



Año 1918

N. 3421

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

*mai A-70-8*

# Etiología y Tratamiento

DE LOS

# PROLAPSUS GENITALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO A. OVIEDO

Ex-practicante menor por concurso de examen del Hospital Rivadavin  
Ex-practicante menor interno del Hospital Juan A. Fernández  
Ex-practicante mayor interno del Hospital Juan A. Fernández

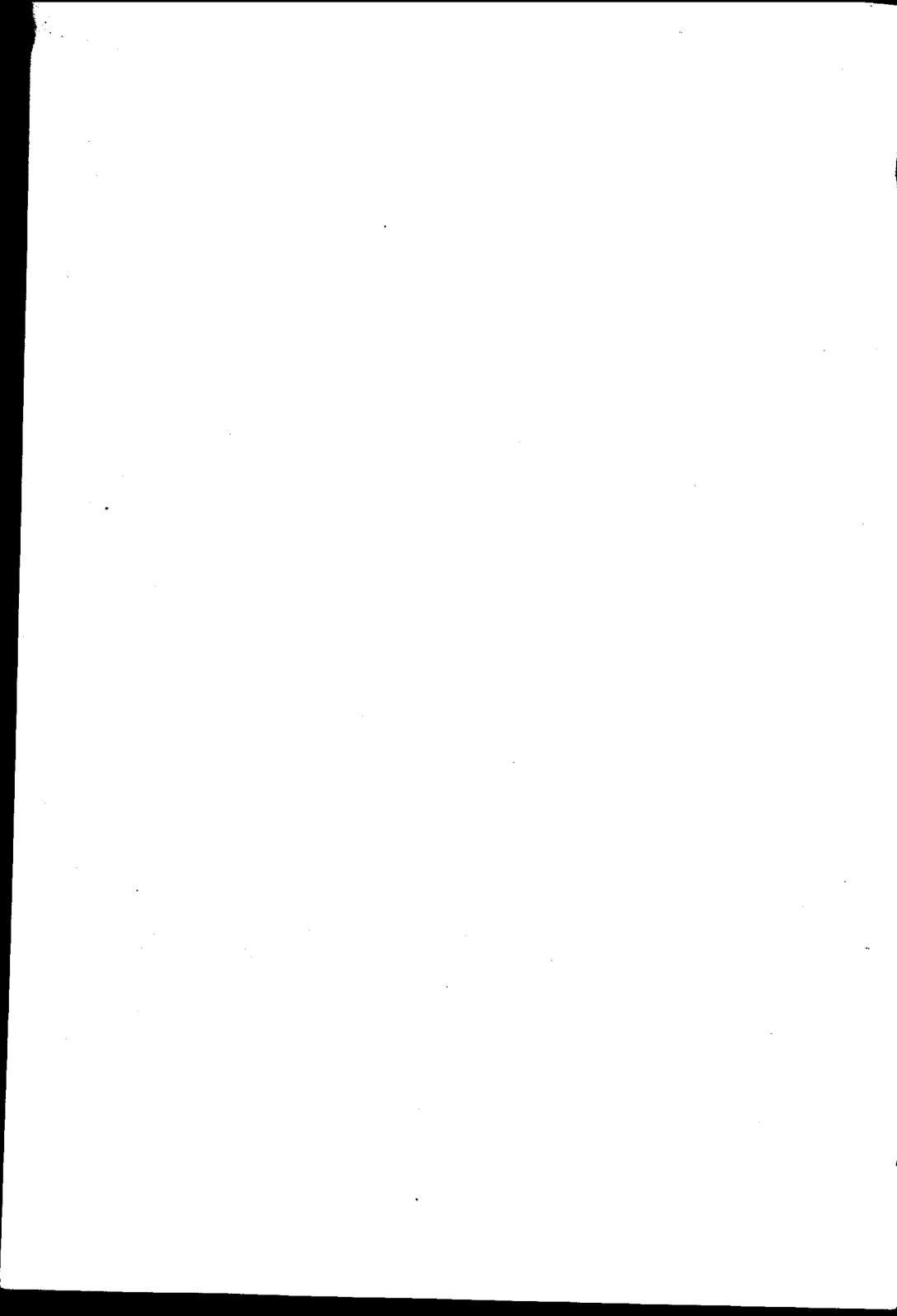


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

Etiología y Tratamiento de los prolapsus genitales



Año 1918

N. 3421

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

# Etiología y Tratamiento

DE LOS

## PROLAPSUS GENITALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO A. OVIEDO

Ex-practicante menor por concurso de examen del Hospital Rivadavia  
Ex-practicante menor interno del Hospital Juan A. Fernández  
Ex-practicante mayor interno del Hospital Juan A. Fernández



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

La Facultad no se hace solidaria de  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros Titulares

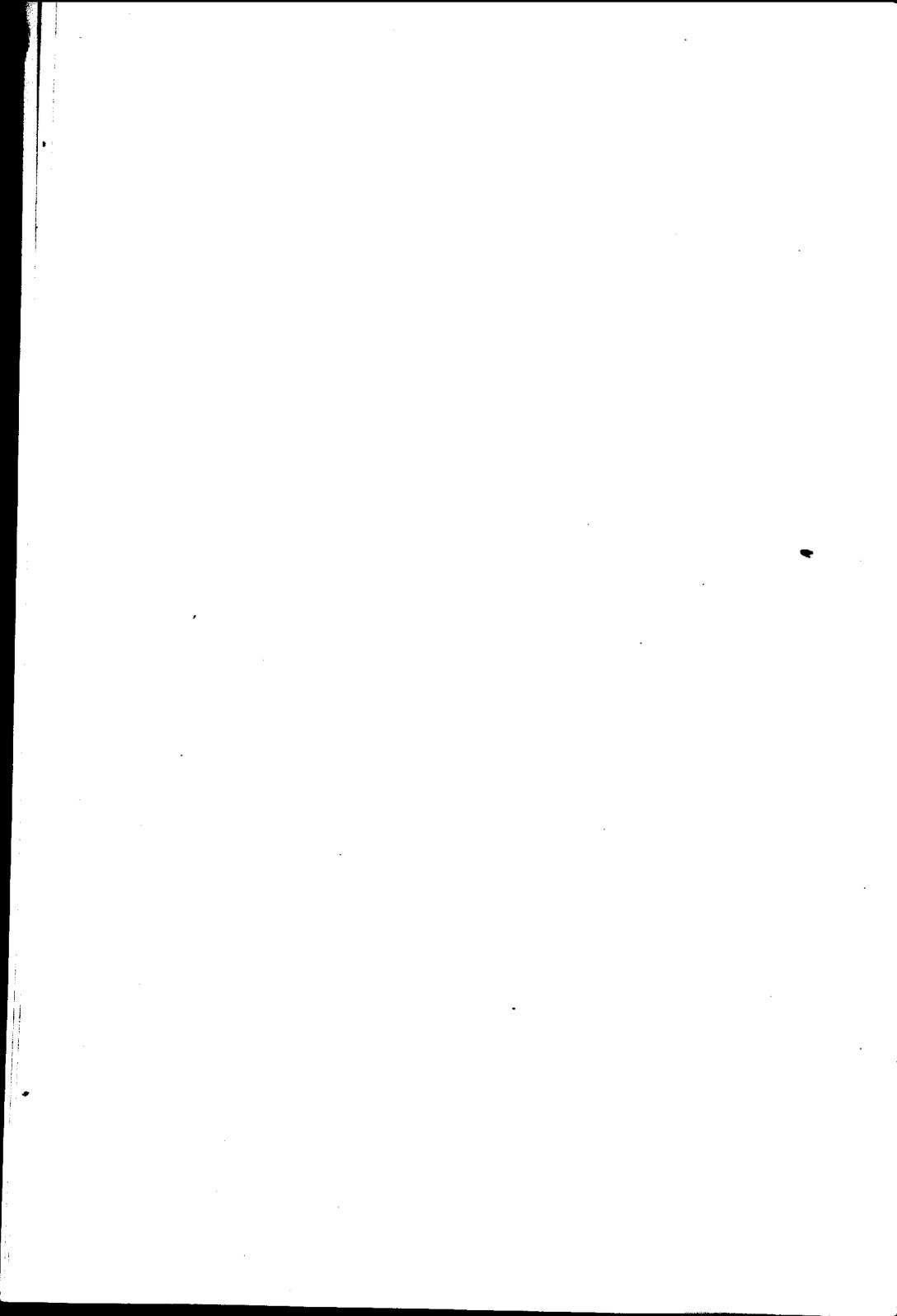
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜMMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SIGARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ-ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES.
24. » » Vacante

### Secretario General

Vacante

### Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



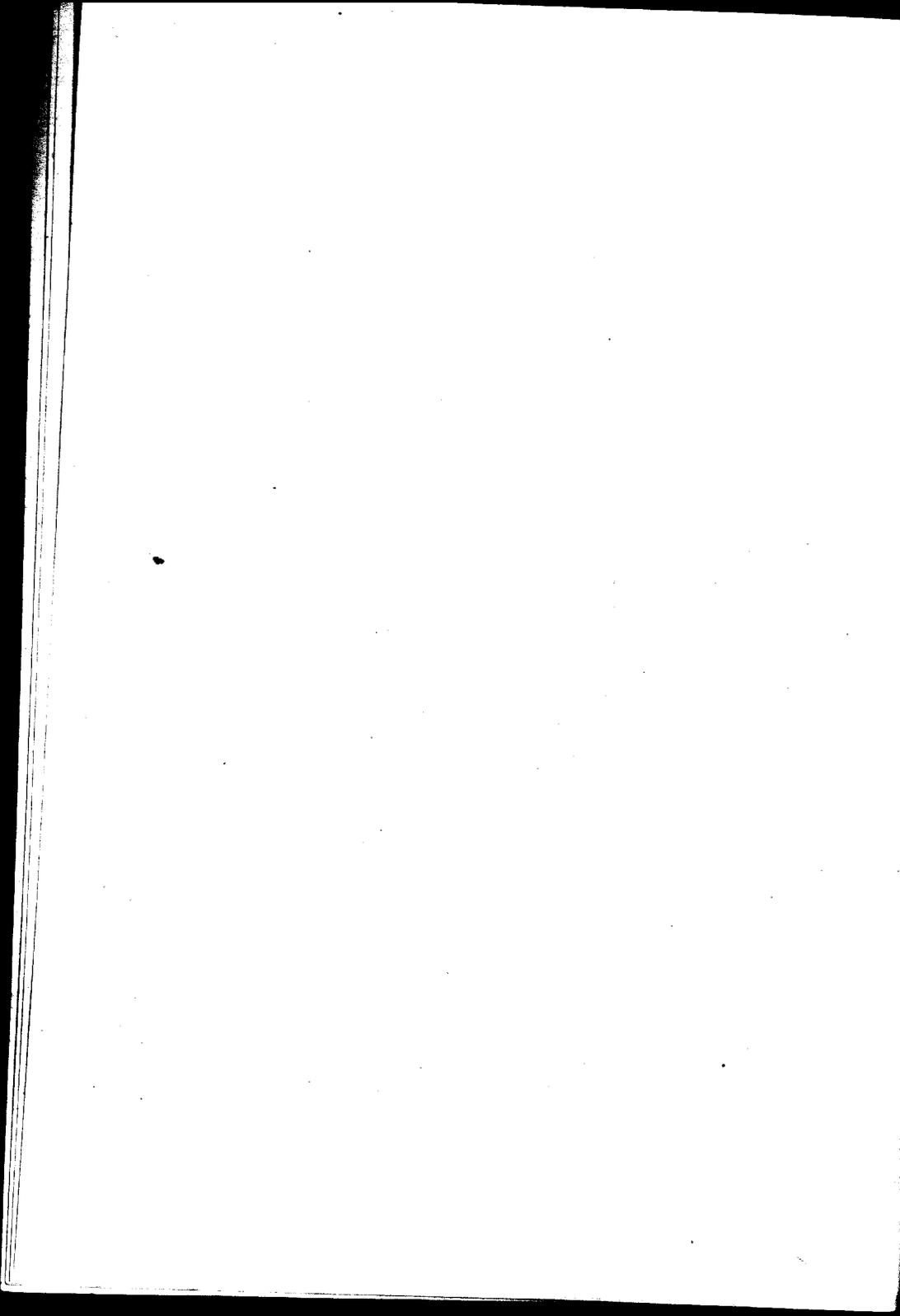
## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

### ACADEMIA DE MEDICINA

#### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## CONSEJO DIRECTIVO

### **Decano**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### **Vice Decano**

DR. D. DOMINGO CABRED

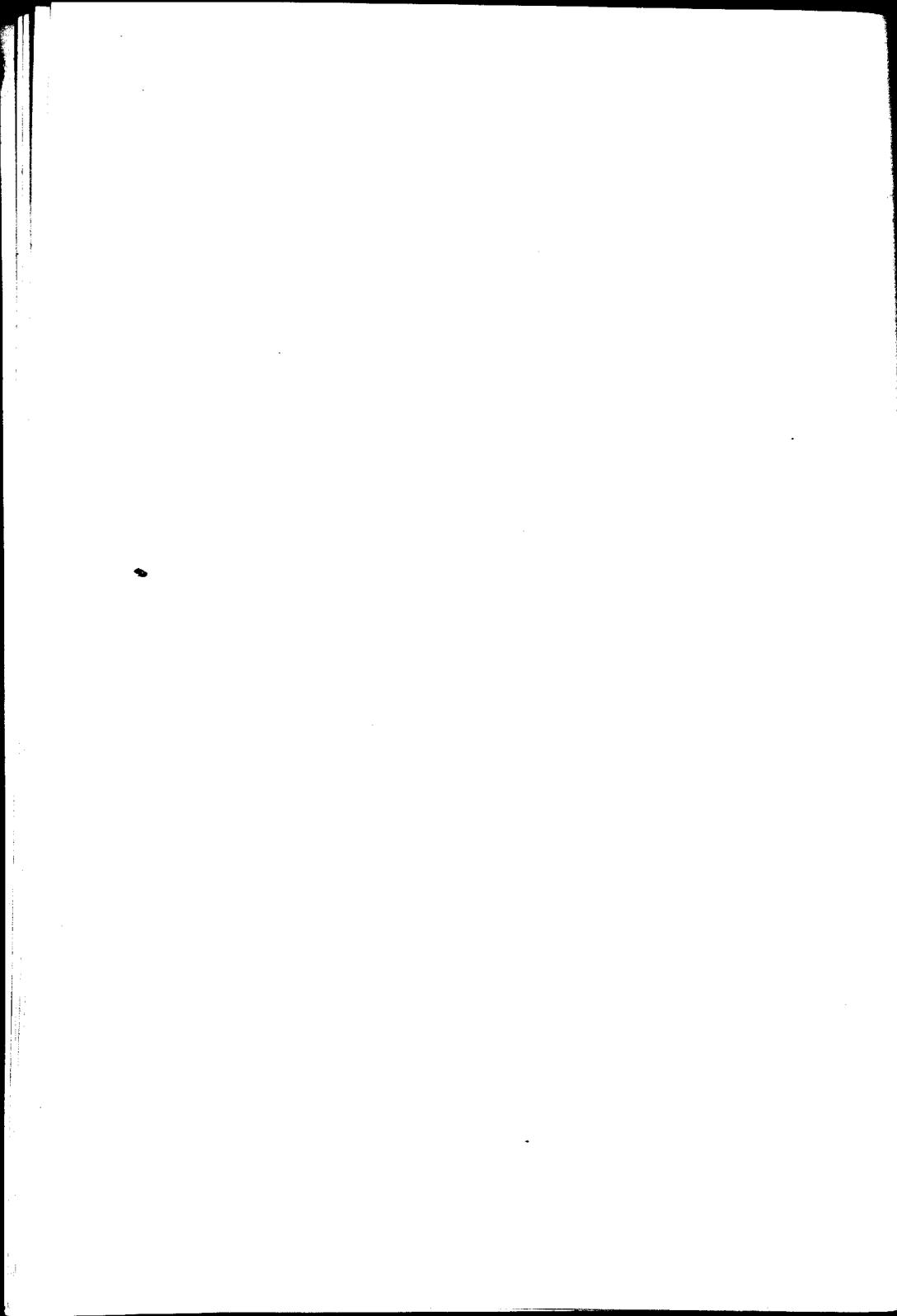
### **Consejeros**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA  
» » ELISEO CANTÓN  
» » ANGEL M. CENTENO  
» » DOMINGO CABRED  
» » MARCIAL V. QUIROGA  
» » JOSÉ ARCE  
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
» » DANIEL J. CRANWELL  
» » CARLOS MALBRÁN  
» » JOSÉ F. MOLINARI  
» » MIGUEL PUIGGARI  
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)  
» » FANOR VELARDE  
» » IGNACIO ALLENDE  
» » MARCELO VIÑAS  
» » PASCUAL PALMA

### **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU

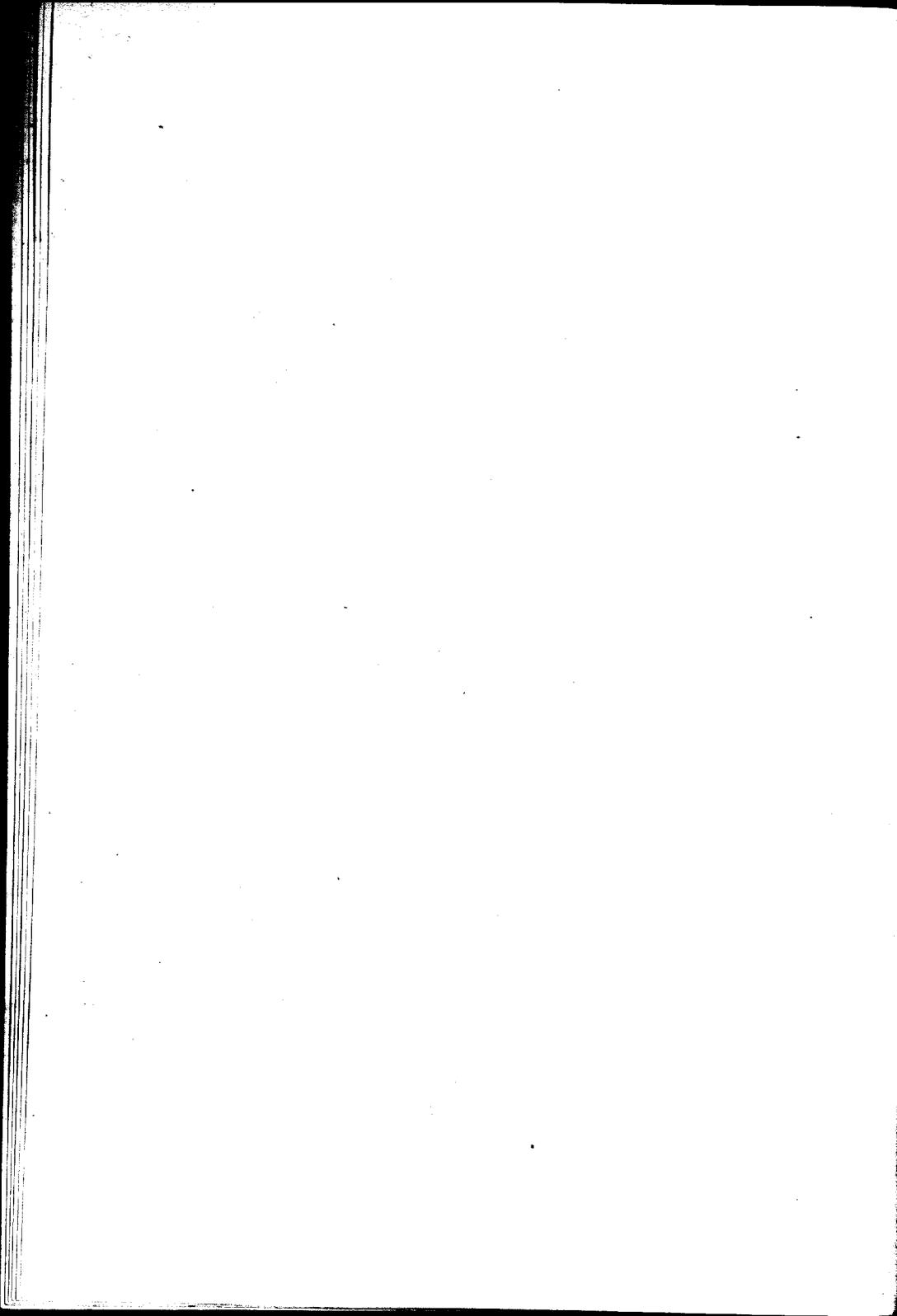


## ESCUELA DE MEDICINA

### PROFESORES HONORARIOS

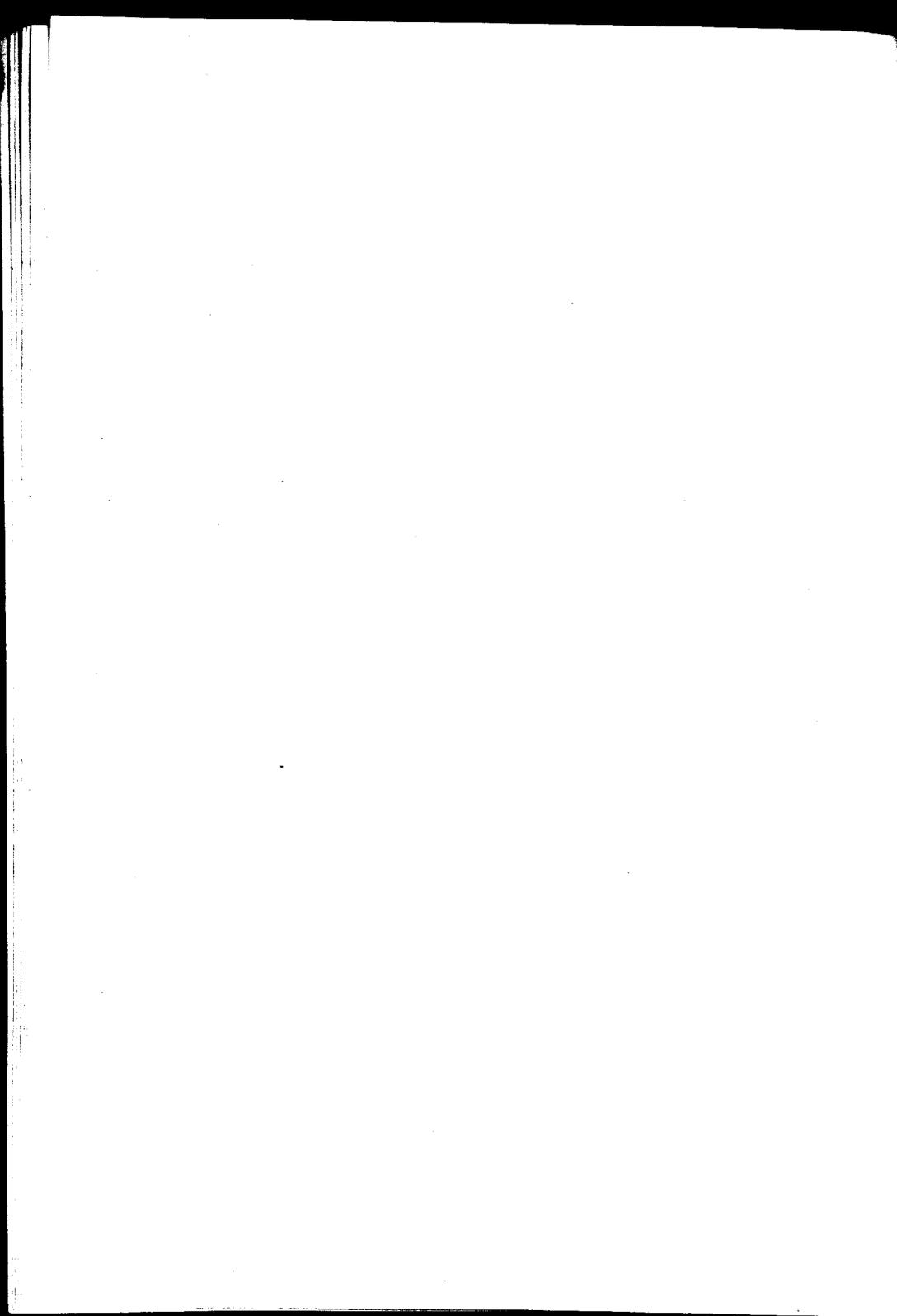
DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI
- » TELÉMACO SUSINI



## ESCUELA DE MEDICINA

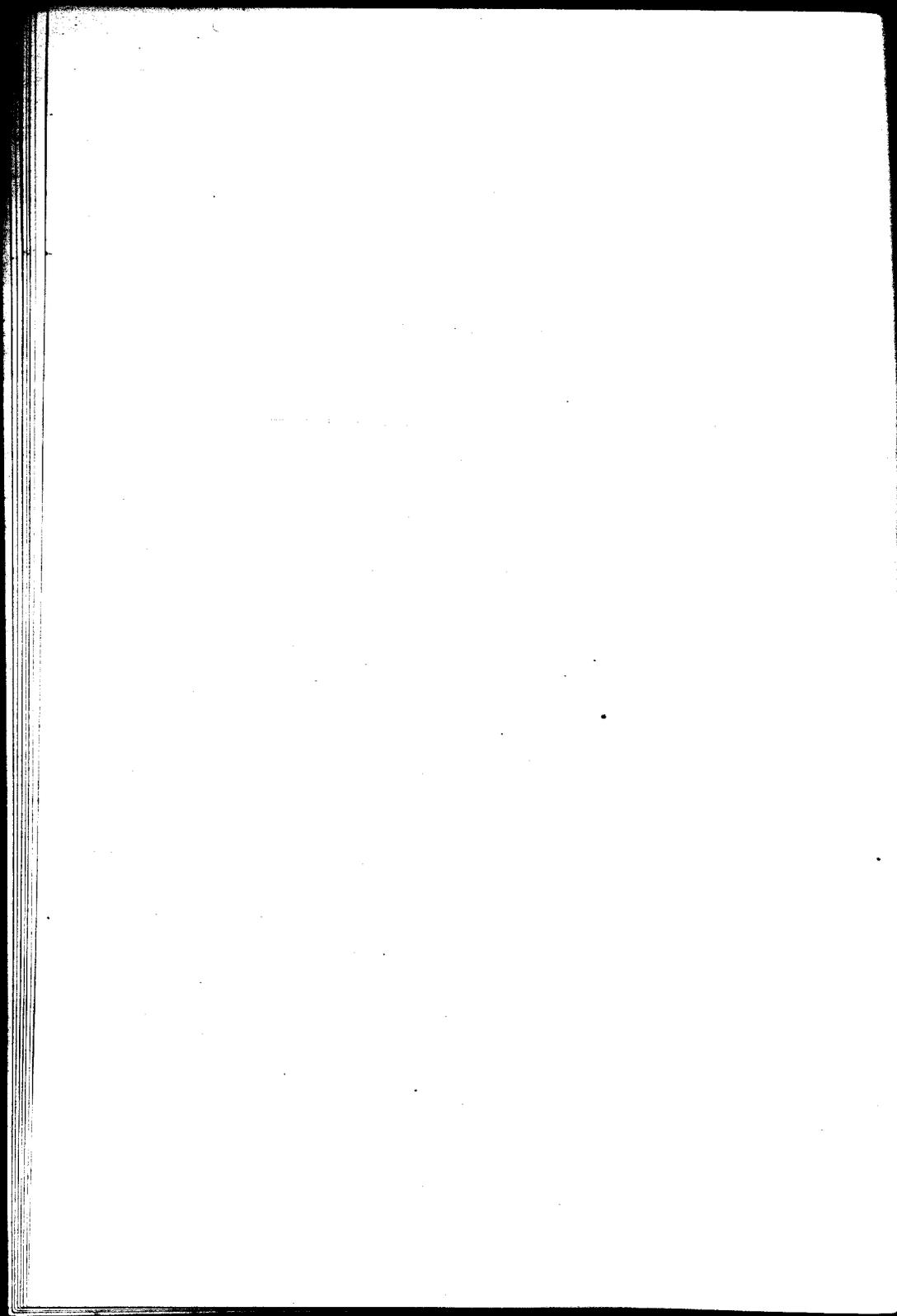
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica .....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica .....	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clinica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría .....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

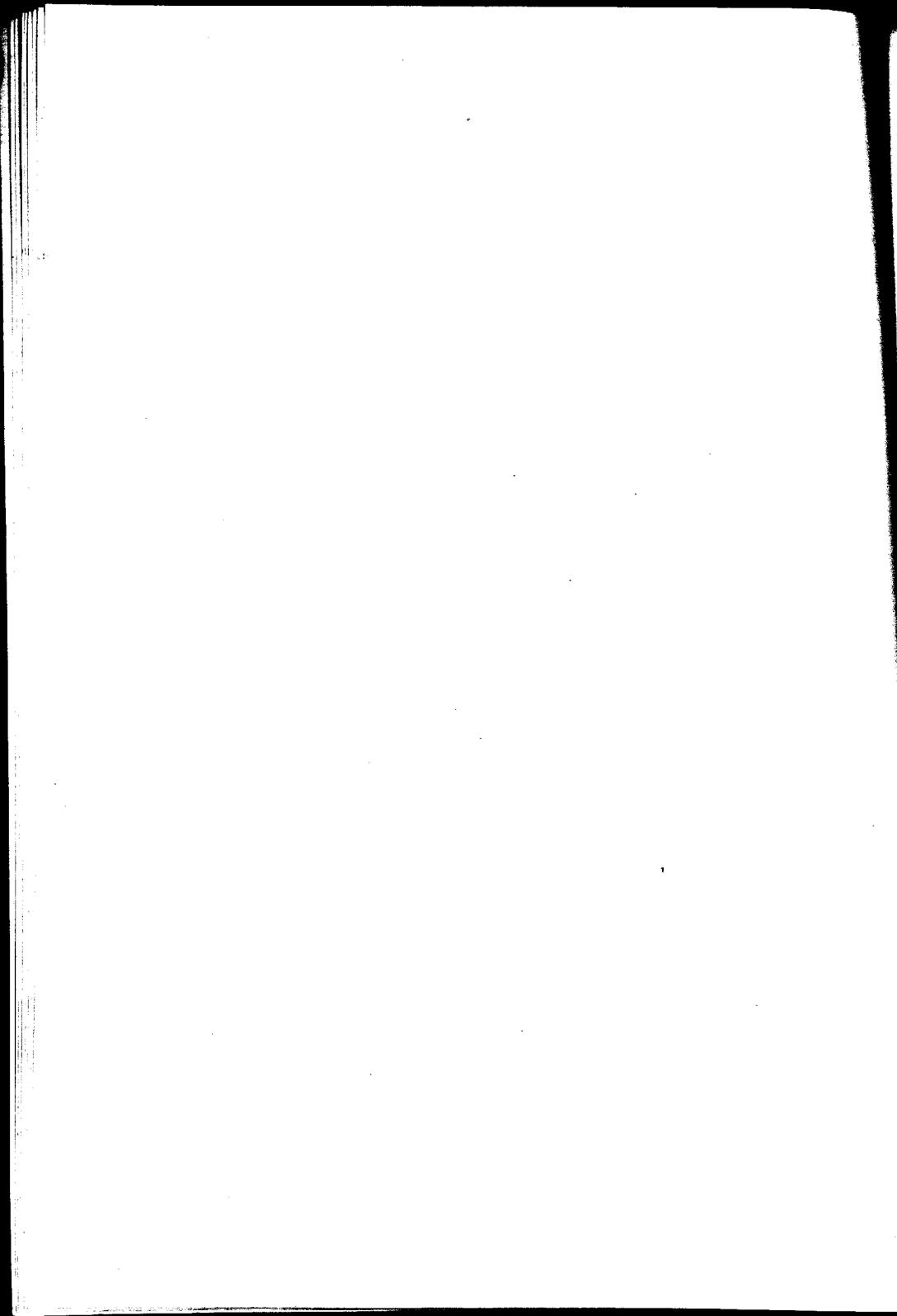
---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Botánica Médica .....	» R. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología » .....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	» LEOPOLDO URIARTE
Higiene Médica .....	» ALOIS BACHMANN
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	» JOSÉ BADÍA
Clínica génito-urinaria.....	» FELIPE A. JUSTO
Patología externa .....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Patología Interna.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica oto-rino-laringológica..	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Clínica Neurológica.....	» RICARDO COLÓN
Clinica Pediátrica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clinica Quirúrgica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
Clinica Psiquiátrica.....	» MARIANO ALURRALDE
Clinica Obstétrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Ginecológica.....	» MANUEL A. SANTAS
Clinica Médica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» JOSÉ F. MOLINARI
	» PATRICIO FLEMING



# ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANCISCO ROPHILLE
Higiene Médica.....	» FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	» BERNARDO HOUSSAY
Anatomía patológica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y terapéutica.....	» SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria.....	» BENJAMÍN GALARBE
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
» Génito urinaria.....	» ALFREDO VITÓN
» epidemiológica.....	» PEDRO J. HARDOY
» oftalmológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
» oto-rino-laringológica.....	» ANGEL H. BOFFO
Fatología interna.....	» PEDRO ELIZALDE
Clinica quirúrgica.....	» JOSÉ MOHNER
» Neurológica.....	» PEDRO CASTRO ESCALADA
» Médica.....	» ENRIQUE FINOCHELETTO
» pediátrica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» ginecológica.....	» CASTELFORT LUGONES
» obstétrica.....	» ENRIQUE M. OLIVERI
Medicina legal.....	» ALEJANDRO CEVALLOS
Clinica Esquiátrica.....	» NICOLÁS Y. GRICO
	» PEDRO L. BALINA
	» JOAQUÍN CERVIERA
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESETEFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» DANIEL TRAMM
	» ADOLFO NOCETTI
	» RAÚL ARGANARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASIRO ESCALADA
	» FELIPE L. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BAWLARO
	» EDUARDO MARINO
	» ROMANO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUIRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. TANDÍVAR
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERG
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESETEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» EULIO MARTINI
	» CÁNDRIDO PATIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IHBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSÉ A. BERUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JOAQUÍN Y. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA
	» AMABLE JONES

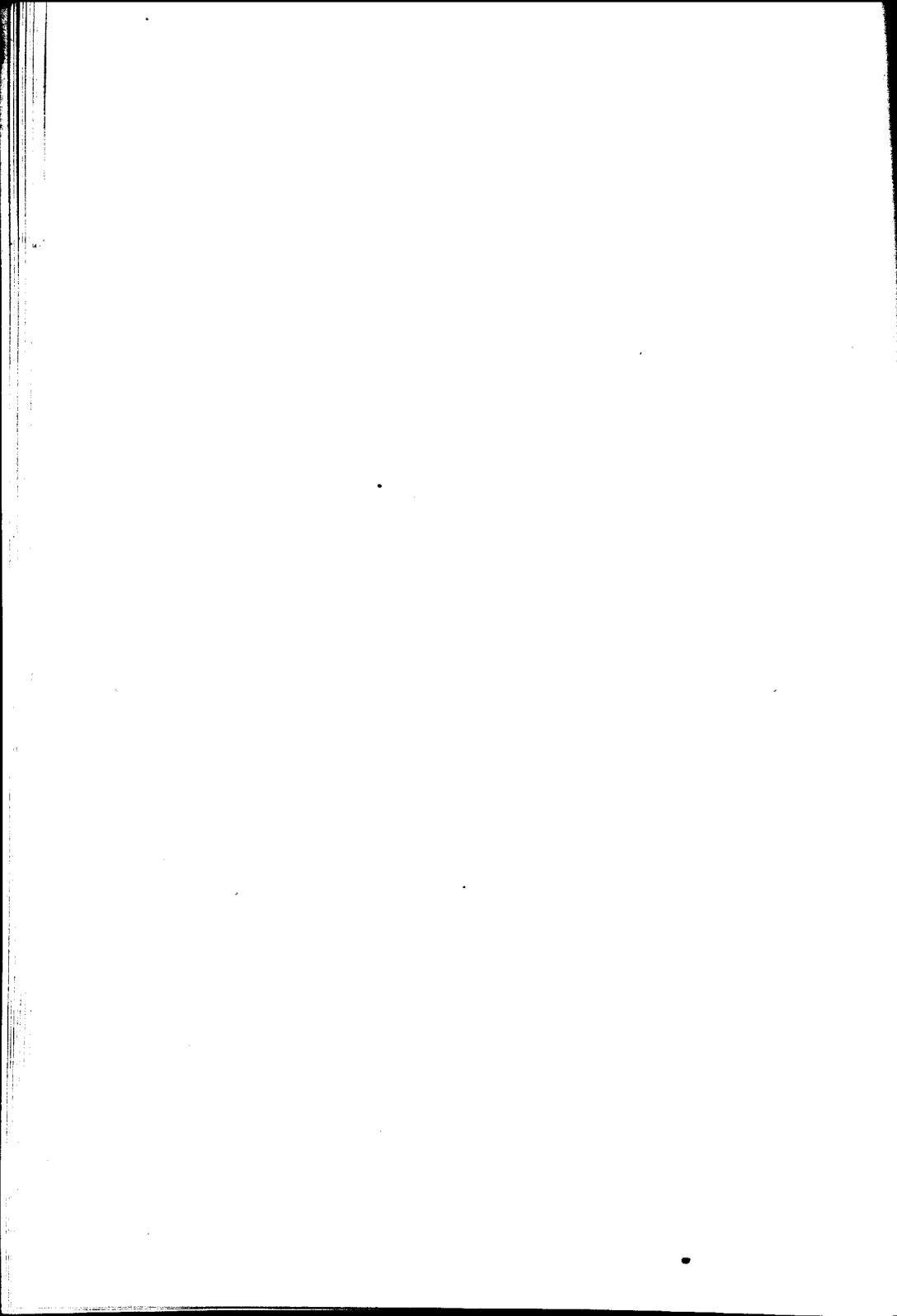


## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc..	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

---



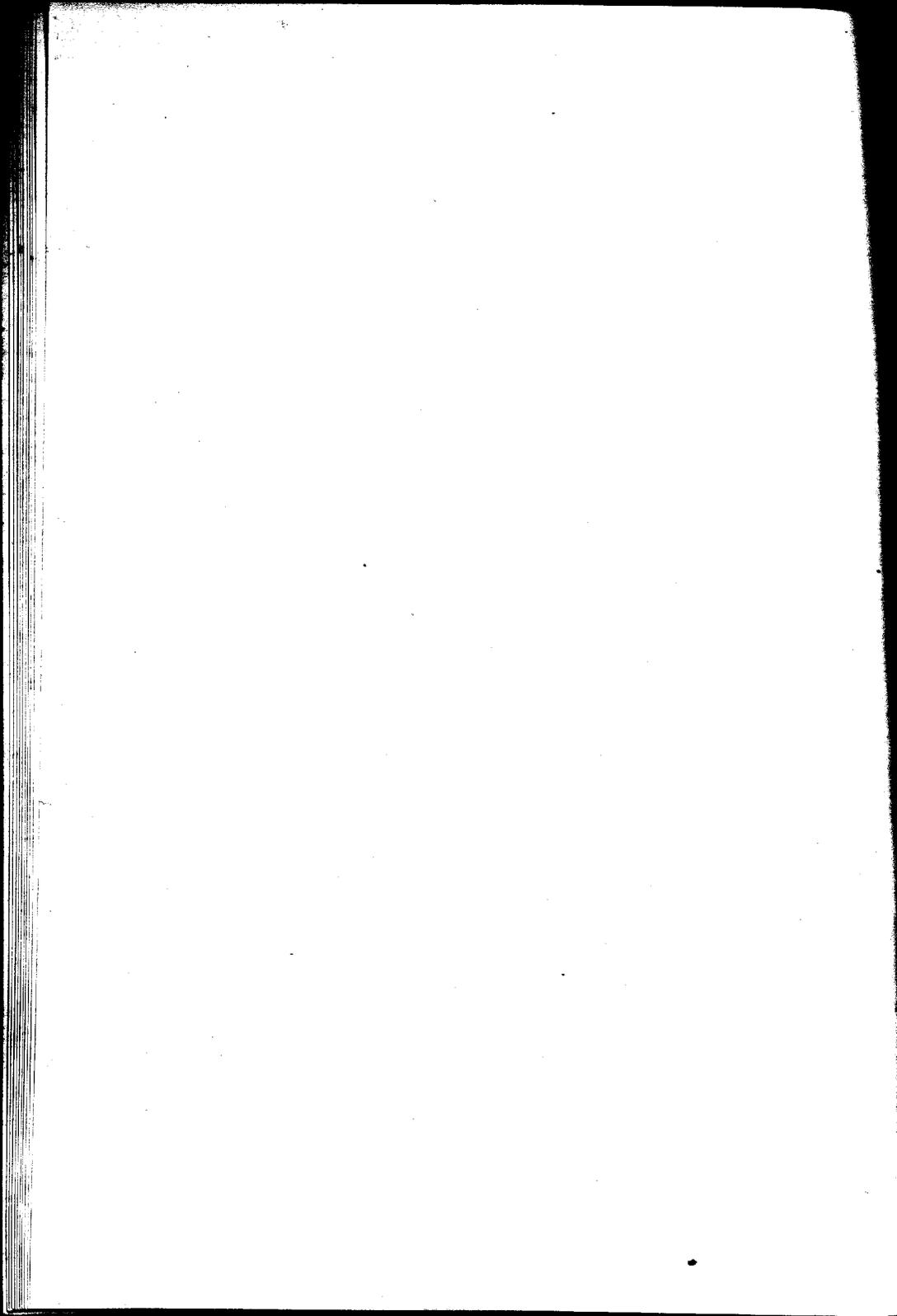
## ESCUELA DE FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA (Vacante)
Química farmacéutica orgánica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Técnica farmacéutica (1er curso)...	» RICARDO SCHATZ
Higiene, Ética y Legislación.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Química analítica general.....	St. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Farmacognosia especial.....	Dr. J. MANUEL IRIZAR
Técnica farmacéutica (2º. curso)...	

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....	Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica... }	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal.... }	» EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica..... }	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica..... }	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica general..... }	Dr. LUIS GUGLIAMELLI
Farmacognosia especial..... }	St. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
	Dr. JUAN A. SANCHEZ
	St. OSCAR MIALOCK

## DOCTORADO EN FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORANS



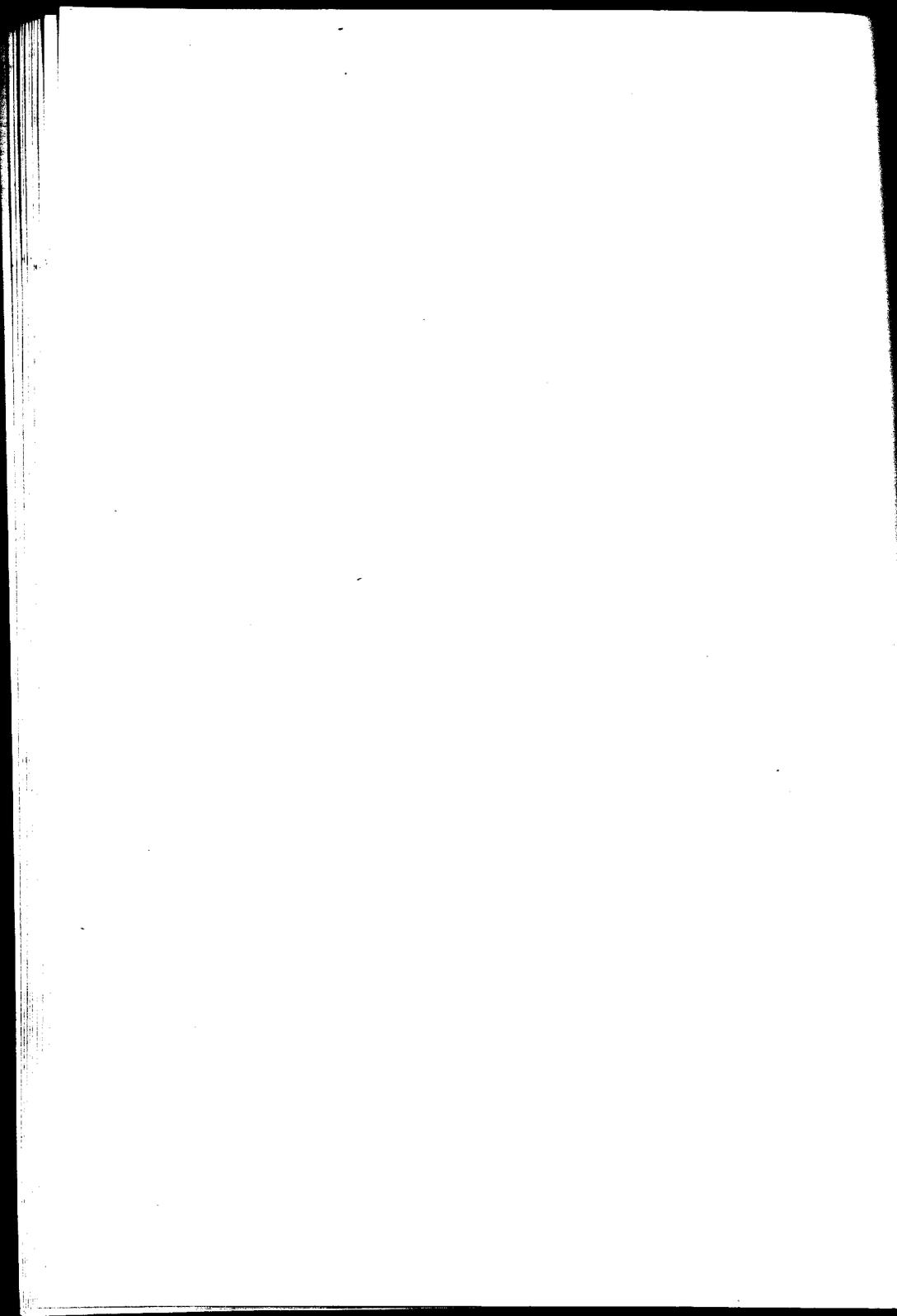
## ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental ... ..	SR. ANTONIO J. GUARDO

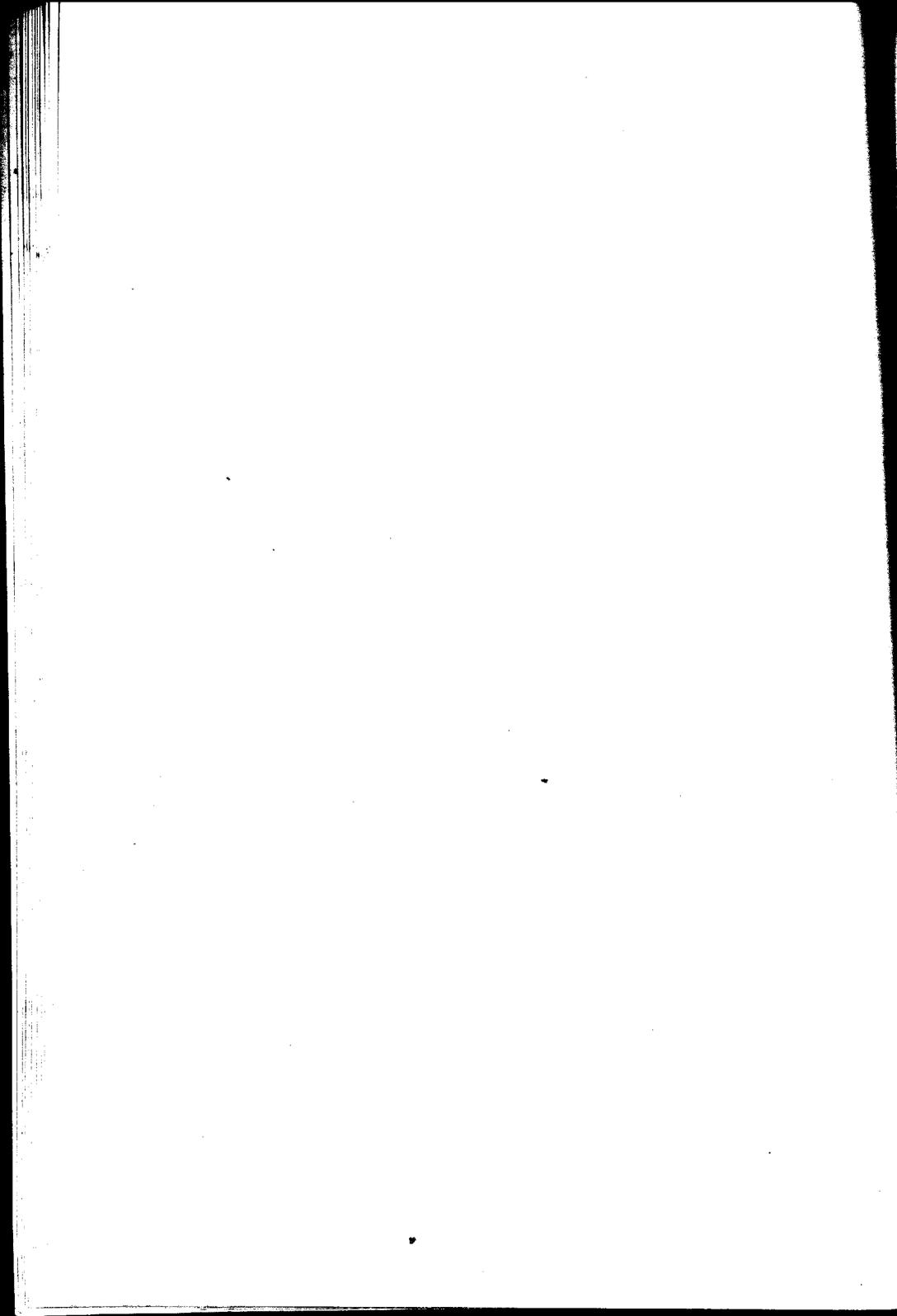
### **Catedráticos sustitutos**

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA ( » )
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

DR. ENRIQUE THWAITES LASTRA

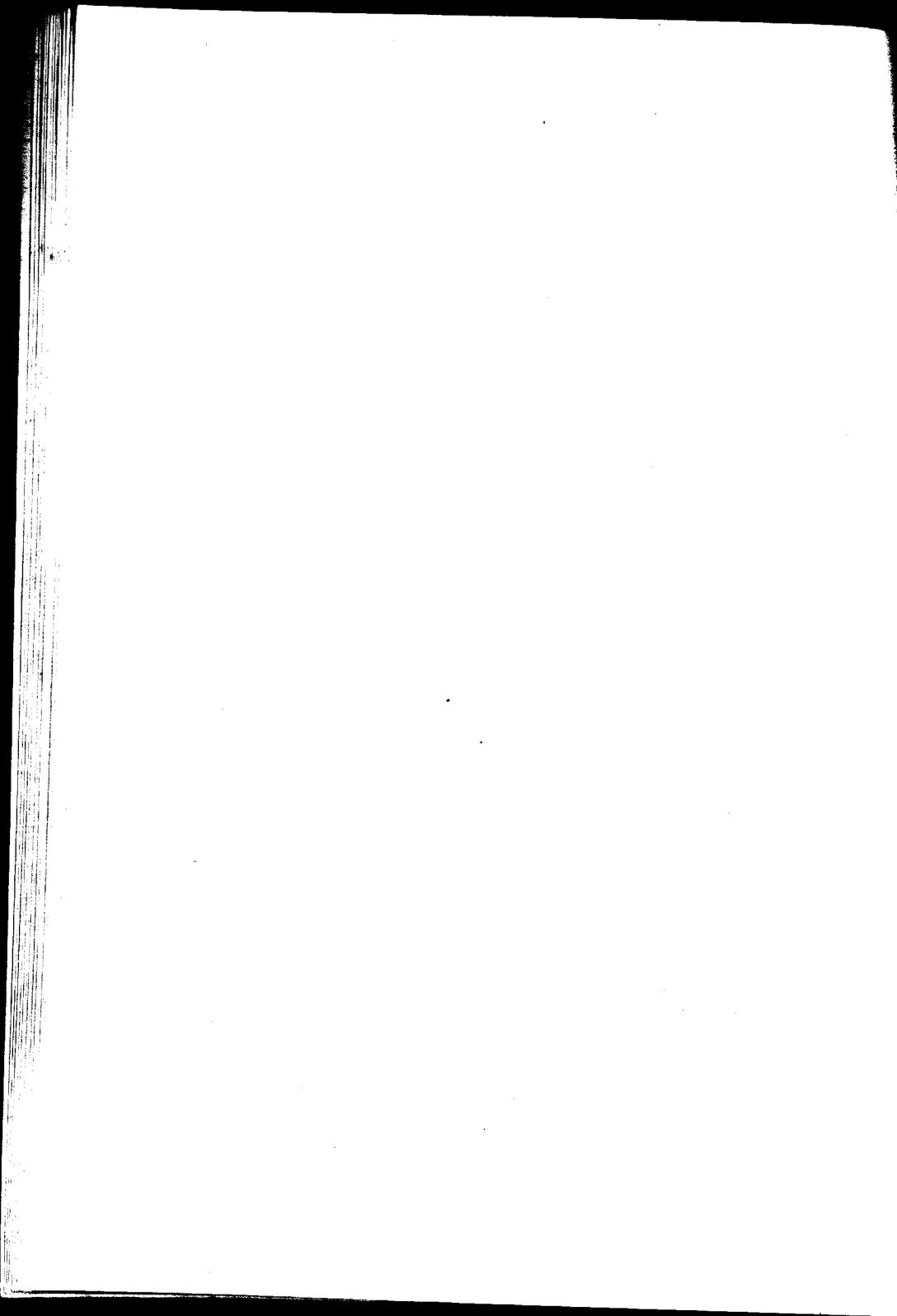


A MIS QUERIDOS PADRES

Dr. AMADEO OVIEDO

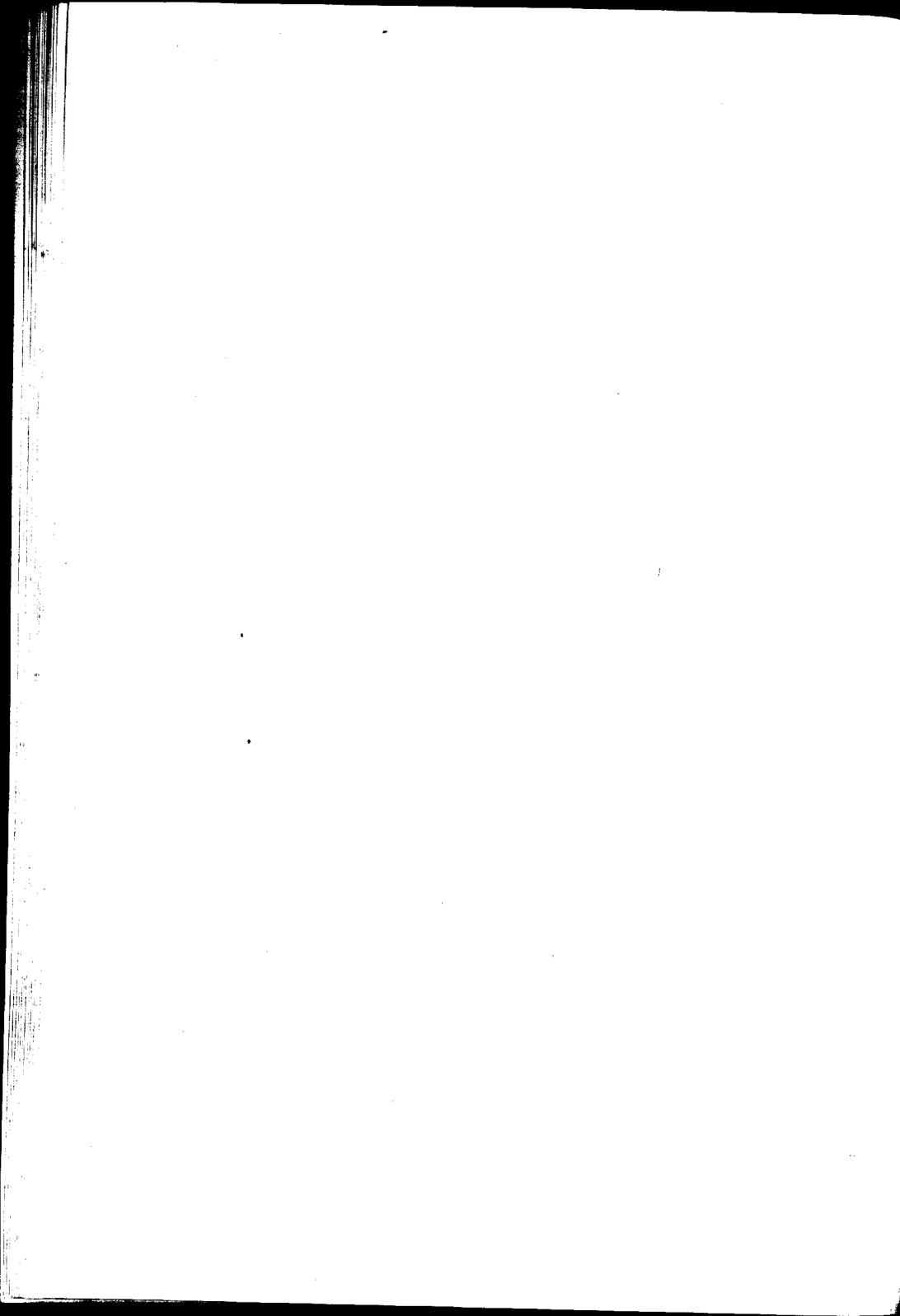
Y AZUCENA DE LA BARRERA DE OVIEDO

A QUIENES TODO LO DEBO



A MIS HERMANOS  
BLANCA, STELLA, ELENA, CARMELA, GUSTAVO  
Y AZUCENITA

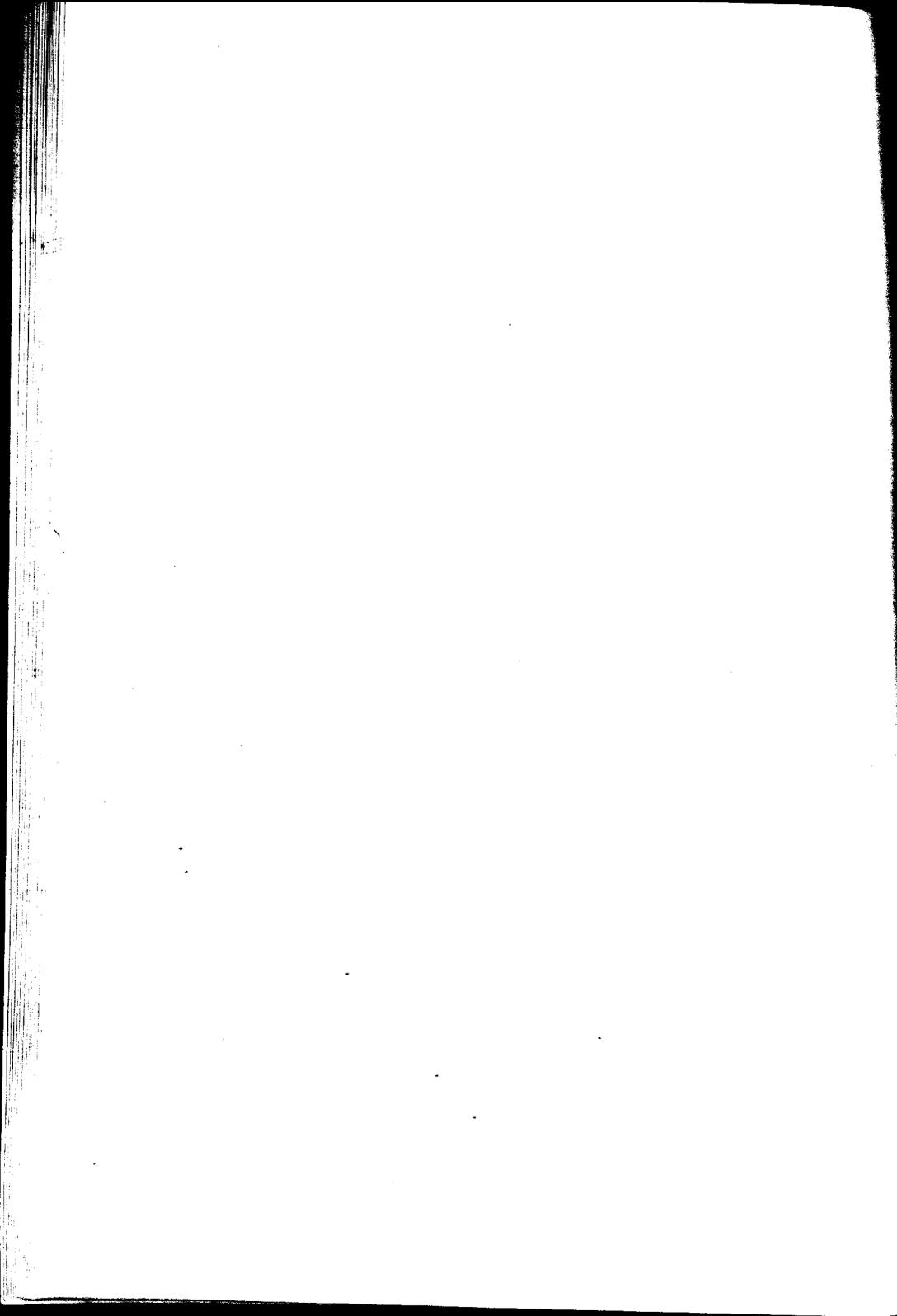
CARIOSAMENTE



AL DR. VICTORIO M. ELKIN

Y

VICENTE SALAS MARTINEZ



AL DR. ARGENTINO R. QUEVEDO

E

ING JOAQUÍN ACUÑA (HIJO)



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:



Presento a vuestra distinguida consideración mi trabajo de tesis para optar al título de doctor en medicina.

Es una modesta síntesis, producto de un anhelo que quizás vuestra indulgencia juzgue realizado; un esfuerzo más que un resultado; una tentativa más que una realización.

Al finalizar me hago un deber de declarar mi profundo agradecimiento al Dr. Enrique Thwaites Lastra, quien me dispensa el alto honor de acompañarme como padrino y a quien tantas atenciones debo, ríndole el ferviente culto de mi profunda admiración.

Igualmente mis reconocimientos a los Dres. Ignacio Imaz, Ricardo Sarmiento Laspiur y a los mé-

dicos internos Pablo de Mattos, Aquiles Cros y Julio Petrocchi.

A los compañeros de internado del Hospital Juan A. Fernández mi inolvidable recuerdo y un cariñoso abrazo.

## **Prolapsus genitales**

### **Anatomía ginecológica**

El periné de la mujer, comprende, de un lado, los distintos planos orgánicos que forman el estrecho inferior de la pelvis y, del otro, los diversos canales (uretra, vagina, recto) que, atravesando estos planos, van a abrirse al exterior.

Podemos imaginar por fuera sobre el periné, un loxanje que iría desde la sínfisis al coxis y de un isquión al otro; este loxanje tendría sus dos lados anteriores formados por las ramas isquio-pubianas y los posteriores por los grandes ligamentos sacro-ciáticos.

Nos ocuparemos en la descripción, de la zona del periné, que se encuentra comprendida por delante de una línea transversal que uniría las dos tuberosidades isquiáticas, pasando sobre el borde anterior del ano.

En primer lugar, tenemos la piel, con el aspecto particular de esta región, pliegues, pelos, etc. Por debajo de élla, tejido celular subcutáneo por donde corren los vasos y nervios superficiales. A continuación, la *aponeurosis perineal superficial*, capa sumament edelgada, con frecuencia apenas visible, cubriendo el plano muscular superficial, compuesto por los músculos *transverso-superficial*, *isquio-cavernoso* y *bulbo-cavernoso*; se adhiere con la hoja inferior de la aponeurosis perineal media, ocupa el espacio triangular que limitan en los costados, las dos ramas isquio-púbianas, dejando en el centro un amplio orificio para el canal vulvo-vaginal.

El tercer plano se encuentra formado por la *aponeurosis perineal media* (ligamento triangular de Colles y legamento perineal de Carcassonné, etc.), que forman un tabique espeso y resistente «diafragma uro-genital».

Este tabique está constituido por dos hojas: una superior y otra inferior; y entre estas dos hojas se encuentra el músculo transverso profundo del periné (músculo de Guthrie) que se inserta en ambos lados, en las ramas descendentes del pubis y ascendentes del isquión, hasta cerca de las tuberosidades isquiáticas. Este músculo está atravesado, por delante, por la uretra y por detrás por la vagina. Los haces posteriores del trans-

verso profundo se unen con los haces musculares del esfínter del ano en el *centrum tendinorum*.

La hoja superior del plano uro-genital, es la hoja isquio-vaginal y la inferior la hoja isquio-vulvar.

La hoja isquio-vaginal nace sobre la rama isquio-pubiana, gran ligamento sacro-ciático y aponeurosis del obturador interno, de ahí sus fibras se dirigen hacia adentro sobre la vagina, ascienden, confundiéndose con el plano muscular de la misma y continúan fusionándose con la aponeurosis pelviana superior. Esta hoja está en relación por su cara superior, con el elevador del ano.

La hoja isquio-vulvar se desprende de la cara interna de las ramas isquio-pubianas, pasando por encima de los cuerpos cavernosos y va a insertarse sobre el orificio vulvo-vaginal, en el prolongamiento del himen; se refleja hacia arriba entre la mucosa vulvar y el bulbo, formándole, a este último, el tabique interno de su vaina.

Por encima del plano perineal mediano se encuentra el más potente de los músculos del piso pelviano: el músculo «elevador del ano».

Este músculo constituye un diafragma pilviano; cada mitad de este diafragma está constituido por los músculos isquio-coxídeo, ilió-cóxigeo, pubocoxígeo y pubo-rectal.

Estudiando en detalle dicha conformación debemos considerar dos zonas de resistencia:

I.—Un grupo de haces posteriores y externos que se insertan en la cara posterior del pubis, sobre el arco tendinoso (espesamiento de la aponeurosis obturatriz extendida desde el canal obturador a la espina ciática), los que, convergiendo hacia atrás, abajo y adentro, van a fijarse sobre los bordes del coxis, sobre el rafo ano-coxígeo y sobre los costados del recto.

II.—Haces internos ansiformes, que fijándose adelante sobre el pubis, se dirigen hacia atrás, unos hasta las paredes laterales del recto y los otros se entrecruzan con los haces del lado opuesto, sobre la línea media delante del recto, formando así una verdadera ansa, que abraza con su concavidad la pared posterior de la vagina (haz muscular pubo-rectal).

El primer grupo forma detrás del recto un plano muscular en embudo, sólido y regular; el segundo está llamado a jugar cierto rol en la estatística vagino-uterina.

Adelante existe entre los bordes internos de los músculos pubo-rectales una abertura de forma ovalar, alargada, por la cual pasó la vagina y el útero «hiatus genitalis».

Por encima del músculo elevador del ano, encontramos la fascia pelviana, que con las pro-

longaciones en red conjuntiva que de ella derivan, constituye el principal elemento de sostén de los órganos pelvianos de la mujer.

La fascia pelviana es una continuación directa de la fascia abdominal, la cual se presenta como una hoja, que viniendo del interior de la cavidad abdominal, se extiende entre los músculos y el peritóneo. La fascia pelviana deja pasar en su centro las vísceras pelvianas, formando con el músculo elevador un diafragma que ocluye la salida pelviana. Esta aponeurosis está formada por la coalescencia del revestimiento fibroso sacro-coxídeo y la aponeurosis del piramidal del isquio-coxígeo, del segmento pelviano del obturador interno y del elevador del ano. Hacia atrás, entre los dos ligamentos pelvi-recto-genitales, ella tapiza el sacro, y el coxis, fijándose al pasar al contorno de los agujeros sacros y a una pequeña parte del isquio-coxídeo y del elevador. Ella está recubierta por el tejido celular del espacio retro-rectal. Lateralmente se desprende del periostio ilíaco y cubre de arriba a abajo:

1.º.—Una cierta altura del hueso ilíaco por encima del agujero ciático, desde la inserción del músculo obturador a la superficie cuadrilátera del agujero sub-pubiano.

2.º A la capa muscular profunda formada por el piramidal, isquio-coxígeo, segmento pelviano del obturador y el elevador.

Ella está cubierta por la fascia propia pelviana (capa célula-grasosa) hasta la inserción de la cintura sacro-pubiana de la vaina vascular y por debajo de esta inserción, se aplica hasta la abertura del piso pelviano, al costado del cuerpo muscular del recto, vagina y uretra.

Hacia adelante se une en la parte inferior del cuerpo del pulvis con el haz pubiano del elevador, al que recubre y constituye un ligamento anterior véstico-pubiano.

De la cara posterior de la sínfisis y ramas pubianas, rodea la vejiga y forma los ligamentos anteriores de la vejiga, rodea también la uretra, se conexiona con la base de la vejiga sobre las paredes de la cual da numerosas fibras que abrazan también las paredes de la misma uretra. La fascia, al pasar por debajo de la base de la vejiga se une íntimamente con la pared anterior de la vagina, continuándose hacia atrás, para atacar la porción supravaginal del cuello uterino, formando las inserciones vaginales anteriores (fondo véstico-uterino). Esta parte de la fascia se describe como los ligamentos anteriores de la vejiga, que mantienen la unión de ésta y la uretra, a la pared posterior de la sínfisis.

La parte anterior de la fascia pelviana, al abandonar las ramas del pubis y la línea blanca, corre hacia adentro, por encima del elevador, hacia la vagina, útero, vejiga y recto, formando los lechos vesical, véstico-vaginal, recto-vaginal y rectal.

En la parte posterior la fascia rodea al recto y acompaña su pared, formando un lecho pre-rectal y dando al mismo tiempo algunos soportes a la parte superior de la pared vaginal posterior, lecho recto-vaginal.

La porción anterior de esta fascia, más fuerte y espesa, forma el lecho véstico-vaginal. Todas estas formaciones se encuentran unidas y sostenidas entre sí por tejido conectivo que se encuentra interrumpido en el sitio de pasaje de las vísceras, sitios en que su continuidad, se interrumpe, pero los haces conectivos se entremezclan íntimamente a las paredes de las vísceras, formando esa serie de ligamentos que se extiende uniendo las ramas del pubis, uretra, base y paredes laterales de la vejiga, cúpula vaginal anterior, istmo y cuello uterino, cúpula vaginal posterior y recto.

En las paredes laterales de la vagina y costados del cuello uterino, donde los vasos uterinos se aproximan al cuello, hay un aumento en la cantidad de fibras en las que corren los vasos uteri-

nos; esto forma un espesamiento que se encuentra entre las paredes laterales de la vagina y los costados del cuello, en la base de los ligamentos anchos.

Este espesamiento ha sido descrito por Mackenrodt, como «ligamento transversal del cuello»; en las disecciones y trabajos sobre esta zona no se le encuentra tan apreciable como para llamarle ligamento, más bien es un espesamiento en que las fibras se refuerzan y forman un buen soporte del útero y vagina.

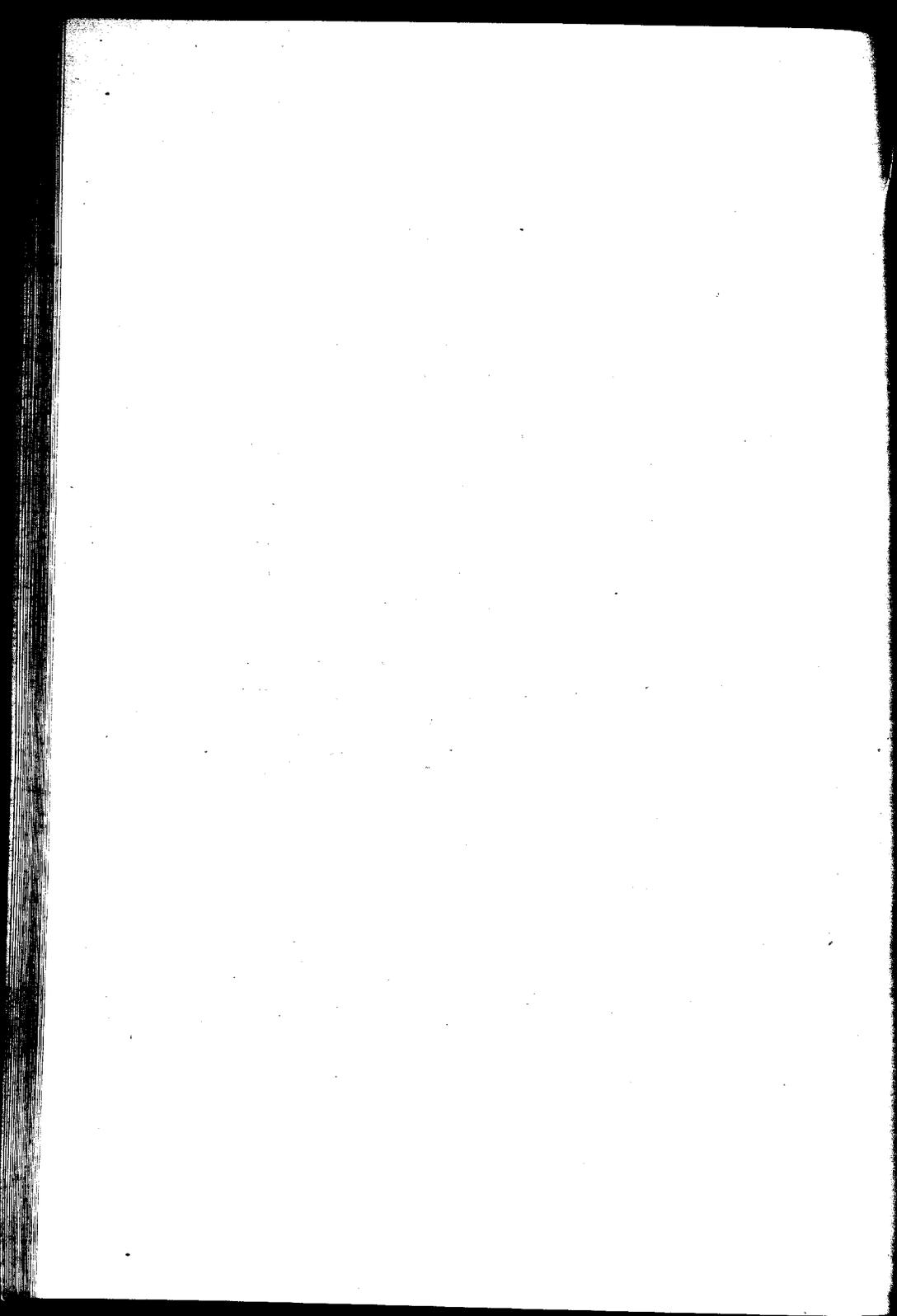
De las partes laterales del istmo uterino, como hemos visto, nacen y se dirigen hacia adelante los ligamentos pubo-vésico-uterinos; ahora bien, de la misma parte pero dirigiéndose hacia atrás, nacen unos haces fibromusculares que se fijan en los costados del recto, prolongándose sus inserciones hasta la primera o segunda vértebra sacra, donde terminan: son los ligamentos útero-sacros o de Douglas, dependientes de la aponeurosis pelviana, en la misma forma que lo son en su prolongación anterior los ligamentos pubo-vésico-uterinos.

La parte intermedia que va de los ligamentos vesicales al lecho posterior rectal, no debe ser considerada como formada por una hoja única sino como una capa desdoblada.

La fascia pelviana se divide, al entrar en rela-

ción con las vísceras, en varias capas. La necesidad de tal disposición, se comprueba cuando es llamada a sufrir grandes distensiones, como en el momento del parto. La fascia forma una cintura agujereada por el cuello y vagina, zona que estando dividida en capas delgadas, puede mantener su tonicidad y admitir las dilataciones necesarias en el momento del parto.

En fin, se aprecia la importancia del estudio anatómico de la aponeurosis pelviana, al penetrarse bien de sus disposiciones en su relación con las vísceras, en que nos presenta un sistema de sostén en espesamientos compactos en forma de pilares en los fondos de saco véstico-uterino y útero rectal y apreciable como ligamentos hacia la cintura ósea: ligamentos anteriores pubo- véstico-uterinos. (Hyrtl); pilares útero-vagino-vesicales: ligamento transversal del cuello (Muckenrod); pilares útero-vagino-rectales y ligamentos útero-sacro.



### **Etiología y patogenia**

Los trabajos modernos sobre Anatomía ginecológica y los puntos importantes expuestos por la terapéutica quirúrgica, nos han demostrado que la fijación del útero en su posición normal, se encuentra realizada por el sostén inferior, es decir, por el piso pelviano en primer lugar y después por el complemento que le presta el piso perineal, constatamos a diario que los mejores resultados nos los suministran las operaciones plásticas, que por vía vaginal consolidan y rehacen el diafragma pelviano, con el complemento de resección de vagina y elevación del periné.

Hasta hace poco era admitido para el útero un doble modo de fijación; medios de suspensión y medios de sostén; el órgano está suspendido por arriba y sostenido por abajo.

Esta concepción tenía una aplicación práctica:

acortando los ligamentos redondos o fijando el útero a la pared, se trataba de remontar el útero prolabado (tratamiento de retro-posición) ¿qué valor tienen los distintos elementos que han sido expuestos como mantenedores de la estática pelviana? Es lo que pasaremos a estudiar.

Los ligamentos anchos y los ligamentos redondos, tienen un rol despreciable; en estado normal no se encuentran en tensión; los segundos los apreciamos en su verdadero valor, si en el curso de una laparatomía, se observa por la incisión abdominal lo que se produce sobre ellos puestos en tensión, cuando por la vagina se hace descender fuertemente el útero.

En realidad, ligamentos anchos y redondos no tienen otra acción que las de guiar al útero en sus oscilaciones antero-posteriores y mantenerlo en el eje sagital; las variedades de posición no tienen importancia en la etiología de los prolapsos genitales; las enfermas van a la retroversión con la integridad de su sostén pelviano.

Ahora vienen los ligamentos dependientes de la fascia pelviana, que, insertándose sobre el cuello a la altura del istmo, mantienen el útero a la manera de riendas, con puntos sólidos de apoyo en el sacro, en el pubis y sobre la línea blanca lateral y periostio de la línea ignominada; to-

dos puntos de nacimiento de la aponeurosis pelviana.

Estos ligamentos son en número de tres: los primeros se dirigen adelante hacia la sínfisis pubiana (ligamento pubio-vésico-uterino de Hyrtt) los segundos parten del istmo y se dirigen hacia atrás, al sacro (ligamento sacro-uterino de Douglas) y los terceros son un sistema de fibras conjuntivo-musculares situadas en la base de los ligamentos anchos, que se dirigen a fijarse sobre la pared lateral pelviana. (Mackenrodt).

Estos tres ligamentos, obrando en sentido contrario, tienen una acción antagónica; desempeñan el verdadero sostén estático del útero y juegan un rol importante en la fijación del mismo.

Los trabajos de E. Martín, han puesto en evidencia no solamente la presencia e importancia de estos ligamentos, sino que las figuras que nos presenta, reproducción exacta de piezas anatómicas, nos hacen ver en el tejido celular de la pelvis de la mujer, esa red de fibras conectivas que hemos descrito en el capítulo anterior, de anatomía, y que forma el «retinaculum uteri». El sistema de sostén de los órganos pelvianos sería como una hamaca de red con sus tirantes de refuerzo (ligamentos) y con orificios agrandados, por donde obtendrían paso la uretra, el cuello uterino y el recto.

Hemos visto en el capítulo anterior que la aponeurosis pelviana forma pilares de unión útero-vagino-vesicales y útero-vagino-rectales y se encuentra dividida en capas; a la altura de estos orificios se fija íntimamente a los órganos que la atraviesan y éstos, para atravesar esos ojales tienen que encontrarlos agrandados y haber roto las conexiones que los unen a la aponeurosis que los rodea.

Estos deterioros se producen en el momento del parto y cada órgano requiere la destrucción de la parte del sistema que lo mantiene para poder descender; y es la destrucción de todo el sistema de sostén pelviano el que nos trae el prolapso total.

La vejiga desciende al destruirse la red de tejido conectivo que, pasando por su base, va de un haz al otro del ligamento anterior de Hyrtt; es el ojal anterior agrandado.

El prolapso del útero se produce por agrandamiento del ojal mediano; destrucción del sistema de ligamentos en cruz, antes descrito (Hyrtt, Mackenrodt, Douglas) y ruptura de los haces internos del elevador del ano.

El recto desciende por ruptura de las fibras conectivas que los unen a la cúpula vaginal posterior y cuello uterino y la desaparición de

la contención dinámica de los haces internos de elevador (haz pubo-rectal).

Gracias a los estudios de Bouilly, y la contribución anatómica de Farabeuf, Sellhein, d'Halban, Tandler y E. Martín, podemos hoy día adjudicar el verdadero rol que juegan en la fijación de los órganos pelvianos, las aponeurosis y los músculos.

Esquemáticamente, en la acción de fuerza y de presión, dos planos de resistencia se hacen oposición; por arriba el diafragma y la pared bajo la «poussée» de los cuales se ejerce la presión abdominal; hacia abajo la aponeurosis pelvianá, con la ayuda dinámica de los elevadores del ano.

Hay que considerar desde luego que los planos musculares de la pelvis y en segundo lugar los del periné, constituyen elementos de resistencia al estado dinámico más que al estático; es decir, que su contracción antagonista a los músculos de la pared abdominal sostienen los órganos pelvianos en el momento del esfuerzo, pero juegan débil rol al estado de reposo muscular. Vemos entonces como intervienen las sólidas formaciones aponeuróticas del piso pelviano y el mérito de los trabajos de Violet y Martín, es haber establecido la importancia, como agentes de contención, de estas aponeurosis.

¿Cuál es la manera de actuar del músculo ele-

vador del ano en la parte que le toca como sostén de los órganos pelvianos? Como sostén de la vejiga, ninguno, su inserción anterior sobre el pubis deja una muy ancha abertura, que es substituída por la fascia pelviana, que lo cubre por dentro en sus inserciones sobre la sínfisis (hiatus genitalis de Halban y Tandler).

Como sostén del útero y del recto su importancia está comprobada y son las desgarraduras que se producen en sus haces internos que nos trae el mayor ensanchamiento de los ojales medio y posterior, contribuyendo al mayor descenso del útero y del recto. En primer término, el ansa anterior que forman los músculos pubo-rectales, que rodean la vagina con un ojal muscular, cuando estos músculos se contraen, aproximan la pared posterior, de la vagina a su pared anterior, la cavidad de la vagina tiende así a hacerse virtual y a transformarse en una hendidura transversal. Gracias a esta acción sobre la pared posterior de la vagina, los músculos púbo-rectales sea al estado de reposo y por la simple tonacidad de sus fibras, sea sobre todo al estado de contracción, tienen un valor importante en el sostén vaginal-uterino.

Este diafragma pelviano formado por la reunión de un plano aponeurótico-muscular, con sus intersticios, por donde atraviesan los órganos pel-

vianos, tiene su punto más débil en la línea media, punto que viene a reforzar un plano muscular sub-yacente al triángulo uro-genital, plano formado por los músculos del periné, plano al que algunos autores le dieron mucha importancia y que lo constituyen los músculos extendidos entre las dos ramas isquio-pubianas.

Los músculos del periné desarrollan su acción en la siguiente forma: sobre el periné anterior vienen a reconcentrarse los anillos o aros musculares abiertos, que tienen un punto fijo opuesto y una acción contraria. La posterior está constituida por el esfínter anal, tira hacia el coxis. La otra anterior, constituida por el constrictor de la vulva, toma su inserción fija sobre la arcada pubiana y, al entrar en acción, lleva la comisura vulvar posterior hacia adelante, hacia el pubis.

Cuando estos dos esfínteres antagonistas entran simultáneamente en acción, se equilibran y constituyen un círculo antero-posterior que es cruzado al nivel del periné por una banda de apoyo, constituida por el transversario; así se forma una cintura en cruz; que presta su ayuda para mantener los órganos colocados por arriba. Luschka y Hall, nos presentan a las fibras pre-rectales del elevador reuniéndose a los haces posteriores del transversario y porción profunda del es-

finter del ano, y nos presentan un centro tendinoso en el periné como nudo de resistencia del aparato muscular y aponeurótico pelvi-perineal.

¿La integridad de este pilar formado por la contracción de los músculos del periné, tiene una importancia apreciable en el prolapso genital? Como único factor, ninguno; su destrucción contribuye a aumentar la exteriorización de los órganos prolabados.

La demostración la encontramos en la observación de las enfermas; en ellas comprobamos la presencia de desgarraduras perineales sin prolapso ninguno; cuanto más, extropión de mucosa vaginal (integridad de sosten superior antes descrito) lo comprobamos además con la siguiente prueba: bajo anestesia deprimimos con una valva el periné con energía y tiremos del cuello uterino; el descenso se hace difícil cuanto más se acerque el cuello al orificio vulvar (acción de la fascia pelviana). Si a otra enferma deprimimos el periné y la invitamos a pujar con energía, observaremos la misma dificultad (se ha agregado la acción dinámica del elevador). En los dos casos ha sido anulada la acción perineal y los órganos, no solamente no se prolataban, sino que vuelven a ascender sin ayuda ninguna.

¿Los caminos del eje del útero, punto en que tanto ha insistido Schultze y sus alumnos, favore-

cen los prolapsos. El útero pierde su anteposición a medida que desciende, y cuando no es así que toma el eje de la vagina sin insinuarse, va a la retroposición, que es una afección con tratamiento y patogenia distintos del prolapso.

En regla general, excepción hecha para los casos raros de la caída de la matriz, sobrevenida como una hernia de fuerza, en una virgen o en una nulipara, los prolapsos son como los fórmula Potocki, una consecuencia a término más o menos lejano de las modificaciones tróficas que el embarazo y el parto han imprimido a los órganos genitales y al piso pelviano.

En los tres estados de la puerperalidad: gestación, parto y puerperio, se producen alteraciones orgánicas predisponentes.

Durante el embarazo se hace el reblandecimiento del canal genital y del piso pelvi-perineal.

Llegado el trabajo del parto, se distiende el anillo aponeurótico que circunda el cuello, se abre la hendidura pre-rectal del elevador, se separan los haces musculares del piso perineal y estas distensiones pueden complicarse con desgarraduras y efracciones.

A ésto se junta el alargamiento de las paredes del canal genital, rechazadas adelante por el feto; la vagina desprendida desliza sobre la vejiga y el recto.

Después del parto, el útero, sus ligamentos y las paredes vaginales deben sufrir los procesos de involución que devuelven a los órganos su volumen y su tono normal. Pero sea que estas alteraciones hayan alcanzado un alto grado, sea que ellas se agreguen unas a otras, sea que intervengan condiciones individuales de menor nutrición y de menos resistencia, como se observa sobre todo en las neuro-artríticas, esta involución es defectuosa. El útero permanece voluminoso, alargado e hipertrofiado sobre todo en su porción cervical por encima y por debajo de sus inserciones vaginales, las paredes vaginales quedan muy amplias y muy delgadas, los músculos y aponeurosis del piso pelviano se vuelven insuficientes. Estas son mujeres propensas a las ptosis genitales, como otras a las ptosis viscerales, por debilitamiento de la pared abdominal o a otros tipos de hernias, por débil disposición de sus elementos de sostén.

## Anatomía patológica

Hay que distinguir varias formas:

I)--- Procidencia de la vagina solamente, que en la gran mayoría de los casos precede al descenso del útero. Esta procidencia presenta los tipos siguientes: a) Colpocele anterior o caída de la pared anterior, seguida ordinariamente de una hernia de vejiga (cistocele); b) Colpocele posterior formado únicamente por la pared vaginal o bien complicado con la caída de la pared rectal posterior (rectocele); c) Prolapso de las dos paredes preponderando ordinariamente la anterior.

(Prolapso vaginal).

II) Procidencia con descenso del útero y alargamiento hipertrófico de la porción supravaginal del cuello, primitivo o consecutivo: como dice Boilly, es el caso más ordinario del prolapso avanzado y antiguo. Fué Huguier, quién, en 1860, de-

mostró la realidad de la hipertrofia en longitud del cuello del útero; alarmado por la confusión posible entre esta lesión y el prolapso verdadero, exageró la importancia y quiso substituir por la doctrina del alargamiento hipertrófico, la del desplazamiento real del órgano.

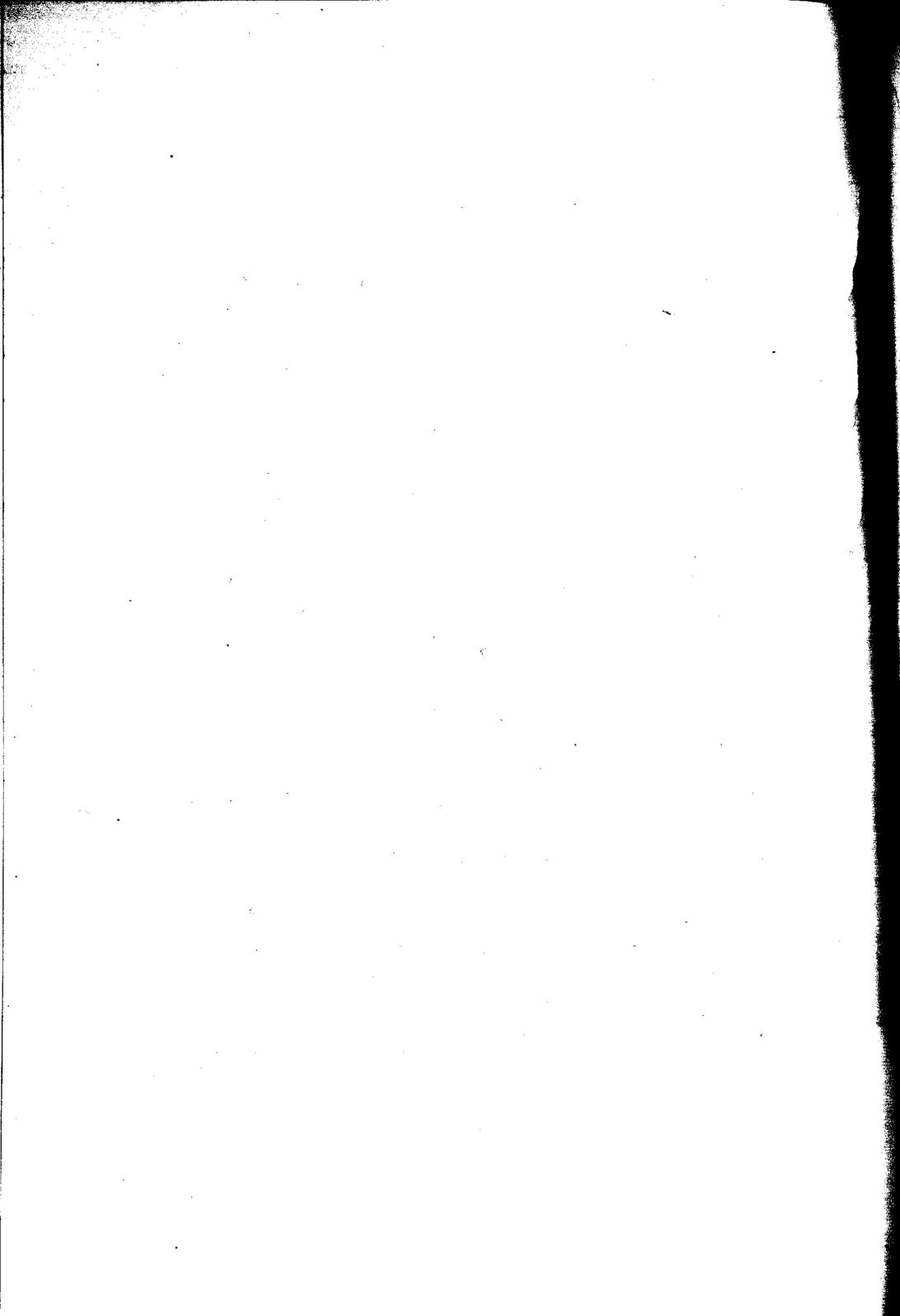
Este alargamiento de cuello, en la mayoría de los casos, no es una lesión primitiva: es secundaria; la pared vaginal, descendiendo cada vez más, ejerce una tracción sobre el cuello uterino; si la matriz está todavía en anteflexión y si su aparato ligamentoso resiste el alargamiento, se producirá tracción hacia abajo, resistencia hacia arriba. He ahí un efecto inevitable, y Halban y Tandler han establecido esta indicación interesante: que este alargamiento no queda reducido al cuello sino que también participa de él, el segmento inferior del cuerpo; en cuanto a la hipertrofia del cuello alargado, resulta de la metritis cervical parenquimatosa y de un edema de éxtasis.

III)—Prolapso de la vagina y del útero, sin alargamiento hipertrófico del cuello. Hay, en efecto, como ha dicho Trellat, descensos reales sin alargamientos.

IV)—Inversamente, procedencia aparente del útero, resultante de un alargamiento hipertrófico primitivo del cuello. Son casos raros, pero

existen. Se puede observar en las mujeres jóvenes, nulíparas o primíparas, con periné resistente con cuello uterino no descendido, una inversión de la parte superior de la vagina coexistiendo con una hipertrofia del cuello, que puede afectar a la vez la parte sub-vaginal (hocico de Tenca) y el segmento supravaginal. Hablando con propiedad, no hay un verdadero prolapso: el alargamiento del cuello constituye toda la enfermedad.

V)—Las hernias, antero o retro-uterinas. Un fondo de saco peritoneal se insinúa por delante o por detrás del útero, cavando de un modo desmesurado el fondo de saco vésico-uterino o el de Douglas. Hay que ver en ésto, como lo sostiene Freund, la persistencia de un estado fetal y no un estiramiento secundario de la serosa; puesto que a menudo, habiendo quedado el útero en buena posición, su fondo tiene una altura casi normal. En estos fondos de saco serosos, el intestino delgado puede introducirse, deprimiendo la pared vaginal y formando los enteroceles vaginales. El caso de hernia pre-uterina es raro: el prolapso vaginal con enterocele posterior es de observación frecuente.



## Sintomatología

El prolapso agudo, verdadera hernia de fuerza, sobreviniendo bruscamente, en mujeres jóvenes, nulíparas, con vulva estrecha y periné sólido a consecuencia de un esfuerzo, es un hecho raro, pero posible. Algunas veces se acompaña de hematoma intraligamentario, cuya existencia, confirmada por Martín, establece el rol del desgarramiento brusco en su producción.

Pero, en regla general, el descenso útero-vaginal es progresivo, lentamente constituido, consecuencia más o menos tardía de los partos que han descalabrado el periné y el diafragma pelviano.

Se caracteriza por síntomas funcionales y signos físicos:

1) — Síntomas funcionales: Los síntomas funcionales son: sensación de peso en el periné; tironeamientos hacia los lomos e hipogastrio. sobre

todo acentuados durante la marcha y la estación de pie; micciones frecuentes, ya incontinencias, ya disurias, debidas sea a un desplazamiento vesical, sea a trastornos reflejos o a la cistitis concomitante; constipación. Estos síntomas desde luego no son pues, proporcionales al grado de ascenso: así vemos mujeres que sufren vivamente, aún cuando el útero está lejos de la vulva; otras llevan, sin marcada perturbación, su matriz pendiente del orificio vulvar. La metritis, concomitante, interviene en estas variaciones sintomáticas, los trastornos son acentuados sobre todo en estas enfermas neuroartríticas o francamente neurasténicas, que presentan al mismo tiempo una ptosis general de las vísceras, con riñón descendido, enteroptosis, pared flácida, masas musculares de los miembros blandas.

II)—Signos físicos: A la inspección, se constatan variables modificaciones de la vulva. Apreciaremos el alargamiento de la comisura vulvar, disminución de la longitud aparente del periné (distancia inter-ano-vulvar). Con ayuda de los dedos, colocados en el recto y la vagina, palparemos su espesor y su consistencia, pues, con un periné intacto en apariencia, la musculatura profunda puede haber sufrido una gran atrofia, por una verdadera desgarradura subcutánea, com-

parable a las lesiones profundas en las contusiones abdominales sin lesión tegumentaria.

Estando la mujer colocada en posición dorso-lumbar, hágasela toser o pujar. En un primer grado, se ve la pared vaginal, la anterior primero, aparecer en el campo del orificio vulvar, se despliega poco a poco por debajo del orificio uretral, sobre todo si se coloca una valva sobre la comisura posterior, y entra cuando el esfuerzo cesa. Es más raro observar los prolapsos aislados o iniciales de la parte inferior de la pared vaginal posterior; esto se explica porque, en los partos, esta pared es rechazada hacia atrás por la cabeza fetal y no desliza sobre su base, como lo hace la pared anterior. En un grado más avanzado, la inversión de la pared anterior se completa por el esfuerzo; el orificio externo de la matriz aparece en la vulva y la pared posterior sigue con su desenrollamiento, de arriba hacia abajo.

En el prolapso completo, fuera de la vulva, se ve un tumor ovóide, cuya superficie está formada por la vagina invertida; los pliegues transversales están borrados, la mucosa seca, de un rosa pálido, presentando a veces ulceraciones debidas al roce. El cuello, frecuentemente asiente de erosiones, no responde exactamente al polo inferior del tumor; es excéntrico, ordinaria-

mente rechazado hacia atrás o adelante, como en el caso en que el prolapso se complica de rectocele voluminoso o hasta de una verdadera hernia en el Douglas descendido.

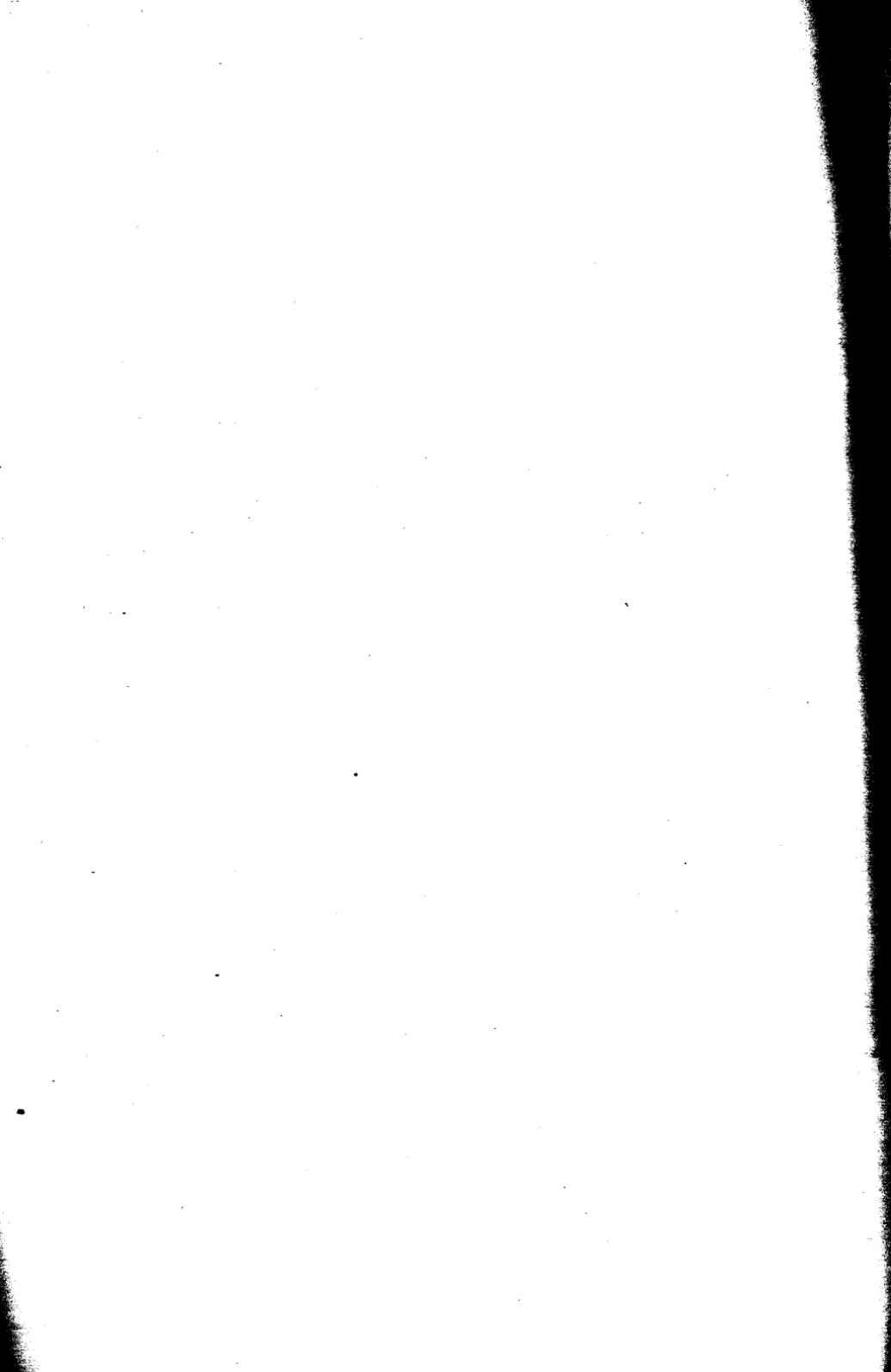
Cuando el útero no ha franqueado la vulva, encontramos al tacto el cuello muy bajo; más o menos aproximado a este orificio. En este caso un error es posible; el alargamiento hipertrófico del cuello puede simular un prolapso. La histerometría muestra entonces al útero guardando sus dimensiones normales en el descenso simple, y aumentado a 8 y 15 centímetros en los prolapsos con alargamiento: en este último caso, pinchando entre el índice y el pulgar la parte prolabada, sentiremos entre los dedos, por encima del hocico de Tenca, los labios edematizados, el cuello alargado y generalmente adelgazado.

Este alargamiento puede asentar: sobre la porción vaginal del cuello; sobre su parte subvaginal o sobre el cuerpo. El esquema de Schroeder, nos explica estos diversos tipos. Si el segmento inferior intra-vaginal solo se hipertrofia, el cuello se alarga sin arrastrar notablemente los fondos de saco vaginales, que conservan su profundidad.

Si la hipertrofia asienta sobre el segmento medio, el fondo de saco anterior de la vagina desciende con el cuello y desaparece, mientras que el fondo de saco posterior conserva su profundi-

dad. En fin, si es el segmento superior del cuello supravaginal el que se hipertrofia, los dos fondos de saco vaginales son arrastrados igualmente y se borran.

Cuando el útero ha franqueado el orificio vulvar, es necesario comprobar si la vejiga ha sido arrastrada en un divertículo ante-uterino: el cistocoele existe, si una sonda introducida por la uretra puede ser dirigida abajo y adelante, y si su punta se siente debajo de la pared vaginal anterior. De la misma manera, por el tacto rectal se comprueba si el rectocoele existe: colocado el dedo sobre la pared anterior del recto haría saliencia por detrás del útero prolabado.



## Tratamiento

El tratamiento de elección del prolapso es el tratamiento quirúrgico, elegido con criterio y ejecutado con arte.

¿Cuál es el plan quirúrgico a seguir para su cura? Se desprende lógicamente, de la simple lectura del capítulo sobre su patogenia, que hemos expuesto: de ahí deducimos que los medios de suspensión no tienen sino un rol secundario en la fijación del útero; que todos los pexias uterinas, cualquiera que sea su tipo, no son ún- tratamiento eficaz del prolapso, salvo los casos raros de un prolapso primitivo en una mujer virgen o nulípara; en los prolapsos de las múltiparas, prolapsos que se ven a diario, la histero o ligamento-pexia, no tendrían su indicación sino excepcionalmente, como complemento de una plástica vaginal insuficiente.

El mismo criterio es aplicable a la histerec-tomía, que, a pesar de su apariencia radical es un tratamiento insuficiente del prolapso, si no va seguido de una plástica vagino-perineal; además del pronóstico, que no es tan simple como en las intervenciones conservadoras.

Dar al piso pelviano su integridad anatómica y su tónica normal, restaurando el sostén del aparato vagino-uterino; estrechar y consolidar la vagina, suprimiendo las paredes laxas y exuberantes que se deslizan y exteriorizan, restableciendo la oclusión anatómica de su cavidad; restituir al útero sus dimensiones, su actitud y su posición normal; tales son las tres indicaciones esenciales fundadas sobre las condiciones causales y sobre las lesiones establecidas en que debe descansar una intervención por prolapso.

A la primera indicación, restauración plástica del piso pelvi-perineal, responde la colpo-perinorrafia con sutura de los elevadores hacia atrás y la colporrafia y sutura de la fascia pelviana hacia adelante.

La segunda indicación, restablecimiento de la forma y dimensiones normales del canal vaginal, es llenada por las extirpaciones parciales de la vagina; colporrafia anterior y posterior.

La tercera indicación, restitución del útero en su tamaño y posición normal, es realizada por la

amputación alta del cuello y la fijación de la cara anterior del istmo, cuando se sutura la fascia pelviana por delante del útero.

Al lado de estas operaciones conservadoras que tienen por objeto mantener en la pelvis los órganos herniados, sin suprimir ninguno, restableciéndolos en su forma y funciones, dejando a la mujer en la plenitud de su vida genital y que nos indican por consiguiente la conducta a seguir, se mencionan operaciones de excepción, que no toman en cuenta la conservación de los órganos en sus funciones e integridad y que responden a muy raras indicaciones; tales son: el tabicamento vaginal (Le Fort), la interposición del útero entre el tabique véstico-vaginal (Shauta-Wertheim) y la histerectomía vaginal (Doyen).

*Plástica vaginal.* --- La colpo-perinorrafia es la operación fundamental, indispensable y suficiente en casi la totalidad de los casos.

Para que ella sea de un efecto completo y durable, es necesario que realice estas condiciones: dar a la bulba su estrechez normal y a la comisura la altura necesaria para que detenga y cálce sobre ella la pared vaginal anterior propulsada; restaurar el periné: ancho, espeso, bien acolchado por intermedio de los músculos y aponeurosis del piso inferior en sus relaciones las más exactas posibles: y por último, rehacer el

piso superior, el piso pelviano, reconstruyéndolo por afrontamiento y sutura del elevador del ano y de la aponeurosis pelviana. Cuanto con más arte y con mejor técnica hayan sido ejecutados estos diversos tiempos, tanto mejor llenarán su objeto, tanto más tiempo durará el sostén del útero.

*Colporrafia anterior.*— Se exterioriza y se mantiene fijo al útero tomándolo en su labio anterior por una pinza a cuatro dientes. Se hace una incisión vertical a bisturí siguiendo el eje longitudinal desde un dedo por debajo del meato hasta el punto que toma la pinza. Se disecciona a bisturí la mucosa vaginal anterior en una capa delgada y en toda la extensión que se considere necesario extirpar; se corta a tijera la mucosa en los extremos de la disección, quedando un rombo de avivamiento (Hegar). Ayudado de una gasa, que cubre el extremo del dedo índice, se desprende la vejiga de la cara anterior del útero, en la línea media hasta el fondo de saco peritoneal; una vez llegado a este fondo se completa la disección hacia los costados, siempre tratando de desprender solamente la vejiga, de la cara anterior del útero, tratando de elevar la base de la vejiga y los uréteres lo más alto posible. Terminada esta disección, notaremos que ha quedado al ascender la base de la vejiga (que mantenemos con una

valva), una capa conjuntiva y celular entre la cara interna de la mucosa vaginal y la pared de la base de la vejiga; a este tejido lo mantenemos a la vista, fijándolo con pinzas de dos dientes. Esta capa, que en nuestra disección de la mucosa vaginal a bisturí, hemos tratado de conservar en toda su integridad posible, se encuentra adherida hacia los costados a la cara interna de las partes laterales de la vagina; en cambio, al movilizar la vejiga, disecándola y elevándola, hemos tratado de limpiarla de esta capa conjuntiva para poder llenar nuestro objeto de efectuar con ella un verdadero plano de sostén, en el fondo de saco anterior.

Es con esta capa de haces conectivos dependientes de la fascia pelviana, que vamos a reforzar nuestra colpografía anterior y no con la miografía anterior de los elevadores, acto ilusorio que cuando se cree haberlo realizado, son los restos de los ligamentos anteriores de Hyrtl los que se han afrontado con la sutura, pues los haces musculares, por su situación y consistencia, no pueden mantenerse afrontados en la línea media.

El modo de proceder es el siguiente: empezaremos por el ángulo cervical de nuestra zona avivada; por puntos separados de catgut se comienza a construir el plano aponeurótico; pasa-

mos la aguja sobre el borde del colgajo que nos mantiene una de las pinzas a dos dientes; se toma apoyo en la cara anterior del útero, atravesándolo en la capa muscular del istmo, y pasamos de adentro a afuera el colgajo del lado opuesto; tres puntos iguales son suficientes para mantener afrontados los ligamentos anteriores y fijos al istmo.

A continuación, efectuamos una jareta frunciendo la pared de la base de la vejiga para disminuir la amplitud de la misma. Seguimos la construcción de nuestro plano hacia adelante, con la diferencia que los puntos de apoyo los fijamos en la pared de la base de la vejiga; tres puntos más terminan el plano a la altura del cuello vesical, punto que no conviene pasar adelante, porque podría traer trastornos posteriores de la micción, a la operada.

Sobre este plano aponeurótico, con una sutura continua de catgut, afrontamos los bordes del corte de mucosa vaginal. La importancia de esta acción en el fondo de saco anterior, es dejar con este plano aponeurótico una verdadera barrera a la recidiva del prolapso del útero, y, sobre todo, del cistocele. Se comprende el rol que tiene en toda hernia el oponer un plano resistente, pues contentarse con la simple resección y sutura del plano de mucosa vaginal, es como querer efectuar

la cura de una hernia con la simple resección de la piel.

La estática uterina es corregida con la técnica antes descrita; los primeros puntos que se fijan en el istmo contribuyen además a corregir la tendencia del útero a la retroposición, y, al mismo tiempo, estrechan por delante el ojal músculo aponeurótico que forman el elevador y la fascia pelviana al contorno del cuello uterino.

*Colporrafía posterior y perinorrafía.* — Fijamos con pinzas los ángulos de la base del triángulo a resecar; poniendo tirantes estas pinzas, sacamos a tijeras un filete en la unión de la mucosa con la piel del periné y de ahí comenzaremos nuestra disección.

A poco de empezar, encontraremos la bandeleta retro-vaginal, la cortamos a tijeras al ras de su inserción vaginal y continuamos nuestra amplia disección a gasa hasta el fondo de saco peritoneal de Douglas.

En los prolapsos no muy acentuados, si se conserva algún músculo superficial, aparece en el fondo de la herida, junto con los haces transversales procedentes del isquión, haces pertenecientes al transversal profundo del periné, que se unen en la línea media con los haces respectivos del músculo elevador del ano, formando el «centrum tendinorum» y al mismo tiempo cambia su curso

de modo que aparecen como dos haces musculares convergentes hacia atrás. A causa de su dirección hacia abajo y atrás, los dos haces del transverso profundo del periné corren en igual sentido que los haces pubo-rectales del elevador, con los cuales fácilmente se confunden, tomando estos haces del transverso por los internos del elevador del ano. Para evitar confusiones es necesario seguir lateralmente los haces musculares divergentes.

El transverso se inclina hacia la tuberosidad isquiática, mientras que los haces pubo-rectales se dirigen hacia la sínfisis pubiana. Si no se tiene en cuenta lo expuesto, se puede, sobre todo en los prolapsos medianos, suturar únicamente los haces del transverso, mientras que los del elevador permanecerían intactos. En los prolapsos acentuados, el músculo transverso profundo está generalmente tan poco desarrollado que al efectuar la sutura se toma en conjunto con los haces pubo-rectales, efectuando una miorrafia de los músculos a la vez.

La mejor conducta a seguir es aislar los haces del transverso profundo, fijándolos con dos pinzas de Kocher, después, ir profundamente con el índice y pulgar a investigar los haces internos del elevador, y, una vez encontrados, aislarlos

y mantenerlos fijos con dos pinzas largas de dos dientes.

No conviene, al investigar, diseccionar los músculos, como algunos autores recomiendan, porque con esa conducta se lesionan y destrozan las envolturas aponeuróticas, que es en la que debemos buscar los sólidos puntos de apoyo para las suturas.

Con tres puntos separados de catgut, afrontamos los haces internos del elevador acompañado de su aponeurosis, comenzamos la restauración del piso pelvi-perineal.

Por encima, dos puntos separados sobre el transversal profundo, refuerzan el plano; a continuación, con puntos de catgut, afrontamos las superficies del corte de mucosa vaginal. Rellenamos el espacio muerto por encima del transversal con cuatro o cinco puntos de catgut fino, que afrontan las diferentes capas superficiales hasta la piel. Esta última la suturamos por puntos aislados con crin de Florencia, que se quitan al quinto día.

*La amputación del cuello.* — La amputación del cuello es un acto complementario, imprescindible en algunos casos de prolapsos, en los cuales el alargamiento hipertrófico del mismo impone su extirpación.

La extirpación debe efectuarse en una amputa-

ción supra-vaginal, que además de sacar la parte exuberante, suprime las lesiones cervicales, la mucosa ectropiada, quistes glandulares y erosiones antiguas. La misma amputación nos trae un resultado trófico, favorable a distancia, una especie de involución provocada por la extirpación. El útero se descongestiona y disminuye de peso y volumen, pudiendo producirse un trabajo de esclerosis atrófica.

En fin, por la amputación, el útero se inmoviliza mejor; su posición se rectifica por la retracción cicatricial que fija la zona supra-vaginal al tejido peri-uterino.

## Conclusiones

1.<sup>a</sup> Existe una armadura conjuntiva, dependencia de la fascia pelviana, que mantiene los órganos íntimamente unidos y constituye el principal sostén de la estática pelviana.

2.<sup>a</sup> La destrucción durante el trabajo del parto de la fascia pelviana, es el motivo principal del prolapso genital.

3.<sup>a</sup> El rol del periné, en la etiología de los prolapsos, es de orden secundario.

4.<sup>a</sup> La técnica operatoria descripta (plásticas vaginales) llena por sí sola las indicaciones en la cura de los prolapsos.

5.<sup>a</sup> La actuación en el fondo de saco anterior, en la forma antes descripta, es la técnica que más nos garantiza contra la recidiva del cistocele.

6.<sup>a</sup> Todas las diversas técnicas descriptas para la cura del prolapso genital, si tienen alguna indicación, son de excepción e inferiores en todo a las plásticas vaginales.

ERNESTO A. OVIEDO.

Buenos Aires, Mayo 17 de 1918.

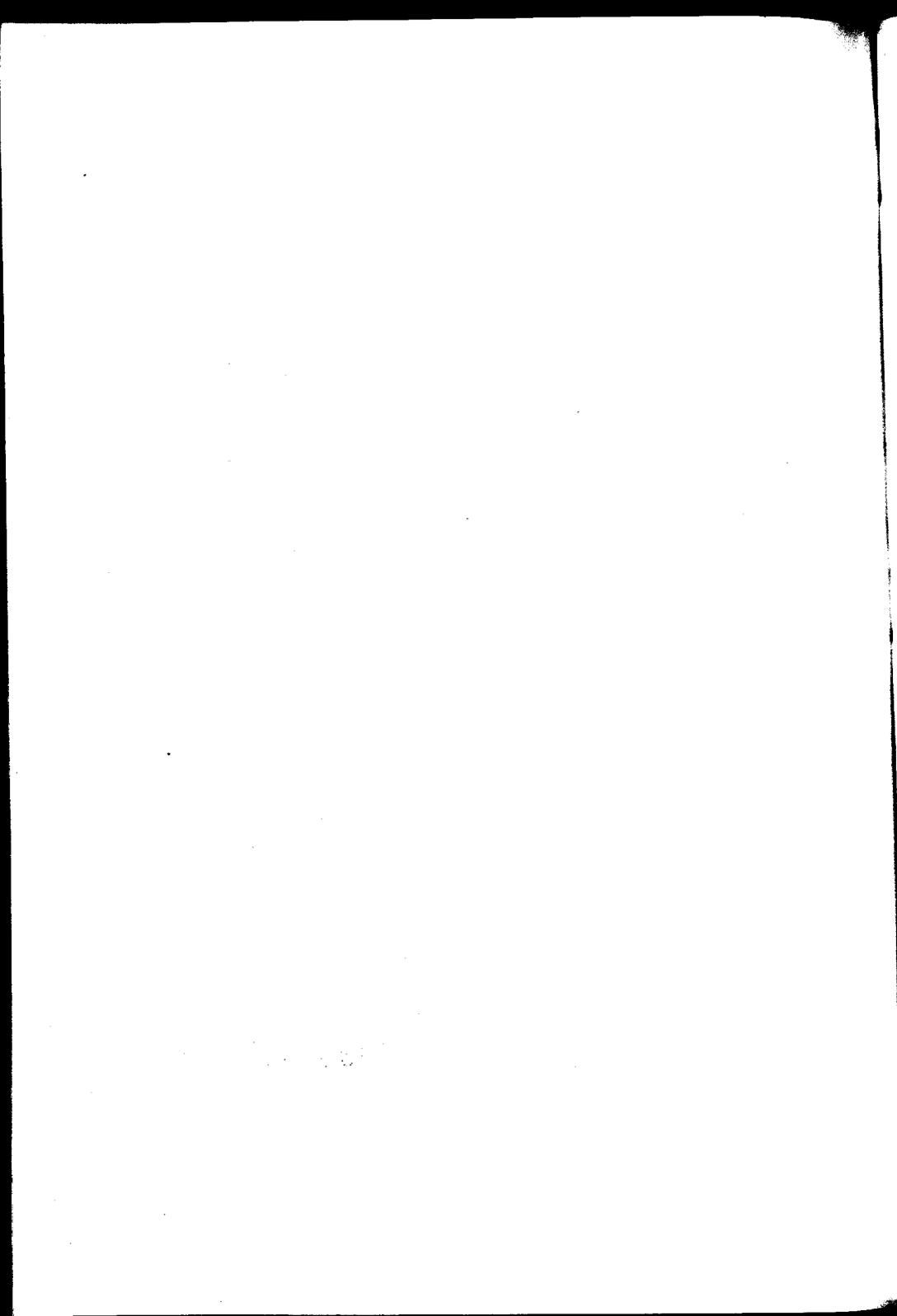
Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Juan C. Llanes Massini y al profesor suplente Dr. Osvaldo L. Bottaro, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires, Junio 5 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3421 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

### I

Profilaxia de las desgarraduras del periné.

*José F. Molinari.*

### II

Influencia de la preñez sobre el prolapso uterino; y del prolapso uterino sobre la preñez y el parto.

*Juan C. Llames Massini.*

### III

Prácticas de profilaxis obstétrica del prolapso uterino, universalmente aceptadas.

Teorías en pugna, en el terreno de la puerperalidad.

*Oswaldo L. Bottaro.*

1334



