

# LIGAMENTOPEXIA ABDOMINAL DE JARDIN

## TESIS

PRESENTADA Á LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA DE GUATEMALA

POR

**NEMESIO MORAGA MORENO**

(SALVADOREÑO.)

Ex-interno del Hospital General en el Segundo Servicio de Cirugía de Mujeres, Sala de Maternidad  
y Casa de Salud de Señoras (1903, 1904 y 1905.)

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

## MÉDICO Y CIRUJANO

JUNIO DE 1907

GUATEMALA  
AMÉRICA CENTRAL

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE  
8<sup>a</sup> Avenida Sur, N<sup>o</sup> 24.

# LIGAMENTOPEXIA ABDOMINAL, DEJARDIN

---

## Introducción.

El tratamiento del prolапso uterino es un problema como lo es su patogenia, y, mientras la obscuridad que rodea á ésta no sea disipada, legítimamente, no se podrá pretender á la resolución de aquell. Todos los Cirujanos están penetrados de esta verdad, pero también lo están de la necesidad de dar alivio á la mujer que padece esta grave dolencia, llevando sus órganos desplazados á su situación normal ó casi normal.

¿A qué medios recurrir para llegar á obtener tal resultado, con el mayor número de probabilidades de hacer una restauración definitiva, pero sin que quede comprometido el porvenir de la enferma y dejando á sus órganos su aptitud funcional?

Multitud de procedimientos han sido puestos en práctica con el objeto de resolver esa grave cuestión, y esta prodigalidad es la consecuencia natural de la diversidad de opiniones que existen referentes á la causa que engendra el prolапso uterino; siendo probable que aún se multipliquen, pues con la asepsia se presenta un vasto campo para que todas las aspiraciones terapéuticas se realicen. Operaciones hechas sobre el útero: pexias, histerectomía parcial, histerectomía total; sobre los ligamentos: la operación de Alquié-Alexander-Adams, ligamentopexias, etc.; sobre el periné: colpoperi-neorrafias; sobre la vagina: tabicamientos, plastias vaginales; sobre la vulva: episiorrafias, etc., según se haya creido encontrar el tratamiento, en la reparación ó supresión del útero mismo, en la reparación ó restauración de sus medios de suspensión y orientación, ó de sus medios de sustentación.

La existencia de todos estos medios está atestiguando su poca eficacia; pero también da testimonio del vivo interés que ha despertado esta vasta cuestión del tratamiento del prolапso uterino en el espíritu de todos los prácticos de profesión.

Llevar el útero á su posición normal es el ideal en el tratamiento del prolапso, pero es también hasta hoy, imposible de realizarse. La estática uterina una vez perdida, no vuelve á recuperarse; y mucho menos reparable es la pérdida de la tonicidad fisiológica de los tejidos, que es condición necesaria para mantener los órganos pelvianos en su situación normal. Pero por lo menos se debe aspirar á imitar á la naturaleza y á suplirla á veces, y esto ya es obra relativamente fácil, disponiendo del arsenal terapéutico en otro lugar mencionado. La dificultad surge desde que se trata de elegir el procedimiento que deba emplearse, no tanto por el éxito operatorio inmediato, cuanto por el porvenir de la enferma, si ésta atraviesa el

periodo sexual. La estadística, y mucho menos una estadística de conjunto, no podrá en manera alguna hacer que desaparezca la dificultad, y me atrevo á afirmar que en materia de prolapso es cosa muerta, porque cada mujer es una variedad de su especie y también cada prolapso una variedad de su especie, justificable de tratamiento, en consecuencia.

El sistema es sinónimo de fracaso, y cuántas excelentes operaciones han caído en el olvido ó en el descrédito por haber sido aplicadas sin discernimiento á todos los casos, sin estudio previo de las condiciones de la enferma y de cada uno de sus órganos. Es en ese estudio detenido de las condiciones individuales en donde encontraremos la mayor suma de probabilidades de obtener la cura radical del prolapso; obrando de otra manera tal curación es una quimera y no haremos más que operaciones inútiles en enfermas en potencia de una diátesis, por ejemplo. (Enteroptosis de Glenard, neuro-artritismo de Richelot.) Sin ese estudio previo, nuestros compañeros serán el inéxito y los reproches injustos.

De una manera general, podemos decir: que las operaciones practicadas aisladamente no darán el resultado deseado: deben para el efecto combinarse y auxiliarse, así como las causas que engendran el prolapso se combinan y auxilian. Hay operaciones cuya práctica se impone, pero siempre, como un simple episodio; para las otras queda un árbitro, la conciencia ó el criterio.

---

No haremos un estudio de los diferentes métodos aconsejados para el tratamiento del prolapso uterino: esto sería una repetición sin objeto de lo consignado en todo los tratados de Ginecología,—ni tampoco un juicio crítico de los mismos, porque además de haber sido hecho ya, nuestras escasas aptitudes no nos lo permiten. Solamente nos proponemos dar á conocer el método del Doctor F. Dejardin (de Lieja) preciosa modificación de la ligamentopexia de Ch. Beck (de New-York) con algunas de las numerosas observaciones que poseemos y poner de manifiesto las ventajas de dicho método, que ha sido puesto en práctica repetidas veces por nuestro eminente Maestro el Doctor Juan J. Ortega y también por el notable Cirujano Doctor Salvador Ortega, siempre con éxito brillante. Debemos decir, animados de un sentimiento de justicia, que esta operación ha quedado hasta hoy virgen de todo reproche, dando una serie no interrumpida de éxitos; no podemos decir otro tanto de las fijaciones inmediatas practicadas entre nosotros, por más que hayan sido hechas con todas las reglas y por Cirujanos de los que no se puede poner en duda la pericia.

Creemos de todo punto necesario, por ciertos conceptos que hemos emitido en otro lugar y por algunas consideraciones que han de seguir, recordar, aunque no sea más que ligeramente, la patogenia del prolapso uterino.

## Algunas consideraciones sobre la patogenia del prolapso uterino.

Es indudable que el esfuerzo como el aumento de la presión abdominal, gozan en la producción del prolapso un papel preponderante; pero ellos solos no bastan: necesitan encontrar alteraciones más ó menos profundas en el útero mismo ó en los órganos que constituyen para él sus medios de suspensión y orientación ó en sus medios de sostén. De aquí tres órdenes principales de causas, según el predominio que alcancen las alteraciones de tal ó cual elemento. Haciendo abstracción de los casos muy restringidos, estos diferentes órdenes de causas se combinan.

### Prolapso por alteraciones del útero.

A este grupo, que es el menos importante, pero que reclama intervención, pertenecen los casos en los cuales el útero se encuentra aumentado de peso y de volumen por la presencia de neoplasmas; resultaría de aquí una doble acción debida al descenso del útero, fatiga de los ligamentos suspensores y dilatación de la vagina y de la vulva con caída consecutiva de las paredes vaginales.

El alargamiento hipertrófico del cuello no tiene la importancia que en otro tiempo se le dió, ahora se ve este alargamiento hipertrófico como una lesión secundaria y no primitiva.

### Prolapso por alteraciones de los medios de suspensión y orientación.

Basta recordar con qué facilidad se puede hacer descender el útero para comprender que sus ligamentos toman muy pequeña parte como órganos de suspensión. Los ligamentos anchos y redondos mas bien están dispuestos, pero en límites muy restringidos, para evitar en cierto modo que el fondo del útero bascule hacia adelante ó hacia atrás; su relajamiento toma, pues, una parte muy mínima en la patogenia del prolapso. «Si su papel fuera predominante debería verse á menudo el prolapso del útero, preceder al prolapso de la vagina: siendo la inversa lo que se observa.» (Lavadie-Lagrave y Legueu).

Las alteraciones de los ligamentos útero-sacros tienen una parte mucho más importante en la patogenia del prolapso, dice Schultze: el relajamiento de los pliegues de Douglas causa el relajamiento de la pared vaginal anterior: aproximando la inserción uterina de la vagina á su inserción pélvica.—Los ligamentos útero-sacros sostienen menos que orientan. En efecto, ellos son los encargados de

mantener el útero en su posición normal de anteversión; que se relajen, y con facilidad se verá producirse la retroversión y la retroversión es un paso camino del prolapo. El útero invertido, dicen Lavadie-Lagrange y Legueu, ofrece mayor apoyo al empuje de las asas intestinales y á la presión abdominal. Es por parecido mecanismo por el que obra también el relajamiento de los otros ligamentos.

### Prolapo por alteraciones de los elementos de contención.

La tonicidad fisiológica constituye al piso de la pelvis, en seguridad de los órganos en ella contenidos por la resistencia constante que opone á la solicitud de la presión abdominal: que falte esta resistencia que opone el piso pelviano, no importa por que causa, el útero perdiendo su apoyo cederá en el sentido de las fuerzas que lo solicitan.

«Que en este aparato sobrevengan causas de distención, de debilitamiento, de atrofia, de ruptura total ó parcial, los prolapsos serán constituidos bruscamente ó estarán en inminencia de producirse.» (Trelat.)

«....Para que el periné llene útilmente su papel de piso, debe presentar una resistencia y una tonicidad tales que exista un contacto perfecto y constante entre las paredes vaginales anterior y posterior. El sostén cesará de estar asegurado cuando no haya más contacto de las paredes vaginales, cuando la pared vaginal superior tendida como una vela sin sostén caiga en falso, la vagina y la vulva entreabiertas.» (Bouilly.)

«El útero arrastrado por las tracciones vaginales» cede, «desciende á la vulva sin que la resistencia de sus ligamentos suspensores sea suficiente para mantener su equilibrio.» (Lavadie-Lagrange y Legueu).

Las causas que acarrean al piso pelviano la pérdida de sus funciones son variadas; pero no haremos mención más que de las de mayor importancia, que son: el embarazo y el parto: aquél, distendiendo y relajando los tejidos, que difícilmente recobran su integridad; éste, distendiéndolo siempre y desgarrándolo con frecuencia, con mayor razón si es un parto laborioso ó en el que haya habido necesidad de recurrir á maniobras instrumentales. Estas desgarra-duras son manifiestas ó quedan subcutáneas, pero siempre fáciles de comprobar en el curso de una exploración.

Se ve, pues, la importancia que tiene el periné como factor en la estática uterina y sus alteraciones como causa del prolapo.

Reflexiónese además cuántas veces el periné es víctima del parto, y cuántas mujeres víctimas de la falta de periné.

Por lo que hemos visto, claramente se deduce que el Cirujano que se proponga tratar un prolapso, debe esforzarse por combatir el mayor número de elementos patogénicos, no detener su plan operatorio después de anular tal ó cual influencia, porque lo repetimos, las acciones quirúrgicas para ser eficaces deben completarse las unas con las otras.

Recordemos siempre que con frecuencia sucede, particularmente en lo que se refiere al prolapso, que detenerse es retroceder.

El mayor número de veces, el orden en que deben sucederse los actos operatorios es el siguiente: tratamiento de las lesiones uterinas, sean primitivas ó secundarias: formación de un apoyo al útero y formación de medios de suspensión. No hay necesidad de demostrar que las operaciones hechas sobre el útero, el periné ó la vagina, son de todo punto necesarias y á veces eficaces; pero también no hay necesidad de demostrar que á menudo, muy á menudo, son insuficientes; de allí la necesidad de formar al útero medios de suspensión.

Las operaciones más empleadas para el efecto, son la de Alquié-Alexander, las fijaciones mediatas y las fijaciones inmediatas.

La asepsia, habiendo hecho perder á la laparotomía su gravedad, debe ser ésta la vía de elección, que no la inguinal, por cuanto aquella permite ver todo claro y reparar lesiones anexiales. Ahora: á cuál de las operaciones hechas por el abdómen hay que darle la preferencia? Si se trata de una mujer que atraviese la edad fecunda, es indudable que se le debe dar á la operación que al par que asegure la suspensión, asegure la integridad funcional del órgano gestador y estas dos capitales condiciones las reúne la operación del Doctor Dejardin. Como medio de suspensión su valor es inestimable; nuestras observaciones no permiten ponerlo en duda, puesto que el resultado operatorio se mantiene desde más de tres años; en lo que al embarazo se refiere, creemos que no puede ser influenciado, toda vez que el órgano gestador no es interesado en lo más mínimo. En cuanto á los ligamentos redondos, caso de sobrevenir aquél, se hipertrófiarán y no podrán en manera alguna oponerse al libre desarrollo del útero.

Si se trata de una mujer que haya pasado á la menopausia puede hacerse la ligamentopexia, la ventrofijación ó mejor una combinación de las dos, lo que dá mayor seguridad.

Pasemos ahora á la descripción del procedimiento del Doctor Dejardin.

### Operación del Doctor Dejardin.

Histeropexia mediata abdominal, histero-ligamentopexia ó simplemente ligamentopexia abdominal.

El Doctor Dejardin hace una distinción entre las mujeres portadoras de prolapso, según que atraviesen el período sexual ó que

hayan llegado á la menopausia. En las primeras, practica la ligamentopexia *pura*; en las otras, la combina á la histeropexia.

Creemos, porque lo hemos observado, que la ligamentopexia sola es suficiente en las dos categorías de enfermas; sin embargo, justo es desear mayor número de seguridades en aquellas que no tienen probabilidades de embarazo.

## I

### Enfermas operadas durante el período sexual.

Tomadas las más rigurosas precauciones antisépticas, la enferma será anestesiada por el cloroformo. La orina evacuada por el cateterismo. Se colocará á la paciente en la posición de Trendelenbourg y se dará cuenta de la altura á la cual puede ser llevado el útero en la cavidad abdominal.

Incisión sobre la línea blanca abdominal, de una extensión de doce á quince centímetros; así se ve mejor y se opera con más rapidez y propiedad.

Antes de abrir el peritoneo, se escinde sobre el borde interno la vaina de los músculos rectos del abdomen, de manera que quede libre el borde de estos y se desdoble la vaina. Abierto el peritoneo, se eleva el fondo del útero con una pinza de Musseux, con un hilo que se quitará más tarde, ó más simplemente con la mano.

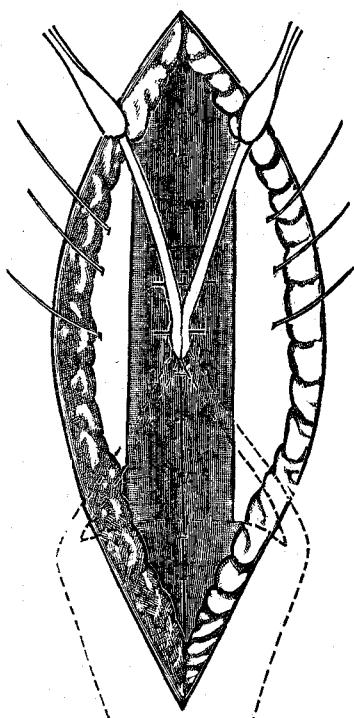
Se dará cuenta del estado de los anexos y se hará el tratamiento eventual. Luego se buscará los ligamentos redondos, que es necesario separar. Para esto se pasa una pinza armada de un hilo ó un Deschamps, bajo el ligamento redondo de cada lado y cerca de su entrada en el canal inguinal: el ligamento se liga en su cabo periférico, se secciona por encima del hilo y se eleva. Se enuclea en seguida de su cubierta peritoneal con ayuda de una sonda acanalada, sobre toda su longitud hasta el cuerno uterino. Si se juzga necesario, se hace un sorjete al ojal peritoneal. Se puede, á ejemplo de Spinelli, llevarlos sobre la cara anterior del útero y unirlos por algunos puntos de sutura con catgut ó seda de manera de formar un solo cordón (el Doctor Dejardin no lo hace.)

Se procede entonces á la sutura de la incisión abdominal y á la fijación de los ligamentos redondos á esta pared. Se practica de la manera siguiente: sutura de la incisión en dos planos: un plano, comprendiendo el peritoneo y las mitades inferiores de la vaina y del espesor del músculo recto de cada lado; pero teniendo cuidado de dejar un agujero, más virtual que real por donde salen del vientre los ligamentos redondos, agujero situado tan alto como sea posible elevar el útero, sin peligro de ruptura para dichos ligamentos. Se



cierra así completamente el plano profundo hasta la extremidad superior de la incisión. Los ligamentos redondos salen del abdomen, por un agujero lo bastante grande para dejarlos pasar á frote y se alojan dirigidos hacia arriba en un lecho músculo-aponeurótico.

Se procede entonces á la sutura del plano superficial y á la fijación de los ligamentos. Para ésto, se pasa la aguja curva (de Emmet), á través de la hoja superficial de la vaina, de la mitad superior del espesor del músculo recto de un lado; se atraviesan los ligamentos en mitad de su espesor (como lo hace Cittadini en el acortamiento extra-peritoneal de los ligamentos redondos), luego la mitad del



espesor y hoja superficiales del músculo recto del otro lado. Se colocan así cinco puntos de sutura, comprendiendo además de la pared los ligamentos redondos, de los que se reseca el excedente inútil. Se prosigue la sutura hasta la extremidad superior de la herida. Los ligamentos se encuentran así suturados á los músculos y alojados bajo la aponeurosis. Debajo se sutura completamente la pared músculo-aponeurótica. No queda más que cerrar la piel con crin de Florencia.

## II

### Enfermas operadas durante la menopausia.

Se procede en las primeras faces como ya se ha dicho. La sutura de la incisión abdominal y fijación de los ligamentos redondos en la pared difiere solamente.

Se practica como sigue: los ligamentos redondos fuera del vientre son confiados á un ayudante. Se sutura la incisión abdominal, como ya se ha dicho, en dos planos: uno, comprendiendo el peritoneo, las mitades inferiores de la vaina y del espesor del músculo recto; el otro, las mitades superiores de la vaina y del espesor del músculo recto de cada lado, *y eso desde la extremidad inferior de la incisión*

*hasta el punto en que se hace la histeropexia.* Se colocan entonces tres ó cuatro hilos de seda sólidos á través del útero á la Terrier; el primero en la parte inferior del cuerpo; el segundo en su parte media; el tercero en su parte superior, muy cerca del fondo. Estos hilos abrazan como los precedentes, la hoja profunda de la vaina y la mitad del espesor de los músculos rectos, más el cuerpo uterino. Se anudan estos hilos y se corta el sobrante. Se continúa cerrando el plano profundo hasta la extremidad superior de la herida, como se ha hecho debajo de la histeropexia.

Los ligamentos redondos salen del abdomen por un agujero, situado encima del cuerpo del útero ya fijado; ellos son alojados en el lecho músculo-aponeurótico y dirigidos hacia arriba.

Se procede entonces á la fijación de los ligamentos reunidos. Para ésto se pasa la aguja curva á través de la hoja superficial, de la mitad superior del espesor del músculo recto de un lado; se atraviesan los ligamentos redondos en mitad de su espesor; luego la mitad superior del espesor y hoja superficial de la vaina del músculo recto del otro lado.

Se colocan así cinco puntos de sutura, comprendiendo, además de la pared los ligamentos redondos, cuyo exceso se reseca. La sutura se hace hasta el ombligo. Los ligamentos quedan suturados á los músculos y bajo la aponeurosis.

No hay más que cerrar el plano superficial músculo aponeurótico debajo de la salida de los ligamentos, es decir, al nivel de la histeropexia propiamente dicha y debajo de ella si no se ha hecho. Se asegura por medio de uno ó dos puntos la oclusión exacta del vientre, al nivel de la salida de los ligamentos.

Todas estas suturas deben hacerse con seda y á puntos separados. No queda más que suturar la piel con crin de Florencia y la operación queda terminada.

Todo esto es más largo de describir, que de hacer. Se hace tan rápidamente como una oclusión por planos de toda laparotomía.

### Ventajas del procedimiento.

Transcribimos cuanto el Dr. Dejardin dice, referente á las ventajas de su procedimiento por parecernos de lo más justo, sus razones. Nosotros no podríamos hacerlo mejor.

«No pienso que sea posible realizar de manera más sólida la fijación del útero, fijación alta, sin interesar el cuerpo uterino en las mujeres que atraviesan el período sexual, fijando á la vez el cuerpo y los ligamentos durante la menopausia.

Por otra parte, el vientre queda perfectamente cerrado, puesto que en suma hay tres planos de sutura: uno sobre el peritoneo y la mitad inferior de la pared músculo-aponeurótica y que sirve al mismo

tiempo para fijar el cuerpo uterino (durante la menopausia): un plano sobre la mitad superior de la pared músculo-aponeurótica y que sirve al mismo tiempo para fijar los ligamentos redondos en el espesor de esta pared, de la que se vuelven en cierto modo parte integrante, y un plano cutáneo.

No hay necesidad de decir que la reunión por primera intención es de rigor. El obtenerla es cuestión del Cirujano.

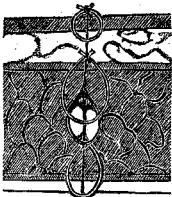
todo hacia delante y le fija contra la vejiga y el púbis. No lo eleva. Si esto es bueno y suficiente en las retro-desviaciones, es insuficiente en el prolapsos. La ligamentopexia abdominal fija el útero muy alto; y el resultado será el ideal, si se la combina al estrechamiento perineal.

Si se compara á la histeropexia de Terrier ó á cualquiera otro procedimiento de gastro-histeropexia que interese el cuerpo ó el cuello, ella tiene la ventaja de no exponer á ninguno de los inconvenientes que éstas presentan al punto de vista del embarazo y del parto, y no puede como la primera, predisponer á las presentaciones viciosas.—(S. Pozzi.)

La combinación de la operación de Terrier, á la que nada se puede reprochar durante la menopausia, con la fijación medio-abdominal de los ligamentos, se puede practicar, bien que en rigor se puede pasar sin ella. Pero insisto particularmente en la idea que tengo, de que la operación de Terrier es, antes de la menopausia, una operación por lo menos peligrosa; y que puede tener consecuencias funestas, al punto de vista del embarazo y de los partos, pero que sin embargo debe reconocerse como excelente, si se coloca al simple punto de vista de la fijación. Yo mismo he notado trastornos diversos: dismenorrea, trastornos vesicales, etc., después de la operación de Terrier. Esto se explica muy bien: el útero fijado por su fondo á la pared, los ligamentos útero-sacros, son tendidos hacia adelante (Vince.) Si son fuertes y manifiestan su acción, al cabo de cierto tiempo la dirección del canal se vuelve anormal; se dobla. Estos accidentes de dismenorrea se agravarían, puede ser mucho más todavía por la fijación del cuello del útero á la Rouffart.

En cuanto á la solidez de la pared abdominal, ella no sufre en manera alguna el paso de los ligamentos á través del peritoneo, si se tiene cuidado de restaurar bien esta pared, como lo aconsejo.»

INDICACIONES.—La operación está indicada en las retrodesviaciones libres y móviles y en las retrodesviaciones fijas ó complicadas de lesiones anexiales. En las primeras, soporta el paralelo con la operación de Alexander; en las otras, la supera, por cuanto permite



Si comparamos la ligamentopexia abdominal al procedimiento de Alexander, vemos desde luego que tiene sobre esta una inmensa ventaja, sobre todo en el prolapsos. En efecto, el acortamiento inguinal tira el útero sobre

destruir las adherencias y tratar las lesiones anexiales, sobre todo indicada en los prolapsos genitales completos, en los prolapsos rebeldes y en aquellos con los cuales han escollido otros procedimientos; debiendo practicarse sola en las mujeres jóvenes que tengan probabilidades de ser embarazadas más tarde, combinada á la histeropexia en las mujeres portadoras de prolapo y que hayan pasado á la menopausia. <sup>(1)</sup>

### Conclusión.

La ligamentopexia abdominal no puede pretender haber resuelto el problema del tratamiento del prolapo genital; pero es un recurso terapéutico de primer orden, sobre todo para las mujeres que padecen esta grave dolencia y atraviesan la edad fecunda, y si se combina á las operaciones que tienen por efecto modificar el útero, restaurar el periné y estrechar el canal vaginal, el resultado operatorio no podrá ser superado por ningún otro procedimiento.

---

## RESUMEN DE OBSERVACIONES <sup>(2)</sup>

---

### I

#### Prolapo uterino de tercer grado.

Ligamentopexia abdominal, Dejardin, practicada por primera vez en Guatemala el 25 de Agosto de 1903, por el Doctor J. J. Ortega, ayudado de los Doctores Julio Valdés Blanco, Jorge Avila Echeverría y José Fernández de León.

María Antonia de León, ingresa al Segundo Servicio de Cirugía de Mujeres y refiere que hace dos años dió á luz un niño y que al segundo día del parto, por tener que atender á sus ocupaciones, se vió en la necesidad de abandonar el lecho. Poco tiempo después sintió algo que se le colocaba en la vulva, causándole estorbo al andar, sensación de vacío en el vientre, algunos dolores en las regiones sacra y lumbar, llamándole sobre todo la atención la frecuencia de las micciones. Progresivamente el cuerpo que hacía estorbo

(1) Es de todo punto necesario practicar primero las plastias vagino-perineales, para no tirar los órganos ya fijados.

(2) Las tres primeras observaciones han sido publicadas por N. Moraga M., en «La Escuela de Medicina.»—Números 1 y 2, Tomo XII.—1904.

fué bajando, hasta el punto de venir á colocarse entre los muslos. Antecedentes hereditarios, sin importancia. Antecedentes personales: etilismo, paludismo.—Reglas: aparecieron á los trece años y no han sufrido alteración.—Ha tenido seis hijos.—Examen: la enferma de pié y en el decúbito dorsal tiene la abertura vulvar ocupada por la matriz prolapsada.—La reducción del prolapo se obtiene sin dificultad, bastando el menor esfuerzo de la enferma para reproducirlo.—El diagnóstico no presenta dificultad.

TRATAMIENTO.—Se hizo en todos sus tiempos la ligamentopexia abdominal.

NOTAS.—Ningún accidente post-operatorio. A los doce días la reunión de la herida se ha efectuado y se quitan los puntos superficiales. A los diez y seis la enferma se levanta; lo único que la molesta son los tirones que siente en la herida, los que desaparecen algunos días después. Queda por corregir el cistocele, pero la enferma no aceptó nueva intervención.

## II

### Prolapso uterino de tercer grado.

Eloísa Zúñiga, de diez y siete años de edad, natural de Retalhuleu, ingresa al Segundo Servicio de Cirugía de Mujeres en Junio de 1903. No tiene antecedentes hereditarios morbosos. Dice haber tenido un parto prematuro á la edad de quince años, el cual cree se debió á un prolongado viaje á caballo. A consecuencia de este parto prematuro quedó padeciendo de flujo blanco, que viene á curarse al Hospital.

Al examen se encuentra la abertura vulvar ocupada por un cistocele vaginal, el periné con grandes é irregulares cicatrices, el cuello uterino en dos valvas y notablemente alargado, la mucosa cervical con algunas ulceraciones y cubierta de moco-pus.

Aplicadas las curaciones antisépticas, modifican favorablemente el estado del cuello.

Propuesta la intervención á la enferma, la acepta. Se hacen entonces la colporrafia anterior, la amputación del cuello y la restauración del periné. La paciente pide su alta porque ya está curada y sale del Hospital en Agosto. En el mes de Septiembre vuelve al mismo Servicio con un prolapo de tercer grado. Se interviene de nuevo esta vez, pero practicando la ligamentopexia por el método del Doctor Dejardin. Otra vez se obtiene la reunión por primera intención; y la operada de Octubre, sin accidentes post-operatorios, abandona el Hospital el 21 de Noviembre, en perfecto estado de salud.



### III

#### Prolapso uterino de segundo grado y retroflexión.

Doña V. O. de Ch., de 26 años de edad, casada á los 19, natural de Zacapa, de regular constitución, ingresó á la Casa de Salud de Señoras en Octubre de 1903, quejándose de fuertes dolores en el vientre, que según ella, habían empezado desde cuatro meses antes.

Refiere haber tenido un parto normal y á término, y dos años después de éste, un parto prematuro, en el cual el feto presentaba varias deformaciones, entre otras, dos grandes hendiduras á los lados de la nariz. Ignora la causa de este parto prematuro, después del cual quedó con flujo blanco y con irregularidad en sus reglas.

Antecedentes morbosos hereditarios, no existen.

**EXAMEN.**—Extrema flacidez de la pared abdominal; periné sin señales de haber sido rasgado; órganos genitales externos, normales; abertura vulvar, ocupada por un cistocele vaginal; de pie y en decúbito dorsal, al menor esfuerzo de la enferma, viene á situarse el cuello en esta abertura; la mucosa de la vagina con lesiones de una vaginitis aguda; la mucosa del hocico de tenca, en el mismo estado; explorada la matriz con la sonda de Egar, penetraba su curvadura hacia abajo; el fondo de saco posterior ocupado por el fondo de la matriz. A la palpación combinada, se encontró el ovario izquierdo muy doloroso.

Aplicadas las curaciones antisépticas por mañana y tarde, se obtuvo en breve tiempo el desaparecimiento de las lesiones inflamatorias. Poco tiempo después se hace un raspado por endometritis. Curada ésta, se propuso á la enferma la intervención para corregir el prolapso de la matriz; y aceptada, se procedió á llevarla á efecto, después de los preparativos ordinarios, siguiendo siempre el procedimiento del Doctor Dejardin.

Al darse cuenta del estado de los anexos, se encontró el ovario izquierdo algo hipertrofiado y con un quiste seroso pediculado, del cual se hizo la extirpación.

Otra vez se obtiene la reunión por primera intención y la enferma se retira del Hospital, á los 25 días de operada, sintiendo por toda novedad los tirones de que las otras también se quejaban, tirones que desaparecieron completamente, hallándose hoy en perfecto estado de salud.

## IV

### **Prolapso uterino de segundo grado.**

Micaela Aroche, natural de Guatemala, de veintidós años de edad, soltera, ingresa al Segundo Servicio de Cirugía de Mujeres el 16 de Marzo de 1904.—Sin antecedentes hereditarios.—Antecedentes personales: padece de palpitaciones y frecuentes lipotimias y después de su primero y único parto tuvo fiebre de duración de cinco días, quedando hasta hoy con flujo blanco que viene á curarse al Hospital.

Al examen encontramos la abertura vulvar ocupada por un cistocele. Un esfuerzo hecho por la enferma hace bajar el cuello hasta dicha abertura. Pudimos comprobar del lado de la matriz las lesiones de la metritis crónica.

**TRATAMIENTO.**—Le grado y curaciones antisépticas á efecto de modificar la matriz. Modificado favorablemente el estado de dicho órgano, el día 18 de Abril del propio año y con el objeto de corregir el desplazamiento ya mencionado, se practica después de las preparaciones usuales la histero-ligamentopexia, según el procedimiento del Doctor Dejardin.

Dada la edad de la enferma se pensó al principio practicar la ligamentopexia sola; pero en vista de la delgadez extrema de los ligamentos redondos, por una parte, y por otra la completa atrofia del ovario izquierdo y la degeneración quística del derecho, que fué extirpado, se decidió combinarlo á la ventrofijación, ya que en nuestra observada es imposible un embarazo.

La cicatrización por primera intención es obtenida. La enferma abandonó el Hospital, perfectamente curada.

## V

### **Prolapso uterino de tercer grado.**

Juana Menéndez, de 36 de edad, viuda y natural de Quezaltenango, ingresó al Segundo Servicio de Cirugía de Mujeres el día 19 de Julio de 1905. Refiere que desde hace tres años y después del octavo y último parto, empezó á sentir el descenso de la matriz. Bien pronto se puso en curación y le practicaron en Quezaltenango dos operaciones por la vía vaginal, mejorándola únicamente por breve espacio de tiempo.

A nuestro examen encontramos un prolapso genital completo, el cuello enteramente ulcerado.

Con el objeto de corregir el desplazamiento uterino, practicó el Doctor J. J. Ortega el día 21 de Julio del mismo año, después de las preparaciones acostumbradas, la histero-ligamentopexia Dejardin.

A la abertura de la cavidad abdominal y al examen de los anexos, se encontraron los ovarios completamente atrofiados; el izquierdo con un quiste hemático, el cual fué extirpado.

La reunión por primera intención se obtiene; la enferma abandona el Hospital en perfecto estado de salud.

---

Podríamos multiplicar nuestras observaciones, pero publicamos solamente las más antiguas, pues son las de mayor mérito.

En todas las asistidas en los Servicios de los Doctores Ortega, el resultado operatorio se mantiene; á la mayor parte de ellas hemos tenido ocasión de verlas en los últimos días del mes de Mayo del presente año y con verdadera satisfacción las hemos oido decir que pueden dedicarse á sus ocupaciones habituales sin experimentar molestias de ningún género.

*Temesio Moraga Moreno.*

Vº Bº,

Imprímase,

*Salvador Ortega.*

*J. J. Ortega.*

# PROPOSICIONES

---

ANATOMÍA DESCRIPTIVA .....	Ligamentos redondos.
ANATOMÍA PATOLÓGICA .....	Riñón apendicular.
BOTÁNICA MÉDICA .....	<i>Atropa belladonna</i> .
BACTERIOLOGÍA .....	Neumococo.
CLÍNICA QUIRÚRGICA .....	{ Diagnóstico de las fracturas de la base del cráneo.
CLÍNICA MÉDICA .....	Cito-diagnóstico en las pleuresías.
FÍSICA MÉDICA .....	Ánálisis espectral de la sangre.
FISIOLOGÍA .....	Neurona.
FARMACIA .....	Colutarios.
GINECOLOGÍA .....	Kraurosis de la vulva.
HISTOLOGÍA .....	Tejido óseo.
HIGIENE .....	Influencia higiénica de las lluvias.
MEDICINA OPERATORIA .....	Histerectomía sacra.
MEDICINA LEGAL .....	Parto precipitado.
OBSTETRICIA .....	Presentación de nalgas.
PATOLOGÍA GENERAL .....	Síncope.
PATOLOGÍA INTERNA .....	Enfermedad de Duchenne.
PATOLOGÍA EXTERNA .....	Glaucoma.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA .....	Proto-cloruro de mercurio.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA .....	Morfina.
TERAPÉUTICA .....	Heroína.
TOXICOLOGÍA .....	{ Envenenamiento por el clorato de potasio.
ZOOLOGÍA MÉDICA .....	<i>Oxyurus vermicularis</i> .