

81-D-A-N 20

627

Ca 2569



1882

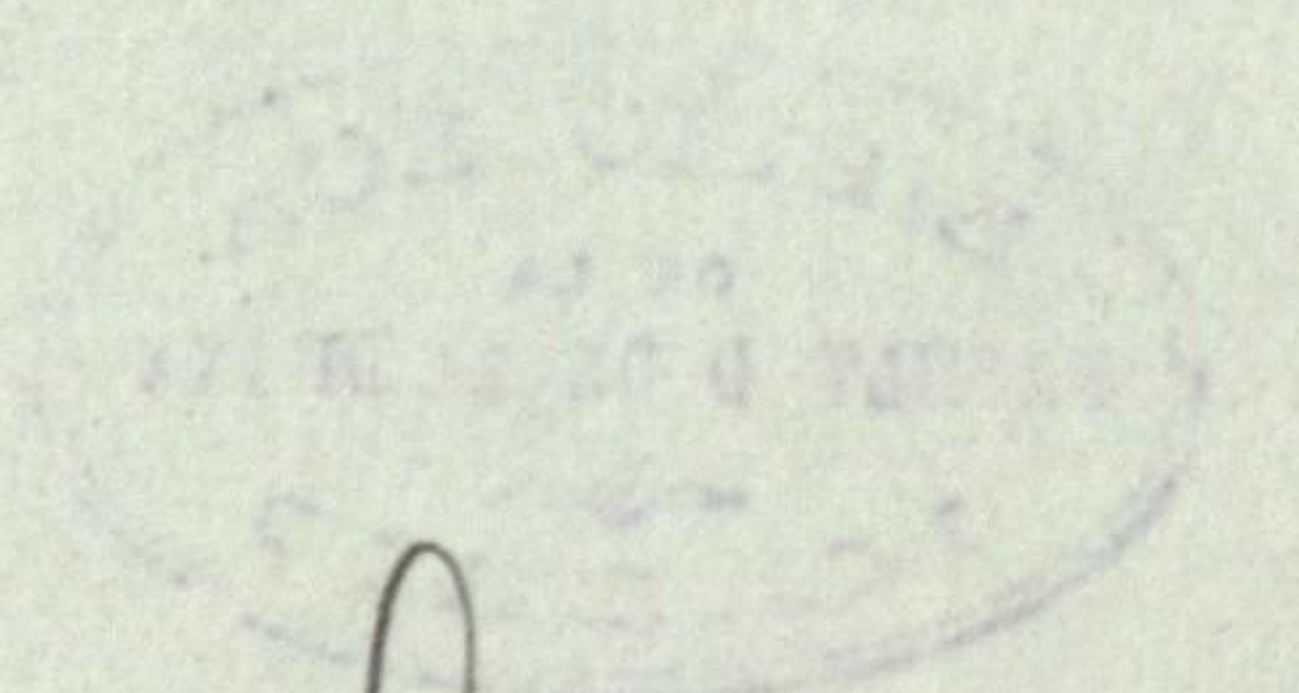
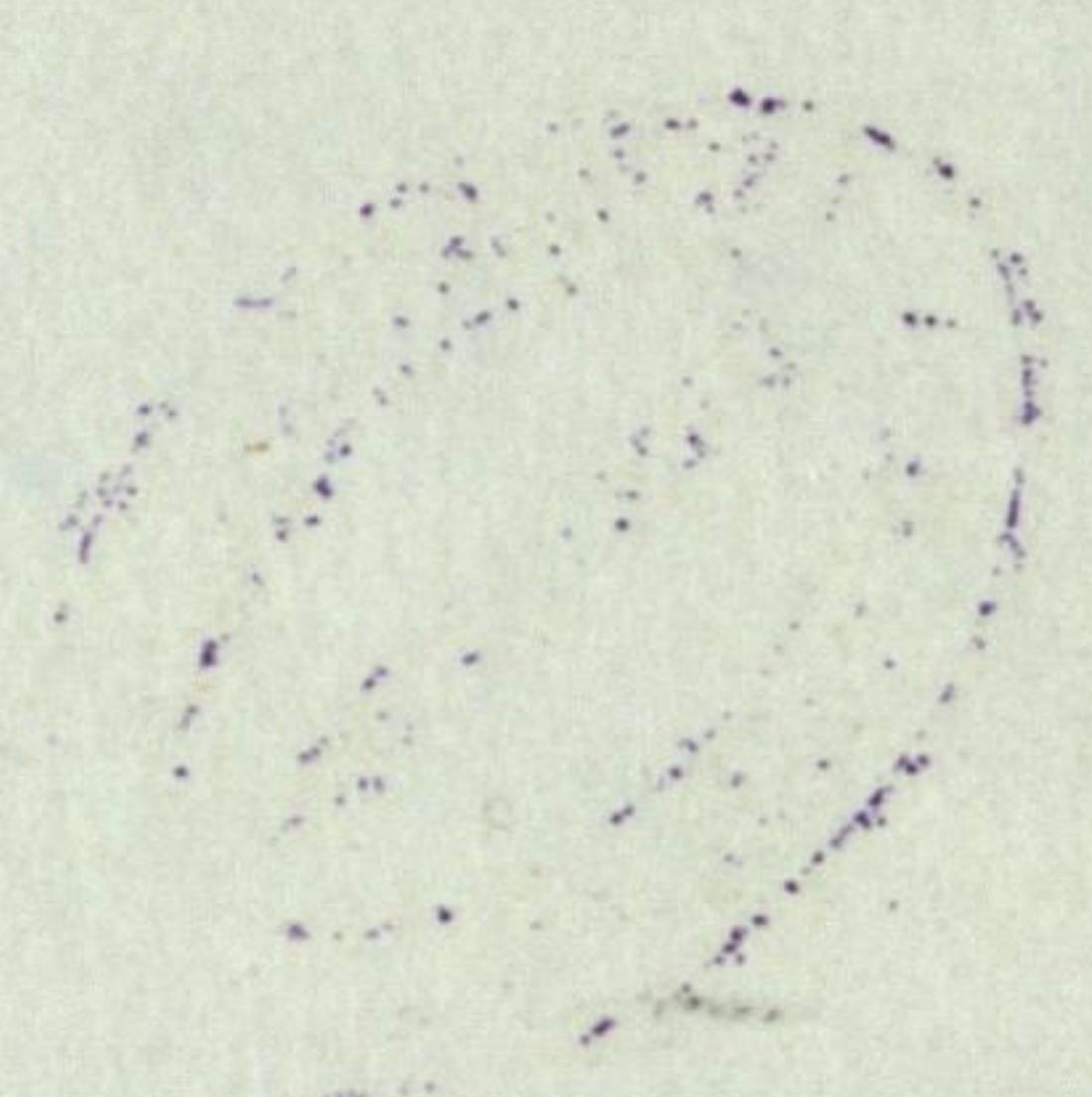




UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315405638



le 1868063x

l' 25858944

Sobre el tratamiento del Derrame
uterino.



Exmo. e Ilmo. Señor.

Con la desconfianza y la timidez propias del que ni por su edad, ni por sus privaciones naturales ha podido resolver problemas algunos científicos, vengo a presentar a la superior inteligencia de mis ilustrados jueces un modesto trabajo acerca del tratamiento del derrame uterino. Me fijaré especialmente en los procedimientos quirúrgicos, y de estos en los presentados en estos últimos años por

Simon, Hegar y Kallumbach, y Bischoff,
los cuales aunque sumamente recomendados
por sus autores y seguidos por algunos
prácticos no dan los resultados que se
de esperar, porque como dije luego no
se han fijado en lo más importante
para combatir dicha infirmitad, y guiados
tal vez del deseo de dar su nombre a un
proceder operativo han olvidado el punto
más fundamental de la cuestión. Ciertamente
por sus vuestras estimaciones y reconocidas
bienpolencias voy a entrar en materia
y archivaré este pequeño trabajo dando
mi pobre opinión sobre el tratamiento
que yo creo deber ser aceptado en el útero
o, por lo menos de la matriz.

Me permitiréis que
antes de empezar a tratar la cuestión
terapéutica echo una breve y ligera

apartada a la etiología de dicha infirmitad,
pues como dice muy bien el ilustrado
de catálago de esta Universidad el Sr.
Gonny Ferrer, en ella es donde tenemos
que fijarnos para que al tratar de es-
tablecer el tratamiento podamos combatir
la causa, ya que en esta infirmitad
no es tan fácil hacerla desaparecer de
repente bello ideal a que el médico
práctico aspira siempre. El estudio
de estas cosas ha de servir además para
apreciar los diversos tratamientos presen-
tados.

Sabemos que la matriz
que sostenemos en equilibrio a la matriz
en una capa de tejido celular que la
fija en la vagina en el recto y en las
paredes de la pelvis, ciertos ligamentos que
la fijan en puntos de apoyo inmediatos, la

tendencia general del abdomen á sostener las
visceras que misuras y las entéricas en
la pelvis, y las paredes elásticas de la
vagina que les ofrecen unas unas columnas
de sustentacion; este último medio de soste-
no ha sido negado por algunos autores como
Savage, y afirmado por otros como Bennet,
West y Kivisch; participo de las opiniones
de estos últimos pues generalmente el
prolapso de la vagina originado por la
atonia de las paredes de esta va general-
mente acompañado de descenso de la matriz.

Segun Arou los ligamentos útero-sacro
denominados por Thuequin útero-lumbares
por iras á insertar partiendo de la union
del cuerpo con el cuello de la matriz
dirigiéndose hacia atrás, abazando el recto
entre sus dos estremidades á la altura
de la segunda vértebra lumbos, son los únicos

ligamentos del útero. Posteriormente existen
otros dos pequeños repliegues que unen el
cuello á la vejiga, estos ofrecen tambien
obstáculo al prolapso, pero el principal
está en los útero-lumbares, pues los liga-
mentos anchos y los redondos solo entran
en accion despues de vencida completamente
la resistencia de los anteriores, esto es, en
el severo grado del prolapso.

El prolapso del útero
puede ser repetitivo y gradual, y para
ambos pueden dividirse las causas en predis-
ponentes y determinantes. Entre las pre-
disponentes encontramos el parto, la edad avan-
zada, la anstipacion habitual y las ocupacio-
nes pesadas. Las causas determinantes
como dice muy bien Gaillard Thomas tie-
nen que pertenecer á una de estas
cuatro variedades; las que aumentan el

para del órgano (tumores, primas, hipertró-
fia); las que debilitan sus medios de fijación
(relajación del útero, atonía de los ligamien-
tos uterinos, relajación de las paredes
abdominales etc); las que lo empujan hacia
abajo viniendo la fuerza de arriba (tuo-
mores en el abdomen, artritis, espasmos
musculares etc); y por último las que
lo hacen descender atrayéndolo hacia aba-
jo (prolapso de la vagina, rectoria, cisto-
cele).

El tiempo en que uno
ya tiene dicho es más fácil que se
verifique todo esto es el que sigue más
inmediatamente al parto, pues por una
parte los ligamentos están relajados, y
por otra el órgano que hace de sostén
tiene el duplo ó el cuadruplo de su
volumen, y bastará tan solo un poco

para como sucede ordinaria y especial-
mente en la clase pobre de que las
mujeres abandonan el lecho y se dedican
á sus ocupaciones para que se inicie el
descenso. Mas vez iniciado este viene á
la matriz en un estado de congestión
permanente que ocasiona y favorece el
desarrollo de la metritis y otros estados
nerviosos, debido todo esto á la derivación
de su dirección normal de los endostios
vasculares, lo cual origina una perturba-
ción circulatoria, cuyo resultado es interpe-
rar el retorno de la sangre por los vasos
venas.

Después á grandes rasgos
los medios de unión del útero y las prin-
cipales causas que dan origen al prolapso
diremos que entre las sentencias predomi-
nantes que lo acompañan deben unirse

naves et solo en la espalla y en los
brazos, una constante sensacion de molestia
en los organos genitales externos, la miccion
dolorosa y perturbada, la alteracion de las
funciones intestinales, y sensibilidat nervio-
sa que varia desde las mas ligeras irritacion
hasta el histerismo mejor definido.

El tratamiento pues de
de dichas enfermedades podemos dividirlo
en preventivo y curativo. El primero
consiste en la observancia de un severo
plan higienico durante el premenstruo, evitando
de todas perturbaciones fisica y moral capaz
de interrumpir el proceso atrofico que en
el uterus se esta verificando.

El curativo comprende
el empleo de ciertos agentes mecanicos y
las operaciones quirurgicas.

Entre los primeros me encuentro

unos los fusarios, infinito es su numero
de muy variadas formas, y unos que tie-
nen su apoyo dentro de la vagina mis-
ma y otros que lo buscan al exterior; hay
algunos unos el de Gutter que fijandose
intimamente asegura su autor es muy
comodo pues las mismas enfermas se ha-
pueden colocar y que en nada lastima
la vagina ni produce distension de sus
paredes, pero aunque así fuera se cree
mejorá desde luego que si cubriermos á
la inferna á llevar por siempre dicho
fusario lo cual es sumamente molesto,
ó al quitárselo si se ha corregido algo
(que rara vez sucede) el descenso, volverá
á presentarse al cabo de mas ó menos
tiempo, pues como no hemos combatido
la causa esto subsiste y mientras no
la hagamos desaparecer sera imposible

la curación. Si se trata de fusarí de
Gutter que es el mas aceptable que en-
co, fácilmente comprensibles desde todos
los demás como los de Smith, Nevitt,
Thomas etc, y por tanto paso á ocupar
me de las operaciones quirúrgicas.

El sitio de todas las
operaciones para el prolapso del útero
y de la vagina ha sido respectivamente:
1. La vulva. 2. La entrada de la vagina
verdadera. 3. La vulva y el periné. 4.
La vagina. 5. La vulva, el periné, las
entradas y la vagina mismas alargando
todo el septum-recto-vaginal (Kolpo-
perimovafia).

La operación propuesta y
aguardada por Heyman de que se haría
mencion después mas particularmente,
descansa sobre un principio totalmente

diferente del de las operaciones anteriores.
Givardier en 1823 fué
el primero que intentó curar el prolapso
de per unido de una operación. Su mé-
todo consistió simplemente la carate-
rización de las paredes vaginales. Durante
el año de 1830 Munde propuso la
operación de la himenoplastia, consistien-
do en su método de indicar un
himen artificial que no dió resultados.
No mucho después Fricke intentó la
episiorrafia, resecando el tejido inferior
de ambos labios mayores, y las comi-
suvas posteriores, y uniéndolos con la
sutura uniplanada. El resultado fué
poco satisfactorio. Malgaigne incidía
profundamente en la entrada de la
vagina verdadera, como lo harían tam-
bien de la misma manera Baker

Brown, Cruik, Dieffenbach, Kirvisch, Küth-
ler, Lischard y Saurer. Heyfelder, Daw-
nes, y Schiffer, siguieron practicando la
episiotomía en una forma modificada, la
de pasar uno ó varios anillos por entre
labios. Finamos luego una serie de opera-
ciones las llamadas Kolyu-desmorrapias,
practicadas con idea de estrechar la vagina
para retener así in situ las partes pro-
lapradas. Estas operaciones consisten en es-
cindir un número de pliegues de la
membrana mucosa vaginal y al mismo
tiempo se producen adherencias a las
partes inmediatas. He ya estado leyendo
sobre el primer que propuso esta idea.

Benjamin Phillips cauteri-
zó las paredes vaginales con ácido nítrico
fumante, y así obtuvo favorables entreciegos
cicatriciales; mientras Dieffenbach, Fleming,

Kennedy y Velpeau trajeron en el caso
suyo actual sobre la membrana mucosa
vaginal líneas que se extendían en la
dirección de su gran eje, y Colles y Simon
produjeron una escara en forma de anillo
en ó cerca de la inserción cervical. El
"pellizcamiento de la vagina" de Desgraves,
aunque su abandono pronto y se-
vicio, consistía en aplicar fuertes serres-
pines á los pliegues longitudinales de la
mucosa vaginal, replicándolos luego á
los nuevos pliegues por sucesos seguidos.
Usaba el clamo de zinc en sus úl-
timas operaciones. ¿Será la de decir
hoy de la proporción de Chisardale de
tratar la mucosa vaginal en el virus
gálico esperando obtener una entreciegos
cicatricial semejante á la estroky producida
en la cervice del hombre? Pellini

y otros practicaron la Kolpo-desmorfia aplicando ligaduras á las plicinas de la mucosa vaginal hasta que estas se multiplicaban. Mas recientemente la ligadura elástica se ha empleado con el mismo fin. Pliques de la mucosa de varias largitudes se curan en dos pasos de pinzas dentadas y se paran ayaas ó alfileres por la base de estos pliques, y debajo de estas ayaas ó alfileres se aplica un tubo de guta-percha muy grueso, y se le deja hasta que el plique se multiplica, lo que sucede ordinariamente entre el octavo y el undécimo dia. Como algo mas que unbrase mucosas se incluye por lo comun en estos pliques, como las partes curvas que tentitan, como es muy desagradable para los pacientes la fétida supuración y como la operación no produce en algunas

Ve una cicatriz consistente y duradera, sus resultados no fueron satisfactorios.

De primero que practicó la elytronafia fué Marshall Hall. Escribió un pedazo elíptico de la mucosa vaginal anterior y unió los bordes de la herida en la suture aruplurada. Otros varios experimentos usándose pedazos ovales u elípticos de las paredes laterales de la vagina. Mas recientemente Simon escribió este método en la episis-elytronafia.

Marion Sims rescribió y modificó esta operación en 1859. A él se debe un buen método de suture vaginal. Llamada la operación llamada media de Spiegelberg es muy particular. Por ella la mitad de la plicina inferior de la pared anterior de la vagina es suspendida de la mitad de la plicina superior de la pared posterior.

Que la operacion de la Kolporrafia de Hegar
y Kaltentach es la mas racional de todas
las espuestas. Consiste en separar una por-
cion eliptica de la pared vaginal anterior.
El angulo anterior se talla todo lo obtuso
lo posible para aumentar la anchura
de la brecha en la posicion vaginal mas
proxima a las partes de mayor consisten-
cia. La mejor posicion de la membrana
es la de las literonias simples. Para
operar Hegar y Kaltentach comienza que
la membrana vaginal se coge en un
tenaculo doble a un tejido o membrana pul-
gada del labio anterior del cuello, lo
mas cerca posible de las lineas medias; otro
tenaculo atase a la membrana a un te-
jido o a los cuantos de fulguras del cuello
opuesto de la uretra, y otros dos tenaculos
se aplican opuestos uno a otro en la mar-

que lateral de la superficie de la vagina y
va a ser escindida.

Hecha una ligera traccion
de cada tenaculo en direcciones opuestas,
se presenta para operar un espacio plano
perpendicular al sitio de las membranas que
se desea escindir. Las porciones que han de
separarse desprenden totalmente de la esten-
sion del prolapsus y del exceso de tejido
en la pared vaginal. Para determinar
este espacio puede hacerse en la mem-
brana un pliegue delante un tenaculo
a cada lado de las lineas medias y aproximando
ellos, y asi se hace visible el estado en
que quedará la vagina despues de la operacion.
Los cuantos de la parte que se va a operar
deben marcarse en un escalpelo punteado,
para lo que se coge con unas pinzas diez
todas las membranas unicas en sus partes

inferior, y se empezará la incision aplicando
el escalpelo primero á un lado y luego
á otro. La extirpacion de la mucosa que
valientemente se verifica con poca dificultad,
terminando cuidando de abisar con pinzas y
tijeras los bordes dentados si irregulares.
Una hemorragia grave y la mortificacion
del tejido cicatricial pueden ser un obstá-
culo de fiabilidad de las partes y relajacion
de la mucosa de la vagina puede compli-
car la operacion. La hemorragia ordinariamente
se domina con facilidad aplicando una espon-
ja con agua helada, haciendo la lisis
de los vasos sangüineos y finalmente cubriendo
la herida. Hegar y Kattenbach usan suturas
de seda que colocan profundamente en los
tejidos. A los diez ó 15 dias las quitan, y
es bueno no apresurarse demasiado. Antes
de operar debe variarse con la sonda la re-

gija; la vagina y todos los órganos genitales es-
teriles se lavaran bien con una disolucion de
ácido fénico al 1/100, antes y durante la opera-
cion al abrir las suturas y al cubrir las
partes en su lugar. El tratamiento postmi-
nar y consecutivo es semejante al de la fol-
fo-pleurostomia de que se habla en un caso de
fuerza, exceptuando al tener ambas rodillas
unidas por medio de un vendaje. La pacien-
te no saldrá de la cama antes del día 14
y se abetundará de los quehaceres de la casa
durante un tiempo bastante largo.

La dextrotopia posterior se
se, cubre la incision de la entrada de
la vagina y de la vulva, se aplica á aque-
llos casos en que hay gran relajacion y forma
cin de pliegues en la membrana mucosa
vaginal de la pared posterior, y solo puede
considerarse como un cumplimiento de la

Kolporrhinorrhoea.

Antes de estudiar las respectivas operaciones de Simon Meyer y Habicht y Dischoff para la curación del prolapso de la vagina y del útero, nos fijamos en el tratamiento de estos casos inventado por Thurner. Este ginecólogo francés es dice en su obra pag. 49 que la enfermedad descrita en los autores en el nombre de prolapso es en la mayoría de los casos ni más ni menos que una protrusión hipotónica de la porción supravaginal del cuello del útero, y considera esta protrusión no como una consecuencia sino como una causa activa del prolapso. Con lo tanto, propuso para curar el prolapso la amputación de la porción supravaginal del cuello. Spigelberg, opinando a esta idea de causa, sostiene que los pro-

trusiones es secundaria en la mayoría de casos, siendo producida por los tirones que la vagina y la vagina ejercen sobre el útero cuyos ligamentos mismos que los de sus anejos, están relajados, flaccidos y debilitados. La presión y la constante tracción hacia abajo producen en su concepto en causas nuevas efectos. Thurner hace fundadas sus observaciones propias que la protrusión hipotónica del cuello supravaginal, es secundaria. Dice que ha tratado casos que presentaban solo ligeros prolapso de las paredes vaginales y el útero en posición normal, y la cavidad de esto en la primer medida dio una longitud de dos y media a tres pulgadas. Con el tiempo el prolapso de las paredes vaginales creció mas y mas hasta hacerse completo, y al mismo tiempo el orificio externo del útero continuó descendiendo hasta que al fin

abresalia mucho de los órganos genitales ex-
ter- nos, mientras el fondo del útero permaneciese
en altura normal, aumentando así la longi-
tud de sus cavidades desde el cuello á su fondo.
Las.

Sin embargo, puede haber casos
en que una prolongación hipertrofica de la
prolongación supra-vaginal sea primitiva
pero no pueden distinguirse de aquellas en
que la prolongación es secundaria. Cuando re-
presenta el papel de causa las curaciones
de la hipertrofia pueden lograrse en cir-
cunstancias favorables en el método de Heyden,
pero en la mayoría de los casos de prolapso
de la vagina y del útero con prolongación hi-
pertrofica de la porción supra-vaginal del
cuello no puede obtenerse la curación, ó
alivio en el método de Heyden.

En un gran número de

casos de prolapso encontramos un estado
hipertrofico de la porción infra-vaginal del
cuello llamada por Spiegelau hipertrofia cir-
cular. Housse afirma que en el prolapso
de la vagina y del útero con hipertrofia de
la porción supra-vaginal haya ó no al mis-
mo tiempo hipertrofia de la infra-vaginal,
la amputación según el método de Heyden
ó la simple amputación de la porción infra-
vaginal con la practica de muchos de sus
seguaces, es enteramente inútil y no da
resultados favorables. Un escritor americano
tuvo en el Hospital de Mujeres de Nueva
York de Viena repetidas ocasiones de obser-
var el curso y los resultados de la simple
reposición de las partes prolapsoadas sin am-
putación evitando de sustenerlas in situ,
y sometiéndolas á la paciente á un reposo
absoluto. Por estos medios curativas uterinas

que midian siete y cinco pulgadas res-
pectivamente se redujeron á dos y tres
cuartas y á tres y media pulgadas, probando
asi claramente la rápida disminucion de
las partes hipertrofiadas por la simple
reposicion y el descanso.

Estudiamos ya las opera-
ciones de la Kolporrafia posterior de
Linn, de la Kolporrafia anterior de
Nyar y Kattenbach y de la perineo-
plastia de Dieckhoff, que tendian á estre-
char permanentemente la vagina á cam-
bio de su eje hacia adelante y arriba,
y á reforzar el septum recto-vaginal.

En la operacion de
Linn Kolporrafia posterior la paciente
se coloca en decubito dorsal con los
miembros inferiores sobre el abdomen. El
speculum de Linn modificado del de

Linn, se introduce despues para llevar la
pared anterior de la vagina: se aplican á
los lados y á las paredes laterales de la
vagina dos pequeños planos de Linn, asi
se descubre perfectamente el campo de la
operacion. A lo largo de la union de la
piel verdadera y de la membrana mucosa
de la vulva se hace una incision
que varia de dos á dos y media pul-
gadas de largo. Sobre la linea media
de esta incision se construye una figu-
ra pentagonal, cuyos lados tienen de dos á
dos y media pulgadas de longitud, y
cuyo vértice corresponde á la línea media
de la pared posterior de la vagina.

Se escinde despues la
membrana mucosa uniendo una
esta figura, y se une la superficie he-
ral usando alternativamente suturas de

esta profunda y superficial. Para practi-
car convenientemente esta operacion se pre-
sente debe de tener cinco ayudantes, tres de
los cuales deben estar familiarizados con
la operacion. El aparato instrumental
se compone de espaldas de Linn, o de
Linn, de varios escalpulos, de unas tijeras
curvas, de dos pinzas dentadas, del porta-
cayas y del apretador de Jobert o de Woye-
man; de varios tenaculos de simple y
doble gancho, de seda nueva de China
para las suturas; de un irrigador de
Esmarch; de espumas y de varias bayetas
gas y esteras. En circunstancias favorables
la operacion varia de una a tres horas.
Despues se cuidara de mantener el vientre
libre y se recurrira a la sonda cuando las
praximas no oire espontaneamente. Las
suturas primarias deben quitarse al cuarto

dia, y las vaginales del noveno al undecimo.
Para practicar la Rob-
po-perineorrafia Hegar y Kallurbach ato-
ca su infirma en la posicion de la
litotomic. Se toma un pedazo triangular
de la numerosa mucosa de la pared
posterior de la vagina. Su vértice forma
un ángulo agudo en un punto distante
de media a una pulgada de la pericir-
vaginal. La parte escindida se extiende
en linea curva hacia las comisuras po-
sterior. Los instrumentos necesarios para
esta operacion son los mismos que para
la de Linn y el tiempo que se emplea
en la operacion es casi el mismo. La heri-
da se vende con las suturas metálicas
y la vagina se lava por medio del
irrigador con una disolucion de agua cloro-
rada. La infirma previene acortada.

Se combaten los flujos fétidos con inyecciones vaginales, y el escozor y ardor de las heces se mitiga con una disolución de sub-acetato de plomo, ó con compresas frías. Se mantiene el vientre libre y á los tres ó cinco dias se separan las arturas quincenales. Casado este tiempo se puede mitiga' si no hay fiebre, una alimentación abundante y nutritiva. Las seteceras vaginales no se separan hasta pasado el segundo ó el tercer septenario ó mas tarde si hay fiebre ó linchay.

Un tratamiento preparatorio de la uretrea es necesario antes de intentar la operación de Wischuff ó sea la Kolpo-pirino-plastia. Colocado el útero en su posición normal se tratan consecutivamente la leucorrea, las erisipasas del cuello, y todas las afecciones

inflamatorias. Se vacunan bien los intestinos por medio de enemas, y se practican las operaciones algunos dias después de las reglas. La posición de la uretrea en esta operación es tambien la misma de la litotomía. Partan cuatro ayudantes. Una ligera curvatura por el plano, con los instrumentos ya mencionados al hablar de la operación de Simon comprimen el canal. La pared vaginal anterior se eleva con un esprentum plano, mientras los ayudantes separan ambos labios aplicando los dedos respectivamente, y describiendo así del dedo la pared posterior de la vagina. Inseguir se talla un elgado un frons de lengua con un escabelo. Su vírtice corresponde al mayor de la amígdala posterior y su base está de una y media á dos y media pulgadas arriba

en la pared posterior de la vagina; una
puede á la línea media, y tiene una
anchura de tres cuartos é pulgada y
media. Este pedazo de mucosa en forma
de lengua se separa de los tejidos sub-
yacentes pero queda adherido por su
base. A cada lado del colgajo en forma
de lengua, se separa ó escinde una por-
ción triangular de la mucosa. El vérti-
ce de cada uno de estos triángulos está
en el lado de la base del colgajo en
forma de lengua. Desde este punto
se tira una línea á la parte media de
uno y otro labio mayor, y la mucosa
entre esta línea y el colgajo en forma
de lengua se escinde completamente. La
mucosa correspondiente á la parte exter-
na de la entrada de la vagina entre
el prepucio y los puntos de los labios mayores

no hasta donde la mucosa de la vagi-
na ha sido escindida tiene la forma
de una V, aunque en raras veces
divergentes, y esta pincia se escinde tam-
bien hasta el borde de la verdadera
piel. En lo común la hemorragia
se exhibe fácilmente en la lacinia
y el resto. Se separarán en seguida
los islotes de membrana mucosa, y
quedará una superficie deudada lisa.
El resultado de la unión por primer-
ra intención depende muchísimo de
esto. El colgajo se asegura á sus nuevas
adherencias con suturas intercortadas, prin-
cipalmente por su base y aplicándose de
modo que su vértice se una con la
margen lateral de la parte deudada en
línea al colgajo. Mas ligeros traccione sobre
los bordes de la herida con la pinza de

anillo facilitará su evulsión. Después que se ha ajustado el utero se une la herida perineal. Es claro que según se haga el utero mas grande ó mas pequeño, y la dimensión de la vagina sea mayor ó menor, podremos romper el eje de la vagina en un punto mas ó menos lejos de la entrada, y al mismo tiempo reconstruir la vagina y el periné. El operador mandará que la eficacia de la operación depende no solo de la estrechez de la vagina, sino de que se cambie la dirección de su eje. Por esto se necesita un periné largo y grueso.

El tratamiento posterior es sencillo. Un tapón empapado en aceite fincado se introduce en la vagina, y se cubre la herida perineal con unguento

mojado en el mismo aceite. Un tapón de algodón se coloca encima y se sostiene en un vendaje en **T** para ejercer una ligera compresión é impedir que la herida se llene de sangre. A las veinte y cuatro horas se quite el vendaje y el tapón, y la enferma se enserra en el decúbito dorsal en las rodillas ligeramente dobladas.

Importa poco que el vientre se muerda. Todo lo que puede quizás sea mejor que no haya deposiciones en los cuatro ó cinco primeros días. Después para producir evacuaciones se usaran los purgantes salinos suaves. Se cuidará con esmero de la quietud y de la limpieza de las partes heridas. Si el operador ha usado escrupulosamente el tratamiento antiséptico, por lo regular se

revisión la unión por primera intención. Las
suturas peritoneales se quitarán pasados los
primeros cuatro días, y las vaginales al-
gunos días después. La paciente queda
nueva en cama de unos cuantos días des-
pués de la operación.

De los tres métodos descri-
tos el de Meyer y Kalkenbach es probable-
mente el más fácil, sigue después el de
Simon, y el de Bischoff es el más difícil,
y el que requiere mayor paciencia, habili-
dad y cuidado en los detalles, alguna destreza
para practicar el colgajo y poner dicho
dicho colgajo en forma de lengua y
procurar que este formado no solo de
la membrana mucosa, sino también de
tejido sub-mucoso.

Como hemos podido ver
en esta descripción de los procedimientos operato-

~~rios~~ implicados por los distinguidos ginecólogos
que he citado en el objeto de embasar el
pretapso del útero, tratan todos ellos de
estrechar u obtener la vagina por com-
pleto a fin de que este sostenga el
útero, esto es, hacer de la vagina un
perneo natural, en vez de colocar uno
artificial. ¿Si los artificiales no los
admitimos podríamos admitir estos que
además de aducir de los defectos de aquellos
esperan a la impune a los peligros de
una operación nunca benévola y grave
no obtenes resultados? De ninguna ma-
nera, por este motivo me he estudiado más
en la descripción de ellos y especialmente
de los tres últimos sumamente precario-
do, hez por los norte-americanos, y en ninguno
habría notado se trata de embasar la
causa.

Concluiré mi trabajo diciendo que en el tratamiento de la úlcera uterina, participo en un todo del tratamiento aconsejado por nuestro sabio ginecólogo el D^r Garry y al cual repudiaré en cuantas palabras, resumiendo luego el contenido de mi discurso en breves rasgos pues bastante he abusado ya de vuestra atención y benevolencia para conmigo.

El método empleado por el D^r Garry tiene un doble objeto, primero hacer que el útero recobre su volumen y peso primitivos; y segundo devolver á la vagina y á los ligamentos sus ^{dimensiones} ~~peso~~ ~~forma~~ normales.

Cuando se nos presenta una úlcera con prolapso uterino lo primero que debemos hacer cualquiera &

sea el grado de prolapso, es reducir el útero mediante la taxis. La taxis mas veces nos servirá muy fácil verificada; pero otras nos costará bastante trabajo, en estos casos ubicaremos la enferma apoyada sobre las rodillas y los codos con el fin de utilizar las ventajas de la gravitación. Reducida la matriz á su posición normal, lo que conviene es mantenerla reducida; pero como los pesarios los he desechado por perjudiciales, propongo en su lugar la quietud y el reposo, y la posición, como la recomendada el ya citado D^r Garry Ferras, que es del modo siguiente. Acostar á la enferma que al acostarse se colo- que sobre las rodillas y los codos dilatando al mismo tiempo en los dedos el orificio vulvo-vaginal, hasta que note que la

matriz ha ascendido, y que despues de estas
en este rato en dichas aptitud, se acueste
suavemente, procurando tener un cojin
debajo de las nalgas para que estén
mas elevadas que el turo. Se les vea
orinde que durante el dia no hagan
ejercicio ninguno; de este modo se consigue
el que la matriz permanezca en su sitio
durante toda la noche y algunas horas
del dia; mientras consigamos que la matriz
esté en su sitio los ligamentos están
flojos y por tanto se curan de ir
recobrando aunque sea lentamente su
tamaño y dimensiones normales; evitarse tam-
bien los malos efectos de la posición intra-
abdominal. A la vez la circulación se
verifica en regularidad pues las venas no
se encuentran distendidas, esto pues con la
posición y la quietud de estasis sanguínea

y tenemos vencida la gran dificultad
aunque siempre trabajemos para combatir
las metidas concurrentes.

Además se usa la
hidrotápica con el objeto de suspender la
tensión de los ligamentos. Las inyecciones
vaginales, ayudadas por las aplicaciones
de tanino, tonifican la vagina que
vuelven a ser una columna de susten-
tacion. Y por último la electricidad
que no solo sirve para provocar la
contractibilidad de todos los muslos de acción
sustentacion, sino que obra además como
excelente resolutivo.

A la vez debe emplearse
el iodo potasio, la cicuta, la tintura de
iodo, la glicerina etc; segun las lesiones con-
currentes. Por último no debe desatenderse
el estado general de la enferma, y

ambati todas cuantas complicaciones locales o generales puedan presentarse.

De todo lo expuesto creo se pueden deducir las conclusiones siguientes:

1.^o Que hay estados que pueden disponer al prolapso del útero.

2.^o Que el prolapso del útero casi siempre va acompañado de prolapso de la vagina.

3.^o Que de todas las causas la principal es las insuficiencias cervicales durante el parto.

4.^o Que el prolapso depende especialmente de la relajación de los ligamentos utero-sacros. (Moro-humbasis de Huguier).

5.^o Que tiene sus síntomas fijos que lo hacen diagnosticar desde el

principio, y diferenciando de cualquiera otra enfermedad.

6.^o Que tenemos un tratamiento preventivo con el cual podemos evitar el que se produce, acudiendo á lo que se debe hacer.

7.^o Que desechamos por inútil y perjudicial el uso de los pesarios.

8.^o Que las operaciones propuestas por los distintos ginecólogos no mejoran mas que unar temporalmente el prolapso.

9.^o Que estas operaciones no son tan fáciles y tan inofensivas como se las juzga por sus inventores.

10.^o Que en caso de decisiones por alguno lo hacemos por la de Flegel y Kallmuckh pues es la que mas estrecha la vagina, cambia mejor su eje, y pone

un curso septen vuto-vaginal.

11.^o En para embatir de
prolapso definitivamente es necesario
embatir las causas.

12.^o En esto solo se cursa
que entre los distintos métodos que yo
envoyo en el proceder del Dr
Gurrey Ferris, por el cual me decido.



He visto.

Juan Suñer Sota
y Lustré

A large, ornate handwritten flourish or signature flourish consisting of several overlapping loops and lines, positioned below the name "y Lustré".

Madrid 26 Abril 1882.