

Museo Nacional de Medicina
DE LAS RETRODESVIACIONES UTERINAS;
WWW.MUSEOMEDICINA.CL SU TRATAMIENTO

POR

CLAUDIO SANJINÉS TELLERÍA
Interno de la Clínica Ginecológica del Profesor Dr. Marcial González A.

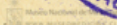
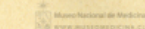
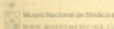
MEMORIA

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
Y FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

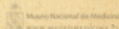
(Publicado en la REVISTA MÉDICA DE CHILE, 1898, Núms. 4 y 5).

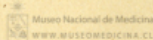


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Dedicatoria

Dedico este pequeño trabajo á mi distinguido jefe y profesor

Dr. Marcial González A.,

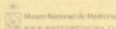
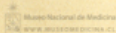
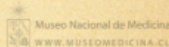
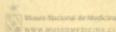
como muestra de gratitud.



EL AUTOR

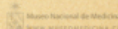
Museo Nacional de Medicina

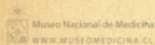
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



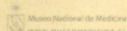
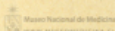
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

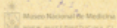
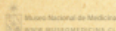




Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



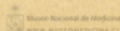
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



19,665.—IMP. CERVANTES, Bandera, 73



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





DE LAS RETRODESVIACIONES UTERINAS; SU TRATAMIENTO

POR

CLAUDIO SANJINÉS TELLERÍA

Interno de la Clínica Ginecológica

(De la Clínica Ginecológica del Prof. Marcial González A.)

Un capítulo muy importante de la ginecología es el que se refiere á las retrodesviaciones del útero; esto lo prueba el hecho de que de ello se han ocupado, y se ocupan *in extenso*, los especialistas, tanto en las sociedades como en los Congresos de Ginecología. Por esto, y en vista del gran material que he observado en la clínica ginecológica, que el doctor MARCIAL GONZÁLEZ A. ha regentado durante los dos últimos años; y, más que todo, por la discrepancia en que aún se encuentran los ginecologistas respecto al tratamiento, me he animado á desarrollar tan interesante tema en el presente trabajo.

I

Por retrodesviación del útero se entiende todos los casos en que la matriz deja su posición normal y se dirige hacia atrás. En la retroposición todo el órgano se desplaza; en la retroversión solamente bascula hacia atrás en totalidad; y en la retroflexión el cuerpo se inclina sobre el cuello formando un ángulo de seno posterior.

II

ETIOLOGÍA

Para explicarnos mejor cuáles son las causas principales que ocasionan los cambios de posición del útero, es necesario que re-

cordemos á la ligera la manera cómo el órgano está sostenido para mantenerse en posición normal, en anteflexión. Sabemos que el útero está en una especie de equilibrio mantenido por el suelo de la pelvis, los ligamentos redondos, anchos y útero-sacros, y los órganos que lo rodean: vagina, recto y vejiga; á esto debemos agregar todavía, como que toma una parte importante en la anteflexión del útero,—la consistencia y la integridad de sus paredes.

De manera que todas las causas que produzcan alteraciones en los ligamentos ú órganos sostenedores, en especial la relajación de aquellos ó la dilatación de éstos, harán que el útero pierda su posición normal, como también las causas que alteren las paredes del órgano.

Fisiológicamente se producen algunos cambios de posición pasajeros: así cuando la vejiga se dilata, el útero se endereza y es rechazado un poco hácia atrás; y cuando aquella se distiende fuertemente, el rechazo es tal, que la cara posterior del útero se adosa á la anterior del recto, pero, cesando la causa desaparece el efecto, siempre que estén normales los ligamentos útero-sacros que llevan el cuello hacia el sacro y los redondos que dirigen el fondo adelante.

La repleción del recto influye menos sobre la posición del útero; cuando está muy distendido puede rechazar al cuello adelante.

En vista de esto, cuando el órgano está aumentado de volumen y por consiguiente pesado; y los ligamentos relajados como sucede en el puerperio, hay que procurar el funcionamiento regular de la vejiga y del recto; pues, la repleción de estos reservorios, si se prolonga puede transformar el cambio de posición fisiológico en patológico.

La presión intra-abdominal, en especial durante la inspiración, tiende á aumentar la retro desviación.

En el Congreso que celebró en Leipzig, del 9 al 11 de junio de 1897, la Sociedad Alemana de Ginecología, SCHULTZE (de Jena), hizo la siguiente clasificación de las condiciones etiológicas de las retrodesviaciones:

1.º Relajamiento del aparato fijador del útero, en especial del músculo retractor uterino (de LUSCHKA), de la musculatura que se encuentra delante en el ligamento ancho, de los ligamentos redondos, de las fascia. Hé aquí las causas de estos relajamientos:

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

- a) Embarazo y estado puerperal;
- b) Parametritis posterior en vías de reabsorción;
- c) El estado habitual de plenitud del recto;
- d) El decúbito dorsal prolongado y, sobre todo, la acción de la presión abdominal en este decúbito: el útero ocupa entonces una posición que se acerca mucho á la retroversión, por cuanto el cuerpo uterino es repelido hacia atrás, y el cuello se disloca hacia delante (KÜSTNER).

2.º Fijación del cuello en una posición más anterior que en estado normal:

- a) Por bridas cicatriciales resultantes de una parametritis anterior;
- b) Por bridas procedentes de desgarros extensos del cuello, ó provenientes después de debridamientos bilaterales ó de otras operaciones practicadas sobre el cuello sin precauciones asépticas;
- c) Por bridas cicatriciales procedentes de pérdidas de sustancia por gangrena delante del cuello, ó debidas a fistulas vésico-vaginales ó vésico-uterinas.

3.º Cortedad anormal de la vagina y muy especialmente de su pared anterior:

a) Como consecuencia de una suspensión infantil de desarrollo.

b) Como resultado de la atrofia senil.

4.º Estado habitual de amplitud ó de distensión exagerada de la vejiga.

5.º Vulva anchamente abierta y desgarros del periné. Cuando la vulva está abierta, en especial en su parte posterior, todo aumento de la presión abdominal se hace sentir sobre la pared vaginal anterior, repeliéndola abajo y hacia adelante; ésta arrastra el cuello en su camino y predispone á las retrodesviaciones. Aunque en muchos casos el prolapso de la pared vaginal anterior es consecutivo á la retroversión, no faltan otros en que se observa el mecanismo inverso.

Estas cinco primeras condiciones etiológicas, dice SCHULTZE, son las más frecuentes, y la coexistencia de varias de ellas no hace más que acentuar su acción determinante.

6.º Longitud anormal del cuello. En estos casos el cuerpo uterino se halla las más de las veces en anteflexión; sin embargo, obsérvase á veces la existencia de una retroversión persistente, que

será curada por el acortamiento operatorio de la porción cervical.

7.º Existencia de un tumor en la pared uterina (un caso de SCHULTZE).

8.º Presencia de un mioma en la pared cervical anterior; un neoplasma de este género, expulsado en la vagina, ocasionó una retroversión; extraído el tumor, recobró el útero definitivamente su posición normal.

9.º Descenso insuficiente de los ovarios. (KÜSTNER).

10.º Tumores ováricos. Muchos autores opinan que estos tumores dislocan el útero en retroflexión; por mi parte, yo creo que en estos casos la desviación preexiste las más de las veces al tumor del ovario.

Todas estas son, pues, las causas á que atribuye SCHULTZE las retrodesviaciones uterinas. Pero llama la atención que dé poca importancia, ó más bien dicho pase por alto, sobre una causa frecuente; me refiero á los procesos inflamatorios, es decir, las perimetritis que producen adherencias en el fondo de saco de Douglas; á este factor etiológico debiera darse tanta más importancia cuanto que produce las retrodesviaciones adheridas, que son las que necesitan un tratamiento quirúrgico. El retardo en la involución post-puerperal, en especial de la pared anterior del órgano suele ser causa de retrodesviación; esta sub-involución puede ser debida á que la parturienta deja el lecho muy pronto, á que se entrega á trabajos que requieren un aumento de la presión abdominal, á retenciones placentarias ó de membranas, cosa común después de los abortos, y á todas las afecciones post-puerperales.

Respecto á las retrodesviaciones del útero grávido, se sabe que en la generalidad de los casos el cambio de posición preexiste al embarazo; sin embargo, se ha observado, aunque rara vez, que una conmoción violenta, como un golpe de nalgas, ha producido una retroflexión en una mujer cuyo útero, grávido de poco tiempo, estaba hasta entonces en posición normal (?).

El doctor MARCIAL GONZÁLEZ, en su «Tratamiento quirúrgico de las retrodesviaciones del útero» (1896), dice: «Las retrodesviaciones se pueden dividir según sus causas:

- 1) En retroflexiones que se desarrollan durante el puerperio, por efecto de la repleción del recto y de la vejiga;
- 2) En retroflexiones de origen inflamatorio;
- 3) En retroflexiones congénitas;

- 4) En retroflexiones por acortamiento de la pared anterior de la vagina;
- 5) En retroflexiones consecutivas á hematoceles retrouterinos, ó á grandes exudados del peri ó del parametrio; y
- 6) En retroflexiones traumáticas.»

III

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Para el estudio anátomo-patológico podemos dividir las retrodesviaciones en tres categorías:

1.^a *Congénitas*.—En estas, demostradas por RUGE, WINCKEL, y otros, hay siempre un acortamiento de la pared vaginal anterior; y en general todo el aparato genital, y en especial el útero, están en un estado atrófico. En un caso de RUGE la pared anterior estaba muy atrofiada en el ángulo.

2.^a Aquellas en que hay una relajación de los ligamentos, alteración en la consistencia de las paredes del órgano, ó que suceden á rasgaduras perineales. En estos casos encontramos el útero en retroversión y las más en retroflexión. Casi siempre hay un descenso de modo que la porción está á poca distancia de la vulva. La forma de la matriz cambia en ambos casos: en la retroversión el cuello está dirigido hacia delante y el cuerpo atrás ocupando el Douglas, de manera que el útero ha perdido el ángulo que forma normalmente; pero no hay alteración en la consistencia del istmo. En la retroflexión el cuello está dirigido hacia delante y abajo, ó directamente abajo y el fondo atrás; el istmo, que es el punto de la acodadura, está á veces muy delgado y forma una verdadera articulación.

El útero en estos casos, en general, es movable y puede reponerse; está aumentado de peso y de volumen, alcanzando su cavidad á 0m08 y 0m09; los ligamentos redondos tan atrofiados á veces que no se puede pensar en ellos para la operación, en especial la de ALEXANDER.

3.^a Aquellas en que hay procesos inflamatorios para-o perimetriticos y de los anexos. A éstas las caracterizan las adherencias que fijan el útero atrás; éstas algunas veces son laxas y tan poco resistentes que fácilmente se desgarran para reponer el ór-

gano; otras veces son tan intensas que hay que recurrir á manobras especiales para la reposición.

Los anexos, en estos casos, con frecuencia están alterados: salpingitis catarral, intersticial, perisalpingitis, etc.; oforitis, perioforitis, y, con frecuencia, aún sin haber proceso inflamatorio, una degeneración quística de los ovarios (*hidrops follicularis*); esta degeneración quística la ha observado con frecuencia el doctor GONZÁLEZ. También hay casos en que los anexos están completamente sanos.

IV

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL SINTOMATOLOGÍA

Tanto en las retroversiones como en las retroflexiones el cuadro sintomático es parecido, sólo sí que en el segundo caso las perturbaciones son mucho más intensas; y no es raro encontrar casos en que se descubre por casualidad, ó en la autopsia, una retrodesviación uterina, sin que haya ocasionado el menor trastorno.

No faltan autores quienes aseguren que todas las perturbaciones que se constatan en mujeres portadoras de una retrodesviación, son debidas nó á este cambio de posición del útero, sino á afecciones concomitantes de los anexos; efectivamente, cuando á la retrodesviación acompaña una afección, de cualquier naturaleza que sea, y que comprometa uno ó los dos anexos, es indudable que dicha afección entretiene, sino todas, a lo menos las molestias más importantes; pero, también son numerosos los casos en que los anexos están completamente sanos y la enferma experimenta dolores y perturbaciones que hacen necesaria una intervención; y en otras los anexos tienen una lesión tan insignificante, como una ligera salpingitis catarral ó una oforitis quística y, sin embargo, las enfermas sufren mucho. En vista de esto, como se verá por las observaciones, inculpamos con convicción á las retrodesviaciones como factores inmediatos de los síntomas que pasamos á exponer.

Vamos á dividirlos en síntomas locales y de vecindad, y en síntomas á distancia, llamados también reflejos.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Síntomas locales y de vecindad

a) *Dolores*.—Se presentan en el bajo vientre: unas veces son continuos, otras se presentan por accesos y en forma de cólicos, y en otras ocasiones las enfermas tienen más bien una sensación de peso en la región perineal. También sienten dolores en la región lumbosacra y en las piernas. Cuando los anexos están comprometidos, los dolores son más frecuentes en las partes laterales del vientre y en las piernas.

b) *Perturbaciones menstruales*.—Durante las reglas todos los síntomas se exacerban, de manera que las enfermas tienen terror al período de la ovulación. Hay una dismenorrea que pudiera confundirse muy bien con la producida por la estenosis del cuello; la pérdida sanguínea unas veces escasa, otras dura 4-6-8 días; no hemos observado las menorragias de 14 y 15 días de que habla SCHRÖDER; más bien, en algunas enfermas, metrorragias repetidas.

c) *Perturbaciones vesicales y rectales*.—La micción suele ser frecuente y dolorosa. Mayor importancia tienen las perturbaciones de la defecación; en general, casi todas las enfermas son estéticas y algunas tanto que pasan muchos días sin defecar, requiriendo para hacerlo el uso de purgantes y lavativas. Hemos observado algunos casos de enteritis mucosomembranosa.

d) *Esterilidad y aborto*.—Entre los síntomas, aunque esto sea más bien una consecuencia, podemos colocar la esterilidad y el aborto. Se concibe que si el útero está deformado no ha de ser fácil el paso de los espermatozoides al través del cuello uterino, dificultad que se hace mayor aún por el catarro concomitante. También se concibe que la fecundación esté perturbada estando los ovarios en mala posición.

Ahora, suponiendo que la fecundación se verifique, en algunos casos felices se produce una reducción espontánea; pero en otros nó. En general, en los dos primeros meses del embarazo no sufren las enfermas, pero después, el aumento de volumen del órgano ocasiona dolores é intensas perturbaciones vesicales y rectales, y llega el momento en que el obstáculo al acrecentamiento del úte-

ro da lugar á que éste entre en contracción y se produzca el aborto; y á veces el cirujano se ve obligado á producir éste, cuando hay imposibilidad de reducir el órgano y la vida de la madre y del producto de la concepción están en peligro.

e) Catarro.—Es el compañero de las retrodesviaciones. Al principio es simplemente mecánico: por la torción del útero las venas están comprimidas, por consiguiente la circulación de velta perturbada, y este éxtasis pasivo da lugar á una hipersecreción, la cual después se convierte en una inflamación crónica. Por eso hacen mal los ginecólogos que antes de tratar la retroflexión se empeñan en curar el catarro; pues, éste, sino desaparece, al menos se atenúa tan pronto como se endereza el útero.

Síntomas reflejos

a) Cefalalgias.—Los dolores de cabeza, en especial en la región oxipital son, en muchas enfermas, continuos, en otras se presentan con frecuencia.

b) Palpitaciones.—Particularmente en la noche y al hacer cualquier esfuerzo, lo que las asemeja á las palpitaciones esenciales.

c) Perturbaciones digestivas.—El apetito es escaso; poco tiempo después de las comidas son acometidas de disnea, pirosis, peso en la región epigástrica, sensación de plenitud, flatulencia, timpanismo (las enfermas dicen «me hincho y me lleno de viento»), dolores y vómitos; los vómitos en una de nuestras enfermas resistieron á todos los antieméticos y solo desaparecieron tan pronto como se hizo la ventrofixación. Como se comprende, todas éstas perturbaciones alteran el estado general de las enfermas demerándolas considerablemente.

d) Algunas enfermas son muy impresionables, se asustan por cualquier motivo, tienen una emotividad exagerada; y hemos observado verdaderos accesos histeriformes.

Como hemos dicho al tratar de las perturbaciones menstruales, todos los síntomas y en especial los reflejos se exacerban de una manera notable durante las reglas.

V

DIAGNÓSTICO

Con todos los síntomas subjetivos que acabamos de enumerar, no podemos establecer el diagnóstico; es cierto que muchas veces son un recurso, pero en general no deben servirnos ni para formar un prejuicio. Es, pues, indispensable recurrir á un examen más ó menos detenido, según las circunstancias, para sentar con exactitud el diagnóstico.

Tres son los elementos importantes para el diagnóstico: uno indispensable, la exploración bimanual; dos complementarios: la exploración con la sonda y el tacto rectal; que sirven en especial para hacer el diagnóstico diferencial.

Para más detalles véase cualquier manual de diagnóstico ginecológico.

VI

TRATAMIENTO

Para el tratamiento conveniente de las retrodesviaciones es necesario dividir las en dos categorías: las de la primera son movibles y, por consiguiente, fácilmente reductibles; las de la segunda son fijas. De las fijas hay unas que tienen tan pocas adherencias, ó éstas son tan laxas, que la reducción se opera también con cierta facilidad; otras tienen adherencias íntimas.

Ante todo es necesario reducir el órgano, es decir, colocarlo en su situación normal ó lo más próximo á ella. Para lo que hay varios procedimientos, de los cuales unos están completamente abandonados ó solo los usan determinados ginecólogos, al paso que á otros es necesario recurrir por los espléndidos resultados que se obtiene con ellos.

1) *Reducción por la posición genu-pectoral.*—Este procedimiento creemos que debe quedar relegado á la historia de la ginecología, porque no es posible colocar á las enfermas en una posición tan fatigosa durante un tiempo suficientemente largo para que pueda contribuir en algo siquiera al éxito posterior, excepto el caso en que se trate de un útero grávido en retroflexión móvil.

2) *Reducción bimanual.*—Para esto se introduce en la vagina uno ó dos dedos de una mano hasta el fondo de saco posterior y entonces obrando directamente sobre el fondo del útero se le lleva hacia delante y arriba; mientras tanto la otra mano deprimiendo dulcemente las paredes abdominales, toma el útero, al través de ellas y completa la reducción; lo que es fácil cuando la retrodesviación es movable y exige algunas manipulaciones para romper las adherencias, si las hay. Cuando no se logra la reposición se puede introducir el dedo medio en el recto y con éste se trata de levantar el cuerpo uterino mientras el índice introducido en la vagina empuja el cuello atrás; la otra mano, como en el caso anterior, completa la maniobra.

c) *Reducción por medio de la sonda.*—Debe recurrirse á ella cuando los procedimientos anteriores han fallado. Algunos ginecólogos usan sondas especiales, como las de SIMS, I. A. MILLER, TRELAT, etc., y describen métodos más ó menos complicados.

Creemos más conveniente y sin daño, cuando se tiene cierta práctica, servirse de un histerómetro vulgar: una vez introducido en la cavidad uterina con la concavidad vuelta hacia atrás, se lleva el mango un poco hacia el periné, después, cuidadosamente, se da media vuelta á la sonda de modo de llevar su concavidad hacia delante; efectuado este movimiento, que produce un poco de dolor, se procura hacer girar el órgano hacia delante hasta que la otra mano, que deprime las paredes abdominales, pueda alcanzar el fondo de la matriz; lo cual una vez efectuado debe retirarse suavemente la sonda y terminar la reposición con dicha mano.

SCHULTZE aconseja la reducción brusca rompiendo todas las adherencias; para ello usa la sonda y anestesia á las enfermas. Este procedimiento, aunque en manos de su autor haya dado brillantes resultados, no lo creemos autorizado, porque puede tener las fatales consecuencias de todas las operaciones ciegas, como ser: hemorragias, perforaciones intestinales, etc.; mucho más lógico, más razonable y más cómodo es desprender las adherencias á cielo abierto, ahora que los progresos de la asepsia han hecho de la laparotomía una operación diaria, y, más todavía, ahora que todos los ginecólogos tratan de sustituir el tratamiento paliativo por uno quirúrgico.

Otros, siguiendo á THURE-BRANDT, creen romper las adheren-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cias por medio del masaje hecho de una manera metódica; pero con este procedimiento, que es muy largo, no se rompen las adherencias, simplemente se destienden; sin embargo, se le puede dar importancia como tratamiento previo.

Una vez repuesto el órgano, se debe pensar en mantenerlo en su situación normal; para esto desde antiguo se ha recurrido á medios ortopédicos, inventándose al efecto un sin número de pesarios de todas las formas imaginables. Algunos ginecólogos han abusado, y aun abusan de ellos, recomendándolos no solo en las retrodesviaciones móviles sino también en las adherentes, lo que no se comprende cómo pueda hacerlo el que tenga un mediano criterio ginecológico. Por lo que hemos observado en los dos años que trabajamos en la Clínica Ginecológica, los resultados que se obtienen con los pesarios, dejan mucho que desear; en efecto, muchas enfermas no lo soportan ni un solo día por los dolores y molestias que les produce; en otras repetidas tentativas han fallado, no pudiendo mantenerse el pesario por ser la vagina ancha, por tener su pared anterior corta ó por haber una atrofia del cuello del útero; y en otras, por la poca limpieza consiguiente á sus costumbres y posición social, hemos visto producirse infecciones. Sin embargo, á pesar del rigor con que acabamos de expresarnos respecto al pesario, lo usaremos como lo hace el doctor GONZÁLEZ, siguiendo a OLSHAUSEN, en las retrodesviaciones móviles de fecha reciente que se desarrollan después del parto ó después del aborto, por ser las únicas en que se obtiene resultado; y también en personas portadoras de retrodesviaciones móviles que se nieguen á la operación, siempre que la reposición y el mantenimiento del útero por medio del pesario disminuyan los síntomas. En los demás casos, y en especial cuando hay adherencias, no debe ni pensarse en los pesarios.

No queremos entrar en detalles respecto de la forma y calidad de los pesarios; simplemente diremos que uno de los mejores es el de HODGE, y que la manera como obra éste, una vez colocado, es haciendo por su parte superior el papel de los ligamentos útero-sacos; es decir, llevando el cuello hacia atrás. También se recomiendan los pesarios de SCHULTZ, SMITH, THOMAS, FRITSCH, etc. Creemos innecesario advertir que requieren la limpieza más gran-



de y que deben quitarse de tiempo en tiempo para lavarlos, ó mejor reemplazarlos por otro.

Haciéndose, como se ve, cada día más restringido el tratamiento paliativo de los cambios de posición del útero, parece racional estudiar con la mayor atención posible el tratamiento quirúrgico; teniendo muy presente, para sentar de una manera científica la operación que se va á efectuar, las causas que han originado la retrodesviación, el tamaño y el estado de las paredes del órgano y de sus ligamentos, la mayor ó menor extensión de las adherencias, la intensidad de los sufrimientos y aun el estado social de las enfermas.

Muchas son las operaciones que actualmente se aconsejan; pero todas ellas podemos agruparlas al rededor de tres procedimientos principales: 1.º Acortamiento de los ligamentos redondos ú operación de ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS, con las modificaciones que le han hecho KOCHER, SEGOND, DOLERIS, etc. 2.º Ventro-fijación: operaciones de CZERNY, LEOPOLD, OLSHAUSEN, y la modificación que ha hecho el doctor GONZÁLEZ á la operación de CZERNY; y 3.º Vaginofijación: MACKENRODT, DÜHRSEN, WERTHEIM, etc.

Vamos á pasar en revista las operaciones que más se usan, haciendo ver sus ventajas é inconvenientes.

El acortamiento de los ligamentos redondos, enunciado por ALQUIÉ en 1840 y propalado por ALEXANDER y ADAMS más tarde, ha sido y es practicado por muchos ginecólogos con tal profusión, que algunos de ellos la ejecutan, no sólo en las retrodesviaciones móviles, sino también en las adherentes y hasta en los prolapsos totales del útero. Como se comprende, tal entusiasmo explica perfectamente los fracasos que algunas veces ha originado. A pesar de no tener experiencia propia aceptamos, siguiendo á autoridades en la materia, que en determinados casos sea recomendada, por ejemplo, cuando se trata de retrodesviaciones móviles, en que el útero está del tamaño normal y los ligamentos no muy relajados; si la retrodesviación no reúne estas tres condiciones, no es lógico intentar el acortamiento de los ligamentos redondos; así, si hay adherencias, ó habría que hacer la reposición



forzada, lo que en sí tiene grandes peligros, ó someter á la enferma á un masaje de meses con la esperanza de romper las adherencias, esperanza que nunca llega á ser una realidad; de manera que en este caso dicha operación no tiene razón de ser. Ahora, si el útero está grande, como es frecuente, los ligamentos redondos, casi siempre atrofiados en estos casos, no tienen la suficiente fuerza para mantener el órgano en una posición ni siquiera vecina á la normal; y en ocasiones los ligamentos redondos están tan atrofiados que no se les puede encontrar, máxime si la enferma es gorda. A estos inconvenientes se agrega que la operación es más larga y laboriosa que una ventro fijación, y que puede predisponer á las hernias, inguinales.

Por lo que hace al prolapsó total del útero, es decir, á la salida fuera de la vulva del útero, vagina, vejiga y á veces recto, no lo hemos observado en mujeres jóvenes,—en quienes la ventro fijación ó el acortamiento es justificable,—sino en enfermas que están en plena menopausia ó próximas á ella, y en estos casos no queda otro recurso que hacer la histerectomía vaginal, operación perfectamente indicada al efecto.

Operación de Leopold.—Este autor, después de abrir el vientre y desprender las adherencias, si las hay, fija el fondo del útero á la pared abdominal con tres puntos de sutura con seda. Para esto pasa un punto de sutura por uno de los labios de la herida, atravesando piel, fascia, musculatura y peritoneo; en seguida toma el tejido uterino en una extensión de un centímetro (en la línea media) al nivel de la inserción de los ligamentos redondos, y luego atraviesa el labio opuesto de la herida de atrás adelante; por encima de este punto pone otros dos; y, por último, después de raspar la serosa que cubre el fondo del útero, aproxima los labios de la herida y anuda las tres suturas. Termina la operación suturando el resto de la herida abdominal. 12 ó 14 días después retira las suturas con que fijó el órgano. LEOPOLD dice que se establecen adherencias laxas que mantienen al útero en una posición casi normal. Los resultados de esta operación no son halagüeños, (1) pues sé que de tres operados por el doctor VICENCIO, la retro-

(1) A su autor le ha dado muy buenos resultados.



desviación recidivó en dos, poco tiempo después de retirar las suturas.

Operación de Czerny.—CZERNY fija el fondo del útero al abdomen con dos suturas perdidas, es decir, sin comprender la piel; se sirve del catgut. El doctor GONZÁLEZ dice que de tres casos que habrá operado por este procedimiento con el doctor VICENCIO, pudo comprobar en dos de ellos, un año después de la operación, mortificantes dolores y punzadas en el vientre, y que en el otro caso las molestias se mantuvieron durante seis meses. Aunque pocos los casos para formar un juicio exacto, se resolvió el doctor GONZÁLEZ á abandonar el procedimiento primitivo y á hacerle una modificación pequeña, pero importante por sus resultados. Esta modificación, la operación de OLSHAUSEN (de Berlín) y la vaginofijación las he dejado para describirlas con más detalles, porque ellas se han adoptado en la clínica ginecológica en vista de numerosos éxitos.

TERRIER, después de colocar provisoriamente una sutura con seda al nivel del fondo del útero para poder levantarlo, fija el órgano por tres suturas perdidas con catgut: una colocada entre el cuello y el cuerpo, la segunda en la parte media del cuerpo y la última al nivel del fondo.

Se ha propuesto, y practicado por pocos cirujanos, la ventro-fijación sin laparatomía previa. Tan audaz procedimiento no merece ni discutirlo.

Vaginofijación.—Esta operación, vulgarizada por DÜHRSEN y MACKENRODT, tuvo su auge al principio, después cayó en el olvido; pero, gracias á la modificación que le introdujo MACKENRODT, abriendo el fondo de saco-peritoneal vésico-uterino, adquirió nuevo prestigio; y hoy, en muchos casos, está indicada como veremos más adelante.

DÜHRSEN, después de traccionar el cuello uterino y reconocer el límite inferior de la vejiga, incidía—por debajo de ésta—transversalmente la vagina, desprendía la vejiga, atraía el útero hacia adelante y lo fijaba á la vagina con crines de Florencia. Pero, como la presencia de la plica vésico-uterina ocasionase recidivas, MACKENRODT ideó la obliteración de dicha plica, pasando hilos



de catgut destinados á adherir las dos hojas anterior y posterior del peritoneo y fijando en seguida el útero; más después, el mismo MACKENRODT perfeccionó su modificación abriendo el fondo de saco peritoneal; en resumen, su procedimiento es este: incinde transversalmente la pared vaginal anterior por debajo de la vejiga; á la parte media de esta incisión hace caer otra que comienza á un centímetro por debajo del tubérculo uretral; disecciona los colgajos vaginales; desprende la vejiga; abre el fondo de saco peritoneal; atrae el útero fuera del peritoneo y lo fija á la vagina con dos crines de Florencia y, por último, sutura la vagina.

Esta operación, que parece ideal para tratar la retrodesviación, ha sido atacada por STRASSMANN, KELLER, GRAEFE, WERTHEIM, WINTER, etc. En efecto, si el útero, fijo á la vagina por el procedimiento primitivo de DÜHRSEN y MACKENRODT, viene á ser grávido, casi siempre se produce una recidiva por ruptura de las adherencias; ahora, si las adherencias son más sólidas, como sucede después de abrir la plica vésico-uterina, ocasionan el aborto impidiendo el desarrollo del órgano; y las complicaciones vienen á ser más serias cuando el embarazo llega á su término. Para salvar estos inconvenientes, los especialistas (WINTER) recomiendan, y es lo que ha hecho el doctor GONZÁLEZ en nuestra Clínica, no practicar la vaginofijación en mujeres aptas para concebir, sino en las que han llegado al climaterio ó están muy próximas á él

LE DENTU (de París) ha hecho una bulliciosa modificación al procedimiento de MACKENRODT, que consiste en «resecar de cada lado de la línea media una larga tira de pared vaginal y suturar la cara anterior del útero á la vagina con 6, 7, 8 hilos». Se comprende á primera vista lo íntimas que serán las adherencias con tanta sutura, pues el mismo LE DENTU dice: «Nosotros multiplicamos nuestros puntos de sutura y obtenemos acaso de este modo una fijación más sólida».

Por supuesto, que esta fijación más sólida tiene que producir mayores desastres en caso de embarazo. Si el autor recomendara su operación sólo para mujeres que están en plena menopausia, no sería justa nuestra crítica.

Últimamente MACKENRODT ha sustituido la vaginofijación con la vésico-fixura.

WERTHEIM (de Viena), ha propuesto dos nuevas operaciones: la sutura de los ligamentos redondos á la vagina; y el acortamiento de éstos y de los ligamentos útero sacros por la vía vaginal. No tenemos experiencia sobre esta segunda operación; la primera ha sido practicada dos veces por el doctor GONZALEZ, con éxito completo. Después de poner á descubierto el útero por la vía vaginal se fija el origen uterino de cada ligamento redondo al borde correspondiente de la herida vaginal, con un punto de sutura.

Siguiendo la recomendación de MARTÍN, el doctor GONZÁLEZ hace la vaginofijación después de la colpotomía.

Procedimiento de Olshausen.—A este ginecólogo corresponde a gloria de haber iniciado la era quirúrgica de las retrodesviaciones, proponiendo por primera vez la ventro fijación el año 1886.

Para poder dar al útero toda la movilidad necesaria, este autor hace la ventro fijación sin tomar tejido uterino, sino los ligamentos redondos cerca de su origen en el útero, los cuales los fija á los bordes correspondientes de la herida abdominal, con crín de Florencia. También lo describiremos con detalles en el curso de las observaciones. A este procedimiento se ha acusado de dejar entre el fondo uterino y la pared abdominal una especie de ojal, donde puede introducirse una asa intestinal y estrangularse; aun cuando no hemos visto producirse este fenómeno, no lo creemos difícil, pues, en dos de los casos operados siguiendo este procedimiento por el doctor GONZÁLEZ, el útero—después de la fijación de los ligamentos redondos—caía atrás, dejando un verdadero espacio entre él y la pared abdominal; en vista de lo cual, y para evitar accidentes, el doctor GONZÁLEZ combinó el procedimiento con su modificación, es decir, después de fijar los ligamentos redondos fijó el fondo uterino á la pared abdominal con un punto de sutura. El resultado fué bueno.

Modificación del procedimiento de Czerny por el doctor González.—Vamos á enunciar simplemente la modificación para exponerla con detalles al describir las observaciones. Consiste en fijar el fondo del cuerpo á la pared abdominal á dos traveses de dedo por encima del pubis, por medio de una sutura perdida

con seda gruesa que tome el útero en la línea media en una extensión de centímetro y medio á dos centímetros, sin llegar á la mucosa; y que comprenda, de la pared abdominal, el peritoneo, la musculatura y la fascia, sin atravesar la piel. Las ventajas del procedimiento se desprenderán en el curso de las observaciones.

VII

DEL EMBARAZO EN LAS ENFERMAS OPERADAS DE RETRODESVIACIÓN

Todavía no hay un acuerdo completo en esta materia, por ser difícil seguir de cerca á las enfermas que han sido sometidas á esta operación. Nuestra experiencia personal es escasa, sin embargo muy alentadora. En una operada por el doctor GONZÁLEZ (véase la observación II), que se hizo embarazada tres meses después de la operación, la gestación evolucionó de la manera más normal y el parto fué feliz. Creemos necesario reproducir un párrafo de una carta que hace poco nos escribió esta enferma, de San Felipe, donde vive; dice así: «En el embarazo me sentí bien, anduve con un apretador; en el parto, los dolores fueron más «suaves y me desocupé más pronto que en los anteriores. «Después sentí dolor en el lado derecho, que desapareció á los «cuatro días. Ahora estoy bien. Respecto al útero, creo que no «esté caído porque no siento el peso, el dolor y las molestias que «tenía antes de que me operaran Uds.».

Muchas estadísticas se han publicado sobre la materia, más ó menos deficientes. Una buena por el número de operadas, pero no completa, pues no refiere la clase de operación, es la traducida del *Volkman's Klin. Vorträge*, núm. 171, para la REVISTA MÉDICA, por el doctor SIERRA.

En ella leemos que «KÜSTER ha reunido 1,200 casos de fijación central del útero; en 122 de ellos se observó el embarazo; «siendo la preñez y el parto normales en 74; 15 abortos; 1 embarazo extrauterino, 3 presentaciones de tronco y 1 placenta previa. Los malos casos de embarazo son dobles con la operación «de LEOPOLD que con la de OLSHAUSEN. En 37 vaginofijaciones directas y 410 en que fué abierto el fondo de saco peritoneal, «observó 46 embarazos; de éstos, 23 fueron normales; 13 abortos; «5 malos partos y en 5 observó la recidiva en el puerperio. De «120 operadas por el procedimiento de ALEXANDER, 27 se hicie-

«ron embarazadas; en 20 de ellas, la preñez fué normal, 5 abortaron y 2 tuvieron malos partos.»

Es necesario, pues, una estadística más prolija para formarse un criterio exacto sobre tan importante materia.

OBSERVACIONES

I

H. Q. P., de 39 años, ha tenido 2 abortos y dos partos; reglas de 4 á 5 días y muy dolorosas. Está enferma desde el último parto (hace seis meses) siente dolores en el vientre y constantes cefalalgias, es de una impresionabilidad nerviosa exagerada, y padece de una estitiquéz que sólo cede á los purgantes.

Estado actual.—Vulva, con desgarradura de la orquilla; vagina ancha; útero, con el cuerpo inclinado atrás formando con el cuello un ángulo de seno posterior, un poco adherido; los anexos ligeramente sensibles.

Diagnóstico.—Retroflexión adherida.

Operación.—26 de julio de 1896.—Desinfectada la pared abdominal, se hizo en la línea media una incisión de 0 m. 07 y, abierta la cavidad abdominal, se fijó el peritoneo parietal á los bordes de la herida abdominal con un punto de sutura. Se hizo en seguida la exploración de los anexos, encontrándose en ambos una insignificante degeneración quística; se puncionaron los quistes que hacían eminencia, en seguida, se desprendieron á dedo las adherencias que fijaban el útero atrás, las que eran laxas; y se fijó el útero á la pared abdominal anterior al nivel de la extremidad inferior de la herida y á dos traveses de dedo por encima de la sínfisis pubiana: para esto, se pasó una seda gruesa en el labio izquierdo de la herida, atravesando la fascia, la musculatura y el peritoneo; en seguida se tomó el útero en la línea media, (al nivel de los ligamentos redondos) superficialmente y en una extensión de 0 m. 02; luego se atravesó el labio derecho en sentido opuesto; y, por último, se anudó la sutura mientras un ayudante mantenía con el dedo el contacto del útero á la pared abdominal. Se hizo la sutura en dos planos: en el primero—con seda—se comprendió el peritoneo, la musculatura y la fascia; en el segundo—con crin de Florencia—la piel. La operación duró $\frac{1}{2}$ hora; fué hecha por el doctor GONZÁLEZ.

La convalecencia ha sido normal; sólo sí que supuraron dos puntos de sutura por pocos días.

Se levantó de la cama á los 12 días, sin sentir la menor molestia. Examinada se vió que el útero estaba en anteflexión y movable.

Se fué de alta el 25 de agosto de 1896.

II

E. F., de 22 años; ingresó al servicio el 1.º de septiembre de 1896; ha tenido dos partos; reglas dolorosas y abundantes. Está enferma desde su último parto (hace 2 años), tiene dolores en el vientre, cefalalgias en especial durante las reglas, perturbaciones digestivas, vómitos, gastralgias, palpitaciones cardíacas. Pierde un humor amarillento.

Estado actual.—Vulva abierta; vagina, las dos paredes hacen prolapso. Útero, el cuerpo inclinado atrás; en la porción hay una erosión y por el orificio externo sale un líquido mucoso. El anexo derecho un poco engrosado.

Diagnóstico.—Retroflexión móvil, endometritis con erosión.

Operación.—10 de septiembre de 1896. Se abrió el vientre con una incisión de 0 m 07; en el ovario derecho habían dos quistes, se les puncionó; se fijó el útero como en el caso anterior; y se cerró el abdomen en dos planos. La operación que duró 20 minutos fué hecha por el doctor GONZÁLEZ.

Convalecencia normal. Cicatriz *per primam*. Se levantó de la cama á los 0 días. Del catario uterino mejoró rápidamente con irrigaciones con permanganato de potasio al $\frac{1}{2}$ o/o; cauterizaciones con ácido tricloracético al 50 o/o y tapones con ictiol.

Alta: 10 de octubre de 1896.

III

M. de A. S., de 27 años; ingresó al servicio el 27 de junio de 1896; ha tenido un aborto hace tres años; tres partos; desde el aborto se le han hecho irregulares las reglas. Tiene amenorrea de varios meses; ahora tiene metrorragias repetidas. Está enferma, desde el aborto, tiene dolores en el vientre localizados á veces al lado derecho; sufre continuamente de cefalalgias que se le exacerban durante la época menstrual; perturbaciones digestivas: vomita cuando come; tiene diarreas frecuentes que alternan con estitiquez; accesos histeriformes (sin tener estigmas), etc.

Estado actual.—Vulva, con desgarradura perinal; vagina con prolapso de ambas paredes. Utero, el cuerpo inclinado atrás y movable; doloroso á la presión; la introducción de la sonda es dolorosa; por el orificio sale una secreción catarral. Hay una cicatriz algo sensible en el parametrio derecho.


Diagnóstico.—Retroflexión móvil; parametritis derecha (antigua) y endometritis.

Operación.—12 de septiembre de 1896.—Abierta la cavidad abdominal se vió en el anexo izquierdo una ligera degeneración quística; en el derecho había quistes mayores y un hematoma; se pincharon los quistes del ovario izquierdo y se extirpó el anexo

derecho; en seguida, se fijó el útero a la pared abdominal con un punto de sutura. Se cerró el abdomen. La operación duró media hora; fué hecha por el doctor GONZÁLEZ.

Convalecencia.—La temperatura normal; el pulso ha subido el tercer día a 110. No ha tenido vómitos. Todas las perturbaciones que tenía han ido desapareciendo de una manera gradual, habiendo persistido por más tiempo las digestivas que cedieron al HCl y a la nuez vómica. La herida cicatrizó por primera intención. El 10 de octubre tuvo su regla abundante: se le dió unas gotas de extracto fluido de hidrastis canadensis.

El estado general de la enferma ha mejorado de una manera notable. Pidió su alta, sintiéndose bien, el día 25 de octubre de 1896. Esta enferma no resistía el pesario ni por un momento.


 Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

IV

L. Q., de 30 años; ingresó al servicio el día 29 de septiembre de 1896; ha tenido 7 partos y un aborto; las reglas le duran 5 a 8 días, muy dolorosas. Está enferma desde hace 4 años, a consecuencia de un parto: tiene dolores y una sensación de peso en el vientre; es nerviosa, pasa pensando en la muerte; tiene palpitaciones cardíacas, cefalalgias, perturbaciones gastro-intestinales.

Estado actual.—El útero en retroflexión móvil y algo grande, la cavidad mide 0 m. 08.

Operación.—El 10 de octubre de 1896, se le hizo la ventrofiación por el procedimiento habitual. Los anexos estaban sanos.

Se levantó de la cama el día 20, sintiéndose aliviada de todas sus perturbaciones. El útero estaba en buena posición.

Alta: octubre 30 de 1896.

V


I. R., de 26 años, entró al servicio el 11 de septiembre de 1896; nulipara; reglas: hasta hace 6 meses de 5 días de duración, después escasas y muy dolorosas. Hace 8 años que sufre del estómago, y desde que se le han alterado las reglas tiene dolores en el vientre, en la cintura y pierde un humor amarillo.

Estado actual.—La porción pequeña; el cuerpo echado atrás y adherido.

Diagnóstico.—Retroflexión fija.

Operación.—14 de septiembre de 1896.—Se abrió el abdomen y se vió que los anexos estaban sanos; entonces se desprendieron algunas adherencias que sujetaban el útero y se le fijó a la pared abdominal con un punto de sutura. La operación duró 15 minutos; fué hecha por el doctor GONZÁLEZ.

Durante dos días tuvo vómitos, después convalecencia buena. Cicatriz *per primam*.


 Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El catarro desapareció con cauterizaciones é ictiol. Las perturbaciones gástricas casi han desaparecido. Alta: sana, el 30 de octubre de 1896. Dos meses después se constató la recidiva.

VI

R. M., de 36 años; ingresó el 7 de octubre de 1896; nulípara; reglas: desde hace 7 meses tiene 2 á 3 metrorragias en el mes. Sufre de dolores en las caderas que se irradian á las piernas, en el vientre, en la región sacrocoxígea.

Estado actual.—Porción cónica; cuerpo inclinado atrás y adherido; los anexos un poco sensibles.

Diagnóstico.—Retroflexión fija.

Operación.—Octubre 14.—En los ovarios, en especial en el izquierdo había quistes foliculares; se puncionaron los quistes y se fijó el útero, como en los otros casos.

La mejoría fué rápida, han desaparecido todos los dolores. Cicatriz *per primam*.

Alta: sana, noviembre 10 de 1896.

VII

M. F., de 27 años; ingresó al servicio el 9 de octubre de 1896; ha tenido un aborto; reglas de 2 á 3 días, escasas, dolorosas, acompañadas de fuertes dolores en el vientre y región lumbar. Esta enferma hace 5 años sufre de continuos dolores que se exacerban en las reglas; tiene palpitaciones é insomnios.

Estado actual.—Vagina ancha; el útero aumentado de volumen. con el cuerpo echado atrás y móvil; el anexo derecho descendido.

Diagnóstico.—Retroflexión móvil.

Operación.—13 de octubre.—Se fijó el órgano como en los casos anteriores. La operación la hizo el doctor ALCIBIADES VICENCIO.

Dejó el hospital el 10 de noviembre, sintiéndose bien.

VIII

F. P., de 29 años; ingresó el 5 de octubre de 1896; ha tenido 2 abortos y 3 partos; reglas irregulares, le duran 5 á 8 días; tiene amenorreas de dos meses. Desde hace meses siente dolores en el vientre, caderas y piernas; pierde humor amarilloso.

Estado actual.—El cuerpo del útero dirigido atrás y adherido; los anexos un poco sensibles, en especial el izquierdo.

Diagnóstico.—Retroflexión fija; salpingooforitis.

Operación.—Octubre 28.—Por la exploración se vió que los

anexos tenían degeneración quística, en especial el izquierdo; se pincharon los quistes y fijó el útero con un punto de sutura. Operó el doctor GONZÁLEZ.

Se mejoró por completo.

IX

J. A., de 22 años; ingresó el 21 de noviembre de 1896; ha tenido un parto hace 3 años; reglas le duran 4 días, muy abundantes y dolorosas. Está enferma desde el parto: sufre dolores en el vientre, cintura y piernas, continuas cefalalgias; es estífica y pierde un humor blanquizco.

Diagnóstico.—Retroflexión móvil.

Operación.—29 de noviembre.—Se levantó el útero y se le fijó con un punto de sutura. Operó el doctor GONZÁLEZ.

Convalecencia normal.

Alta: sana, el 24 de diciembre de 1896.

X

M. A., de 30 años; ingresó el 21 de diciembre de 1896. Ha tenido 3 partos; las reglas le duran un día, con mucho dolor. Está enferma hace 3 años; desde entonces la habían tratado por enferma del estómago, corazón, cabeza, etc., sin ningún resultado, hasta que un médico á cuyo servicio estaba la enferma la llevó á la clínica pensando que podía tener alguna afección genital. En efecto, tenía una retroflexión móvil, endometritis con erosión y una ligera afección del anexo derecho.

Operación.—23 de diciembre.—Por la exploración directa se vió en el anexo derecho, la trompa engrosada, el ovario en intensa degeneración quística; en vista de lo cual se extirpó el anexo; y se fijó el útero con un punto de sutura. La operación duró un cuarto de hora; fué hecha por el doctor GONZÁLEZ.

Ha mejorado de todas sus perturbaciones y del catarro con algunas cauterizaciones con ácido tricloracético.

Alta: el 19 de enero de 1897.

XI

E. C., de 19 años; ha tenido un parto; reglas dolorosas. Sufre de dolores en el vientre; pierde un humor amarillento.

Estado actual.—El útero echado atrás, descendido y muy movable.

Diagnóstico.—Retroversión; descenso primitivo.

Operación.—Enero 7 de 1897.—Como el anexo derecho estuviera muy degenerado se le extirpó; el útero muy movable por estar



los ligamentos y tejido conjuntivo sumamente relajados; se le fijó con un punto de sutura.

Alta: sana, febrero 1.º de 1897.

XII

G. V., de 37 años; múltipara; las reglas le duran 8 días, dolorosas. Siente dolores en el vientre y cadera; pierde humor.

El útero aumentado de volumen está en retroflexión; el periné está desgarrado y las paredes vaginales hacen prolapso.

Operación.—9 de noviembre de 1896.—Se extirpó el anexo que estaba enfermo, y se fijó el útero con un punto de sutura. Después se le hizo la colpografía y perineorrafia.

Alta: sana, el 29 de enero de 1897.

XIII

A. T., de 18 años; nulípara. Presenta el útero en retroversión y descenso; el cuello está alargado; los ligamentos que sostienen el útero relajados.

Operación.—Febrero 18 de 1897. — Se hizo la amputación de SCHRÖDER y se fijó el útero al abdomen por el procedimiento de OLSHAUSEN. La operación duró media hora; fué hecha por el doctor GONZÁLEZ.

Alta: marzo 27 de 1897.

XIV

S. C., de 30 años; nulípara. Desde hace 7 años tiene perturbaciones locales y reflejas.

El útero está en retroversión fija; el anexo derecho engrosado y sensible.

Operación.—Marzo 6 de 1897.—Se extirpó el anexo derecho que estaba engrosado y envuelto en el epiplón, y se fijó el útero al abdomen con un punto de sutura.

Esta enferma falleció 3 días después con síntomas de infección; no se hizo autopsia.

XV

C. P., de 28 años; tuvo un parto. Presenta todos los síntomas locales y reflejos de las retrodesviaciones. El útero está en retroflexión fija.

Operación.—Marzo 30 de 1897.—Se le hizo la ventrofixación con un punto de sutura.

Alta: sana, abril 20 de 1897.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

XVI

D. S. de G., de 28 años; ingresó el 21 de abril; ha tenido dos partos. Está enferma desde hace tres años: tiene perturbaciones gástricas, dolores en el vientre, etc.

Tiene una retroflexión fija y una salpingooforitis derecha.

Operación.—28 de abril de 1897.—Se extirpó el anexo derecho; se desprendieron las adherencias del útero y se le fijó con un punto de sutura. Operó el doctor VICENCIO.

Alta: sana, el 18 de mayo.

XVII

R. H., de 22 años; ingresó el 26 de abril, ha tenido un parto. Sufre cefalalgias, vómitos, dolores en el vientre, etc.

Tiene retroflexión móvil del útero.

Operación.—28 de abril.—Los anexos estaban sanos; se levantó el útero y se fijó con un punto de sutura. Operó el doctor VICENCIO.

Alta: sana, el 17 de mayo de 1897.

XVIII

L. B., de 35 años; ingresó el 29 de mayo; ha tenido dos partos; últimamente ha tenido menorragias de 4 á 5 días de duración. Desde hace meses sufre de dolores en el vientre y en las caderas; tiene cefalalgias y perturbaciones gástricas.

Encontramos una retroflexión fija y el anexo derecho engrosado y sensible.

Operación.—Mayo 31 de 1897.—El anexo derecho tenía el ovario esclerosado, una salpingitis intersticial y estaba adherido al intestino: se le desprendió y extirpó; también se rompieron las adherencias del útero y se le fijó con un punto de sutura. Operó el doctor GONZÁLEZ.

Alta: el 20 de junio.

XIX

D. P., de 33 años (?) ingresó el 8 de junio del 97; ha tenido 15 partos; reglas irregulares, con largos períodos de amenorrea. Está enferma hace 9 meses: tiene dolores en el vientre, micción frecuente y dolorosa, estitiquéz, vómitos, flatulencia, cefalalgias y una irritabilidad nerviosa exagerada.

Tiene el útero en retroflexión móvil.

El día 2 de junio, le hizo el doctor VICENCIO la ventro fijación

con un punto de sutura. Mejoró de la operación, pero persistieron las perturbaciones reflejas, y algunas perturbaciones en la micción. A esta enferma se le trató en la policlínica con pesarios, con éxito nulo también.

Alta: el 20 de julio de 1897.

XX

F. A., de 36 años; ingresó en febrero de 1897; ha tenido 7 partos y un aborto; las reglas le duran 7 á 8 días, dolorosas. Está enferma hace 4 años, tiene dolores en el vientre y en las caderas, pierde humor amarillo.

El útero está en retroversión móvil.

No pudo soportar el pesario.

Operación.—El doctor GONZÁLEZ le hizo el día 15 de julio la ventro fijación por el procedimiento de OLSHAUSEN.

Alta: sana, agosto 23 de 1897.

XXI

V. R., de 28 años; ingresó el 10 de julio de 1897; ha tenido un parto; las reglas abundantes. Sufre de dolores en el vientre, en la región lumbosacra y en las piernas; cefalalgias, vómitos, flatulencia y malestar general.

Tiene el útero en retroflexión móvil; el anexo derecho descendido y algo engrosado.

Operación.—Julio 23.—Se extirpó el anexo izquierdo que estaba descendido y adherido, y el ovario esclerosado; se fijó el útero al abdomen por el procedimiento de OLSHAUSEN. Operó el doctor GONZÁLEZ.

Alta: sana, el 24 de agosto.

XXII

T. B., de 34 años; ingresó al servicio el 20 de julio de 1897; ha tenido 4 partos. Desde el último parto tiene dolores en el vientre y una sensación constante de peso en la región perineal; perturbaciones digestivas: (vómitos, flatulencia, estitiquetz) y cefalalgias.

El útero está en retroflexión móvil.

Operación.—Agosto 18.—Se hizo la ventro fijación por el método de OLSHAUSEN.

Mejoró rápidamente. Salió el 8 de agosto.

XXIII

N. N., de 33 años; ha tenido 3 partos. Está enferma, desde el último parto, tiene dolores en el vientre, malestar general, perturbaciones digestivas, cefalalgias continuas.

El útero está en retroflexión, algo adherido; el anexo izquierdo engrosado y sensible.

Operación.—12 de septiembre de 1897.—Como hubiera una salpingooforitis, se extirpó el anexo izquierdo; en seguida, se fijó el útero al abdomen por el método de OLSHAUSEN, pero como no quedara bien fijo hubo que combinar este método, colocando un punto de sutura que fije el fondo á la pared abdominal. Operó

el doctor GONZÁLEZ.
Ha mejorado completamente de sus dolencias.

XXIV

N. N. de N., de 29 años; ha tenido 3 partos; las reglas son muy dolorosas. Está enferma, desde el último parto (hace 3 años), sufre todas las perturbaciones locales y reflejas de las retrodesviaciones.

Hay una retroflexión fija y una salpingooforitis izquierda.

Operación.—Octubre 10 de 1897.—Se extirpó el anexo izquierdo; en seguida, desprendidas las adherencias que tenía el útero atrás, se le fijó por el método de OLSHAUSEN; pero, como apesar de eso el órgano no quedaba en completo contacto con la pared abdominal, hubo también que combinar el método poniendo un punto de sutura al nivel del fondo.

Alta: mejorada, el 15 de octubre.

XXV

P. P., de 24 años; ingresó el 27 de noviembre de 1897, nulípara. Sufre de dolores en el vientre, perturbaciones de la micción y defecación, dolor de cabeza y una emotividad exagerada.

Tiene una retroflexión móvil.

Operación.—Diciembre 10.—El doctor VICENCIO le hizo la ventrofixación por el método de OLSHAUSEN.

Alta: sana, el 30 de diciembre.

XXVI

S. S., de 37 años; ingresó el 4 de enero de 1898; ha tenido 7 partos. Está enferma desde el último parto: tiene dolores en el

vientre, caderas, región sacra, peso en el periné, micción dolorosa, perturbaciones gástricas, cefalalgias.

Tiene una retroflexión móvil; los anexos están ligeramente engrosados.

Operación.—Enero 19.—Se puncionaron unos quistes foliculares que había en los ovarios y se fijó el útero por el procedimiento de OLSHAUSEN. Operó el doctor GONZÁLEZ.

Alta: buena, febrero 10.

XXVII

M. T. E., de 25 años; ingresó el 16 de enero de 1898, ha tenido 3 partos y un aborto hace 7 años. Está enferma desde el aborto: siente dolores en el vientre y en las caderas, tiene perturbaciones gástricas y pierde un humor blanco.

El útero está en retroflexión móvil, su cavidad mide 0 m 08.

Operación.—Enero 19.—Se fijó el útero á la pared abdominal con un punto de sutura. Operó el doctor GONZÁLEZ.

Alta: sana, febrero 12.

XXVIII

T. L., de 46 años; ingresó el 24 de noviembre de 1896; ha tenido 11 partos, el último hace 5 años; reglas, le duran 5 días y son muy dolorosas. Hace 5 meses tuvo una metrorragia y desde entonces sufre de dolores en el vientre, cadera y piernas, pierde humor.

Estado actual.—Todo el útero está inclinado atrás y algo descendido.

Diagnóstico.—Retroversión móvil.

Operación.—Vaginofijación. 5 de diciembre de 1896. Desinfectada la vagina y traccionada la porción con pinzas, se hizo una incisión semicircular al nivel del fondo de saco vaginal anterior; á la parte media de ésta se hizo llegar otra vertical que partió á 0 m. 02 por debajo del tubérculo uretral; se disecó la vagina, se desprendió la vejiga, se abrió el fondo de saco peritoneal anterior; y, en seguida, por medio de pinzas americanas se trajo á la herida el cuerpo del útero y se fijó su fondo á los bordes vaginales con un punto de sutura con seda.

La herida vaginal se suturó con catgut. La operación duró media hora; fué hecha por el doctor GONZÁLEZ.

Esta enferma se ha sentido mejor desde el día de la operación; su última regla ha sido normal. Dejó la cama á los 7 días y el hospital el 18 de enero de 1897. El útero estaba en buena posición.



XXIX

M. N. E., de 47 años, ingresó el 27 de octubre de 1896; ha tenido 12 partos y 3 abortos, el último hace 6 meses; reglas dolorosas. Está enferma desde el aborto: siente dolores y peso en el vientre; después del aborto perdió sangre irregularmente durante 3 meses.

Estado actual.—Útero, grande, duro y doloroso; el cuerpo echado atrás y movable; al especulum se ve la porción cianótica.

Diagnóstico.—Metritis crónica y retroflexión móvil. Durante 2 meses se le trató con escarificaciones, baños, etc., sin la menor mejoría, por lo que se resolvió operar.

Operación.—Diciembre 28 —Se hizo en el cuello la amputación de SCHRÖDER; en seguida, se hizo en la vagina la incisión de MACKENRODT, se desprendió la vagina, abrió el peritoneo y se trajo el fondo uterino hacia la herida y se fijó el origen uterino de los ligamentos redondos a la vagina con un punto de sutura con seda. Se terminó la operación suturando la vagina con catgut. La operación dura 45 minutos; fué hecha por el doctor GONZÁLEZ.

La enferma 10 días después se ha sentido sana.

El útero está en buena posición.

Alta: 22 de febrero de 1897.

XXX

L. Z., de 35 años; múltipara; reglas irregulares. Tiene el útero descendido y movable.

Operación.—Marzo 9 de 1897. Se hizo la colpotomía anterior y al traer el útero hacia la herida, se vió el anexo derecho engrosado y adherido a la cara anterior del útero; se le extirpó, y en seguida se fijó el útero a la vagina con dos puntos de sutura. Operó el doctor GONZÁLEZ.

Alta: sana, marzo 31 de 1897.

XXXI

V. A., de 44 años; ingresó el 2 de agosto de 1897; ha tenido 7 partos y dos abortos; reglas escasas. Tiene dolores en el vientre y en las caderas.

Estado actual.—Periné desgarrado. Útero muy movable y doloroso a la presión; el cuello está alargado.

Operación.—7 de agosto. Se le hizo la amputación del cuello (SCHRÖDER), perineorrafia de HEGAR y la vaginofijación con un punto de sutura colocado al nivel del segmento inferior del cuer-



DE LAS RETRODESVIACIONES UTERINAS



po, es decir, inmediatamente por encima del orificio interno del cuello, como lo aconseja últimamente OLSHAUSEN.

Salió de alta, sana, el 20 de agosto.

XXXII

C. C., de 45 años; ingresó en el mes de julio; ha tenido 6 partos y 2 abortos. Está enferma, desde el último aborto, tiene dolores en el vientre y en la cintura; perturbación en la digestión.

Hay una retroversión del útero é hipertrofia de la porción.

Operación.—Agosto 31 de 1897.—Hecha la amputación del cuello (SCHRÖDER) se fijó el útero á la vagina con un punto de sutura colocado al nivel del segmento inferior del cuello.

Se fue sana el 12 de septiembre. Antes de la operación se usó el pesario sin mejorar en nada á la enferma.

CONCLUSIONES

1.º Las causas más frecuentes de las retrodesviaciones son las perimetritis y las alteraciones que se producen después del parto y en especial del aborto;

2.º En general, producen síntomas locales, de vecindad y reflejos;

3.º Muchas veces las perturbaciones son producidas por una simple retrodesviación, sin que haya la menor alteración de los anexos;

4.º El pesario no debe usarse sino en casos restringidos;

5.º Tan pronto como se efectúa la operación desaparecen los síntomas; y

6.º La mejor operación es, en mujeres jóvenes, la ventrofixación por la modificación del doctor GONZÁLEZ ó el procedimiento de OLSHAUSEN; y en mujeres de más de 40 años, la vaginofixación.

