hospital.

Acusa los síntomas siguientes: dolor i sensacion de peso a las caderas, i estos dolores los ha notado despues del último niño. Sus reglas se han hecho dolorosas, ántes i durante la menstruacion.

Pierde un humor blanco, que aumenta con la marcha; igual cosa experimenta con los dolores de caderas. Sufre de estitiquez, que solo vence con enemas i purgantes.

Se diagnosticó: *Retro flexion móvil.*

Fué operada el dia 12 de Abril i se hizo una reseccion de 6 centímetros en los ligamentos de los dos lados.

La operacion se llevó a efecto con toda felicidad i durante la convalecencia no hubo novedad.

La enferma abandonó el hospital completamente sana i *el útero en ante-flexion.*



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

AÑO 1894

Obs. II. — Encarnacion Garcia, 25 años, casada. Regla a los 13 años 6 días, abundante. Tuvo un niño a fines del 93, el parto fué malo i quedó por algunos días con mucha fiebre i perdiendo sangre. Desde el mes de Enero del 94, se siente mas enferma: dolores pelvianos, sensacion de tirantez, dolor al orinar i lo hace con mucha frecuencia. El dolor es mas marcado al lado izquierdo del vientre, dolor que aumenta con los movimientos; pierde un humor amarillento. Locomocion dolorosa.

El estado jeneral de la enferma es malo: inapetencia i cuanto come le hace mal. Exaltacion nerviosa.

Diagnóstico: *Retro-flexion adherente.*

Para vencer las adherencias se aconseja el masaje i lavados calientes. Obtenida la movilidad del útero se determina practicar el acortamiento de los ligamentos redondos como medio de conservar el útero en buena posicion.

Se operó el 1.º de Junio. Se hizo a los dos lados del ligamento una reseccion de 8 centímetros.

La enferma sigue bien i al abandonar el hospital tenia una *ante-flexion*.

AÑO 1895

Obs. III. — Josefa Vidal, 35 años, casada, de Italia. Regló a los 19 años, 14 días. Ha tenido 5 partos de tiempo i 3 abortos de 4, 3½ i 3 meses cada uno.

Los 3 primeros partos fueron buenos; pero en los dos últimos estuvo muy mal. La enferma supone que ellos sean la causa de su enfermedad actual. Los abortos han sido posteriores a estos partos.

Al principio sentía dolores de caderas que se hacian mas intensos despues de la marcha, i ahora son tan fuertes que le hacen preferir la muerte a vivir con tales sufrimientos.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El estado jeneral de la paciente es malo; está mui abatida, solo se preocupa de su enfermedad, que la supone incurable. Sufre de palpitaciones frecuentes al corazon.

El vientre se le hincha mucho, sobre todo despues de la comida.

La menstruacion en los últimos meses ha sido dolorosa i mui irregular.

Se hace el exámen i se diagnostica una *retro-flexion móvil*. Se comprobó el diagnóstico por el tacto rectal i con el histerómetro.

El 2 de Noviembre se hace la operacion de Alexander.

A los 8 dias se quitan los puntos de sutura i hubo cicatrizacion por 1.^a intencion.

Se dió de alta el 22 del mismo mes completamente curada i *el útero en posicion normal*.

A principios de este año supe por una amiga de la enferma que habia tenido un niño. Tuve despues oportunidad de hablar con ella i me espuso que despues de la operacion *se habia sentido completamente buena*.

Durante el tiempo de su embarazo no tuvo dolor ni perturbacion alguna. *Su parto fué de tiempo i normal i mejor aun que los primeros. Ahora se encuentra embarazada de 4 meses i su salud buena*.

El estado de su ánimo ha cambiado por completo; ha habido un alivio de todos los síntomas que la mortificaban ántes de la operacion.

Obs. IV.—Eloisa Miniño, 45 años, soltera, lavandera. Primera menstruacion a los 14 años, 8 dias i abundante. Ha tenido dos hijos de término.

Entra al hospital el mes de Diciembre, quejándose de intensos dolores de caderas i dice que hace diez meses no tiene su menstruacion.

Supone como causa de su enfermedad el haberse levantado a los 5 dias despues de su último parto, hace 14 meses, i ademas haberse entregado a sus ocupaciones habituales. Al poco tiempo principió a sentir los



dolores que tanto la mortifican. Pierde igualmente un humor amarillento, mal olor.

Se estuvo medicinando en una dispensaria; pero con mui poco alivio.

Se diagnostica: *Retro-flexion móvil.*

Es operada el 31 de Diciembre, pero en esta enferma no se pudo denudar el ligamento redondo izquierdo, sus fibras eran sumamente delgadas i crujian al hacer traccion en él, así que se suturó este lado sin hacer mas. En cambio el cordon derecho era bastante grueso i se pudo denudar como unos 15 centímetros, quedando el útero echado hacia adelante.

El 9 de Enero se le quitaron los puntos de sutura, curando por 1.^a intencion.

Se le dió el alta el 29 de Enero de 1896, sana i *el útero en ante-flexion.*

En esta enferma ha habido oportunidad de comprobar en dos ocasiones la posicion normal del útero. El primer reconocimiento se hizo 2 meses despues de operada i el segundo a los 8 meses. El útero se ha conservado en ante-flexion i los dolores no han vuelto.

XI

Obs. V.—Emilia Barrales, 23 años, soltera.—Ha tenido dos hijos, ningun aborto. El último parto fué hace 2 años. Primera menstruacion a los 13 años 15 dias. Se siente enferma despues del último parto. Al principio fué una sensacion de peso en el periné i al menor esfuerzo notaba por la vulva la salida de un cuerpo extraño, que dia a dia fué aumentando de volúmen.

Sentia fuertes dolores a las caderas, dolores que se exajeraban al menor movimiento i por la marcha. La locomocion era dolorosa.

Su menstruación todos los meses de 3 a 8 dias de duracion, poca cantidad.

Pierde un humor como agua rosada, abundante i diariamente. Mui estítica i demora hasta 10 dias, teniendo que recurrir con mucha frecuencia a los purgantes.



Estuvo medicinandose por un tiempo en la Policlinica de San Juan de Dios. El Dr. Mouat hizo el siguiente diagnóstico: *desgarro del periné, prolapso total del útero con hipertrofia supra-vajinal del cuello endometritis.*

Como notara mui poco alivio se le aconseja entre al Hospital.

En el Hospital se le hizo el 5 de Enero de este año la *colpo-perineo-rafia*. Fué operada por los Dres. Charlin i A. Mouat. El 5 de Marzo se le dió el alta. A los pocos dias despues se reproduce el prolapso i el cortejo de síntomas anteriores.

Vuelve a la Policlinica de San Juan de Dios i despues de algunas curaciones, en vista del poco alivio, se determina volver al Hospital.

El 5 de Abril se hace el acortamiento de los ligamentos redondos por los doctores C. Gutierrez, A. Mouat i el que esto escribe.

Despues de esta operacion el prolapso no se reproduce i el útero conserva su posicion normal. Los dolores persisten i son debidos a una salpingo-oforitis doble, que tenia ya ántes de ser operada.

CASO PARTICULAR (Operado por los doctores Mouat i Gutierrez).

Obs VI.—N. N., 35 años, casada, multipara, regló a los 14 años. El último hijo lo tuvo hace año i medio i desde este parto ha sentido fuertes dolores de caderas con irradiaciones al muslo i dorso. Menstruacion abundante, irregular i dolorosa. Pierde un humor blanco lechoso.

Estado jeneral de la enferma malo, con perturbaciones nerviosas i dijestivas.

Al exámen se encuentra el útero grande, sensible, *en retro-version móvil*, la *cavidad mide 8 centímetros*. Tratamiento: *raspaje i operacion de Alexander.*

Se hace la operacion en los primeros dias de Abril del presente año, segun la modificacion de Segond. El ligamento del lado derecho tenia las fibras mui delgadas i



solo despues de un costoso trabajo se encontraron sus fibras terminales. Se hace un acortamiento de 12 centímetros.

La operacion se hizo fuera de Santiago, recomendándose a la enferma no se quitara el vendaje hasta despues de la primera visita, esto es, dentro de 3 dias. Sin embargo, la paciente se quita al 2.º dia el vendaje, trayendo como consecuencia una infeccion de la herida del lado derecho. Se quitan 3 a 4 alfileres que dieron libre salida a una gran cantidad de pus fétido.

A los 10 dias el lado izquierdo cicatrizaba por 1.ª intencion i en el derecho quedó un pequeño trayecto fistuloso, que 5 dias despues habia cicatrizado. En este estado se examinó la enferma, encontrándose *el útero en buena posicion. La enferma se levanta.* No hubo novedad.

Tres meses despues se hace un segundo reconocimiento i siempre el útero en buena posicion.

Despues del raspaje, la cavidad del útero mide 7 centímetros. El estado de la enferma ha cambiado por completo i han desaparecido las perturbaciones que la molestaban ántes de operarse.

XII

Obs. VII.—Emilia Zúñiga (operada por el Dr. Charlin) 18 años, soltera, nulipara. Ocupa la cama número 36 de la sala del Rosario. Primera menstruacion a los 14 años 11 dias, i mui abundante. Hace tres años sus reglas son mui dolorosas; siente picadas interiores i sobre todo al lado izquierdo.

Reglas, todos los meses, 6 dias, regulares, pero dolorosas.

Sensacion de peso a las caderas, estreñimiento habitual. El vientre se le hincha a veces i su estado nervioso se empeora dia a dia; pues los dolores tambien aumentan cada dia mas.

Se diagnostica una *retro-version móvil* i como tratamiento se procede al acortamiento de los ligamentos



redondos; pero despues de operada, los dolores no se quitan i la enferma sigue en el mismo estado que ántes de ser operada. Esta operacion se hizo el 11 de Mayo de 1897.

En vista del poco resultado de la operacion se procede a un segundo exámen i se diagnostica una dejeneracion quística de los ovarios.

El 27 de Julio se hizo una laparatomía i se estirpó el ovario izquierdo i al lado derecho se hicieron punciones con el termocauterio.

Despues se ha reconocido la enferma, i el útero conservaba su posicion normal.

Obs. VIII.—Eujenia Diaz (operada por el Dr. Charlin), 25 años, casada. Ha tenido 2 hijos de término i un aborto. Este fué el último i desde entónces se sintió enferma, con dolores de caderas i pérdida de humor.

Al exámen se encuentra el útero en retro-version movable, aplicado a la escavacion sacra, cuello grueso, cavidad uterina mide 8 centímetros, en dometritis i ectropion. Antes de operarse se le hizo curaciones de creosota i el raspaje. Operada sin accidentes ulteriores, quedando el útero en posicion normal exajerada. *Salió del Hospital completamente sana.*

Obs. IX.—Aurora Silva (Dr. Charlin), de 30 años, casada. Ha tenido seis niños, ningun aborto. Siente fuertes dolores de caderas i sensacion de peso, pierde mucho humor.

Al exámen se encuentra el útero en retro-version movable i un descenso uterino.

Se hace primeramente el acortamiento de los ligamentos redondos (Alexander) que al poco tiempo se reproducen los mismos síntomas anteriores. En vista de este resultado se hace una colporrafia anterior i posterior i la amputacion del cuello. La enferma se mejora i se le da el alta completamente sana. El útero un poco en retro-flexion, pero mui correjida la desviacion.

Obs. X.—Manuela F. de Brunc (Dr. Charlin), 40 años, casada. Ha tenido 8 hijos. Se queja de dolor a las caderas i que pierde mucho humor; sensacion de cuerpo



extraño i un peso a la vulva. Menstruacion mui irregular. Todo esto lo ha sentido despues del último parto.

Al exámen se diagnostica *retro-version móvil prolapso total del útero*; su cavidad mide diez centímetros. Se hace el acortamiento de los ligamentos redondos, dejando al útero en ante-flexion. A los dos meses el útero en retro-posicion i el descenso aumentado. Se hace la colporrafia i amputacion del cuello.

Se retira del Hospital sana, aunque el cuerpo del útero un poco en retro-flexion.

Obs. XI.— Juana Solis (Dr. Charlin), 22 años, soltera, nulipara. Ha tenido blenorragia. El útero en *retro-version adherente*; su cavidad mide 8 centímetros. Durante 2 meses se hace el masaje, que deja el útero movable.

Se hace la operacion de Alexander i queda el útero en posicion normal; pero vuelven los dolores que tenia ántes de operarse. *La posicion normal se conserva.* Se reconoce despues una ooforitis quística.

A la salida del Hospital se observa que en 9 de las enfermas, el útero conservaba la posicion normal i en otras 2 un poco de retro-flexion, las cuales estaban complicadas en un prolapso del útero. En estas mismas enfermas el acortamiento de los ligamentos redondos no dió buen resultado por no haber sido acompañada la operacion de la colpoperineorafia, que se hizo despues, trayendo un alivio completo de los síntomas.

En la obs. 5.ª se hizo primero la colpoperineorafia, pero tambien se reproduce el prolapso i solo se consigue mantenerlo reducido despues de hecho el acortamiento de los ligamentos redondos. En esta misma enferma i en la n.º 7 persisten los dolores, pero que es debido a la complicacion de los ovarios que tenian dichas enfermas.

En dos solo de las operadas se puede hacer la comprobacion de la posicion del útero, que son la n.º 4 i la n.º 6. En la primera 2 vs. a los 2 i a los 8 meses despues i en la n.º 6, a los 3 meses despues.



XIII CONCLUSION

De todo lo espuesto llego a las conclusiones siguientes:

Que la operacion de Alexander está indicada:

- 1.º En las retro-desviaciones movibles;
- 2.º En las retro-desviaciones adherentes i que facilmente puedan reducirse;
- 3.º Cuando las retro-desviaciones son dolorosas i cuando no es posible mantenerlas en la posicion normal;
- 4.º En los prolapsos, i sobre todo si estan acompañados de retro-desviacion; pero siempre como operacion complementaria de las intervenciones plásticas practicadas en la vajina i periné.

C. MARCOLETA R.

Octubre de 1897.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

FIN



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



CONCLUSION

De todo lo espuesto luego a las conclusiones siguientes:
Que la operación de Alexander está indicada:
1.º En las retro-desviaciones móviles.
2.º En las retro-desviaciones adherentes y que fácilmente puedan ser reducidas a la posición normal.
3.º Cuando las retro-desviaciones no es posible reducir a la posición normal.
En los casos de retro-desviación adherente y que fácilmente puedan ser reducidas a la posición normal.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

BIBLIOGRAFIA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Archives de Tóologie et de Jinecologie. (*Auvard*).—1892.
 Nouveau Dictionnaire de Medicine.—1886.
 Journal of the American Medical Association.—January.—1897.
 Annales de Gynecologie et D'Obstetrique.—1896 i 1897.
 Semana Médica de 1892, 93 i 97.
 Tratado de Jinecología clinica i operatoria. (S. Pozzi).—1895.
 Progrés Medical. —1896 i 1897.
 Journal de Medicine.—1897.—Paris.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

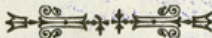
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL