

3



Año 1918

Núm. 3488

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DEL
PROLAPSO TOTAL DEL UTERO

— = —

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA



POR

RAÚL BELLO

Practicante del Instituto Genner (1911-12)
Director de la cátedra de Anatomía Descriptiva (1913-14)
Ayudante de la cátedra de Medicina Operatoria (1914-15)
Practicante externo de los Hospitales San Roque y Rivadavia (1913-15)
Practicante menor interno del Hosp. Nac. de Clínicas (1915-16)
Practicante mayor de la Asistencia Pública (1915-16)
Practicante mayor interno del Hosp. Nac. de Clínicas (1916-17)
Médico del Hospital Rivadavia



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
JUNIN 845 - BUENOS AIRES

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DEL
PROLAPSO TOTAL DEL UTERO

Año 1918

Núm. 3488

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DEL
PROLAPSO TOTAL DEL UTERO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAÚL BELLO



"LAS CIENCIAS"

LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
JUNIN 845 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F

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. EFFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSE PENNA
5. " " LUIS GUÉMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. FISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " DESIDERIO F. DAVEL
19. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. " " DOMINGO CABRED
21. " " EDUARDO OBEJERO
22. " " JOSE A. ESTEVES
23. " " Vacante
24. " " Vacante

Secretario general

Vacante

Secretario

DR. DIOGENES DECOUD

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSEJO DIRECTIVO .

Decano

DR. D. ELISEO CANTON

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " 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 VISAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI
„ TELÉMACO SUSINI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	" LUCIO DURANONA
	" RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	" R. SARMIENTO LASPIUR
	" JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	" PEDRO BELOU
Histología	" RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	" ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	" HORACIO G. PINERO
Bacteriología	" CARLOS MALBRAN
Química Biológica.....	" PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	" RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ...	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
	" DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	" AVELINO GUTIERREZ
	(Vacante)
Anatomía Patológica	" JUSTINIANO LEDESMA
Materia Médica y Terapéutica	" DANIEL J. CRANWELL
Patología Externa	" LEANDRO VALLE
Medicina Operatoria	(Vacante)
Clínica Dermato-Sifilográfica	" PEDRO BENEDIT
" Génito-urinarias	" JUAN B. SESORANS
Toxicología Experimental	" JOSÉ PENNA
Clínica Epidemiológica	" EDUARDO OBEJERO
" Oto-rino-laringológica	" MARCIAL V. QUIROGA
Patología Interna	" ENRIQUE B. DEMARIA
Clínica Oftalmológica	" LUIS GUEMES
	" LUIS AGOTE
" Médica	" IGNACIO ALLENDE
	(Vacante)
	" PASCUAL PALMA
	" DIOGENES DECOUD
" Quirúrgica	" ANTONIO C. GANDOLFO
	" MARCELO T. VISAS
" Neurológica	" JOSÉ A. ESTEVES
" Psiquiátrica	" DOMINGO CABRED
" Obstétrica	" ENRIQUE ZARATE
" Obstétrica	(Vacante)
" Pediatría	" ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	" DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	" ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica	Dr. D. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" DANIEL J. GREENWAY
Histología normal	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	" JUAN JOSÉ GALIANO
	" JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	" LEOPOLDO URIARTE
	" ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	" JOSÉ BADIA
Higiene Médica	" FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-sifilográfica	" MAXIMILIANO ABERASTURY
" Génito urinaria	" BERNARDINO MARAINI
Patología externa	" CARLOS ROBERTSON LAVALLE
" interna	" RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	" ELISEO V. SEGURA
	(Vacante)
" Neurológica	" MARIANO ALURRALDE
	" ANTONIO F. PINERO
" Pediatría	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO / CUÑA
	" FRANCISCO LLOBET
" Quirúrgica	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE
	" JOSÉ T. BORDA
" Psiquiátrica	" BENJAMIN T. SOLARI
	" ARTURO ENRIQUEZ
" Obstétrica	" ALBERTO PERALTA RAMOS
" Ginecológica	" JOSÉ F. MOLINARI
" Médica	" PATRICIO FLEMING

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	GUILLERMO SEBERER SILVIO E. PARODI EUGENIO GALLI
Anatomía Descriptiva	JUAN JOSE CIRIO FRANCISCO ROPHILLE FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana	BERNARDO HOUSSAY RODOLFO RIVAROLA SALVADOR MAZZA
Bacteriología	BENJAMIN GALARCE MANUEL V. CARBONELL
Química Biológica	SANTIAGO M. COSTA
Higiene Médica	CARLOS BONORINO UDAONDO ALFREDO VITON
Semeiología y ejercicios clínicos	PEDRO J. HARDOY JOAQUIN LLAMBIAS ANGEL H. ROFFO
Anatomía Patológica	PEDRO ELIZALDE JOSE MORENO PEDRO CASTRO ESCALADA
Materia Médica y Terapia	ENRIQUE FINOCCHIETTO FRANCISCO P. CASTRO CASTELFORT LUGONES
Medicina Operatoria	ENRIQUE M. OLIVIERI ALEJANDRO CEBALLOS NICOLAS V. GRECO
Patología externa	PEDRO L. BALINA JOAQUIN CERVERA JOAQUIN NIN POSADAS
Clínica Dermato-sifilográfica	FERNANDO R. TORRES FRANCISCO DESTEFANO ANTONINO MARCO DEL PONT
Genito-urinaria	DANIEL THAMM ADOLFO NOCETTI RAUL ARGANARAZ
Epidemiológica	JUAN DE LA CRUZ CORREA MARTIN CASTRO ESCALADA FELIPE J. BASAVILBASO
Oftalmológica	ANTONIO R. ZAMBRINI ENRIQUE FERREIRA PEDRO LABAQUI
Oto-rino-laringológica	LEONIDAS JORGE FACIO PABLO M. BARLARO EDUARDO MARINO
Patología Interna	ARMANDO R. MAROTTA LUIS A. TAMINI MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLE PEDRO CHUTRE JOSE M. JORGE (hijo)
Clínica Quirúrgica	OSCAR COPELLO ADOLFO F. LANDIVAR JORGE LEYRO DIAZ
	ANTONIO F. CELESIA TOMAS B. KENNY GUILLERMO VALDES (hijo)
Clínica Neurológica	VICENTE DIMTRI ROMULO H. CHIAPPORI JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE RAFAEL A. BULLRICH IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO MARIANO R. CASTEX PEDRO J. GARCIA
Médica	JOSE DESTEFANO JUAN R. GOYENA JUAN JACOB O SPANGENBERG
	TULIO MARTINI CANDIDO PATINO MAYER GENARO SISTO
Pediátrica	PEDRO DE ELIZALDE FERNANDO SCHWEIZER JUAN CARLOS NAVARRO
	JATME SALVADOR TORIBIO PICCARDO CARLOS R. CIRIO
Ginecológica	OSVALDO L. BOTTARO JULIO HIRAKNE CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	FAUSTINO J. TRONCE JUAN B. GONZALEZ JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Obstétrica	JUAN A. GABASTOU ENRIQUE A. BOERO JOSE BERUET
	NICANOR PALACIOS COSTA VICTORIO MONTEVERDE JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal	JAVIER BRANDAN ANTONIO PODESTA AMABLE JONES
Clínica Psiquiátrica	ANGEL J. SAN MARTIN
Anatomía topográfica	ALFREDO BUZZO
Toxicología	



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico D. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica D. FANOR VELARDE

Microcultura D. UBALDO FERNANDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
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
Química farmacéutica orgánica ...	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	„ RICARDO SCHATZ
Química analítica general	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)...	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general.—Anatomía y fisiologías comparadas.....	Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica	„ TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal.....	„ EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica....	„ ILDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica	Dr. PEDRO J. MESIGOS
Química analítica general	„ LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
	„ CLEOFE CROCCO
	Dr. JUAN A. SANCHEZ
	Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	—
Mineralogía y Geología.....	—
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina	—
Química analítica aplicada (Medicamentos)	Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer.)
Química biológica	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	—
Física general	—
Bacteriología	Dr. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SENORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	" LEON PEREYRA
3er. año	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)
SR. D. CORIOLANO BREA "
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)



Padrino de tesis:

DR. ALFREDO BELLO

A MI PADRINO DE TESIS Y MAESTRO:

DR. ALFREDO BELLO

A MIS MAESTROS Y JEFES

A LOS MIOS

A MIS AMIGOS

A LA MEMORIA DEL MALGRADO COMPAÑERO
E INOLVIDABLE AMIGO

CARLOS N. OLIVER

CAPITULO I

Consideraciones anátomo-fisiológicas de los medios de fijación del aparato uro-genital

Consideramos conveniente iniciar este trabajo con un capítulo consagrado al estudio anatómico y fisiológico de los medios que mantienen en su lugar y posición normal al aparato-uro-genital-femenino.

Y es, precisamente, sobre estos medios, que tenemos que actuar cuando queremos corregir y curar una dislocación o un prolapso genital.

Ellos son: 1.º Un aparato de suspensión, que insertándose en distintos puntos del útero, por una parte, y en las paredes pelvianas por la otra, mantienen a aquél en posición normal. Conservan la estática del órgano.

2.º Una aparato de sostén, protección o contención, representado por un plano de tejidos resis-

tentes, que tiene por función contrarrestar desde abajo la presión intra abdominal.

Aparato de sostén o contención. — Este aparato, que juega un rol esencial en la etiología de los prolapsos genitales, está formado por músculos de fibra estriada y hojas de tejido conjuntivo fibroso, constituyendo el piso de la pelvis y el periné.

Examinada la pelvis por arriba, después de haber sacado el peritoneo y los órganos en ella contenidos, se constata que el fondo de esta cavidad está cerrado de cada costado por una hoja muscular que desciende de sus paredes laterales hacia la línea media, formando un piso cóncavo arriba, atravesado por la uretra adelante, la vagina en el medio y el recto atrás. Se le da a este piso el nombre de diafragma pelviano principal o rectal. Está constituido por dos músculos: el elevador del ano y el isquiocoxígeo.

Pero este diafragma pelviano no cierra completamente la pelvis. Entre la cara anterior de la vagina y la sínfisis queda un espacio. Una nueva capa muscular se agrega algo más abajo y completa el piso. Esta capa es atravesada por la vagina y la uretra; ella constituye el diafragma pelviano accesorio, diafragma uro-genital, piso o trigono uro-genital. Está constituido por tres músculos: trans-

verso profundo del periné, transverso de la uretra y constrictor de la uretra.

Como se ve, estos dos grupos musculares sirven directamente para cerrar el estrecho inferior, por eso su nombre de músculos del piso pelviano.

Abajo de estas dos formaciones musculares, entre ellas y los tegumentos existe un tercer grupo muscular; son los perineales superficiales, dispuestos alrededor de los orificios rectal, vaginal y uretral.

Estos diversos planos musculares de la pelvis y del periné no constituyen por sí solos los elementos de resistencia; intervienen, sobre todo, en el estado dinámico más que en el estático; es decir, que su contracción antagonista a la de los músculos de la pared, sostiene los órganos pelvianos en el momento del esfuerzo, pero desempeñan escaso papel en el estado de reposo muscular.

En este último es cuando intervienen las sólidas formaciones aponeuróticas; vainas de los músculos unas y aisladas otras; y el mérito de los recientes trabajos de Violet y de Martin es haber establecido la importancia de estas aponeurosis, como agentes de contención.

El más importante y más potente de los músculos del suelo pelviano y el que más acción directa tiene en la contención del aparato genital, es el elevador del ano. Vamos a estudiarlo con detalle.

Es un músculo plano y muy ancho, que forma con su homónimo en gran parte, el piso pelviano; va de la pared ántero-lateral de la pelvis a la región del ano. Es una especie de hamaca tendida transversalmente en la pelvis; cóncavo arriba, con una ancha ventana media que ocupa la uretra, la vagina y el recto, presentando atrás de dicha ventana un rafe fibroso.

La mayoría de los anatomistas le describen dos planos de fibras: uno externo o superficial, otro interno o profundo, asignando a cada plano distinta acción fisiológica.

La porción externa o esfínteriana es la parte más ancha. Ella toma nacimiento: en la cara posterior del pubis, sobre una línea curva a convexidad superior, que se extiende desde un punto situado a medio centímetro arriba de la ojiva pubiana y a siete u ocho milímetros afuera de la sínfisis, hasta la arcada aponeurótica que limita el canal obturador. Sucediendo a éstas, las fibras se insertan sobre la aponeurosis obturatriz, siguiendo una línea cóncava arriba y situada en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores de dicha aponeurosis, la que presenta en esta línea de inserción un espesamiento: es la arcada tendinosa del elevador (*arcus tendineus musculi levatoris ani*). En el isquion los orígenes se hacen por algunos manojos en la espina ciática, sobre una extensión de me-

dio centímetro; algunos llegan hasta la cara anterior del pequeño ligamento sacro-ciático o sobre el ileon.

Partiendo de estos diversos puntos, las fibras musculares se dirigen todas abajo y atrás, hacia atrás del recto, siguiendo una dirección que varía para cada haz; una oblicuidad tanto más transversal cuanto más posteriores son, y tanto más sagital cuanto más anteriores son. Independientemente de esta inclinación sobre el plano medio, todos los haces son descendientes; su extremidad externa o pelviana está siempre situada sobre un plano mas elevado que el que ocupa su extremidad opuesta. Al llegar a la parte posterior del ano, los haces de la porción externa del elevador se entrecruzan sobre la línea media, con sus similares del lado opuesto, formando en su conjunto una especie de cintura, cuya concavidad dirigida adelante abraza los tres cuartos posteriores del cilindro rectal. Los haces más posteriores se insertan sobre el cóxis.

La porción interna o profunda del elevador costea el borde interno de la precedente; toma nacimiento: en el pubis, inmediatamente adentro y arriba de la porción externa; en la cara externa del ligamento pubo-vesical externo; en la aponeurosis del diafragma rectal. Partiendo de estos diversos puntos, los haces musculares caminan de adelante atrás, pasan sobre los costados de la vagina, unidos

a sus paredes por un tejido celular denso, unión bastante íntima para creer en una verdadera inserción, pero, músculo y vagina, son separados por una hoja aponeurótica. Atras de la vagina, las fibras más internas se entrecruzan con las homólogas del lado opuesto, y descienden sobre la pared anterior del recto; las fibras más externas, sin entrecruzarse, descienden sobre las paredes laterales del recto. Todas las fibras van a terminar después de su entrecruzamiento o sin él, en la cara profunda de la piel del ano.

Veamos la acción de este músculo, sobre todo en lo que a nosotros más nos interesa, bajo el punto de vista ginecológico. Al lado de su rol esfínteriano, la porción externa del elevador del ano, llena otro muy importante. Unido al ísquio-coxígeo, forma el diafragma muscular que cierra abajo la cavidad pelviana. Se compara este tabique cóncavo arriba, situado en la extremidad inferior de la cavidad abdominal, con otro tabique cóncavo abajo, el diafragma. Si los músculos de la pared ventral y el diafragma se contraen y tienden a retraer la cavidad abdominal, fuerzas variables van a ser puestas en juego, fuerzas cuya resultante, según Sapey, es representada por una línea extendida del ombligo a la articulación sacro-coxígea. El elevador del ano, bajo esta presión, se dejaría deprimir, si no luchase contra ella contrayéndose, oponiéndose a

la vez a la producción de hernias. De modo que la contracción del elevador es de toda necesidad concomitante de aquella de los músculos de las paredes abdominales y diafragma. A este título él toma parte en todas los actos fisiológicos o mórbidos en los cuales interviene el fenómeno del esfuerzo.

La porción interna del elevador es la realmente elevatriz, pues la dirección de sus fibras muestra bien que lleva al ano arriba y adelante. Y es esta porción llamada también pubo-vaginal, que debemos de conocer bien en su anatomía y fisiología, por la gran importancia que tiene en la etiología del prolapso genital y en su tratamiento.

Dirigidas sus fibras de adelante atrás, cruzan el conducto genital, pegadas a su pared lateral, constituyendo con sus homólogas del lado opuesto un ojal muscular, un verdadero constrictor que durante el coito hace sentir las contracciones intermitentes que precipitan la eyaculación y atestiguan las sensaciones de la mujer (Farabucf).

Es esta porción del elevador la que produce el vaginismo, en los casos de gran desarrollo muscular.

Pero el elevador, no es sólo un compresor de la vagina. Por las fibras que descienden delante del recto, para insertarse en la piel y rafe ano-vulvar, él tira los tegumentos y toda la masa del periné, que lleva adelante. El retrae así el tubo vaginal del

cual levanta y protege la pared posterior (Waldeyer). Se ve que el elevador, no tomando ninguna inserción sobre este conducto, es, sin embargo, por diferentes mecanismos, un medio de fijeza de primer orden.

Detengámonos algo más sobre la porción interna del elevador, llamada también músculo pubio-vaginal, o mejor, teniendo en cuenta sus inserciones reales, pubio-rectal, como le llaman Doederlein y Kröenig.

En el vivo es muy fácil percibirlo, especialmente en las nulíparas. Efectuando el tacto vagino-rectal, e invitando a la enferma a contraer el recto, se observa que el músculo, que es delgado al estado flácido, se engruesa considerablemente al contraerse, a la vez que la vagina, en el tercio medio e inferior se estrecha notablemente. Esta práctica, desde Thüre Brandt, se conoce con el nombre de “knig-ning”.

Este músculo presenta grandes diferencias individuales en cuanto a su grosor y fuerza, y se explica que en las múltiparas presente tan fácilmente desgarraduras o desinserciones en la vecindad de la sínfisis, producidas en el momento de la expulsión del feto.

Fueron Schatz y Ziegenspeck los primeros que llamaron la atención sobre la importancia que tiene la insuficiencia del músculo pubio-rectal en el

origen de los prolapsos. Haciendo más tarde Tandler y Halban un estudio anatómico y fisiológico completo del asunto, llegando a conclusiones de verdadera utilidad para explicar la etiología, y dirigir el tratamiento de los prolapsos.

Estos autores llaman hiatus genital a la hendidura u ojal que dejan entre sí ambos haces divergentes del pubio-rectal, y comparan estos haces con los montantes que cierran la puerta herniaria; para concluir que es fácil explicarse la luxación hacia afuera de los órganos pélvicos expuestos a la presión intra-abdominal, cuando dichos haces fallan, faltando la fuerza oponente del plano perineal. Siendo el diámetro transversal del hiatus genital en condiciones normales menor que el que presenta el útero normal en el período sexual, se explica que este órgano pueda sufrir las más fuertes presiones de la prensa abdominal, sin luxarse fuera de la cavidad.

Por otra parte, los manojos pubo-vaginales mantienen por su tonicidad la pared vaginal posterior adosada a la anterior. La acción de estas fibras es muy enérgica. Farabeuf ha medido su fuerza en plena contracción con un dinamotro colocado en la vagina, obteniendo 12 a 15 kilogramos. Siendo así, y teniendo en cuenta que esta cincha muscular abraza a la vagina en su tercio in-

ferior, se comprende que en los grandes esfuerzos ella aumenta la oblicuidad de la parte inferior de dicho conducto, llevándolo más y más a la horizontalidad, con lo que aumenta la seguridad en el sostenimiento del útero.

Además, el útero, ante un aumento de la presión intra-abdominal, exagera su posición normal de anteflexión, y comprimiendo la vejiga la obligaría a insinuarse en el hiatus genital; si no fuese que la vagina, debido a la acción de las fibras que circunscriben dicho ojal, ofrece un apoyo eficaz al reservorio urinario.

Por detrás del elevador del ano, continúa y completa el diafragma pelviano principal, el músculo isquio-coxígeo, en cuyas inserciones no nos detenemos. Este músculo presenta en el hombre, reducido desarrollo, siendo, por el contrario, en los animales con cola, de un desarrollo y potencia considerables en función con este elemento.

El diafragma pelviano accesorio o diafragma uro-genital o trigono uro-genital, consta principalmente del músculo transverso perineal profundo. Se inserta en ambos lados, en las ramas descendente del pubis y ascendente del isquión, hasta cerca de las tuberculosidades isquiáticas. De estos puntos de origen se dirige transversalmente hacia adentro, atrás de la vagina, donde se termina en el rafe fibroso que se extiende del ano a la comisura pos-

terior de la vulva, o sea el rafe pre-anal o ano-vulvar. Los haces posteriores de este músculo se unen en la línea media con los haces musculares del elevador anal en el centrum tendineum.

El músculo transverso perineal profundo, está recubierto en sus superficies superior e inferior, por hojas aponeuróticas que alcanzan a veces relativo grosor, mientras que el tejido muscular es poco desarrollado. En este sentido existen muchas variaciones; en las nulíparas robustas, el músculo recubierto de sus aponeurosis, presenta cerca de su base, un través de dedo de grosor; en las múltiparas y en mujeres poco musculosas; el músculo se encuentra tan poco desarrollado, que resulta difícil en la disección, reconocer sus elementos. Cuando el músculo y sus vainas aponeuróticas, alcanzan un buen desarrollo, el diafragma urogenital, contribuye en muy buena parte a completar el aparato de contención.

No siendo nuestro propósito hacer un estudio completo de la anatomía muscular de la región pelvi-perineal, sinó, de los elementos que concurren en mayor parte al sostenimiento del aparato urogenital, que ya hemos hecho; nos limitamos a decir pocas palabras de las demás formaciones musculares, las que aisladamente o en conjunto, ya por tonismo propio o por acción contractil, concurren también a llenar aquella función.

Por debajo del transverso perineal profundo, se encuentra el músculo bulbo-cavernoso, que unido al del lado opuesto, constituye un músculo impar y medio, llamándosele, constrictor de la vagina, orbicularis vaginae, compresor bulborum, constrictor cunni. Todos estos términos son sinónimos. Su función especial está en el coito; produce la erección del clítoris; retrae el orificio inferior de la vagina. Su contracción espasmódica, constituye el vaginismo inferior.

El músculo isquio-cavernoso, cuya acción es parecida a la del anterior; el músculo transverso superficial del periné; el músculo de Wilson; el esfínter externo de la uretra, el esfínter externo del ano. Elementos de difícil disección, como unidas anatómicas, sobre todo en las múltiparas.

Detengámonos un poco más, en los diafragmas pelvianos, siguiendo a Forgue y Massabuan.

Hemos visto como está constituido el diafragma pelviano principal. Teniendo en cuenta sus inserciones parciales, los anatomistas, y desde los trabajos de Holl, consideran cada mitad de este diafragma, como compuesto de un grupo de músculos; el isquio-coxígeo, el íleo-coxígeo, el pubo-coxígeo y el pubo-rectal.

Para los cirujanos, en realidad, no hay que distinguir más que dos zonas de resistencia en dicho músculo: 1.º un grupo de fascículos posteriores

y externos que, insertándose en la cara posterior del pubis, sobre el arcus tendineus, se dirigen convergiendo hacia atrás, abajo y adentro, para ir a fijarse en los bordes del coxis, sobre el rafe ano-coxígeo y en los lados del recto; 2.º fascículos internos, ansiformes que, fijados delante en el pubis, se dirigen hacia atrás, formando la cincha que abraza en su concavidad, la parte posterior de la vagina. Halban y Tandler dan al primer grupo el nombre de Levatorplatte, y al segundo el de Levator-schenkel, en nomenclatura anatómica este último es el músculo puborrectal. La parte primera forma por detrás del recto un plano muscular, en embudo, sólido y regular; la segunda desempeña, desde el punto de vista de la estática vagino-uterina y de la reparación plástica de los prolapsos, un papel capital, desde que cinchando hacia arriba y adelante a la vagina que abraza, aproxima por simple tonicidad de sus fibras y aprieta cuando se contrae la cara posterior a la anterior de dicho conducto que lo transforma en simple hendidura transversal.

Hacia adelante, entre los bordes internos de los dos músculos puborectales, se encuentra la abertura oval alargada que ya conocemos con el nombre de hiatus genitalis. Es como dice Forgue un "orificio en el suelo", una zona débil a nivel de la cual, en condiciones de ensanchamiento anormal, pueden producirse verdaderas hernias del útero.

En resumen, el diafragma pelviano, forma un plano muscular continuo, en embudo, presentando en la línea media intersticios que atraviesan los segmentos inferiores de los órganos pelvianos. Es, según la pintoresca comparación de Farabeuf, una tabla para sostener botellas, dejando pasar los cuellos: ano, parte inferior de la vagina, uretra, y oponiéndose, al contrario, al paso de las partes anchas: ampolla rectal, cúpula de la vagina, vejiga.

La zona o punto débil de nuestro diafragma principal es asegurada u ocluida por el plano muscular subyacente: diafragma pelviano accesorio, trigono urogenital, que forman los músculos del periné. Tendido entre ambas ramas isquiopubianas constituye, según la comparación de Farabeuf, el fondo de la artesa formada por los fascículos anteriores de los elevadores. Sobre este periné, verdadero punto nodal, vienen a concentrarse dos anillos quebrados, dos sortijas musculares abiertas que, teniendo un punto fijo opuesto, poseen acción contraria.

Una, la posterior, constituida por el esfínter anal, tira hacia el coxis. La otra, anterior, constituida por el constrictor de la vulva, toma sus inserciones fijas en la arcada pubiana, de modo que cuando entran en acción sus fibras, llevan la comisura posterior hacia adelante, hacia el pubis.

Cuando estos dos esfínteres antagonistas en-

tran simultáneamente en juego, se equilibran, y constituyen una especie de cincha ántero-posterior que viene a cruzar, a nivel del periné, una banda de apoyo transversal, constituida por el transverso: de ésta manera queda formada una cincha en cruz que tiende a bloquear los órganos colocados encima.

Además, como han demostrado bien Luschka y Holl, las fibras prerrectales del elevador del ano, las que componen el haz pubo-rectal que ciñe la vagina, se unen con los haces posteriores del transverso profundo y con la porción profunda del esfínter anal. De esta manera se forma, según la expresión de los alemanes, un verdadero centro tendinoso del periné, que es el nudo de la resistencia del aparato muscular y aponeurótico pelvipерineal.

Sigamos a Forgue y Massabuan en su interesante exposición. Ellos se preguntan después del estudio anatómico que hacen: ¿Por qué mecanismo ese suelo pelvipерineal, que se opone a la presión abdominal transmitida de arriba abajo, contribuye a sostener el útero, órgano distante, en su posición y altura normales? ¿Cómo un conducto, como la vagina, puede sostener un órgano macizo, como es el útero? ¿Por qué procedimientos, las lesiones obstétricas del periné y del diafragma pelviano trastornan estas condiciones de sostenimiento y producen el descenso de los órganos?

Estos problemas que a priori parecerían difi-

ciles de resolver, resultan fáciles una vez hecho el estudio anátomo fisiológico que precede.

Una noción es esencial: la vagina en estado normal, no es más que una cavidad virtual; entre sus paredes anterior y posterior existe un total contacto por el cual el conducto vaginal resulta aplastado, de luz transversal.

Dos disposiciones favorecen este contacto.

En primer lugar, la inclinación de la pared vaginal posterior que se eleva en plano oblicuo, en cuya virtud, cuando la presión abdominal se ejerce sobre el útero en anteposición normal, no tiene otro efecto que el de empujar la pared anterior de la vagina contra la posterior, hacer abombar el periné, sin que la mucosa de la vagina tenga tendencia a proeminar en el orificio vulvar. Es un verdadero cierre autoclave de la vulva. Según esto, es fácil comprender la importancia de la integridad del espólón perineal: el periné de los ginecólogos no es el de los anatómicos; es un verdadero cono muscular que se une entre la vagina y el recto, y la conservación de su masa y de su valor contráctil es la que dá al plano inclinado de la comisura vulvar su eficacia de sostén.

En segundo lugar, más arriba, el asa constituida por las fibras pubo-rectales de los elevadores, constriñe la vagina en su parte inferior, la tira hacia arriba y adelante y tiende a darle una dirección

cada vez más oblicua, con relación a la parte superior, situada arriba del elevador. Aquí también la presión abdominal de los grandes esfuerzos, empuja el cuerpo del útero, por intermedio de la vejiga, sobre la pared anterior de la vagina, deprime ésta y la aplica contra la pared posterior sólidamente sostenida por la cincha del elevador. Por ello todo descenso uterino es imposible; pues dicha presión no conseguiría nunca encajar el útero, oblicuo hacia atrás y abajo, en el conducto vaginal oblicuo adelante y abajo y con sus paredes aplicadas entre sí.

Supongamos, por el contrario, que, a consecuencia de un parto, se han producido las lesiones siguientes: en el piso inferior, perineal: desgarró de la horquilla o rotura submucosa del cuerpo perineal, agrandamiento de la hendidura vulvar.

En estas condiciones, bajo la presión abdominal, la pared anterior de la vagina, tendida, como dice Bouilly “como un toldo sin sostén”, está en falso, puesto que, en lugar del espolón que constituye la horquilla, el desfonde del periné ha creado una pendiente hacia abajo y atrás y no encuentra contraapoyo sólido en la pared posterior, pues el tabique rectovaginal ha perdido abajo el engrosamiento muscular que le proporciona el cono perineal, por lo que queda reducido a una delgada lámina bimucosa.

¿Cual es la consecuencia de esto? Dicha pared

anterior, privada de su sostén, resbala, descendiendo, se desarrolla hacia afuera: al principio es un simple ectropion de la mucosa; luego una eversión (colpocèle); más tarde el deslizamiento secundario de la vejiga (cistocèle). La pared posterior sigue el movimiento: resbala fuera de la horquilla destalonada, se ectropia gracias a la abertura anormal de la vulva, arrastra al recto: de donde colpocèle posterior y rectocèle.

Comprendido el papel mecánico de los desgarreros del cuerpo perineal, se desprende la obligación del tocólogo de practicar la perineorrafia inmediata. Las fibras musculares desgarradas tienden, naturalmente, si no se evita por su afrontamiento tan perfecto como sea posible, a retraerse hacia su inserción fija, es decir, hacia la pared pelviana, tanto como lo permiten sus conexiones con las láminas aponeuróticas: ese periné, no reparado o mal reparado, habiendo perdido su longitud y su espesor normales, es una amenaza de prolapso para el porvenir.

Treub y los autores a quienes seguimos, insisten en la siguiente observación interesante: no son los desgarreros totales, los que interesan el esfínter anal, los que exponen más al prolapso. Este hecho paradójico se explica porque el periné, en defecto de los músculos de sostén, está entonces ocupado por profundas bridas cicatriciales que contornean

la vulva y le constituyen un asiento fibroso resistente. Por el contrario, se ven prolapsos con perinés en apariencia intactos; la distancia interano-vulvar puede estar conservada, pero como dice Violet, “esto no es más que una fachada detrás de la cual no hay nada”: todo el cuerpo perineal ha sido superdistendido y desgarrado bajo la piel. Para darse cuenta de ello, se introduce el índice y el medio detrás de la horquilla y, con el pulgar delante, se pellizca y palpa el espesor muscular del periné; apreciándose el adelgazamiento y la debilidad del suelo perineal.

En el piso superior interviene otro factor para disminuir ese contraapoyo de la pared vaginal posterior: las lesiones del elevador del ano. La cabeza fetal abre y distiende la hendidura pubo-perineal del elevador, es decir, el orificio hiatus genitalis, que limitan los fascículos pubo-rectales. De ahí posibles desgarros de estos fascículos; de ahí, por la retracción de los músculos desgarrados, la disminución o la supresión funcional de la cincha, de concavidad superior, que forman esos dos músculos anastomosados en la zona prerrectal. De esto resulta que, para lo sucesivo, la pared posterior de la vagina, pierde su sostén tónico; que ya no tiene ni dirección oblicua, pues no es llevada hacia adelante y arriba, por la contracción de dicha asa, que tiende a la dirección vertical o por lo menos no se aplica fuerte-

mente a la pared anterior, y que ésta, privada a su vez de este contra-apoyo, se deja deprimir y resbala poco a poco. Halban y Tandler ya citados y Piquand y de Hué pusieron de relieve y expusieron con claridad, estas lesiones obstétricas del elevador del ano.

El Dr. T. Piccardo (Semana Médica, 1916), en apoyo de las deducciones terapéuticas a que él llega, refiere los siguientes hechos de fisiología patológica, relatados por Halban y Tandler y complementados por las investigaciones de R. Graff, que confirman la importancia que tiene el elevador del ano en la estática uterina y que contribuyen a la etiopatogenia de los prolapsos del útero.

El examen de un caso de prolapso congénito en una recién nacida afectada de espina bífida, les llevó a los primeros a demostrar el rol importante que tiene el elevador del ano en la contención del útero. La investigación prolija del caso les permitió comprobar que, a consecuencia de la parálisis seguida de atrofia muscular, resultado de las lesiones medulares concomitantes, el músculo elevador del ano, así como todo el conjunto del suelo pelviano, presentaba los caracteres bien marcados de un desarrollo insuficiente.

Estas investigaciones fueron continuadas por R. Graff, quien ratificó la coincidencia de espina bífida, con modificación no solo en el elevador del

ano, sinó también en la topografía de las vísceras pelvianas.

El periné de los recién nacidos, enfermos de esa clase de lesión medular congénita, presenta las siguientes anomalías: la región perineal es acentuadamente saliente; falta el fruncimiento normal, entre cuyos repliegues se esconde el orificio anal; este último al contrario, con sus bordes en cetropion, ocupa la parte más prominente del relieve perineal.

Si la lesión medular ataca el IV nervio sacro, que es el nervio motor del elevador del ano, las fibras de éste atrofiadas y fuertemente alteradas en su estructura, han cambiado de dirección, haciéndolo directamente de arriba hacia abajo (cranio-caudal), de modo que la luz de la pelvis, parece estar estrechada hacia abajo en forma de embudo.

Al examen microscópico las fibras musculares atrofiadas, presentan los caracteres de una degeneración acentuada: las estrías transversales han desaparecido; las fibras musculares están cargadas de grasa; los núcleos aunque numerosos, atrofiados.

La autopsia de estos casos puso en evidencia, otro hecho importante que Graff ha expuesto: que coincidiendo con estas alteraciones del suelo perineal, la vejiga y los órganos genitales internos, estaban muy francamente descendidos en la pequeña pelvis; haciendo un contraste marcado, con la situación anatómica de los mismos, cuando no hay esa

lesión medular; y que el examen de los otros elementos considerados como factores eficientes de la estática uterina, reveló no estar modificados en su estructura por la anomalía raquídea.

Confirmando que el descenso uterino, es en estos casos de anomalía medular, una consecuencia de la atrofia del músculo elevador del ano y de todo el conjunto muscular del suelo pelviano, se constató que en los recién nacidos, afectados de espina bífida, cuando la presión intra-abdominal aumentaba por gritos, llanto o simplemente por la inspiración; el prolapso se producía; obedeciendo esto a que el aparato de contención atrofiado no podía contraerse, al mismo tiempo que los músculos de la pared abdominal.

Vemos pues, que de todos los estudios e investigaciones hechas, anatomofisiopatológicas, se desprende en forma incontrarrestable que el músculo elevador del ano, es el factor esencial en el mantenimiento de la estática uterina.

Hay otra condición mecánica que favorece el prolapso: el cambio de eje del útero. Cuando el fondo uterino, abandonando su ante posición normal, tiende a dirigirse hacia atrás, pasa por una serie de posiciones, que lo colocan en el eje del conducto vaginal. En esta situación la presión abdominal, lo encaja en la vagina, como en un verdadero trayecto herniario. Por lo tanto, la retroversión

y, más todavía, la situación vertical que es una de sus etapas, son sinérgicas de las fuerzas que tienden a bajar el útero.

Estudiemos ahora este aparato de suspensión del útero que lo mantiene en su posición normal de anteversoflexión.

Como elementos de suspensión del útero, vagina, vejiga y recto, hay que considerar en primer lugar, a las expansiones conjuntivas, que partiendo de las paredes pélvicas, envuelven a los órganos con el nombre de fascia endo-pélvica. El espesor de este tejido conjuntivo es reducido, solo se engruesa en algunos puntos, adquiriendo formas de fajas, que partiendo de la pared pélvica, acompañan a los vasos uterinos, hasta el borde del útero, y penetran luego en el parametrio; estas tiras de tejido conjuntivo entremezclado con algunas fibras musculares lisas, que corren en la base de los ligamentos anchos, han sido descritas por Mackenrodt con el nombre de ligamentos transversos y por Kocks con el de ligamentos cardinales. En general, están constituidos por un tejido laxo, no dispuesto para sufrir tracciones permanentes.

Los ligamentos propiamente dichos, y, clásicamente conocidos, son de dos órdenes: los que se insertan en el fondo o en los lados del órgano, y los que lo efectúan en su istmo.

El papel suspensor de los primeros es despre-

ciable: los ligamentos redondos y los anchos, no están tensos en estado normal y en realidad su acción, no tiene otro efecto más que el de guiar al útero en sus oscilaciones ántero-posteriores y mantenerle en el eje sagital.

Los ligamentos redondos se extienden de las partes ántero-laterales del útero a la región prepubiana; su inserción superior se hace en el útero, un poco abajo de la trompa, se dirigen oblicuamente adelante y afuera, hacia el orificio interno del canal inguinal; ganan en este canal, lo recorren en toda su extensión y finalmente terminan en la base de los grandes labios. Su largo es de doce a catorce centímetros y su diámetro medio es de cinco a seis milímetros; poseyendo a pesar de este débil diámetro, una resistencia considerable: pueden soportar sin romperse, pesos de quinientos a seiscientos gramos.

Beurnier, en numerosos experimentos los ha visto romperse entre seiscientos y novecientos. En el momento de la ruptura, la que se produce ordinariamente en la vecindad del orificio externo del canal inguinal, su largo había crecido de dos a cuatro centímetros.

Estos ligamentos encierran en su masa, buena cantidad de fibras musculares lisas, estando compuestos esencialmente por ellas según Testut; siendo por el contrario según Doderlein y Kronig, esca-

samente representado este tejido que casi no alcanza, dicen, significación fisiológica.

Los ligamentos anchos son dos hojas peritoneales que revisten la cara anterior y posterior del útero y que llegadas a los bordes de este órgano se aplican la una a la otra, para dirigirse hacia las paredes laterales de la pelvis.

Ellas forman así, a ambos lados del útero, dos tabiques transversales que lo unen a las paredes de la escavación.

En el sentido vertical, estos ligamentos, se dirigen hacia abajo y atrás, como el útero mismo; en el sentido del ancho, ellos no son exactamente transversales; pero un poco oblicuos de adentro afuera y de adelante atrás. Considerados en su conjunto, los dos ligamentos anchos, reunidos el uno al otro, por el útero; dividen la cavidad pelviana en dos grandes compartimentos: el uno posterior o cavum retro-uterino, destinado al recto; el otro anterior o cavum pre-uterino ocupado por la vejiga.

Las dos hojas peritoneales que constituyen cada ligamento ancho, son tapizadas sobre su cara profunda, por fibras musculares lisas, que afectan en su mayor parte una dirección transversal; alojándose también una napa de tejido celular, más o menos rico en grasa, en el seno del cual caminan vasos sanguíneos y linfáticos. Esta capa de tejido celular adquiere, en la vecindad del piso pelviano,

un desarrollo considerable, al mismo tiempo que cambia de aspecto; presentando los caracteres del tejido fibroso. Al nivel de la base del ligamento ancho, la lámina fibro-vascular, que forma como el esqueleto de este ligamento, se continúa con el tejido celular que recubre la aponeurosis pelviana y, por consiguiente, con aquel que rodea la vejiga, la vagina y el recto.

Veamos ahora los ligamentos que se insertan en el istmo del útero. Ellos son:

Los ligamentos útero-sacos o repliegues de Douglas. Toman nacimiento adelante, sobre la cara posterior del cuello, un poco abajo del istmo. De allí, se dirigen atrás y arriba, contornean las partes laterales del recto y vienen a atarse, según los casos, sobre la tercera, segunda o primera vértebra sacra, inmediatamente adentro de la articulación sacro-ilíaca. A veces se elevan hasta la quinta lumbar, de donde el nombre de ligamentos útero-lumbares que les dió Huguier y que describió también Vallin.

Cada ligamento útero-sacro, reviste el aspecto de un repliegue falciforme, delimitando entre los dos, una abertura ovalar que abraza el recto, y abajo de la cual se encuentra una especie de tras cavidad que constituye el fondo de saco de Douglas; la parte más declive de la cavidad abdominal.

Lo mismo que los ligamentos anchos, los liga-

mentos útero sacros están formados por dos hojas peritoneales que encierran haces musculares y tejido celular. Algunas fibras musculares llegan adelante y se continúan con las del útero, otras terminan en el recto, y las posteriores van a atarse en el sacro; constituyendo así para el músculo uterino una inserción esquelética.

Los ligamentos útero-sacros, son realmente importantes como medios suspensores de la matriz. Así lo han afirmado Kiwisch, Hergott y Ziegenspeck después de sus experimentos: si en un cadáver, cuya pared abdominal está abierta, se imprime al útero un descenso forzado, se ven dichos ligamentos, tenderse al máximo; si entonces se les divide por completo, se obtiene un grado mayor de descenso uterino.

Y por último, los ligamentos pubo-vésico-uterinos de Hyrtl; antagonistas de los anteriores, que insertándose sobre el cucilo a la altura del itsmo, se dirigen hacia adelante a la sínfisis púbica. Su valor fijador es muy escaso.

Hecha la descripción de los medios de suspensión de la matriz y vista la calidad de los tejidos componentes, se desprende su impotencia, para vencer el efecto constante de la presión abdominal, debiendo limitarse esencialmente su función al mantenimiento del útero en su posición normal de anteversoflexión.

No solamente por su desarrollo en masa se distingue el aparato de contención del de suspensión, sinó también por la calidad de tejidos que los componen; pues mientras que este está constituido casi exclusivamente de tejido conjuntivo con poco tejido muscular; aquel está formado por potentes y robustos haces musculares de fibra estriada, con sólidas vainas aponeuróticas.

Pero, observemos que el aparato de suspensión por débil que él sea para fijar al útero, frente a la fuerza de la prensa abdominal; no deja de tomar valor, y grande a veces, cuando el piso pelvi-perineal o sea el aparato de contención, se encuentra debilitado.

Es una función diremos de suplencia; tan común en patología.

Estas deducciones las hacemos, de las interesantes observaciones que refiere el Dr. T. Piccard (Semana Médica, 1916). Se trata de mujeres con ausencia de prolapso aún de primer grado, a veces grandes multíparas, con desgarro perineal grande y comprobación táctil por la práctica del "Knipning" de insuficiencia de contractilidad del elevador del ano, en sus fibras puborectales.

La ausencia de descenso en estos casos, solo puede ser explicada, por la acción acentuada de los medios de suspensión del útero y de los tejidos conjuntivo y elástico perivaginales.

Ahora, detengamos un momento en las aponeurosis; pero sin hacer un estudio anatómico ordenado. Exponemos la descripción y las ideas de H. Violet (de Lyon) quien concede a estos elementos un valor máximo en la estática uterina.

Violet divide al punto de vista estático el sistema genital de la mujer en dos pisos: un piso superior o pelviano y un piso inferior o perineal. El piso superior comprende, el útero y la ampolla vaginal, responde a la aponeurosis pelviana superior o aponeurosis sacro-recto-genito-vésico-pubiana de Delbet, con sus expansiones sobre el cuello uterino y sobre las partes laterales de la bóveda vaginal. El piso inferior comprende la vulva y la vagina en su travesía perineal, responde a la aponeurosis media, comprendiendo en su desarrollo los transversos profundo y superficial del periné, formando atrás de la vagina el triángulo recto-vaginal o núcleo central del periné (Farabeuf), y adelante el triángulo uro-genital de los clásicos.

Estos dos pisos son separados por los elevadores del ano, constituyendo, junto con los isquio-coxígeos, el diafragma pelviano principal ya descrito con detalle.

Las formaciones aponeuróticas del piso superior están dobladas en varios puntos, por formaciones musculares lisas. Esta aponeurosis no es una simple tela, pues presenta formaciones sagitales que

hacen que se extienda de la cara inferior del peritoneo a la cara superior del elevador del ano.

En suma, estas aponeurosis y sus expansiones forman al cuello uterino y a la ampolla vaginal, como dos semi-vainas, dejando dos puntos débiles: el uno adelante, entre los ligamentos vésico-uterinos, el otro atrás, entre los útero-sacros. El hiatus posterior es limitado, abajo, por la aponeurosis recto-vaginal, sobre la cual convergen las fibras posteriores de la aponeurosis pelviana superior.

El hiatus anterior es limitado adelante por la fusión de la aponeurosis media con la superior, al nivel de las ramas anteriores de los elevadores del ano.

“Esta aponeurosis constituye el verdadero sostén del útero y de la ampolla vaginal”. (Violet).

Cuando con una pinza tiera cuello se baja el útero a la vulva, se siente en un momento dado una resistencia; esta resistencia es debida a la aponeurosis en cuestión. Si se practica esta misma maniobra en una mujer anestesiada, se siente que bajo la influencia de la tracción se forma, atrás del cuello y lateralmente, una cuerda tendida que se opone al descenso del útero, mientras que el elevador del ano está en relajamiento absoluto.

Concluye así Violet: “Las lesiones pueden radicar, aisladamente o concomitantemente, sobre los dos pisos. Puede haber lesiones sobre el superior

con un piso inferior sólido. Puede haber lesiones del inferior, no repercutiendo en nada sobre un útero bien fijado. Puede haber lesiones concomitantes de los dos sistemas y se admite entonces que es el descenso del piso inferior que ha favorecido el relajamiento o caída del piso superior”.

Como vemos, este autor coloca a las aponeurosis en primera línea en función de la estática de la matriz; parece que incluye en su descripción a los ligamentos de ésta dentro de aquéllas, dejando al macizo muscular en un segundo plano.

CAPITULO II

Reseña histórica de los procedimientos quirúrgicos usados hasta hoy

No queremos pasar al tratamiento quirúrgico sin dejar bien establecido que este medio debe ser el último recurso para el tratamiento del prolapso uterino.

Antes de someter una enferma a una intervención quirúrgica debemos tratar, por todos los medios de prótesis, de corregir el prolapso. Si un pesario no nos da resultado, debemos recurrir a otro y a otro (en contra de la opinión de muchos autores, que consideran al pesario inútil y hasta peligroso; dejamos bien sentado, nuestra manera de pensar), a fin de probar, al más alto grado, el tratamiento médico. Esta es la práctica que se debe seguir. Y sólo cuando el tratamiento médico y ortopédico más constante y oportuno nos haya fra-

casado, entonces estaremos autorizados a proceder quirúrgicamente.

Vamos a hacer una reseña histórica de los procedimientos quirúrgicos usados hasta el presente para el tratamiento del prolapso uterino, para detenemos luego sobre las ventajas de unos y otros y para preconizar, según nuestra humilde opinión, cual es el mejor para el prolapso total.

La idea de extirpar el útero prolapsado nació de Oakley, el año 1757, sin llegar a ejecutarla; fué necesario esperar muchos años, hasta que Choppin, en el 1857, la practica haciendo una histerectomía vaginal.

Langenbeck (1813) saca por la vía vaginal un útero canceroso prolapsado.

Marshall Hall (1825) trata de retraer la vagina, suprimiendo colgajos irregulares de sus paredes y suturando los bordes del avivamiento. Fué él, entonces, el iniciador de las colporrhafias o clitorrrafias, punto de partida de las colpoperineorrhafias de hoy.

Meding, Girardin, Laugier (1830) hacen cauterizaciones al nitrato de plata sobre las paredes vaginales.

Philipps hace lo mismo con ácido nítrico.

Fricke (1833) practica la episiorrafia, consistente en el estrechamiento de la vulva por sutura de los grandes labios.

Dommes (1833) hace la infibulación, por medio de un anillo de oro o de plata pasado a través de los labios.

Mende (1834) practica la himenorrafia.

Bellini (1835) hace suturas sub-mucosas con hilo de plata de una mitad de la vagina, con el fin de retracerla y de determinar adherencias profundas.

Gebhardt (1836) extirpa un útero canceroso prolabado, por vía vaginal. Jurgensen hace lo mismo en 1838.

Jobert (1840) cauteriza al nitrato de plata la mucosa vaginal; espera la caída de las escaras y tienta la reunión secundaria.

Langier, Kennedy y Colles emplean con igual fin el fierro al rojo, y Desgranges el cloruro de zinc.

Simon y Hegar (1861) practican la colpoperineorrafia.

Edwards (1864) amputa un útero gangrenoso y prolabado, a una mujer de 74 años.

Sims y Emmet (1865) practican la colporrafia anterior.

Kœberlé (1869) practica, por primera vez, la fijación directa del útero a la pared abdominal. Recibió esta operación diversos nombres: ventro fijación (Olshausen); antefijación (Sanger); histerorrafia (Kelly); proponiéndole Trelat el de histeropexia, que ha prevalecido, y es bajo este título

que se encuentran descriptos los procedimientos de Czerni, Terrier, Pozzi, Legue, etc.

Gerardin, Neugebauer, padre e hijo, y Lefort (1877) resecan colgajos en ambas paredes de la vagina, suturan las superficies cruentas, y hacen de este modo tabiques longitudinales.

v. Winckel sigue este procedimiento, ligeramente modificado.

Dubourg intenta, sin éxito, reemplazar el tabicamiento longitudinal por suturas transversales.

Franck propone una operación que tiene por fin formar una especie de pliegue vertical de la vagina, proyectado adelante como un tapón.

Alexander (1881) practica el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos que propuso Alquié en 1840, y que vulgarizó Adams. Esta operación fué ideada y practicada por sus autores para la cura de la retrodesviación; pero Polk refiere haber operado quince enfermas de prolapso uterino sin ninguna operación complementaria, seguidas de éxito.

Freund (1883) trata de retraer la vagina colocando una serie de puntos de sutura en el espesor de las paredes vaginales, y dejándolos en su lugar bastante largo tiempo para determinar una especie de inflamación plástica y cicatricial.

Wylie (1886) practica el acortamiento de los ligamentos redondos por la vía abdominal.

Con algunas variantes lo repiten Bodde, Polk, Ruggi, Dudley y Matheu Mann.

Rabeneau (1886) lleva a la práctica, por primera vez, las ideas de Amussat (1830) y de Riche-lot, padre, (1868) de hacer la histeropexia vaginal.

A Rabeneau le sigue Schmidt, Schucking, Sanger, Zweifel, siguiendo cada uno distinta técnica, que no merecieron imitadores. No así los procedimientos seguidos por Dührsen y Mackenrodt, preconizados y algo modificados por Le Dentu y Pichevin. La idea fundamental y común de estos procedimientos es la de crear atrás, y un poco abajo de la vejiga, un lugar al cuerpo del útero.

Kelly (1889) intenta el acortamiento de los ligamentos útero-sacros. Bishop agrega la fijación del fondo de saco vaginal posterior al sacro.

Tait y Imlach acortan los ligamentos anchos.

Werthiem acorta los ligamentos redondos por la vagina, imitándole varios cirujanos, como Bucu-ra, que refiere haber obtenido 15 casos felices sobre 16 operadas.

Péan (1887) practica la colpopexia, fijando la vagina a las paredes de la pelvis.

Biford (1890) hace la colpocistorrafia, buscando por la vía inguinal la extremidad superior de la vagina y suturándola a la pared abdominal.

Gubaroff (1896) trata de reconstituir el piso pelviano, haciendo un surget en el espesor de la

pared posterior de la vagina, interesando elevadores y aponcurosis, buscando por este medio de producir inflamación y tejido cicatricial que determine la fijación de los órganos en su nueva situación.

Inglis Parsons (1899) da la idea de inyectar soluciones de quinina en la base de los ligamentos anchos, previa reducción del prolapso, a fin de provocar la formación de un tejido escleroso que fije el órgano. Thomas refiere haber procedido de este modo con buen resultado. Aikman también cita un caso de curación.

Pankow, Douglas y Stone han inyectado parafina en el espesor de las paredes vaginales.

Freund, Fritsch, Wertheim, Schauta, etc., han ideado contra el prolapso total del útero procedimientos que hacen del útero mismo un medio de sostén, un pesario vivo, sin oclusión de la vagina o con oclusión parcial o total.

Y por último, terminamos esta reseña histórica con las miorrafias, operación fundamental en todo prolapso útero-vaginal.

La idea de la sutura de los músculos elevadores del ano para conseguir una buena restauración del periné, parece haber sido indicada por primera vez en 1896 por Gubaroff de Dorpat. Casi al mismo tiempo tienen igual idea Noble, de Filadelfia; Schatz y Ziegenspeck, en Alemania, y Duval, Proust y Delbet, en Francia.

En la sesión del 30 de Julio y 19 de Noviembre de 1902, en la Sociedad de Cirugía de París, Hartmann, Potherat y Delbet declaran que ellos practican sistemáticamente la sutura de los elevadores en el tratamiento del prolapso genital. Proust y Duval publican, en la Presse Medicale del 22 de Noviembre de 1902, una técnica completa de la miórrafia de los elevadores. Siendo desde entonces practicada por la mayoría de los cirujanos que insisten en sus ventajas, en contra de la opinión de Richelot, quien sostenía (Société de Chirurgie, Paris 1902, 17 de Diciembre), no haber necesidad de preocuparse de los elevadores en el tratamiento del prolapso genital.

Como vemos, para curar el prolapso uterino avanzado, los cirujanos han intervenido por la vía vaginal o abdominal, y por una u otra vía ellos han tenido por fin, o bien fijar el útero dirigiéndose directamente a él mismo o indirectamente a sus medios de suspensión o de sostén: histeropexias. O bien extirparlo subtotal o totalmente: hysterectomías. Recurriendo en muchos casos a procedimientos combinados.

Vamos a hacer una descripción ligera de algunos de estos procedimientos.

PROCEDIMIENTOS DE FIJACIÓN DEL ÚTERO EN SU
POSICIÓN NORMAL: HISTEROPEXIAS

HISTEROPEXIA ABDOMINAL DIRECTA. — Consideramos innecesaria la descripción de los distintos procedimientos; todos fijan el útero directamente a la pared abdominal previa laparotomía, diferenciándose en la manera de pasar los hilos de fijación o en otros detalles. Czerny toma al útero en una sola ansa de catgut. Terrier pasa puntos entre la pared abdominal y el músculo uterino a niveles diferentes. Pozzi hace un surget continuo de abajo arriba. Legue emplea tres pisos de hilos dobles, y anuda los extremos de los hilos del mismo lado y del mismo piso. Kelly hace pasar los hilos por la cara posterior del útero.

Agreguemos a estos procedimientos, que son los más comúnmente usados, aquel de Faucon, que fija la matriz no horizontalmente a la pared abdominal, pero verticalmente. El de Laroyenne, que hace bombear el útero por medio de un histerometro, incinde la pared abdominal justo en este punto y fija la matriz con crines de Florencia. Leopold anuda los hilos arriba de la piel de la pared abdominal y los saca al cabo de algunos días. Obshausen y Sanger emplean también crines de Florencia, temporarias, y fijan los bordes del útero, en lugar

de suturar su cara anterior. Kocher incluye el útero en el espesor de la pared abdominal: exohisteropexia.

Los procedimientos de histeropexia abdominal indirecta son también demasiado conocidos y numerosos para que los describamos. Bástenos con lo recordado en la reseña histórica.

El Dr. R. S. Gómez describe, en *La Semana Médica*, Febrero de 1914, el procedimiento de Denegri, de Lima, comunicado por éste en el V Congreso Médico Latino - Americano (Lima, 1913). Consiste en el acortamiento de los ligamentos anchos y redondos por detrás del útero, con oclusión del Douglas, haciendo, si es necesario, histerectomía, de preferencia sub-total. La oclusión del Douglas se hace con una sutura en jareta, que toma ambos ligamentos útero-sacros, la cara anterior del recto y la cara posterior del cuello uterino. Para el acortamiento de los ligamentos se procede así: cuatro pinzas de Kocher que han atravesado cerradas de atrás adelante ambos ligamentos anchos, toman los ligamentos redondos a distinta altura en cada lado, una cerca del istmo, la otra cerca de su inserción en el asta uterina y simétricamente respecto al lado opuesto; llevadas atrás y puestos estos ligamentos juntos, se suturan de abajo arriba, tomando en el último punto buena parte de pared uterina. De este modo, el útero es rechazado ade-

lante por los ligamentos redondos y anchos llevados atrás. Si se hace la histerectomía, después de peritonizar se suturan de arriba abajo sobre la línea media los muñones de ambos ligamentos anchos, hasta llegar al muñón uterino, que se sutura también, o a la bóveda vaginal, según sea sub-total y total. Después se hace la oclusión del Douglas, tomando adelante la cara posterior de la vagina. Si hay desgarró perineal, se refacciona.

HISTEROPEXIA VAGINAL O COLPO-HISTEROPEXIA.—

El procedimiento de vagino-fijación de Mackenrod consiste en lo siguiente: incisión longitudinal de la pared anterior vaginal, terminando en T a la altura del cuello y disección de los dos colgajos triangulares vaginales. Se despega la vejiga del útero, hasta el fondo de saco vésico-uterino. Se lleva el útero arriba y adelante y se fija a los colgajos vaginales, los que son suturados en su situación primitiva. Schauta lo modifica, abriendo el fondo de saco anterior, lleva el útero fuera del peritoneo y lo fija en toda su altura.

Mackenrod practica también la vésico-fijación del siguiente modo: abre el fondo de saco anterior, fija el fondo del útero al colgajo peritoneal vesical y sutura la vejiga a la cara anterior del útero.

Procedimiento de Dührssen — Por una incisión transversal en la cara anterior de la vagina

al nivel del cuello se penetra y despegga la vejiga del útero y se abre el fondo de saco peritoneal. Un histerometro curvo, introducido en el útero, empuja su fondo hacia adelante y por medio de hilos temporarios que se van colocando en su cara anterior, se tracciona y se exterioriza el órgano fijándolo del siguiente modo: tres hilos separados que entran en la cara posterior del colgajo vaginal superior, dirigiéndose verticalmente, atraviesan todo el espesor de la pared vaginal a excepción de la mucosa, y la pared uterina al nivel de su fondo. Se anudan estos hilos y se sacan los hilos temporarios de sostén. Se sutura la herida vaginal por un surget de catgut.

El procedimiento de Le Dentu y Pichevin difiere muy poco del de Mackenrodt en la incisión de la pared vaginal y en la manera de pasar los hilos de fijación.

Veamos ahora las operaciones plásticas que fijan el útero luxado.

Fué a Freund a quien se le ocurrió la idea de este modo de operar, factible aún en las mujeres menstruales. Su operación consiste en la abertura del fondo de saco vaginal posterior, seguida de luxación del útero, colocándolo en retroflexión forzada y sutura de los bordes vaginales cruentos al útero. Quedando el hocico de tenca con el orificio uterino en el fondo de saco vaginal anterior, Freund prac-

tica un nuevo orificio uterino en el fondo de este órgano. Termina la operación con una perineorrafia.

Veremos, al hacer el juicio crítico, cuales son los inconvenientes de esta operación, que modificó Fritsch, con marcadas ventajas. Este cirujano abre la cavidad peritoneal por el espacio vésico-uterino, luxa hacia afuera el útero, practica la sutura de la cavidad peritoneal, reseca un óvalo de la pared vaginal anterior, aviva ésta, proporcionando una buena superficie de adherencia a la pared posterior del útero, que sutura por medio de unos puntos continuos de catgut. En la pared vaginal posterior traza una figura en forma de T, de modo que abriendo los colgajos se cree un nido en el cual se oculte por completo el útero.

No está libre de objeciones esta práctica, llegando Wertheim con sus modificaciones a hacerla aplicable ventajosamente. Este cirujano, después de efectuar la amputación del cuello, si es necesario; fija el útero entre la vejiga y la pared vaginal. De este modo el útero sostiene la vejiga y combate el cistocèle, quedando situado afuera de la vagina. Procede así: abre el fondo de saco vaginal anterior y luxa el útero hacia la vagina, suturando en seguida la herida peritoneal. Hace un avivamiento en la pared vaginal anterior y lo propio en la superficie uterina que le corresponde, suturando ambas

superficies. Queda de este modo el útero libre en la vagina, sin obturarla. Modifica el mismo cirujano el último tiempo, practicando en la pared anterior de la vagina una incisión longitudinal, diseca hacia los lados la mucosa e incluye luego al útero, recubriéndolo con los dos colgajos laterales obtenidos.

Schauta, modificando estos diversos procedimientos, procede en forma tal que todo el útero, inclusive el cuello, queda incluído entre la vejiga y la vagina, que lo diferencia fundamentalmente de los procedimientos de Freund, Fritsch y Wertheim, que suturan el útero a una porción avivada de la pared vaginal anterior, o disecando esta pared le forman una mortaja, quedando siempre el cuello al descubierto.

J. Abadie (de Orán), ha escrito un trabajo titulado: "Del tratamiento de los prolapsos genitales, por la báscula anterior del útero con sutura de los ligamentos redondos a los elevadores del ano".

Comienza así: "Todo tratamiento operatorio de un prolapso genital comprende un tiempo esencial: la refección del piso perineal". Y precisamente propone su técnica especial para aquellos casos en que los haces internos del elevador del ano son muy débiles y muy distantes para poder suturarlos, interponiendo el útero entre ellos.

Hace una incisión transversal en la pared vaginal anterior, busca los elevadores, llega entre la vagina y la vejiga hasta el fondo de saco anterior, que abre transversalmente; en este momento reduce el prolapso y por la herida peritoneal busca el fondo uterino, que lo exterioriza baseulándolo. Sutura la cara posterior del útero al labio superior del peritoneo, quedando así cerrada la cavidad abdominal. Ata con tres hilos de cada lado los ligamentos redondos al elevador del ano correspondiente hasta muy cerca de la sínfisis; empuja ligeramente el útero en la profundidad y se sutura la pared vaginal. Como tiempo fundamental hace plasticas del periné posterior.

Antes de pasar a las histerectomías, veamos los procedimientos de tabicamiento o columnización de la vagina.

Le Fort, teniendo en cuenta que la caída del útero es casi siempre precedida de aquella de la vagina, cuyas paredes salen, por así decir, por desplegamiento, piensa que si se pueden matener en relación estas paredes opuestas, todo prolapso se haría imposible y propone unir las por sutura, después de haber sacado sobre cada una de ellas una línea vertical de la mucosa. Da a esta operación el nombre de tabicamiento de la vagina.

Se exterioriza completamente el prolapso y se aviva sobre la pared vaginal anterior un rectángulo

lo de 3 a 4 cents. de ancho por 6 a 8 de largo. El debe situarse sobre la línea media y extenderse de un punto situado a 2 ó 3 ents. del meato urinario hasta la vecindad del cuello. Sobre la cara posterior se hace un avivamiento simétrico del mismo tamaño. Se reduce el cuello y se suturan las partes vecinas avivadas, y de este modo se sigue reduciendo y suturando, teniendo buen cuidado del perfecto afrontamiento de los labios de las incisiones. Cuando la sutra es terminada, la reduccion es completa. Se terminó la operación con una perineorrafia.

Edgard Gaston, en su tesis de Paris, 1910, describe y comenta muy favorablemente la operación de Müller para los grandes prolapsos uterinos.

Consiste en una resección total o casi total de la mucosa vaginal, seguida de una columnización de la superficie así cruentada. Tiene por fin ocluir la vagina arriba de la vulva y cerrar abajo el periné. Ella reemplaza la cavidad vaginal por una columna cicatricial que soporta la matriz y constituye así un obstáculo a la reproducción del prolapso.

Müller hizo su operación para las enfermas entradas en menopausa, y después, con alguna modificación que hizo Stocker y Müller mismo, la practicaron en mujeres no entradas en dicho período.

El procedimiento de Freund, de retracción de

la vagina, se ejecuta así: se comienza por colocar una primera ligadura circular, cerca de la inserción de la vagina sobre el cuello; esta ligadura, como las que siguen, se hace en la mucosa vaginal bien evvertida. Una vez que los dos cabos del hilo se encuentran, se reduce muy suavemente la porción vaginal y se cierra el hilo, anudándolo. En este momento, la porción vaginal del cuello desaparece completamente.

A uno o dos traveses de dedo de la primera ligadura, se coloca otra en igual forma; al anudar, la reducción aumenta, el prolapso disminuye. Se coloca un tercer hilo a la entrada de la vagina, que retrae la vulva. Al anudar los hilos hay que hacerlo en forma tal que no se cierre el canal vaginal, a fin de dar salida a los líquidos uterinos.

Freund se sirve del hilo de plata; el número varía con el grado del prolapso; son dejados largo tiempo en su lugar. Tienen, según su autor, una doble acción: actuar mecánicamente, formando una barrera escalonada a varios pisos; además, ellos inflaman los tejidos vecinos, como lo haría un cuerpo extraño; bajo esta influencia, se hace primero una proliferación conjuntiva a la cual sigue más tarde un tejido cicatricial retráctil.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. — No hacemos la descripción de estas operaciones porque su técnica

es la común para toda extirpación de útero, salvo detalles aplicados al prolapso, que son los siguientes: Jacobs asocia a la histerectomía sub-total la traqueolopexia (fijación del cuello) o a la histerectomía total la colpoxia (fijación de la vagina). La traqueolopexia consiste en suturar el muñón cervical a la parte superior y externa de lo que resta de los ligamentos anchos. En la colpoxia se sutura el fondo de la vagina a estos mismos ligamentos.

Legue practica la histerectomía supravaginal y fija el muñón cervical al ángulo inferior de la herida abdominal. Completa la operación con una colporrafia anterior y colpoperinerrafia.

HISTERECTOMIA VAGINAL. — Hemos visto que la extirpación del útero por vía vaginal para curar el prolapso se hizo por primera vez hace mucho tiempo; la repiten muchos operadores, pero siguiendo técnicas insuficientes, con las que fracasaban, pues hacían la simple histerectomía vaginal, con la que la recidiva del muñón y el enteroceles no se hacían esperar. Fritsch, por una parte, Quenú, por otra, inventan y preconizan sus procedimientos, que hoy, combinados de acuerdo con la idea que tuvo Pichevin, resulta una excelente operación.

Quenú hizo a la Sociedad de Cirugía de París, el 20 de Diciembre de 1893, una comunicación so-

bre “El tratamiento del prolapso uterino total por la histerectomía vaginal, en las mujeres que han pasado la menopausa o antes de alcanzarla”.

Busca en su procedimiento, a llenar la triple indicación que necesita el prolapso completo del útero: 1.º rehacer el aparato de fijación; 2.º restaurar el sostenimiento vagino peritoneal; 3.º disminuir el peso del órgano a sostener.

Quenú saca el útero, seccionándolo sobre la línea media. Pero la parte o tiempo fundamental de este procedimiento, que es el que se ha aprovechado combinándolo con el de Fritsch, es la ligadura que hace reuniendo el uno al otro los dos muñones de los ligamentos anchos, constituyendo una “echarpe” o “sangle” que sostiene los esfuerzos abdominales. Quenú termina la descripción de su operación así: “la retracción cicatricial, lejos de tirar excéntricamente sobre la cicatriz para debilitarla, no podrá más que remontarla y tirar sobre la vagina. Esta “sangle” y el fondo de la vagina se encuentran casi al nivel de la vulva en el momento de la operación y son empujadas y mantenidas por tapones durante tres semanas. La fijación ha sido siempre constatada a la salida de las enfermas, es decir, de 28 a 30 días de la operación”.

Veamos ahora el procedimiento de Fritsch, descrito por su alumno Asch, seguido por Pozzi, de quien lo transcribo literalmente: “Yo comienzo

por circunscribir al bisturí sobre la pared vaginal anterior, un gran colgajo triangular cuya punta responde a la vecindad del meato urinario, distando 2 a 3 cents. a lo más. La base de este colgajo comprende en su alejamiento el cuello uterino al cual costea los lados. Un pequeño colgajo triangular análogo es dibujado al bisturí sobre la pared posterior; estos dos colgajos desiguales se confunden en su base y forman en su conjunto un losange, alargado de adelante a atrás.

“Yo diseco entonces a tijeras los dos colgajos de la mucosa de la vagina. Para facilitar este tiempo es necesario colocar una sonda de hombre en la vejiga y pasear el pico bajo el punto que se diseca. Es necesario, igualmente, tender bien las partes por medio de pinzas fijadas sobre los límites del campo operatorio. Cuando los dos colgajos vaginales son disecados y penden adelante y atrás del cuello, se encuentra en las condiciones de la histerectomía ordinaria, con esta diferencia, que la vejiga afecta aquí relaciones más íntimas y más extendidas con el cuello del útero alargado. Yo diseco a tijeras la vejiga, despegándola con los dedos, y a medida que el cuello uterino se hace libre, inciendo de abajo arriba sobre la cara anterior, y fijo las pinzas sobre la línea de incisión, de modo a bajar más y más el órgano. Se puede así llegar, en ciertos casos, hasta el fondo de saco vésico-uterino. Pero si se tropie-

za con dificultades, se debe renunciar a alcanzarlo d'emblée, y pasar inmediatamente al tiempo siguiente. Este consiste en la abertura del fondo de saco de Douglas con tijeras. Para esta abertura, se puede entonces recurvar los dedos en gancho más allá del útero, y gracias a esta maniobra deprimir el fondo de saco vésico-uterino y llegar a incindirlo.

El útero, estando así completamente desprendido sobre sus dos caras, se procede a la ligadura de los ligamentos anchos a catgut y a su incisión. Se coloca primero un hilo de cada costado y en la parte inferior de los ligamentos anchos. Se llega así a desprender suficientemente el útero para poder tomar su cara posterior y hacerla baseular de adelante atrás, para acabar de ligar los ligamentos anchos de su punta a su base. Ninguna maniobra especial es necesaria para fijar el fondo de la vagina a los muñones de los ligamentos anchos; el proceso cicatricial se encargará de este cuidado.

Queda a reunir la ancha herida vaginal que deja al descubierto una gran parte de la superficie de la vejiga. Adelante esta reunión es hecha a catgut por medio de una sutura continua a tres planos superpuestos. Atrás se coloca simplemente algunos puntos separados de sutura a catgut de manera a reunir la herida que resulta de la ablación del pequeño colgajo vaginal posterior. Antes

de cerrarlos se introduce una mecha de gasa iodoformada al nivel del espacio que ocupabá el útero sacado.

En fin, en un último tiempo se practica una perineorrafia por desdoblamiento, según el procedimiento de Lauson Tait, modificado. Es éste, lo repito, el punto capital de la operación, aunque por su poca duración y su facilidad relativa parezca no ser más que accesorio'.

Pichevin, después de hacer esta misma transcripción del libro de Pozzi, agrega: "En los casos de prolapso, cuando la histerectomía vaginal está indicada — lo que es la excepción — la operación me ha parecido siempre bastante simple. Es necesario, ante todo, abrir, el fondo de saco posterior, lo que es fácil, y practicar en seguida la incisión transversal anterior muy baja, muy cerca del orificio externo. Se despega la vejiga y se incinde el fondo de saco vésico-uterino. El fondo del útero es basculado adelante. Se ligan los ligamentos anchos, se saca el útero. Me ha parecido útil seguir la práctica preconizada por Quenú, es decir, suturar el ligamento ancho del lado derecho al ligamento del lado opuesto, al mismo tiempo que se fijan los labios de la herida vaginal a la base de los ligamentos anchos tendidos como una "sangle". Pero antes de suturar los ligamentos entre ellos y a la va-

gina, es necesario practicar una colporrafia extremadamente cuidadosa”.

En la “Collected Papers of the Mayo Clinic”, correspondiente a los años 1914 y 1915, Charles H. Mayo, de Rochester, describe un nuevo procedimiento para la cura del prolapso uterino, quien le da su nombre. Y en los “Anales del Servicio de Ginecología”, año 1915, del Dr. Bazterrica, Hospital Nacional de Clínicas de Buenos Aires, se encuentra “Un nuevo procedimiento de la cura radical del prolapso del útero (Colpec - Histerectomía), por el Dr. C. A. Castaño”. Estos dos procedimientos coinciden en un todo, según lo declara el Dr. Castaño. Como se podrá ver, las operaciones de estos dos últimos cirujanos tienen una semejanza todo particular con la técnica descripta por Pichevin, en la que combina la histerectomía de Fritsch con la “sangle” de Quenú, año 1897: “De la extirpación total del útero por la vía vaginal”, páginas 180, 181, 182.

MIORRAFIAS. — Al principio de este capítulo hemos historiado rápidamente las operaciones que tienen por fin curar colpocelos y reconstituir el periné: Colporrafias, perineorrafias y colpoperineorrafias. Muchos son los procedimientos con que cuentan los métodos por avivamiento y por desdoblamiento o combinándose ambos, el método mixto.

Cada cirujano ha buscado la mejor forma del colgajo, la sutura más apropiada, etc., etc., haciendo su técnica personal; llegando todos, con simples diferencias de detalle, a extirpar mucosa vaginal exuberante, retrayendo el conducto; a rehacer el periné en todos sus planos, hasta los musculares profundos.

Y aquí, un momento operatorio de capital importancia; la sutura del músculo elevador del ano y del transverso profundo del periné: la miorrafia.

Recordemos que el diafragma uro-genital está constituido por los haces musculares profundos del elevador, recubiertos por los del transverso perineal profundo con sus vainas aponeuróticas. Por debajo de este plano se encuentran los músculos transverso perineal superficial, orbicular de la vagina, generalmente poco desarrollados y por último la aponeurosis superficial.

A mayor lesión muscular, mayor protapso; en los prolapsos muy acentuados, la destrucción o rasgadura muscular llega hasta el transverso profundo y sus vainas y mismo hasta el elevador anal, haciéndose a veces difícil la sutura muscular y hasta inútil cuando la distancia de ambos haces pubo-rectales o, lo que es lo mismo, el diámetro transversal del hiatus genital presenta una distancia exagerada, pudiendo llegar a 4 traveses de dedo y más aún.

Veamos la técnica a seguir para hacer la miografía, en su parte fundamental.

La incisión de la piel en la horquilla y el desdoblamiento del tabique recto-vaginal se hace como en la colpoperineoplastia de Hegar o de Doleris. Se busca el plano de clivaje del tabique y se llega al fondo peritoneal de Douglas. La pequeña bandeleta recto-vaginal, señalada por Pronst y Duval, es un punto de reparo precioso. Se secciona. Cuando el desdoblamiento es completo, se siente de cada costado una bandeleta oblicua y resistente que no es otra cosa que el haz interno del elevador del ano.

Si se conserva algún músculo superficial aparece en el fondo de la herida, junto con los haces procedentes del isquión, del transverso profundo del periné, que se unen en la línea media con los haces respectivos del elevador anal, formando el *centrum tendineum*.

No es difícil confundir los haces del transverso perineal profundo con los haces del pubio rectal que corren en igual sentido; y en tal caso se pueden suturar únicamente los haces del primero, mientras que los del segundo quedan intactos. Para evitar esta confusión es conveniente seguir lateralmente los haces musculares divergentes, teniendo presente que el transverso profundo se inclina hacia la tuberosidad isquiática, mientras que el ele-

vador se dirige hacia la sínfisis púbica. En los prolapsos acentuados el transverso profundo está tan poco desarrollado que al efectuar la sutura la aguja profundiza y reúne a la vez los haces del elevador. De modo que se verifica la miorrafia de los dos músculos a la vez.

En los casos en que la hendidura genital no está muy relajada, esta miorrafia común se puede hacer proporcionando buenos resultados. Para esto se disea el borde externo del transverso y se aísla de la grasa de la cavidad isquio-rectal; dislocando así el transverso hacia la línea media, aparecen en la profundidad, por debajo de este músculo, los haces del pubo-rectal, pudiendo hacerse la sutura simultánea, con tres o cuatro puntos aislados de catgut.

Los últimos puntos de la sutura muscular se solidarizan con la vagina, para evitar los espacios muertos.

Si la hendidura genital es muy ancha, es mejor proceder a la sutura aislada del elevador. Para llegar cómodamente a este músculo, se separan con ganchos, como recomienda Latzko, los haces del transverso; así aparece en la profundidad el elevador; se disea y se sutura.

También se puede proceder así: una vez diseado y aislado el transverso profundo, se seccionan ambas ramas, quedando visibles en el fondo de la

herida las ramas del pubo-rectal, que se dirigen hacia su inserción púbica, las que son suturadas con varios puntos al catgut y sobre ellas se suturan en la línea media los extremos seccionados del músculo transverso.

CAPITULO III

Juicio crítico

Siendo el prolapso uterino una afección compleja, variada y de patogenia diversamente interpretada por los cirujanos, no es de extrañar que hayan éstos recurrido a maniobras tan distintas, para su curación radical, inventando sus procedimientos tan ardientemente defendidos por unos y tan criticados por otros.

Afección a etapas tan múltiples, presentada en todas las edades, acompañada de lesiones anatómicas diversas, ha tenido forzosamente que crear métodos terapéuticos diferentes.

Vamos a hacer un juicio crítico, tomando la opinión de diversos cirujanos, sobre los métodos y procedimientos más importantes descriptos en el capítulo anterior.

Seguiremos el mismo orden observado en dicho capítulo.

HISTEROPEXIA ABDOMINAL DIRECTA. — Estas operaciones actúan, a la vez, sobre el prolapso del útero y de la vagina, bien entendido, en adecuada “combinación” con una buena refección del piso pelvi-perineal, colporragias, perineorrafias y si es necesario amputación del cuello.

Si a un útero pesado o aún de peso normal, no se le proporciona un buen soporte pelviano, produce, aunque en la sutura de fijación vaya comprendido el peritoneo parietal y la pared muscular, tironeamientos que son motivo de padecimientos constantes, y más aún, los puntos de fijación relajándose, llegan a constituir bridas largas que pueden ser la causa de un estrangulamiento, de donde esta operación así hecha resulta peligrosa.

Todos los cirujanos están de acuerdo en que la pexia sola no cura un prolapso avanzado, limitándola sólo para las retroversiones.

Faure y Siredey dicen: “No pensamos como se pueda confiar a las simples adherencias que resultan de la fijación del útero a la pared abdominal, la carga de mantener reducido un prolapso de alguna importancia y de soportar la fuerza abdominal que se ejerce sobre el piso pelviano”. Y terminan aceptándola siempre que se asocie una buena refacción pelvi-perineal.

Pozzi, después de algunas consideraciones, termina así: “En resumen, la tendencia actual es de

contar, sobre todo, sobre la refección del periné y sobre la resección ancha de la vagina, para llegar a un resultado satisfactorio: la colpoperineorrafia constituye, por consiguiente, el acto principal de la operación; la fijación del órgano por medio de la operación de Alexander o de la histeropexia abdominal o vaginal no es más que un tiempo secundario, destinado a crecer las posibilidades de éxito". Y presenta la opinión de diversos cirujanos, que han hecho la fijación aislada, como Müller, Bauhnst, Kelly, Hofmeier, Freund y han tenido muchos fracasos. Presentando la de otros que la han asociado a la amputación del cuello y a la colpoperineorrafia, como Küstner, que considera la gastrohisteropexia combinada a la colpoperineorrafia, como el tratamiento de elección del prolapso útero-vaginal.

Se le han hecho algunas objeciones a la histeropexia abdominal directa, siendo la más seria la influencia nociva ejercida sobre los embarazos ulteriores. Se la ha culpado de grandes dificultades en el curso del parto.

Esto ha motivado minuciosos estudios, terminando el Profesor Oni en un esmeroso trabajo que presenta al Congreso de Ginecología de Rouen, en 1904 con esta observación importante: "En la muy gran mayoría de los casos, la histeropexia no tiene influencia nociva, sobre la evolución y sobre la marcha del parto", recordando la palabra del

Profesor Pinard: "Todas las histeropexias abdominales no dan los mismos resultados y no tienen las mismas consecuencias al punto de vista de los embarazos y de los partos ulteriores".

Y es natural que al punto de vista obstétrico tenga gran importancia el punto o zona de la matriz que ha de ser fijada a la pared abdominal. Las rupturas del útero, las presentaciones viciosas, la imposibilidad de introducir un balón de Champetier, la inercia uterina, etc., episodios e inconvenientes señalados muchas veces en mujeres a quienes se ha fijado el útero por su fondo o en una gran extensión de su cara anterior, siguiendo la técnica de Leopold y de Mund, con la que la expansión de la pared anterior se imposibilita, produciéndose un adelgazamiento consecutivo de la pared posterior y laterales con alteración de la fuerza expulsiva y con un cambio notable en la altura y dirección del cuello, no se han observado cuando la fijación se ha hecho en la cara anterior, bien abajo, lo más cerca posible del cuello, como lo aconseja Laroyenne.

Creemos que lo más indicado, si se trata de una mujer que no ha entrado en la menopausa y que tiene hijos, es ligarle las trompas, esterilizarla y, entonces sí, la fijación se hará amplia, que tome todo el cuerpo uterino, como cuando se trata de una mujer entrada en dicho período. Y sólo cuando la enferma desee tener familia debe renunciarse a

la esterilización, haciéndose en este caso fijación ítsmica.

Resumiendo: buena refección pelvi - perineal, resección ancha de la vagina o sea: colpoperineorrafia como acto principal de la operación y fijación directa o histeropexia abdominal constituye una operación que debe ser ejecutada cuando los inconvenientes del prolapso obligan al cirujano a hacer frente a los pelibros — hoy bien reducidos — de una laparotomía.

HISTEROPEXIAS INDIRECTAS. — Cualquiera de los procedimientos con que cuenta este método resultan insuficientes para curar un prolapso uterino total; son operaciones dirigidas contra el primer grado de descenso del útero y contra sus retrodesviaciones.

La operación de Alguié - Alexander, aunque ofrece al útero dos puntos de apoyo en lugar de uno, estos puntos de apoyo no son suficientes ellos solos para constituir una suspensión del todo sólida. Es una operación insuficiente aún asociada a plásticas de la vagina y periné (Pozzi).

Sin embargo, Polk — ya hemos hecho referencia — ha publicado 15 casos operados de prolapso acentuado, seguidos de éxito, haciéndola aislada. La curación se debería, entonces, al solo acortamiento de los ligamentos redondos. Así como Gel-

pe refiere haber obtenido 29 éxitos en 29 operadas; pero este cirujano complementó el acortamiento ligamentario con colpoperineorrafia de Lauson Tait.

La operación de Alguíé - Alexander ha sido muy defendida y muy atacada. Es una operación de una benignidad igual a aquella de la cura radical de la hernia. Pero es una operación hasta cierto punto ciega, pues como hace observar Leguen: si anatómicamente las tracciones ejercidas sobre los ligamentos redondos llevan al útero adelante y arriba, no ocurre siempre así en los casos patológicos donde las lesiones de pelvi-peritonitis han podido producir sea una atrofia de uno de los ligamentos, sea una inserción anormal de los dos. Y no son pocos los casos relacionados en los que el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos había producido, a causa de su disposición anormal por procesos patológicos anteriores, una exageración del estado vicioso que se pretendía corregir: desplazamiento hacia atrás de la matriz con tendencia exagerada al prolapso.

Esta operación es entonces indicada para los prolapsos ligeros, en mujeres sin antecedentes de procesos pelvi-peritonícos gonorreicos o puerperales.

Haciendo abstracción de los inconvenientes de la laparotomía, los procedimientos por vía abdomi-

nal tienen la doble ventaja de que se ejecutan: 1.º a cielo abierto, y 2.º que van sobre la parte más resistente de ellos.

En el Congreso de Rouen (1904) Doleris presentó su procedimiento como muy eficaz y muy benigno. Según sus estadísticas, en lo que concierne al embarazo y al parto, no tendría ninguna influencia fastidiosa.

Bucura recomienda con entusiasmo el acortamiento de los ligamentos redondos siguiendo la técnica de Wertheim. Pozzi habla en forma contraria.

Los resultados obtenidos con el acortamiento de los ligamentos útero-sacros no son satisfactorios. W. U. Polk ha practicado esta operación 8 veces por vía vaginal; los resultados fueron tan deplorables que renunció a ella. Hace públicas sus opiniones y proscribe el procedimiento. Noble dice: "Por experiencia propia, los casos en los que la operación está más indicada, es decir los de prolapso completo, con gran distensión de los ligamentos útero-sacro y desprendimiento de la pared vaginal posterior de la del recto con o sin enterocele posterior, son los que en las alteraciones existentes hacen la operación difícil y relativamente accidentada. Este tipo extremo de prolapso uterino se encuentra en mujeres de edad avanzada, muchas de las cuales son obesas y aceptan mal la anestesia.

Al terminar varias operaciones plásticas sobre

el conducto útero-vaginal y añadir el acortamiento de los ligamentos útero-sacros a una suspensión o fijación del útero, ha resultado muchas veces impracticable, dadas las condiciones de la paciente. Estas dificultades prácticas constituyen la razón del por qué después de practicar la operación un cierto número de veces la he ido abandonando”.

Esta operación es también practicada por Bowremann Jesset y por Staunmore Bisshop, agregando este último la fijación del Douglas al sacro y la ventro fijación y algunas veces la perineorrafia. Ha obtenido 10 éxitos durables. Sin embargo, ha sido poco seguido en su iniciativa.

Para terminar con este procedimiento, concretamos los casos, para los que ha sido preconizado: prolapso acentuado del útero con extremada distensión de los ligamentos útero-sacros, asociado a un gran enterocce posterior. Complementando la operación con plásticas útero-vagino-perineales y acortamiento de ligamentos redondos o pexia directa.

Denegri (de Lima) tiene muchos casos operados por su procedimiento ya descripto, mostrándose muy satisfecho de sus resultados.

HISTEROPENIA VAGINAL. — Se discute mucho, sobre todo en Alemania, sobre el valor de estas operaciones. Es de un manual operatorio dificultoso.

La vejiga y los uréteres han sido lastimados muchas veces, y una enferma de Dührssen muere de una lesión de este género. Por otra parte, es menos fácil examinar por el fondo de saco anterior que por la ancha vía abdominal el útero que se va a fijar y los anexos que pueden estar atacados de lesiones inflamatorias.

Faure y Siredey critican estos procedimientos, dicen: "...nosotros no comprendemos cómo se puede evitar que descienda un útero fijándolo precisamente al órgano que lo arrastra. No aconsejamos, por consiguiente, estas operaciones, que tienen además el defecto de ser sensiblemente más graves y mucho más complicadas que las colpoperineorrafias ordinarias".

Al punto de vista obstétrico, la histeropexia vaginal presenta inconvenientes serios, que la hace rechazable en toda mujer en edad de concebir.

Los partidarios de estos procedimientos les reconocen tres ventajas; ellos son: benignos, fáciles y eficaces.

Glaser ha hecho experimentos cadavéricos y ha mostrado que es muy fácil lesionar la uretra. Sus indicaciones son muy reducidas, aún para sus mismos partidarios, y para ser realizada exige ciertas condiciones: un útero no adherente, móvil, que baje fácilmente, de volumen normal, anexos intactos.

Todas las objeciones imputables a estas opera-

ciones lo son también para aquellas de Freund, Fritsch, Wertheim.

Los procedimientos de tabicamiento de la vagina se han hecho en aquellos casos en que la hendidura genital está muy entreabierta, de manera que los haces del elevador están muy separados y no se puede confiar en los débiles haces del mismo la reconstrucción del suelo perineal; por otra parte, la colporrafia anterior y posterior es insuficiente. Se puede corregir el prolapso mediante la oclusión total o parcial del conducto vaginal, oponiendo una ancha barrera al descenso de la vejiga y del útero.

La operación de Le Fort ha sido practicada en estos casos con buen resultado por Faure y Siredey, entre otros, quienes se muestran entusiasmados por los éxitos obtenidos, indicándola para el prolapso completo, cuando el útero, arrastrado por la vagina completamente invertida, hace saliencia entre los muslos. Labadie, Lagrave y Legueu la critican así: “Este procedimiento tiene el inconveniente, como muchos otros, de dirigirse a la consecuencia (caída de la vagina) más que a la causa (distensión de la vulva), y a pesar de algunos éxitos obtenidos en prolapsos con integridad relativa del periné, es un procedimiento casi completamente abandonado. Para evitar la recidiva sería necesario hacer al mismo tiempo la col-

porrafia, y desde entonces el tabicamiento es inútil”.

La modificación de Dubourg, consistente en el tabicamiento transversal, es pasible de las mismas críticas.

La operación de Müller, muy recomendada por algunos cirujanos que la han practicado con éxito, cuenta con las siguientes indicaciones: grandes prolapsos uterinos de segundo y tercer grado, en mujeres menopáusicas; sin embargo, aún en este período se ha practicado, con las modificaciones de Stocker y Müller, que forman un nuevo orificio uterino.

Está contraindicada en las mujeres que no han renunciado a las relaciones sexuales, pues la vagina se encuentra reducida a un fondo de saco de algunos centímetros.

Edgar atribuye a esta operación las siguientes ventajas: las enfermas pueden levantarse a los 5 días — gran ventaja tratándose de viejas, en que el decúbito dorsal las lleva tan comúnmente a complicaciones pulmonares. Además, es una operación rápida: 10 a 15 minutos (Müller). Se puede hacer con anestesia local.

Se le han hecho las siguientes objeciones: el útero no comunicando con el exterior puede acumular serosidad, pus. Esto se puede evitar haciendo antes un curetaje y cuaterizando la cavidad.

El tabicamiento de Freund ha dado buen resultado a varios cirujanos, su autor ha operado 6 enfermas con éxito; Chaput ha tenido 4 éxitos; Goertig no ha sido tan feliz, contando varias recidivas.

Este procedimiento ha sido, sobre todo, recomendado en las mujeres avanzadas en edad, de vagina muy ensanchada, formando debajo del útero un voluminoso rodete de inversión, mujeres que, por otra parte, hayan perdido toda esperanza de maternidad, aunque se ha señalado un embarazo, seguido de parto, en una mujer que había sufrido el tabicamiento vaginal.

A este procedimiento se le puede dirigir las mismas objeciones que al de Le Fort.

HISTERECTOMÍAS. — Cuando el prolapso se complica de tumor del útero, de lesiones erosivas sospechosas del cuello, de hipertrofia, de metrorragias persistentes o de lesiones anexiales graves, causas todas que concurren a mantener y acentuar el prolapso, si no son la causa misma de él; reducirlo en este estado es dejar un cebo a la recidiva; suprimiéndolo se saca un órgano cuyo peso tenderá siempre a descender, enfermo, degenerado o en vías de degeneración, razón ya suficiente para que sea sacado. Tal es el principio de las histerectomías en materia de prolapso (Labadie).

Por otra parte, las mujeres que presentan este grado total de desplazamiento de la matriz, orgánicamente enferma a la vez, son, por lo general, de una edad en que la conservación de los ovarios no debe tenerse en cuenta, ante una intervención terapéutica a tomar.

Pero si ante esta consideración no vacilamos en hacer una operación compleja y larga, debemos de tener muy en cuenta las contraindicaciones que se desprenderán del estado general de estas enfermas. Su debilidad senil, las lesiones orgánicas del corazón, el enfisema, las lesiones renales. Se debe rechazar la histerectomía siempre que se constate una lesión esclerosa avanzada.

Hay casos en que la histerectomía se impone, aún en mujeres jóvenes en pleno período activo de la vida; tales como aquellas en que fracasan todos los otros medios terapéuticos y operatorios. Así Rontier se vió obligado a histerectomizar a una joven de 24 años, después de haberle fracasado sucesivamente la operación de Alexander, la elitrorraafia, los pesarios, el tabicamiento de Le Fort y una nueva elitrorraafia.

Es opinión general de que la histerectomía debe ser una operación de excepción. Pozzi la reserva para los casos donde "se constate por la palpación o el cateterismo, el útero alargado o hipertrofiado, de tal suerte que la reducción sea un obstáculo evi-

dente de éxito de la reconstitución del periné". Quenú dice: "La histerectomía total no es indicada más que cuando se trata de mujeres cuya condición social necesita una vida activa, especialmente cuando el estado del periné, la vagina, no deja ninguna duda sobre la posibilidad de restaurar útilmente el aparato de sostenimiento". Schauta insiste sobre la necesidad de la histerectomía d'embíe en aquellas mujeres cuyo periné está atrofiado bajo la influencia de la senelitud y en las que las reparaciones más complejas y extendidas no tienen ningún resultado.

Ahora, ¿qué vía debemos de seguir para extirpar la matriz: la alta o la baja?

Si se trata de un útero muy voluminoso, fibromatoso; si los anexos son enfermos o si se juzga útil hacer un examen directo antes de proceder, se hará una laparotomía que permitirá, con toda conciencia, proceder a una histerectomía, fijar el muñón siguiendo a Jacobs; asociando plásticas vaginoperineales.

Todos los otros casos de prolapso total no comprendidos dentro de la indicación anterior, pero que están dentro del "principio de las histerectomías", deben ser tratados por la vía vaginal, haciendo la histerectomía.

Así, la irreductibilidad del prolapso, es una indicación. Pero es preciso tener muy en cuenta que

ciertos prolapsos, a causa de fatigas, se hacen por un tiempo irreductibles; el útero se congestiona, aumenta de volumen y no se puede reducir. Haciendo guardar a la enferma unos días de reposo, el volumen del tumor disminuye, cesando la irreductibilidad, encontrándonos en condiciones de poder hacer una operación menos grave y más eficaz.

Ocurre también a veces que el prolapso, lo mismo que una hernia no reducida, se habitúa a su nueva situación; se establecen adherencias, haciéndose imposible llevar las cosas a su lugar. La histerectomía vaginal se impone en estos casos.

Otras veces la irreductibilidad se manifiesta con caracteres tan bruscos que hace recordar a aquellos del estrangulamiento herniario. Todo se hincha, la vulva se contrac, produciendo transtornos de circulación, que pueden llegar hasta el esfuerzo: la histerectomía vaginal se impone formal y absolutamente.

Bien. Casi todas las operaciones que hemos visto necesitan, esencialmente, la asociación de una buena reconstitución pelvi-perineal. Teórica y prácticamente se desprende esta necesidad. Dado el rol secundario que juegan en la fijeza del útero los medios de suspensión, es natural que todas las pexias uterinas, cualquiera que sea su tipo, no son tratamientos eficaces contra el prolapso de mujeres con pared flácida y periné deteriorado. Esa ope-

ración sería, según la frase de Trelat: “clavar un clavo en una colgadura”.

La histeropexia, la ligamentopexia y cualquier otra operación plástica útero-vaginal, no son más que un tiempo complementario de la intervención perineal.

El mismo juicio es aplicable a la histerectomía. Y la parte fundamental de la intervención perineal es la miorrafia, siguiendo la técnica descripta: disección de los diversos planos musculares y su sutura ordenada.

Sin embargo, Faure y Siredey dicen: “En realidad en las perineorrafias bien hechas, cuando los hilos son profundamente colocados y cargan anchamente los tejidos perineales de cada costado de la línea media, los transversos y los elevadores son cargados con el resto y son acercados el uno al otro.

“La operación es menos regular, menos científica y menos anatómica; pero el resultado que da es sensiblemente el mismo. Puede ser aún que sea mejor, pues nada menos demostrado que la solidez de las suturas colocadas sobre los bordes desnudados de los elevadores. Las fibras musculares son muy friables y mejor es que ellas sean cubiertas por una capa espesa de tejidos vecinos”.

Creemos que la experiencia nos enseña de la solidez de estas suturas; no es una demostración científica, pero es muy real.

Conclusiones

1.° Las pexias abdominales o vaginales, aisladamente, en el tratamiento de los prolapsos completos, no deben ejecutarse.

2.° Las histerectomías deben proscribirse para el tratamiento del prolapso uterino completo (se entiende, cuando por neoplasias u otras razones apuntadas ya, no haya que extirpar el órgano).

3.° La refección amplia del periné es la operación de elección, agregándole la hysteropexia abdominal. — Cuando el cuello uterino está muy hipertrofiado, o tiene lesiones muy avanzadas de cervicitis crónica; conviene amputarlo. — Cuando la mujer operada no ha entrado todavía en la menopausa; debe ligarse las trompas para esterilizarla. — Si el prolapso tuviera lugar en una mujer relativamente joven, que habiendo tenido hijos no los conservaran y deseara tener familia, sólo en este caso debe tolerarse la no esterilización. La hysteropexia debe ser

directa y bien amplia, desde el fondo de saco vésico-uterino hasta el fondo del útero, y en varios hilos de sutura. Sólo debe ser ítsmica en los casos en que no se quiera esterilizar a la paciente.

4.º Debe hacerse primero las plásticas vaginoperineales y luego la histeropexia.

RAÚL BELLO.

Buenos Aires, Julio 29 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. Antonio C. Gandolfo, al profesor titular Dr. Lucio Durañona y al profesor suplente Dr. Toribio J. Piccardo 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
Secretario

Buenos Aires, Agosto 24 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3488 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. CANTÓN

J. A. Gabastou
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Histerectomía vaginal.

Gandolfo.

II

Patogenia del *prolapsus uteri* en las vírgenes.

Lucio Durañona.

III

Rol de la hipertrofia del cuello en los prolapsos genitales.

J. Piccardo.

1318







