

Dr. Guerra de Lora

64-1 *Obstetricia y Patogenia*

de los *Prolegomenos Genitales*

31-1A-nº 3

nº = 1578

*Memoria del Doctore*

Co. 2383

1578

*Diego Guerra López*



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313211248

X533801507

7  
Etiología y Patogenia de los Prolegeros  
Genitales y estadística de los órganos

Es muy difícil si queremos escribir de una manera clara y concreta el abigarrado material que encontrado se encuentra en los tratados clásicos y en los revistas ginecológicas. Pero poder darle forma y aplicarnos racionalmente la patogenia de estos prolegeros es condición indispensable imponer por la estadística uterina, fecundando con la del pueri.

El útero es un órgano único medio y simétrico

situado de distinta manera segun la edad  
 de la mujer o mejor segun el periodo en que  
 se encuentre de los tres en que se divide su  
 vida genital o sea pregenital, genital y pos-  
 genital - Con el 2.º o sea en la mujer adulta  
 se esta situado en la linea media de la  
 excavacion pubiana, atravesado en su parte  
 inferior por la vagina, teniendo la vejiga  
 por delante, el recto por detras y travesa  
 solamente los ligamentos anchos. Superficialmente  
 se llega a un traves de dedo por debajo  
 del pubis e inferiormente esta limitado  
 por la linea sub-sacra pubiana -

Dirrecion = ; varia segun sea multiplicada o multiplicada  
 ra, pero son tan pequeñas las diferencias que  
 es mejor hacer caso omiso de ellas, describiendo  
 la dirrecion de este organo en una mujer  
 que no halla tenido hijos; en esta y en  
 estado menstrual esta dirigido de arriba abajo  
 y de delante atrás; esta dirrecion nada que  
 se decir sino tomamos puntos de compara-  
 racion, resultando completa en la conosci-  
 ma que coincide con el eje del utero  
 superior y forma con el de la vagina un  
 angulo abierto hacia adelante. Si vaciamos  
 la vagina y vacuamos las matrices feca-  
 les del recto, veremos que el utero hace

4  
con su cara anterior hacia posterior de la veji-  
ga sin que haya inflexión inflexión; el orifi-  
cio uterino del cuello mira hacia abajo y  
atrás y todo el útero está ligeramente torcido  
sobre su eje mayor, hasta el punto que el vértice  
de la trompa describe una línea curva de la  
sinfini del pubis que ha de la izquierda. El  
útero tiene un ligero grado de anteflexión  
en la edad adulta y en el estado normal  
siendo mucho más accentuada en el feto.  
La explicación resulta hoy muy difícil, pues  
mientras unos creen que es debido a la tor-  
sion de la vejiga en el momento de la  
concepción, otros y con razón creen que es  
resultado de su situación fetal. Lo cierto

es que al querer reconocer esta anteflexion  
por la exploracion bimanual se aumenta y  
cuando se examina en el cadaver saca un  
se encuentra en anteflexion siendo seco el fo-  
eterno, pero esto puede atribuirse a que cuando  
de se inspeja el utero exige la seccion de  
los ligamentos utero-ovarios y utero y la  
falta de su posicion intra abdominal que  
obra de arriba abajo a la manera de un  
embudo hacen desaparecer las condiciones  
que en el vivo determinan la anteflexion  
fisiologica, de modo que un utero que en  
vida esta un poco inclinado hacia adelante  
siempre resulta recto al sacarlo del cadaver

6  
ver. No creo que uno de los medios de exploración para reconocer la anteflexión es el tacto vaginal simple; pues es difícil de separar de un modo fehaciente donde termina lo fisiológico y empieza lo patológico, limitando lo que se asegura que estando intacto los pliegues peritoneales hay un grado de anteflexión fisiológica, para separarlo de la que es producida por la contractilidad de los ligamentos utero-sacros, si la vejiga está bien comprimida al utero y le oculta rectalmente para ocupar su posición primitiva desde el momento que deja obrar la causa que le comprime. El utero no tiene una



posición fija, es por el contrario muy mo-  
vible, puede estar vertical o aproximarse  
a la horizontal y entre estas dos posiciones  
extremas, tomar todas las intermedias.  
El sufre la influencia de todos los visce-  
ros vecinos, siendo muy variable su estetica  
y se podria asegurar que si existiese  
el movimiento continuo, este se encontra-  
ria en el útero. El acto respiratorio mueve in-  
cesantemente el útero, por las inspiraciones  
se hace descender el diafragma o sea plana  
su cara concava, comprime los visceras del  
abdomen y obrando los intersticios de este  
por abajo comprimen el útero, vice versa

solo descender o irajicando su estructura;  
 ademas las arterias se ensanchan por donde  
 se encuentran un espacio que las recibe  
 como sucede en las fendas de vasos rectos ve-  
 ginales y vasos ~~reflexos~~. Esta ensima mas  
 adelante como se equilibra estas fuerzas  
 por la fortaleza del solo pubiano y la  
 obstrucion normal de la vagina. La presion  
 intra-abdominal ejerciendose en sentido  
 de la gravedad, es equilibrado por el pe-  
 rine y en parte el utero esta como sus-  
 pendiente en la pelvis menor, sostenido  
 por todos los tejidos y ligamentos que  
 le sirven de cujines elasticos.

9  
útero y la vejiga se comportan como un solo  
energía en lo que se refiere a las posiciones. El  
reír, el cantar, el andar o el hacer cualquier  
movimiento violento hace cambiar la posición  
y lo mismo podemos decir de las postu-  
ras y del trabajo diario. Hay además otras  
circunstancias para que no sea fija la  
posición del útero, pues estando sujetas  
por ligamentos a la mancha como las  
amarras sujetan el mastelero al casco de  
la nave, tiene que obedecer las vicisitudes  
del de rojo y por otra parte estando el  
útero debajo de los intestinos delgado,  
encima de la vagina, detrás de la

10

vejiga y delante del recto; órganos que se dilatan y contractan, que aumentan y disminuyen de volumen y el utero que es esencialmente móvil, obedece a estas impresiones. Observando la vagina en forma de bota al cuello, hace que esta parte se se fije, mientras que el cuerpo es móvil resultando de este hecho sencillo que el utero difícilmente se desvia en su fatalidad; por lo tanto practico las divisiones por el abajo basta bajar el cuello del utero y observaremos que mientras los ligamentos utero sacros no están del todo tirantes para no permitir un descenso ulterior

va el uterus echándolo a la fracción con la sujeción  
resistencia de un cuerpo que nada entre dos  
aguas:

Por último diremos que el eje del cuerpo y cuello  
no están en la misma línea recta, sino que se  
inclinan el uno sobre el otro en forma de  
una curva suave 2.<sup>o</sup> El eje total del uterus es una  
línea ligeramente arqueada cuya concavidad  
está mirando a la cara anterior y 3.<sup>o</sup> este eje es  
perpendicular al de la excavación, su concavidad  
mira a la sinfisis y el fondo del uterus se  
dirige de arriba abajo y adelante en relación  
con el ombligo.

Medios de unión del uterus. Para estudiar el  
mecanismo de estas derivaciones de la vida

ficio tenemos que tener en cuenta los medios  
 de union del utero; este se inserta a los pa-  
 res de la pelvis, pues la matriz los podremos  
 comparar a un gran aracnido o a un pulpo  
 cuyo cuerpo esta en la parte media y central  
 de la pelvis y sus patas que son sus ligamen-  
 tos van a las margenes de dichos pelvis, pues  
 el utero no es un muscular acilado, sino  
 que manda bandas musculares recubiertas  
 por de peritonios y para formar una  
 bolsa cierta de ellas tenemos que empezar  
 por la disposicion que tiene esta serosa  
 Peritonio: esta superficie concava del sus-  
 to de la pelvis y los organos que contiene

ne existe una tenue cubierta serosa; el con-  
 cimiento de la disposicion que presenta es  
 de grandisimas importancias y solo nos  
 ocuparemos de la parte que interesa al  
 Ginecologo:

Si examinamos esta serosa a beneficio de un  
 corte anterior posterior vemos que el perito-  
 neo desciende por la pared abdominal  
 ligramente levantado por el uraco, lle-  
 ga por encima de la vejiga y forma la  
 region posterior y lateral de esta serosa  
 rio; al nivel del orificio uterino se refleja y  
 forma un fondo de saco que dicen se des-  
 pende infentino delgado, pero ya se llama

14  
que estos se invincian por donde pueden  
cuando estan comprimidos por una  
fuerza de arriba abajo; al reflejarse al  
nivel del orificio uterino asiende por la gran  
te superior de la porcion supra-vaginal  
del cuello; de esta disposicion resulta que el  
bajo fondo de la vejiga esta desprovisto  
de perfonos y en relacion con la parte  
inferior del cuello uterino que solo le cubre  
una delgada capa de tejido celular algo flo-  
jo. Cuando en la anteflexion prefalogenica  
tiene la vejiga la forma de una Y el peri-  
fones para directamente hacia arriba cu-  
brando el fondo de la vejiga sobre la su-  
perficie anterior del utero hasta el



15

nivel o debajo del utericio interno formandose  
entonces una bolsa utero abdominal. El pusito  
no se eleva aspirandolo toda la parte su-  
perior del utero, su fondo en caso profundo  
y ha de la region supra vaginal del cuello  
hasta la insercion de la vagina sobre la  
pared posterior de la canal descendiendo en  
una estension de tres centimetros; en este  
punto el pusitono se refleja de nuevo  
y forma el saco de Douglas; este saco  
esta limitado lateralmente por los liga-  
mentos utero sacros, anteriormente por  
la parte superior de la pared vaginal  
posterior y cara posterior de la pared

16

supra original del cuello y posteriormente por  
el sacro y el recto cubierto por el peritoneo; esta  
bolsa es mayor a la izquierda y con frecuencia  
contiene un pedículo delgado; por último el per-  
itoneo sube por la parte anterior del recto,  
resultando de esta disposición en conjunto,  
que el peritoneo se encuentra tres veces y  
se puede decir; de esta disposición resulta  
que la matriz puede descender sin que  
haya fisuras, puesto que puede seguir  
el movimiento de la matriz excepto en  
el caso que haya adherencias o sea ma-  
terias por procesos patológicos que le  
dijen a determinados puntos de

17  
Las cavidades abdominales.

Ligamentos anchos; a los lados de la matriz  
el peritoneo que recubre la parte anterior y pos-  
terior se separa dirigiéndose hacia afuera  
y atrás por delante de los vasos de la ve-  
na ilíaca para insertarse a las partes ex-  
teriores de la pelvis; como están formados  
por el peritoneo de la cara anterior y  
posterior de la matriz, forman dos la-  
minas algo separadas en la parte infe-  
rior y en los lados de la pelvis; estas  
laminas están juntas y tienen  
la forma de las alas desplegadas de

18  
un murculago, ademas, otros divididos en  
pelvis en dos partes distintas anteriores  
y posteriores, estando el utero enclavado  
entre las dos hojas peritoneales; la posición  
de estos ligamentos caree parecido con los del  
hombre, variando mucho, pues estando la  
mujer de pie creen que es vertical y ho-  
rizontal si esta acostada; para otros no  
son ni verticales, ni transversales, sino en  
una mujer de pie son horizontales  
formando una semi-tuercia cuya parte  
inferior es convexa y la superior conca-  
va. De las dos hojas la anterior eleva-

de menor que la profusion por la reflexion  
del peritoneo al nivel del utero, por desca-  
berse hacia adelante por la vagina.

Dicen que son las mas importantes entre las  
medias de fijacion del utero; este no puede  
parar ni adelantarse ni atrasarse y aun  
menos de derecha e izquierda y vicever-  
sa; ya anteriormente dijimos que el utero  
cedia hasta el limite que le permitian  
los ligamentos utero sacro y no los en-  
chos por el no algunos autores y fi-  
siologos creen que no sirven mas que  
para sostenerlo y orientarlo, asi tam-  
bien como para mantenerlo en

Puch; en el adulto se define el peritoneo  
 al nivel del ombligo. Su longitud es de 12 cen-  
 timetros y su diametro de medio; pero estas  
 dimensiones son variables. Tienen una ac-  
 cion muy limitada en la estafeca  
 uterina, pero ya se comprende que cuando  
 el utero es rechazado hacia atras, se  
 ve para tirar de el hacia adelante.  
 Bandols acortados y sujetados a  
 la pared abdominal como Mear-  
 der les ha transformado en un cuadro  
 legamento para corregir la retroversion  
 y con menos exito el protoprot; estos

21  
La posición de un cuerpo o cuerpo que en  
un momento como vestigio de su situación se  
halla. Como un cuerpo compuesto de tejido  
molecular pueden ceder un poco, pero  
recobran rápidamente su situación  
primitiva, cuando dejan de obrar la  
causa.

Ligamentos secundarios = Los ligamentos son  
importantes para Alexander Piro en  
método operatorio, fundándose en el  
uso de ellos; para comprender el importa-  
te papel que desempeñan en la necesi-  
dad que expresamos en origen y forma-  
ción, para sacar las deducciones físicas

fijas que venen en la clivica, por el  
 acortamiento de ella. Se insertan por deba-  
 jo de la trompa en la union de la cara  
 anterior y lateral del utero, siguen por  
 debajo del peritoneo de la pelvis mayor  
 pasando por el espesor del ala interna  
 del ligamento ancho y penetra en el con-  
 ducto inguinal, describiendo antes una  
 curva para abarcar a la arteria y ve-  
 nografica; al llegar al conducto inguinal  
 se divide en tres ramas a la manera  
 de un pincez. Otros dicen que es mucho  
 mas facil y comprensible decir que los



dos ligamentos redondos, nacen cada uno  
 de ellos de tres fasciculos de fibras tenaci-  
 mosas; el interno procede del orificio interno  
 y trasverso; el medio del pitar superior del  
 anillo abdominal interno y el externo por  
 encima del ligamento de Gimbernat; los  
 tres se ~~unen~~ unen y forman un cordón redon-  
 do; otros creen que algunas de estas  
 fibras atraviesan el orificio inguinal  
 externo y terminan en los grandes  
 labios. En el feto el peritoneo se com-  
 panea al ligamento para el conducto  
 inguinal y forma el conducto de

representan dos brazos largos de la ma-  
 nira si la manera como si nos agarrara  
 y nos fuertemente a la varancla de  
 un balcon; estos no influyen en na-  
 da para el descenso. Como la vejiga esta  
 en el centro de estas dos ligamentas ser  
 seria de verdaderas almofachillas.

Ligamentas utero sacros - Me mebe decir  
 que son dos ligamentas que parten de  
 la cara posterior del utero, se dirijen  
 al sacro; pero segun Paracelsus esta des-  
 cripcion es falsa. Quando se abre el ab-  
 domen de la mujer, se separan las aras  
 interinales, se abrae el utero hacia

25

adelante y se ve, que en su caso parte  
más y al nivel de la parte supra-vegi-  
nal del cuello; no hay aquí engrorramiento  
de fibras musculares y los dos extremos se  
incurvan hacia atrás, abarcan los tendones  
del recto y levantam el peritoneo por  
los tendones del fondo de saco sobre recto  
vejiginal; así se forman los pteguies  
de Douglas que esta parte más destina  
de la cavidad abdominal. Estos pte-  
gues se llaman impropriamente si-  
gamentos utero-vaginales, puesto que  
no se insertan en el saco; estos se  
pueguies se han compuesto de la

cupa muscularis lina del peritoneo de esta region  
 desprendida de la cupa an superficial del uterus; es  
 mo sus elementos se distribuyen hasta la region  
 lumbosacra - Estos ligamentos i como quise  
 sea otros, utero tractus fiberosos mas profundos  
 desprendidos de la cupa muscularis, son los que an  
 finen i otros en su actualidad, pero  
 no hay que convenir que si bien son los mas  
 importantes, necesitan la integridad de las  
 otras y sobre todo la tonicidad y consistencia  
 de las primarias

Ligamentos uterinos - son dos que se  
 originan desde el cuello del uterus  
 a la vagina y como todos son similares evanescentes

27.  
nen fibras musculares; su accion es muy problematica  
para sustener al utero y etc. y debida a las mancuernas  
que los anatomicos han descrito como ligamentos;  
Sillit ha estudiado bien este punto y los ligamen-  
tos pubis-uteri-vejiginales, pues lo que debe ex-  
tenderse por ligamentos utero-vesicales y la lami-  
na aponeurotica que se continua, con la que  
se encuentra en la parte lateral de la base de  
la vejiga; de tal modo que el utero y la vejiga  
podrian ser comparadas a los revestidos que se  
suspenden por dos cuerdas entre dos partes.  
Vejigina; pocas palabras sobre este conducto  
pues limitandome a su estatica, diré que  
debe considerarse como una cavidad que  
aunque presente al utero y vejiga; la  
paredes espesas adosadas y la pliegue inco-

28  
jan reciprocamente. En un corte transversal, presenta  
el aspecto de una hendidura, con una hendidura de  
barras, encajada en forma de canal para alojarse  
su uretra; esta hendidura se extiende desde  
sternidad inferior a la superior.

El suelo de la pelvis y uretra que se apoyan en  
el considerados en conjunto: Muestran ambos de  
crisis el aspecto inferior, como formado por  
partes blandas, pero en Obstetricia entifican  
hay que decirle el aspecto inferior anatómico  
y el Obstétrico y en ginecologías considerados  
como un diafragma, que es una masa carnosa  
se unida al aspecto inferior anatómico y tiene  
la forma de un segmento de esfera de bordes  
irregulares, siendo esta esfera hueca y tiene  
dos caras, una cutánea y otra interna por  
ritonal. La vagina está en ángulo de 60°

en relacion con el horizonte y estando la mujer en  
 posiciones verticales, con su tendido transversal, la  
 vagina, el recto con los musculos forman una diafragma  
 para o suelo de la pelvis

Conexión perineal = Una pared vaginal posterior se  
 halla en contacto con la rectal anterior, hasta  
 profundada y media por encima del vertice del per-  
 rini; en cuyo punto solo se separa tejido celular  
 laxo - Como el eje mayor del recto uteri dirigido  
 hacia arriba y el de la vagina hacia adelante  
 se, quedan entre los dos un espacio que se lla-  
 ma perine en efinecalogica y en Obstetri-  
cia, pubricaverna que llamamos a este anterior  
 y al espacio entre el ano y el uretra posterior;  
 su base esta representado por la piel que hay  
 entre el ano y la vagina; su borde arriba,

30  
riva está en gran parte por debajo de las paredes  
vaginales posteriores, en borde posterior delante de  
las paredes (vaginales) rectas anteriores y delante del  
uro y sus límites laterales están constituidos  
por tejido grueso. Sus funciones son en gran parte  
ser, aunque enaguardar unas veces y otras de  
precididas; ahora sólo decimos que se agarran  
en puntos de inserción a muchos momentos,  
evita que el cuello forme balsa mucosa adelante  
y sustente la parte del cuello de la vulva que  
carece de apoyo por posterior. - En Obstrucción  
se habla en sentido algo general cuando se descri-  
ben las resguarduras que se producen en el pas-  
so; pero es propiamente decir en voz de resguarda-  
ras perineales, resguardura del himen, vagina;



1. Peri y perine, pues hablando con propiedad <sup>31</sup>  
y preciso que existe entre el ano y vagina, no es  
solo perine, sino las partes situadas entre el peri-  
ni y periguilla -

Anatomia fisiologica del suelo de la pelvis  
en la mujer - Su disposicion que tiene el perine  
obedece a las funciones a que esta destinado  
y aqui debe estudiarse como si se tratase de una  
maza o caja. El perine de la mujer, difiere del  
de el hombre por la existencia de la vagina  
que tiene que sufrir una distension en el acto  
del parto para el paso del feto; como el ano  
se ve de contraccion o angustia, debiendose  
estudiarse en dos secciones media sagital y es-  
ronal en sentido del eje. En la seccion media

32  
sugitada en preparaciones congeladas, se ve que estas  
pueden estar compuestas de dos segmentos que se deter-  
mina pubiano y sacro. El primero está compuesto de  
tejidos blandos y los órganos que encierran vejigas, ure-  
tra, pared vaginal anterior y peritonio serical, se  
hallan débilmente adheridos a la sínfisis del pubis.  
Entre la vejiga y uretra que se unen en un solo  
reto están separado del pubis por un pequeño  
célulo-celluloso de forma piramidal. El segmento  
sacro está unido al coxis y al sacro y comprende  
el recto, el pene, la pared vaginal posterior y teji-  
do muscular. La porción inferior de este segmento  
dista pulgada y media de la sínfisis; aquí hay  
que advertir que en la parte pubiana, tenemos  
el pubotono grueso retro-pubiano, la débil unión  
de la pared posterior de la vejiga y de la pa-  
red anterior de la vagina y que la uretra

33  
formar cuerpo con la pared vaginal anterior, en  
el segmento sacro, la pared vaginal posterior y  
la rectal anterior, estas debilmente unidas has-  
ta el vertice del cuerpo perineal; de esto se deduce que  
el segmento anterior compuesto de tejidos blan-  
dos esta debilmente adherido a la superficie del  
pubis y el segmento posterior compuesto de te-  
jidos duros, esta firmemente unido al sacro y al  
vixi. Este se dirige durante el parto hacia  
abajo y aquel hacia arriba. Pueden ambos com-  
pararse a una puerta de dos hojas. La contrac-  
cion superior comprime el feto hacia abajo y  
despues en direccion al sacro. Para del segmento  
pubiano hacia arriba y este movimiento se  
puede comparar al que se practica cuando  
se trata de salir por una puerta de dos

hojas y se tira de una a la vez que se enjorja  
 la otra - Con la seccion transversal o coronal se ve lo  
 mismo aunque algo mas confuso - Con esto se com-  
 prende que las porciones fijas sostiene la mandibla  
 y que ambas sirven de apoyo al utero y ovarios  
 y a los visceras abdominales - Con estas  
 porciones bastan para sostener desde la dina-  
 mica del suelo de los pulmones y el peritoneo del  
 resto -

Las partes funciones que tiene que desempe-  
 ñar el suelo de los pulmones en la mujer son: 1.  
 apoyo de las porciones intra-abdominales, funcio-  
 nes vesicales y rectales y 3.<sup>o</sup> el punto -

Apoyo de las porciones intra-abdominales. Las  
 visceras abdominales y pelvianas y la porcion  
 mandibla, se apoyan en las porciones fijas y las  
 sostienen por la convergencia de sus uteros,

para; el prolapso del utero segun esta genesis no  
es un descenso de la matriz, sino una relajacion  
de sus vinculos y parte movable del suelo de la  
pelvis-

Funciones vesicales y rectales: El fijido laxo que  
rodea estos organos, permite su contraccion  
y disminucion de volumen, necesarias para la  
expulsion de su contenido-

Parto: Es la jiral del suelo de la pelvis a la vez  
que la mas importante, por no tenemos que  
extendernos aigo mas y decir como se descom-  
pone- La contraccion uterina empuja al feto  
a la vagina, esto es a la juncion movable, conex-  
ionada la fijion hacia arriba del musculo ute-  
rino, ligado a la parte superior de la vagina  
y por la dilatacion que produce por presion  
la cabera del feto; de esto se deduce que

mientras que el pubisano dirijese hacia arriba el  
 segmento sacro es empujado hacia abajo y atrás.  
 El resultado del parto es dilatarse los pedos ver-  
 ginales, ensaque el segmento sacro o sea el puerice  
 y por ultimo prolongarse y aflojar el círculo de  
 tejido laxo, que une las puericiones fijas y mo-  
 vibles del suelo de la pelvis, favoreciendolo así  
 el impulso hacia abajo y fuerza de la puericion  
 movable completa, que se produce en el partu-  
 so del utero.

Proyeccion del suelo de la pelvis: todavía no se  
 ha llegado a un acuerdo respecto a la projec-  
 cion que existe al grado que existe en la seccion  
 media sagital, mas alla de la linea recta que  
 une la extremidad del coxis y el ligamento sub-  
 pubiano o sea mas alla del diametro conjugado

do del estrecho inferior. La proyeccion del suelo de  
la pulvis es exagerada por 46 grados de  $1^{\circ}$  centimo  
por. El termino medio mas exacto que fuese  
2'3 tal vez porque pone sus inferiores en la posi-  
cion semi-prona. El pequeño estubo cilindrico entre  
pubiano, es como punto de convergencia pero que  
vivo y esta proyeccion aumenta desde el principio  
al fin del embarazo; se necesitan nuevas medidas  
para llegar a una exactitud matematica.  
Hemos estudiado los estatios del utero y anejos, de  
la vagina y peñis; conocemos su posicion en  
espacio sacro; falta ahora interpretar los ge-  
neris de los prolapsos y eso muy facil hacerlo  
e interpretarlos en relacion con cada una  
de estas partes; pero antes de entrar en los cas-  
os jisto es que digamos alguna palabra

28

de lo que entendemos no por protuberancia del útero  
sino por -

Protuberancia de los órganos genitales - El nombre de este  
mal, explica su naturaleza y suele mirarse como  
un tumor grande y así como algunas al llegar  
a la edad crítica tienen padecer el cáncer, otras  
mujeres antes de llegar a este período veintiseis  
años de ser víctimas del protuberancia; la inquietud  
de las primeras es por temer a la muerte y la de  
las segundas es por inutilizarse con un achaque  
y perder su bienestar - Como su nombre indi-  
ca protuberancia quiere decir descenso y por protuberancia  
genital el descenso de los órganos genitales;  
otros dicen que protuberancia es la desviación he-  
cha abajo de toda la porción móvil del  
mulo pubiano utero y anexos, hacia una



abla de su poscion fija con descenso de los  
 testiculos - Hoar dice que esta denominacion de  
 sea desajustada, porque parece que indica  
 adherencia del utero y no es verdad, pues lo que  
 existe es una hernia de toda la parte movable  
 comprada de arriba abajo por la poscion en  
 abdominal, por esto se debe considerar como una  
 hernia sacro-pubiana - El descenso de la vagi-  
 na arrastra consigo la parte anterior del recto  
 la vejiga y la uretra y algunas veces; por con-  
 siguiente tenemos que unir al prolapso del  
 utero y vagina, el estocelo, el recto-cel y uretra  
 cele - Estas diversas dislocaciones se encuentran  
 intimamente unidas, pues si bien es cierto que  
 por exyeccion pueden encontrarse acida-  
 dos, no lo es menos que forman un todo

40  
afinidades causales que es inevitable si se ven en este  
día y muchos menos su genesis, pues si uno se encuen-  
tra a menudo podemos asegurar que es la primera  
etapa de la enfermedad; por eso se ha dividido  
en primero, segundo y tercer grado, pero si  
este ultimo representa la salida del utero for-  
ra de la vulva, el primero y segundo se re-  
sultan el primero; otros lo dividen en com-  
pletos e incompletos y un tercero con el nom-  
bre de abajamiento como los nombres de  
prolapso, descenso, caídas, precipitacion y  
precidencia sin ningunas variaciones. Por  
regla general empiezan que la pared carnea  
de la vagina, sigue que el recto, desciende  
de la vagina y necesita un apoyo, hasta que  
que a la vulva o salir fuera de ella.

41.  
Lógicos y pues incluir en una misma descripción  
estas lesiones por ser grados de una misma lesi-  
onación y sobre todo tienen un mismo origen y  
un mismo fin; si algunos autores los describen  
por separado es para facilitar su estudio y  
hacerlos más comprensibles -

Estiología general de los Protoplasmas: Si nos remontamos  
al origen de los protoplasmas, a las peculiaridades  
de ellos, veremos que aunque son muy  
diferentes sus modalidades y distinta la manera  
y el grado de preambarse, tienen sin embargo  
un lazo común que es la causa que los pro-  
duce. Se encuentran en todas las edades, pue-  
do que se refieren a los en matijeras y virge-  
nes, pues como se comprende esto es una expe-  
riencia, porque donde se abren con alguna  
frecuencia es en las niñas cocadas y multijera

42  
por; pero para hacer metódico el estudio etiológico  
dividiríamos las causas en predisponentes y deter-  
minantes -

Causas predisponentes - entre estas existe unas  
que obran indirectamente, por disminuir la  
resistencia de los órganos, debilitando el orga-  
nismo en geral. La clorosis y la anemia obran  
en este sentido; las profesiones que exigen es-  
fuerzo y la constipacion habitual exigen  
esfuerzos y estas obran mas directamente,  
como ocurre tambien con aquellos que se  
hacen debilitando la resistencia por medio  
de la torcedad de los miembros del sujeto;  
según obran los vicios de conformacion,  
el emburreo, el peso, la involucion y  
las menagerias; pero antes de entrar

13. en materia de rimos que Hart a similitud <sup>42</sup>  
dilataciones a las hernias y se apoya en las  
siguientes razones; que tienen un saco que  
en el peritoneo; un conducto limitado por el  
fondo por la superficie del pubis, por detrás  
por pared del sacro, comprendida desde la  
pared anterior del recto al sacro y parte la  
perales del elevador interno y elevador del  
ano y tiene cubierta como el segmento pro-  
ximal del cuello de la vulva, utero y pared  
vaginal posterior; como todas las her-  
nias contiene intestinos delgados; una di-  
ferencia existe aguda y convexa que las  
hernias en general, están compuestas de par-  
tes móviles, intestino y epiploon que  
son conjuntas hernia a fuerza por

214

la presión intra-abdominal, cosa que no se  
vede en otros casos, pues aquí se trata de al-  
gunas fibras, sujetas por adherencias profun-  
das, formando juntas estables y si descendien-  
do por el esfuerzo de arriba abajo, tiene que dar  
a ciertos de deformaciones; en esto consiste la  
base de la injuria propia del cuello uterino  
& como se explica el prolapso en las juve-  
nes que ni han estado embarazadas ni  
sufrieron traumatismos: it's to sabemos y  
tenemos que invocar un vicio de confor-  
macion que se sospecha, como por ejem-  
plo la insuficiencia de los músculos del  
perine, aunque parece bien confor-  
mado; aquí puede entrar la hernia

por el hecho de observacion de que ademas  
del prolapso se encuentran hernias en el omi-  
no individuo. Otros autores invocan es-  
tas causas imputando a la inclinacion  
de la pelvis y dicen que cuando el estomago  
superior es horizontal, la presion se tras-  
mite mas directamente a los organos de  
la pelvis menor, rechazandolos al perineo  
embarras: En el embarras y menor en las  
puercas multiples, se concibe la predis-  
posicion al prolapso. Los cambios del  
utero, el peso, el aumento de volumen, el  
relajamiento de sus ligamentos, la  
debilidad del perineo, el aumento de  
la presion abdominal son causas

bastantes para que ceda la sensibilidad vaginal.

Parto = Este es el factor mas importante, pero es el punto que casi todas las mujeres refieren en primer o al ultimo parto; por esto debemos decir que lo que sobre este punto es por regla general multiparera y sea de modo sea de parto tentativas y que han sufrido en general; pues si en un parto uterico es facilisimo la relajacion, con mucha mas razon se puede esta en el parto de utero, que siendo necesario el forceps, comprime la inflexion del cuello de la pelvis, pues solo el tamaño y alargamiento natural, entre el aire y dilatando las paredes vaginales, quita este apuro al parto, como



47  
sin ruptura aparente, puede producirse sube-  
panca, en el sentido trasverso y de lado a la  
la equinocivis y por ultimo puede venir la  
falta de apoyo por presencia de otros tumores,  
verdadera diafragma que cierra por abajo  
la cavidad abdominal. En la situacion que se  
presenta el peritonio sigue del punto, tam-  
bien puede influir en el peritonio.

Neovascularizacion uterina: aunque la mujer no  
tiene tenido ninguna de las causas con-  
suesas, puede producirse las primeras  
etapas en el estado puerperal, para decir  
que se ve con frecuencia la vascularizacion de esta  
mucosa; podemos sacar de este estado  
preocupacion importante y veloz en el  
del levantarse antes de tiempo.

48  
La carne y el anclan contribuyen al procreamiento,  
porque el utero es mas presado, los ligamentos  
están relajados y estensibles, la vagina debilitada  
y relajada por la estension que ha experimentado  
poco poco sea y flojos y relajados los esfíncteres  
de la vagina y del cuello uterino, unido  
a la rasgadura del perineo y hocines de tenca,  
son causas reunidas que dan lugar al  
procreamiento. Si se tiene en cuenta estas causas,  
nos daremos facil cuenta, porque el procreamiento  
es excepcional en las virgenes, raro en las  
mujeres nuliparas y tanto mas frecuente  
cuanto mas hijos haya tenido: mejor  
cuanto mas numerosos y laboriosos hayan  
sido sus partos —

Menopausia; muchas mujeres al llegar a esta 49  
época sufren una deformidad en su apar-  
ato genital, que se va accentuando de día  
en día; la razón de esto es que en esta edad  
los tejidos se debilitan, sufren una especie  
de atrofia, pierden sensibilidad y tonicidad  
y falta solo la causa determinante, pa-  
ra que se inicie y presente, por aquí lo  
quiere que en las personas existe prolapso  
de fúero y debilidad.

Causas determinantes; esta causa es el esfuerzo  
que puede presentarse de distintas maneras,  
ora por levantar un gran peso, por acceso de  
fúo, ataques convulsivos, una crisis de vom-  
bo o una caída sobre los pezones; estas  
enfermedades producen esfuerzos y cansa-

80

del, llegando algunas veces a producirse deca-  
menos sangüíneos, viedades hemorroidales, que  
son inequivocas de la influencia del esfuerzo  
; así se producen otros protuberancias espontáneas  
repentinamente, como en la enferma de Heurdi  
que el útero salía fuera de la vulva; otros  
esfuerzos produjeron el protuberancia como plétora  
una mujer embarazada. El uterino mismo  
cuando es habitual produce esfuerzos grandes  
habiendo observado el recto; como la dilata-  
ción de la ampolla rectal cambian las condicio-  
nes de la uterina, resulta un complejo mecanismo  
del esfuerzo, pero de cualquier manera que se  
forme, el esfuerzo por sí solo no basta y sin em-  
bargo la distinción de protuberancia de debilidad  
y fuerza es puramente física, siendo

51-  
Todos protalgias por debilidad y agudezas, cyase  
curadas y sostenidas por un esfuerzo, sea braco  
o interno, sea lento y repetido.

Patogenia de los protalgias ginecologicas: Como se de  
be comprender no basta una de estas cau-  
sas y en la asociacion de los dos esfuerzos y  
debilidades, se encuentra la clave del mecanismo  
que conduce a la produccion del protalgia; en  
esta patogenia hay que distinguir tres gru-  
pos segun dependan de los ligamentos uter-  
inos, del utero y de los elementos de  
conformacion; ademas debemos admitir que  
podemos admitir un cierto grupo produ-  
cido por la presion intra-abdominal  
y puede admitir un protalgia debido

52  
¿una influencia mecánica? Sin duda alguna  
pues un quiste del ovario, un fibroma puede  
empujar el útero de arriba abajo; tal vez el intus-  
susus sería producido por afeciones circun-  
scritas, lo que es cierto que algunas de las ane-  
riótomicas son hechas desaparecer un prolapso  
Prolapso por atferocion de los elementos de  
suspección del útero: Heo hecho visto la influen-  
cia que estos elementos tienen en la estabi-  
lidad del útero, pero pocas veces aumento de  
esta patología tenemos que recurrir a un  
operación, demostrando este caso  
de hacemos algunas operaciones ginecolo-  
gicas y tenemos que tirar del útero hacia  
abajo como sucede en la histerectomía  
vaginal; esta causa tiene que influir

50  
en el prototipo, pero en el papel tiene que ser  
secundario por la razón de presentarse  
el prototipo del agua, arrojando a la ve-  
ginal, pues lo frecuente es que el prototipo  
del agua es profusivo al vegetal; y por esto  
debemos hacer una expresión a favor de los  
siguientes tipos sucesos; queda demostrado  
en la historia la resistencia que oponen  
al descenso del agua, cuando están en el agua,  
hasta el momento que quedan del todo  
secos y no permiten un descenso en el  
nivel en el agua cediendo a la tracción  
con la resistencia de un cuerpo que sea  
de entre dos aguas. Schultz ha demost-  
rado el importante papel que desempeña

ma; la relacion del pliegue de Douglas, Meira con  
sigo la de la pared vaginal; esto aproxima <sup>54-</sup> la  
inmersion uterina de la vagina o la insercion  
peritonea en una mitad o en tres, obligan-  
do a la pared vaginal anterior y a la uretral  
subyacente a que se presenten a la entrada  
de la vagina: a pesar de esto parece exagrar-  
do este papel, pues entorpecen siempre que  
hubiese retracciones habituales, talvez baya  
no ocurre si el perineo este integro, pues  
parece que se produce en preciso la retraccion  
o relajacion de este y la anchura de sus  
aberturas; de cualquier manera el hecho prin-  
cipal, es que esta seguramente causan las  
retracciones y esta el prolapso, pero este  
con una superficie ancha y estensa desde  
otra mejor la previene. - inter. - Anatomica -



15. Protoplasma por atracción del útero = este grupo siempre  
reducido, hay que darle alguna extensión para  
combatir las ideas de Huguier. Se citan casos que  
el útero aumentado de volumen y peso por la  
presión de uno o varios fibromas, puede pro-  
ducir el cansancio de sus elementos que pueden  
y puede introducir la vagina y la vulva,  
dando origen al protoplasma, pero llama la  
atención que algunas veces se ha produci-  
do el descenso del útero que queda después  
de las histerectomías parciales, lo que parece  
va la poca influencia que hay que  
concederle al útero. Duplay ha examina-  
do 39 casos en el anfitrión con figuras de  
casos y no ha encontrado aumento de  
peso; aquí es donde Huguier desarrolló

36

sus ideas creyendo que todos los protuberancias eran  
debidos a la hipertrófica del cuello o mejor que  
lo que se describían como desarrollo, protuberancia  
o abajamiento de la matriz, a través de la va-  
gina y la vulva, como acontece en las hernias  
no son protuberancias, sino una elongación de la pene  
supra vaginal del cuello debido a la hipertrofia  
que por crecer y aumento de volumen, desciende  
a través de la vagina y la vulva, arrastran-  
do ~~en~~ las vísceras inmediatas y espasmos  
que ocurre con él en adherencias más o me-  
nos íntimas. Huguier promovió una verda-  
dera revolución en las ideas que admitían  
los cirujanos en aquella época; antes de él  
la caída del útero no representaba más

que la última expresión del abajamiento. Esta  
57  
hipertrofia es tan que según dicho autor caracte-  
riza la enfermedad y contra la cual debe diri-  
jirse el tratamiento; por eso recomendamos la  
amputación completa del cuello, suprimiendo  
de sus conexiones con los vejigas y pecho y ve-  
noscindolo lo mas arriba posible; ¿Que valor  
tiene este descubrimiento? No está establecido si la  
frecuencia de estas elongaciones supra-vaginales  
en los prolapso es cierto que no constaba  
ya el hecho primordial, sino que casi siem-  
pre es secundaria, debida a la tracción  
de la vagina en prolapso y como siempre  
por estancamiento sanguíneo, favorece la  
nutrición cervical parangineocéfala. El pe-

esto existe y debere a Flougeir el merito de esso  
 hecho y haber hecho entrar la antropometria  
 en el tratamiento y aunque algunos autores  
 hicieron muchas desgracias antes de la era  
 antropometrica, hoy es un metodo racional que  
 por quedado como tiempos preliminares  
 e importante en las operaciones que se  
 practican en la mayoria de los psalops  
 104 - En resumen este alargamiento es una  
 lesion primitiva en que las dimensiones  
 verticales del cuello han aumentado sin  
 que el fondo varie de situacion; aunque  
 expresional puede el cuello ficar de la va-  
 gina y el utero estar hipertrofiado sin que  
 haya prolapso; cuando las vaginas de  
 fondo fica de la parte inferior del

59  
uterio y menor del cuello y si los ligamentos  
tienen su resistencia y tonicidad normal  
el utero esta sujeto a estas dos fuerzas y que  
sea, siendo su resultante, prolongar la zona  
menor resistencia y estensible y la que esta  
expuesta a las infecciones que vienen del  
uterino, como sucede al cuello; de cualquier  
manera afecta tambien el utero y esto es  
tan importante que llamen en el acto sus  
pro atenciones.

Protagono por relajamiento de los elementos  
de contraccion = El musculo pubiano es el principal  
elemento de figura de la vagina, el medio  
mas importante de resistencia y sosten  
del uterio; se explicaci; el efuerzo segunda  
pario, su presion intra abdominal acc

60.  
siona el prolapso, actuando y dirigiendo hacia  
abajo la parte del suelo pubiano, situado por  
delante de la pared rectal anterior, por des-  
pues de las obstrucciones internas y presión in-  
ferior de los elementos del ano; esta es la  
presión móvil incluyendo utero y vejiga  
, si se recuerda lo que dijimos en la estática  
se verá que la presión infra-abdominal  
impulsa al orificio vaginal de abajo acer-  
ca de la pared vaginal anterior y accionada  
por la pared posterior, haciendo el efecto  
de una puerta de dos hojas; otros escri-  
ben con esta generalidad, diciendo que la presión  
obrando a la manera de un embudo en  
su parte hacia abajo, gravita sobre la ca-  
ra posterior de la orificio que está con

una ligera anflexion fisiologica y <sup>61</sup>parte  
verticalmente sobre el saco de Sangre, por efecto  
de su inclinacion sobre un eje perpendicular.  
La reflexionama es un poco, menor que en el ge-  
nital, es la misma que la anterior, por euan-  
do el utero desciende simetricamente de  
jura de actuar con la misma fuerza, pues  
lo que varia la desviacion del eje mayor,  
y a medida que desciende se eleva en se-  
provision, por el hecho de ser empujado  
el segmento posterior y por inclinarse hacia  
de por su cara posterior, hacia el cuello  
y dirige el fondo hacia atras. La cervice  
mas un dedo en la vagina durante el  
efluvio, notamos el descenso del utero  
y un ligero abombamiento de la por-

red anterior; con esto se comprende que el fondo  
de la pulvis uteri que recibe todo este peso y 62  
las cavidades fúricas que representan sobre el que  
es marcado y pronunciado, aguantando el  
primer apoyo y elevación del seno y de las  
el plano situado por debajo, que representa  
en una resistencia natural, estando más  
anterior que las partes posteriores de la ve-  
gina. Que otras volte el peso en un caso que  
se debilita, se atrofia o se cae en un pro-  
lapso el protuberancia, aquí es donde se cae el  
quero anterior incepto; diciendo que es un  
prolapso que la caída del peso  
es la causa del protuberancia y esto se ve  
claramente si se consideran las muchas en-  
fermedades que presentan estas lesiones y se ve



18. Para desearse de que algunas ginitales <sup>80</sup> Hogg se apli-  
ca en esto de una manera satisfactoria, diciendo  
que si el segmento sacro conserva suficiente  
curva y la presión intra abdominal no  
es muy intensa, no habrá' peligro. Ha  
sacemos que en la saguadura se abraza la  
vulva, aumentando su diámetro anterior y  
posterior y abraza un poco las paredes vagina-  
les; pero parece que el perine' cumple perfec-  
tamente su papel de resistencia, debe de  
ser suficiente tonicidad y haber un todo  
sustituido en la vagina; de modo de tener  
su resistencia natural cuando la vagi-  
na es ancha y la vulva esta abraza  
por, disminuyendo la pared vaginal ante-  
rior y después la posterior, que abraza

el utero, siendo suficiente la resistencia de  
 sus ligamentos suspensorios. Aquí podíamos  
 enumerar todas las disposiciones orgáni-  
 cas que causan el prolapso, pero dejó a un  
 lado el hecho, sin desarrollarlo por temo-  
 ro de una afecion -

Las lesiones adquiridas reconocen dos cau-  
 sas que son mecánicas y nutritivas;  
 las primeras representadas por el em-  
 barazo y el parto y las segundas por  
 un trastorno genal, una enterocolitis  
 generalizada a todas las argemas con  
 manifestaciones particulares. De es-  
 to se deduce que bajo el punto de

65  
vista frecuente es necesario tener pre-  
sente estas dos variedades de prolapso;  
una como enfermedad local y accidenta-  
l y la otra como manifestación  
local de una enfermedad genal, con  
determinaciones viscerales de distinta  
naturaleza.

Figuras indicaciones que se desprenden  
de este estudio = Las operaciones que los  
cirujanos han aconsejado para curar  
el prolapso del útero, son muchas, lo que  
prueba su insuficiencia, pero como to-  
dos ellos no tienen el mismo valor y en-  
da uno de los cirujanos ha fijado en  
cuenta una genitii para establecerlo

es convenientemente elegir uno y establecer sus  
 indicaciones; es preciso inspeccionar ante todo  
 en el siguiente principio; no se trata de un  
 prototipo, sino de los prototipos del utero; el  
 grado y la lesion son distintos y por con-  
 siguiente no puede establecerse un tra-  
 tamiento unico y exclusivo; combinando  
 ciertos procedimientos y asociando algu-  
 nas operaciones, se encontrara la for-  
 mula justa y conveniente.

Cuando se trate de un prototipo secun-  
 dario por un tumor abdominal, la  
 operacion es extirpar este y completar  
 la operacion con la fijacion al pe-  
 lviculo o con la pancea o con la tri-

propresia

Otras veces depende de un grado y de algunas circunstancias; en los prolapsoes incompletos, hay que recurrir a las operaciones sobre el perineo; sobre todo las auto-plásticas; las circunstancias de que viene rodeado puede ser la metritis, y que ha-  
 ce al mismo tiempo el raspado del utero; si el cuello está hipertrofiado, alargado y en precariedad se amputa; sin embargo el verdadero tratamiento consiste en conservar y sostener el utero, practicando de dos operaciones; la eliotomía anterior, y la colpo-perineo-escisión posterior; para esto es preferible los procedimientos por desdoble. Por

el contrario si el primer uso en buena estado  
 circunstancias muy expuestas, y se un-  
 va conservar sus dimensiones fisiológicas  
 no cabe la menor duda de que el pro-  
 ceso de grande de los deficiencias  
 de los elementos de sustentación; en  
 este caso debe dirigirse a los procedimientos  
 por que fijar, como la hiperperexia  
 y el arrobamiento de los ligamentos  
 redondos. Con los dos de conseguir  
 resultados satisfactorios, pero prope-  
 rinos la hiperperexia, porque  
 produce una suspensión anárquica  
 y permite un mejor las alteracio-

por de los anexos.

Cuando el prolapso es completo, si la mujer  
 es joven con simtomatos o sin operacion  
 conservadora, pero el utero que  
 de tener fibromas y en una anciana  
 mujer pueden ser necesarios combi-  
 nar en una misma seccion las  
 operaciones siguientes; resquebra-  
 da miometria, amputacion del cuello  
 con la ligadura, distrofia con  
 fisis y coloproctostomia por fisis  
 y se el utero ubi al mismo tiempo  
 en retrorflexion, en vez de recurrir  
 al del ligamento redondo, y fisis  
 por la hiperreflexion, que asegura

mejor la fijación del útero, permite sus  
 acciones al embarazado sin dificultades y  
 fija indirectamente la vagina, (sin  
 embargo, de humor adustus, recomendaré  
 se tenga muy presente, que esto unice-  
 mente son operaciones completamente  
 raras, cuyo resultado será ineficaz si el  
 pusón no se restituye al mismo tie-  
 po - Si se trata de una mujer que ha  
 llegado a la menopausia, intervendrá  
 la hiperestromia y se pone en prác-  
 tica por la hiperopexia -

Operaciones clínicas que han servido  
de base a esta memoria - H. H. de



56 años, sencilla, regular a los 11 años  
 y siendo normal hasta hace tres  
 años que llegó a la menopausia -  
 ha parido varias veces y ha tenido que  
 abortar; no existieron antecedentes pato-  
 lógicos de familia; ella no ha pade-  
 cido enfermedad, pero dice que en  
 sus partos se levantaba al tercer  
 día; en el último parto hace 10  
 años, antes que en el primer a los 10  
 días de parir, sufría en el vien-  
 tre y riñones y pasado unos días  
 supo en el momento de tener

un agujero para defecar mucho flujo blan-  
 co y los ruidos de la madre. Estado actual  
 Por inspeccion se aprecia entre los grandes lab-  
 ios un fano cilindro conico del tamaño  
 de una manzana, de color rosado, su superficie  
 desigual y carnosa. El orificio utero perineal  
 por un orificio de 5 milímetros de diametro  
 a cuyo alrededor esta frunciada la superficie  
 y se percibe firme una excorriacion en la vagina  
 alta y el cafe uno vulvar mide un centi-  
 metro; el fano se reduce. El esfuerzo de  
 la vejiga indica esta abanicada hacia  
 abajo y atrás. La punta de la sonda  
 se toca por la parte anterior del

recto, lo que demuestra que la matriz no est  
 pa en su sitio; por la palpacion no se alcan  
 ra el fondo; el periferometro mide 8 cent  
 metros - Diagnostico - Prolegno uterino y  
 vaginal - ¿Puede ser proclujó? - Por algun  
 caso que demuestra las funciones conserua  
 das que conduce enalguna transgrecion  
 a la region del puerperio - Esta mujer  
 se levanto cuando ni tenia fuerza quita  
 da, ni el organismo habia vuelto a su  
 normalidad - El utero sin recibir su  
 volumen, su peso, su posicion y sus re  
 laciones en el interior de la pelvis; los  
 segmentos uterinos sin volver a sus di  
 mensiones, sin su solidez y su consistencia

normales; su vagina estaba <sup>abierta</sup> y <sup>seguia</sup> <sup>profunda</sup>, y sus paredes abdominales flaccidas y relajadas, contribuyeron una predisposicion que sumada con los violentos esfuerzos que hizo la enferma, dio lugar a las dos causas grandes de todo prolapso, debilidad de resistencia uterina y aumento de la presion intra-abdominal. Esta enfermedad se curó con la tríplica operación abdominal y le di de alta a los 22 dias de la operacion -

Historia n.º 2 J. Y. de 40 años. Sus ciclos normales; no hay antecedentes hereditarios - Ha tenido 7 partos laboriosos desde a los 40 años - Dice que al -

hacer un esfuerzo sintió el peso y la sensación  
 de algo que valiese por la vulva; Estados de  
Real = Después del mismo ejercicio existe un  
 tumor blando, rosado, del tamaño de  
 una nuez, y otros y ~~en~~ frente hay otro  
 exactamente igual; por el hecho de haber  
 tumores estos formados por el prolapso  
 de la mucosa vaginal, que al menor  
 esfuerzo salen fuera de la vulva. Desde la  
 abertura anal a la concina por fuera de  
 la vulva, había una distancia de un  
 dedo de dedo que es a lo que queda se  
 cuando la base de sustentación del  
 pene. Por el hecho vaginal se nota en el  
 apicino y fondo de la vagina mucosa

Por el hecho rectal, el dedo en forma de guante  
 no penetra en el tumor, lo que demuestra  
 su haber rectocele y lo mismo con la sonda  
 vaginal no se demostró el cervicocel. El tri-  
 perimetru marcó la longitud normal  
 de la matriz. Diagnóstico = Uterocel an-  
 terior y posterior. Con esta enferma hice  
 la colporrafia anterior y la colporrafia  
 posterior por debilitamiento y le di  
 de alta a las 18 dias -

Historia n.º 3 = H. B. de 41 años - arriente; ha  
 tenido 10 partos, apareciendo y desarra-  
 yendo los reglos en un tiempo or-  
 mal; dos meses hace de su padecimiento  
 que se presentó por dolores que desde

la columna lumbar se irradiaban y descendian  
 hacia los ingles y ademas una escasa can-  
 tidad de flujo blanco; al poco tiempo  
 ceso al permanecer algun tiempo en  
 pie, se le bajaba una cosa y salia por  
 sus organos genitales, suponiendo esto que  
 era la matriz lo que descendia. Estos  
de efectos. He un tumor tumescivo que  
 se abre poco entre los labios de la vul-  
 va; este tumor tiene el tamaño de una  
 naranja, su superficie esta surcada  
 de pliegues en el sentido transversal y  
 en forma de un congado uñico

irregular - flaccido por si la enflame  
 vuelve a aparecer el tumor que se deja  
 reducir facilmente y entonces se observa  
 otro tumor mas pequeño en el fondo de  
 la vulva y en el canal se reconoce el que  
 es inferior, con el orificio externo grande  
 e irregular - Por el tacto vaginal se reduce  
 el tumor y entonces se nota abundantamen-  
 te de la pared vaginal anterior y la  
 desfiguracion del fondo de saco ante-  
 rior - Por la palpacion abdominal  
 se puede descender el tumor no se  
 encuentran el fondo de la matriz  
 El profecuntes marca la reduccion  
 del utero, no siendo absciso por



La etiol. de la asfexia - Diagnostico 79  
El estado de un puerperio asfexico, con  
colpocela anterior - Los muchos puntos  
de esta asfexia, el estado asfexico de  
sus tejidos y el esfuerzo explican la  
genesi de este caso - Recomendada  
la hipotermia por su etiol., la hie-  
la colgosa anterior y la colpo-  
pexia plastica, clausula de alta  
a los 14 dias -

Ademas de estas tres clases clinicas  
en visto en este curso en la clini-  
ca del Sr. Fernandez Chacón una  
19. Hipotermia abdominal

80  
por prolapso y retroversión-flexión  
y mas de 60 casos de colporrapias,  
donde ha puesto en practica  
varios procedimientos, sacados de  
la índole del padecimiento. Es-  
tas enfermas me han dado mu-  
cha luz en esta memoria con-  
sultada del carácter clínico que  
son necesario si al que se dedica  
a esta profesion -

Madrid 16 de Mayo de 1860

Diego Segura López

Realin el ejercicio de doctor  
otro la calificación de aprobado

Manuel Ruiz

Phenitar

Luís Borja

Adelino Rodríguez  
y Remando

Manuel Rodríguez

Manuel  
Rodríguez