

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

1943
PROLAPSO UTERINO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HECTOR GALCERAN ESPINOSA

Ex-practicante del Hospital Francés

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Torcuato de Alvear

Ex-practicante mayor del Hospital vecinal Las Heras



BUENOS AIRES

IMP. VINCENTY, BOSSIO & Cía.—CORRIENTES 3151

1943

PROLAPSO UTERINO



Año 1915

N.º 3006

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PROLAPSO UTERINO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HECTOR GALCERAN ESPINOSA

Ex-practicante del Hospital Francés

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Torenato de Alvear

Ex-practicante mayor del Hospital vecinal Las Heras



BUENOS AIRES

IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. CORRIENTES 3151

1915

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

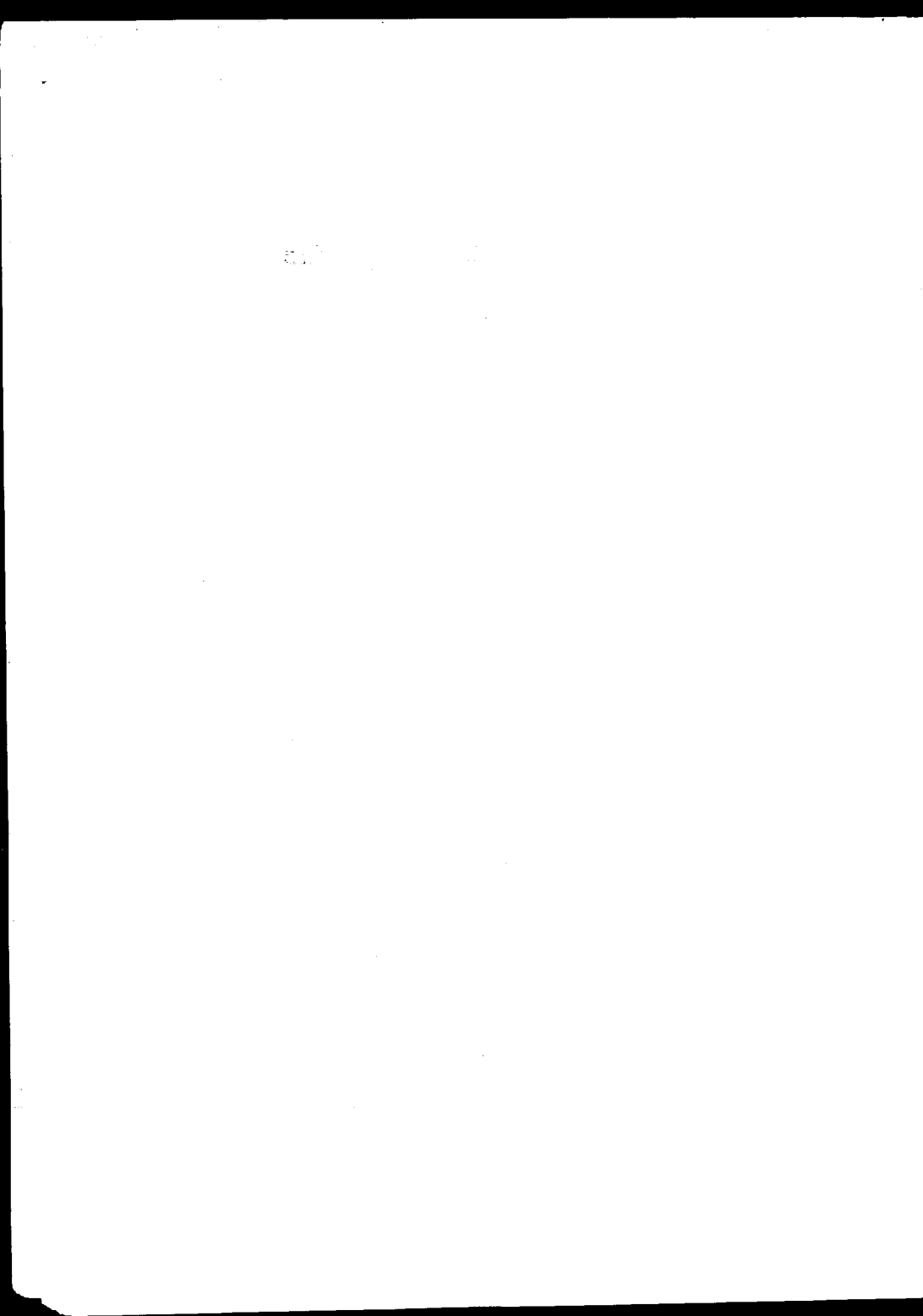
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros Titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

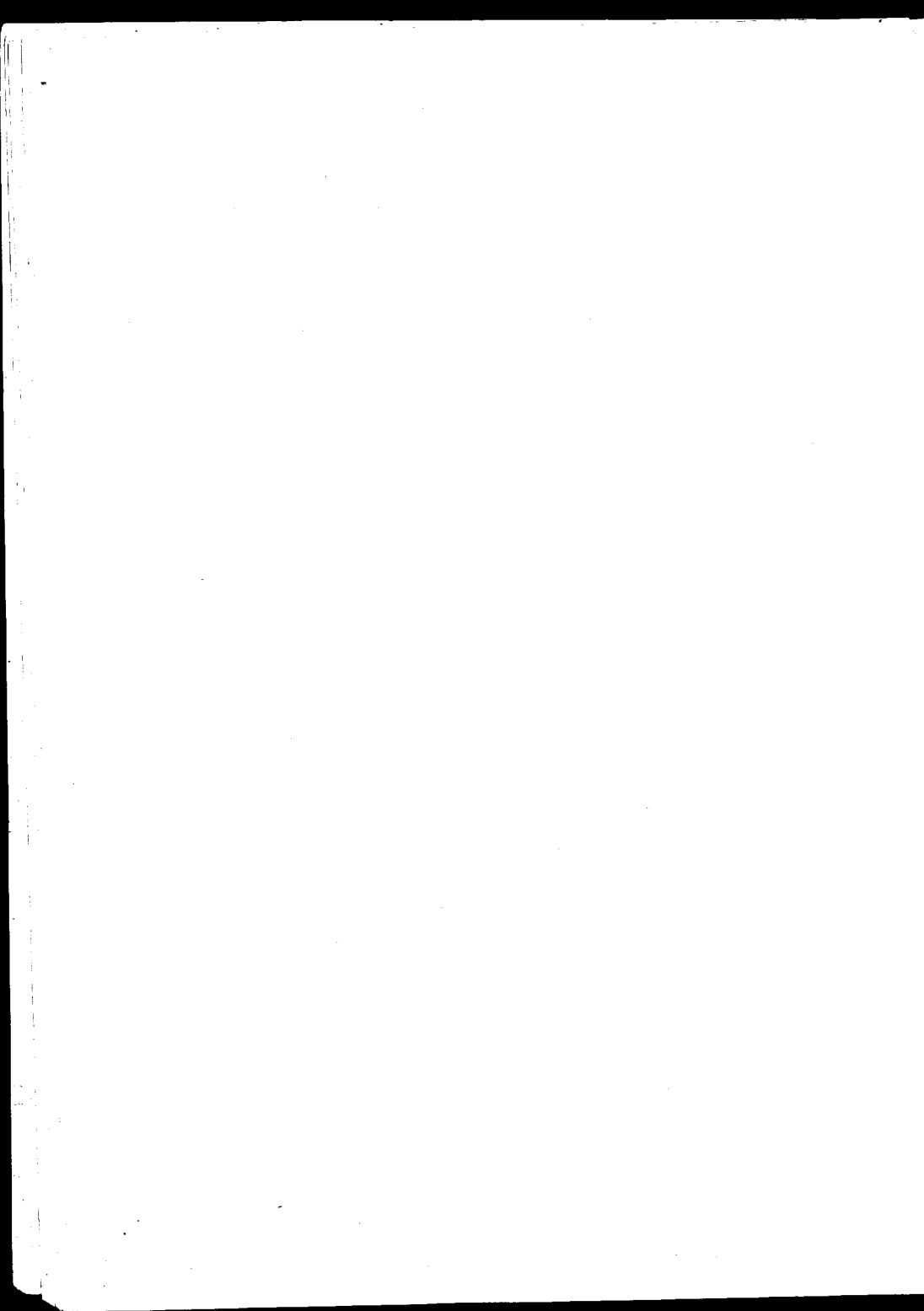


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

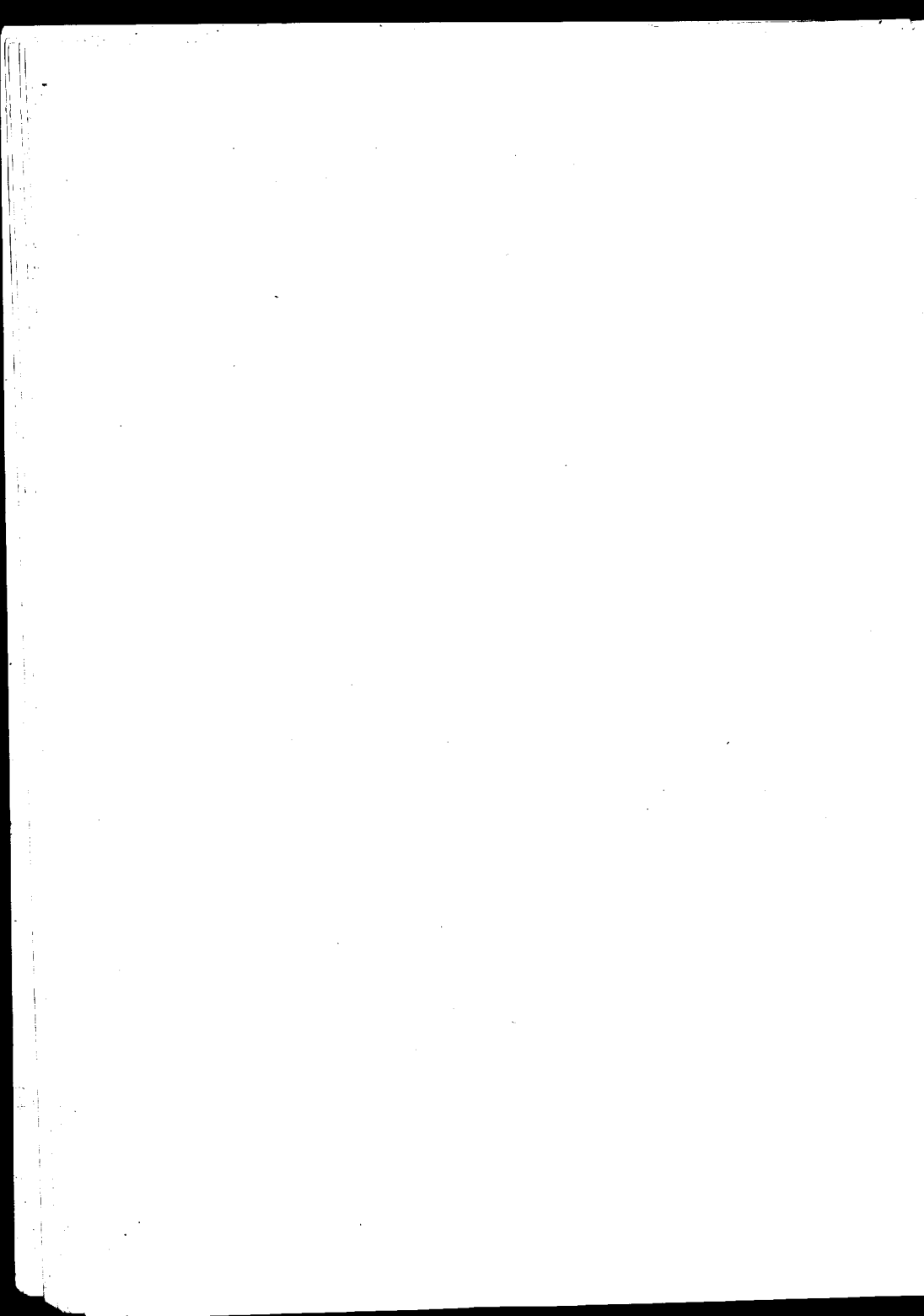
DR. D. LUIS GÜEMES

- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALDES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina).



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

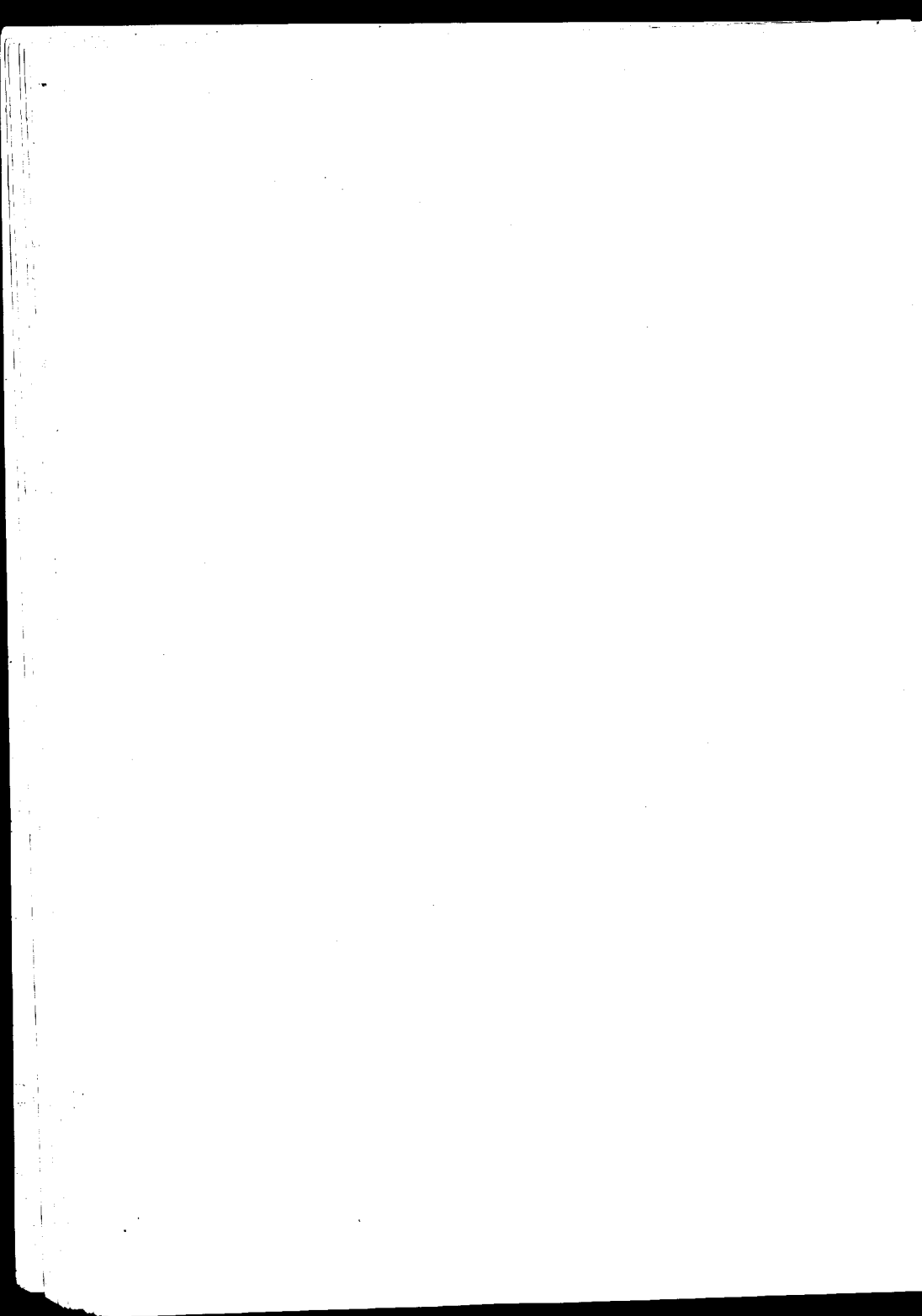
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos Titulares

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

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica	» LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Médica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-Sifilográfica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Neurológica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Psiquiátrica	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Pediátrica	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Quirúrgica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Patología Interna	» JOSÉ T. BORDA
Clínica oto-rino-laringológica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» FRANCISCO LLOBET
	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Botánica médica.....	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SERRER
Histología.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía descriptiva.....	» EUGENIO A. CALLI
Fisiología general y humana.....	» FRANK L. SOLE
Bacteriología.....	» ALOIS BACHMANN
	» FELIPE JUSTO
Higiene Médica.....	» MANUEL V. LABRONELLI
Semiología.....	» CARLOS BONORINO CUAZONDO
Anatomía patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia médica y terapéutica.....	» JOSE MORENO
Medicina operatoria.....	» ENRIQUE LINOCCHIETTO
	» CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	» FRANCISCO L. CASTRO
	» NICOLAS V. GRECO
Clinica dermato-sifilográfica.....	» PEDRO L. BALISA
	» FERNANDO BARAINI
	» JOAQUÍN NIN LOSADA
	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LABACUI
Patología interna.....	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARBARO
	» ENRIQUE B. DEMARIA
Clinica oftalmológica.....	» ADOLFO NOCHI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» ARMANDO R. MOTTIA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSE M. JORGE (H.)
	» JOSE ARCE
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHETRO
	» JUAN JOSE VITÓN
	» PABLO MORSELINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEN
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MANERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO CHENZIER
	» JAMES SALVADOR
	» TURIBIO LUCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONCE
	» JEAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GASTRO
	» JAMES BRANDAN
	» ANTONIO FODIST
Medicina legal.....	

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general, Anatomía.
Fisiología comparada
Botánica y Mineralogía
Química inorgánica aplicada
Química orgánica aplicada
Farmacognosia y posología
razonadas
Física farmacéutica
Química Analítica y Toxicoló-
gica (primer curso)
Técnica farmacéutica
Química analítica y toxicoló-
gica (segundo curso) y ensa-
yo y determinación de dro-
gas
Higiene, legislación y ética
farmacéuticas

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
» ADOLFO MUJICA
» MIGUEL PUIGGARI
» FRANCISCO C. BARRAZA
SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
DR. JULIO J. GATTI
» FRANCISCO P. LAVALLE
» J. MANUEL IRIZAR
» FRANCISCO P. LAVALLE
» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica
Farmacognosia y posología ra-
zonadas
Física farmacéutica
Química orgánica
Química analítica
Química inorgánica

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
» PASCUAL CORTI
» OSCAR MIALOCK
DR. TOMÁS J. RUMÍ
SR. PEDRO J. MÉSIGOS
» LUIS GUGLIALMELLI
DR. JUAN A. SÁNCHEZ
» ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía. Fisiología. etc.	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Puericultura	Vacante

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clinica Obstétrica	DR. J. C. LLAMES MASSINI (encargado del curso del 1.er año)
» » 	DR. UBALDO FERNÁNDEZ (encargado del curso de Puericultura)

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ANTONIO FÉLIX CELESIA

JEFE DE CLÍNICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
DEL HOSPITAL ALVEAR

A MI QUERIDA MADRE

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI HERMANA Y HERMANOS

A MIS TIOS

CIRILO ESPINOSA

LAURA ESPINOSA

SARA ESPINOSA

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE SIEMPRE

RODOLFO AMAYA

FELIPE CARRANZA

A MIS AMIGOS
ALFONSO FRAISE
ASDRUBAL PORCEL
ROQUE IZZO

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:



No es muy sencillo como tampoco común, que el estudiante a punto de egresar de la Universidad, que le formó con aptitud bastante para desempeñar un sagrado ministerio en el futuro, sorprenda con un descubrimiento, con una nueva teoría o con cualquiera de las formas múltiples y variadas que canonizan la originalidad y obediendo a esta punción, derramen las virtudes de una inteligencia superior, de un talento o de una genialidad. Soy del género común y llego a este límite de prueba, ofreciendo al examen justiciero, un trabajo sin pretensiones y más, que como cumplimiento de un deber, como una respuesta, afirmando que no es árido el sentimiento para recoger las lecciones, los dictados, las consagraciones y en una palabra, los sacrificios, de

los que con la ciencia grabaran en nosotros el *alma mater*, que da vida al profesional en el seno de la sociedad.

El trabajo en sí, por lo que constituye la esencia del tema a desarrollar, es en gran parte una simplísima labor de transcripción, lo que debió ser, por fuerza del mérito y el valor de los que se consagraron a construir la obra desde sus cimientos, como por la repercusión benéfica que representa para la humanidad, que es el límite de nuestros más grandes actos, cuando se logra el fin de las no menores inspiraciones.

Otra parte del contexto está elaborada en la experiencia diaria, que con dotes excepcionales de carácter, dirige y colabora, hasta con olvido de los años y con sacrificio de los derechos que amparan al hombre que ha logrado esclavizar al mérito, que la justicia debe otorgarle; el doctor Félix Celesia,—quien no sólo ha pulsado paso a paso la labor que cumpla, sino que contribuye con la propia, ratificando con su generosidad, harto deferente para mi lacónica respuesta; los esfuerzos para la obra. Entiéndase bien, que mis palabras no son la horma de un cumplido, ni de una petición, sino la firma de una obligación por hechos que debo ejecutar en prueba de la verdad de mi agradecimiento, si pequeño en esta forma, no por mi culpa, pues, es grande en el

reconocimiento, al que también, debo expresar, tiene un derecho aquilatado, el doctor Cayetano Sobre-Casas.

Dejo constancia y cúmplame en ello gran satisfacción, del cariñoso recuerdo que llevo grabado de todos mis compañeros y amigos, que en el Hospital « Torcuato de Alvear », vivieron conmigo la pagina de historia común, en que si alguna vez salpicara una intención de borroncito, no fué la premeditación ni la alevosía del delincuente que lo causara, sinó un cuajo del alma bohemia que vibra en el estudiante, que cayó por negligencia ó descuido cuando la que iba formando el hombre de hoy, desarraigaba un girón de aquella vida, pero no para arrancar el sentimiento, que es una promesa de honor y como tal se debe cumplir; que el cambio del medio, forma ó disposición, no modifica lo que el canto vulgar llama la esencia del corazón.

Quieran, pues, mis buenos compañeros y amigos, resignarse á aceptar así, toda mi mejor voluntad, que es cuanto poseo y que ofrezco; acéptenlo también los que graduados, mirando dentro del porvenir, vieron más la entidad humana, que las salpicaduras de la vanagloria y sin mengua de la calidad en las horas de trabajo, vivieron en las restantes, la continuación imaginaria de los años que ya dejaron en pos; haciendo vivientes

los recuerdos y animando en ellos la existencia del pasado.

Sin mengua del respeto y sin la más leve sospecha de reticencia alguna de mi parte, quieran aceptarlo también, los médicos en general y hasta con la disección que juzguen conveniente pero no más allá de los límites del afecto, muy especialmente mi último Director, Dr. José A. Viale, quien tuvo para mí, delicadas deferencias y permitirme lamentar que las circunstancias del deber, la obligación y la disciplina, hayan opuesto los pequeños surcos que trabaran la solidaridad, dentro de esos renglones.

Debo recordarlos y expresar mi gratitud al personal de la Administración y en particular al Sr. Almendra, cuya buena voluntad ha tenido especial significación, para mí especialmente, cuando atacado por muy grave enfermedad tuvo solicitudes de compañero y amigo.

Quédame por expresar a mis últimos y actuales compañeros del hospital vecinal «Las Heras» y ya despidiéndome de ellos, que llevo grabado el mismo cariñoso recuerdo y en la misma forma, por lo que espero reciban participándolo en comunidad con los del hospital «Torcuato de Alvear», que en este cuadro no hay primeros ni últimos, todos fueron mis amigos y para mí todos iguales porque son sinceros.

Me repito en lo dicho en cuanto á los médicos y directores, excusándome por este laconismo, en la sinceridad de mi afecto y respetos, con mayor razón, porque son muchas las atenciones que me obligan: quede pues esta consignación general como significado de mi reconocimiento.

Concluiré este modesto tributo que rindo á cuanto me rodeó en mi vida de estudiante, expresando particularmente mi deuda de agradecimiento á los Dres. Juan E. Escarela y Ernesto Dallas, que en la última casa en que me cobijé, continuando mi formación de práctico, apenas esbozado como presente en el cuadro de compañerismo, con gentileza suma y noble caballerosidad me abrieron los brazos que fortifican al novel y con el abrazo lo hacen antiguo en el círculo de cooperación y auxilio, en estos pequeños núcleos de vida íntima y social.

No en todas las circunstancias, ni en todos los momentos, es nuestra existencia consagración al estudio ó á la práctica, como tampoco están allí los límites de nuestros deberes, modestia, humildad y cariño, pues también gozamos ó nos vapulea la vida en sociedad y á su vez alternan entre aquellas manifestaciones del sentimiento, otras que tienen la misma raíz pero las ramas y sus flores son muy distintas y en el presente caso, las dichas manifestaciones van unidas, á las que el re-

cuerto anida por el que me dió el ser y participó con él, no sólo de la comunión en el ejercicio profesional, también de la medicina; sino de las conjunciones puras que forman la amistad, debiendo pues, acreditar un derecho, ratificar una obligación y afirmar una evocación que me allega al más allá de la existencia misma; dedicando al Dr. Amer Blanch, esta módica cuanto modesta expresión de mi afecto.

Traspuestos los umbrales y al entrar en materia, simplemente recordando los primeros parágrafos de este exordio, me limito á considerar previamente, que me excuso no sólo de la apología, sino de la defensa *a priori*, del trabajo, no por pretensión ó petulancia, de creer ser concluyente ó decir la última palabra, ni mucho menos; sino porque en mi modesto entender sería agraviar á quienes han de tallar después de juzgarme, sintiéndome gozoso en este acatamiento.

CAPÍTULO I

Historia.—Los escritos de la escuela griega, nos dicen que para los médicos de aquella época, no les eran desconocidas las enfermedades de la matriz y la prueba está en que Hipócrates, Galeno y Moschino describieron hasta la histerioloxia lateral (la toroverción).

Sorano, dedica al prolapsus un capítulo especial criticando el tratamiento que Enriphon empleaba en esta enfermedad; y que consistía en colgar á la enferma de los pies en una escalera.

Criticaba también los procedimientos que practicaban otros autores anteriores y que usaban la fumigación del prolapsus; creían que la matriz volvería otra vez á su seno como cualquier animal huyendo de la atmósfera pestilante con que se le envolvía.

Con otros parecidos argumentos empleaban otros autores para atemorizar el útero como pasear ratas y lagartos sobre el prolapso y así creían que volvería al interior.

Soriano reducía el prolapso y lo mantenía reducido por medio de pesarios de algodón.

Desde entonces han pasado siglos y abandonando el tratamiento empírico para llegar al racional pasaron tantos y tantos tratamientos que se necesitaría un libro solamente para la historia del prolapso si se quisiese describirla completamente.

Utero

El útero vulgarmente llamado matriz es un órgano hueco de paredes espesas y contráctiles destinadas á servir de receptáculo al óvulo después de la fecundación. Él recibe este último al salir de la trompa, lo retiene en la **cavidad durante toda la duración de su evolución**, y cuando llega á su madurez contribuye por sus contracciones á expulsarlo afuera. El útero es así el órgano de la gestación y de la parición. Se encuentra en todos los animales en que los huesos no llevan en si mismo las materias nutritivas necesarias al desarrollo del embrión y del feto: él es necesario, por consiguiente, en los pájaros, los pescados, los reptiles y los batracios; pero su existencia es constante en toda la serie de los mamíferos desde los Monotremes hasta los Primates.

Situación.—El útero ocupa la parte mediana de la excavación pelviana, ó es decir, en el espacio

comprendida entre el depósito urinario y el segmento terminal del tubo digestivo. Está situado hacia adelante de las trompas de Fallope á las que le sigue, hacia abajo de la vagina que le continúa, arriba del paquete intestinal que rodea no solamente sobre su fondo, sino sobre la mayor parte de su superficie.

Forma general y división: La forma del útero es la de un cono aplastado de adelante hacia atrás, donde la base mira hacia arriba y el vértice, fuertemente cortado, se engarza más ó menos en el orificio superior de la vagina. Un pliegue circular situado un poco debajo de su parte media, ha permitido á los anatomistas, como también á los cirujanos y á los parteros, dividir el órgano en dos partes: una parte superior ó cuerpo, que sólo responde al aspecto conoidal; una parte inferior ó cuello que difiere de la precedente en que es más corta, menos ancha y aproximadamente cilíndrica. La línea de demarcación entre el cuerpo y el cuello ha recibido el nombre de *istmo del útero*. Bastante pronunciado en el niño, el istmo se achica en la pubertad y desaparece más ó menos en la mujer que ha tenido varios embarazos.

El útero en la especie humana como en todos los primates es un órgano único, mediano y simétrico. En ciertos casos se ha visto atrofiarse y reducirse á proporciones minúsculas, hasta haber

desaparecido: siempre los hechos de ausencia total del útero son excesivamente raros, pero la literatura anatómica encierra un cierto número de casos bien constatados de úteros nobles.

Las dimensiones exteriores del útero difieren sensiblemente, según que la mujer haya ó no tenido embarazo.

Las dimensiones respectivas de los segmentos del útero, el cuerpo y el cuello varían mucho según la edad. En los fetos y en los niños, el cuello está más desarrollado que el cuerpo: representa las tres quintas partes del largo total del útero. En la pubertad, el cuerpo ensancha y se alarga de tal manera que en adulto, no habiendo sido embarazada, presenta un largo igual ó mayor que el del cuello. En la que ha parido, el cuerpo posee dimensiones más considerables todavía su largo siempre superior á aquella del cuello representa las tres quintas partes de las del útero.

Esto es como se ve la misma proporción que el niño con esta diferencia esencial que el cuerpo ha tomado el sitio del cuello y viceversa.

El espesor del útero en estado de vacuidad del órgano mide de 25 á 50 milímetros.

El útero virgen pesa más ó menos 40 á 50 gramos. En la mujer que ha tenido hijos es mucho más pesado, su peso medio es de sesenta á setenta gramos.

Después de la muerte, el útero toma una consistencia firme como todo cuerpo muscular que del estado de rigidez cadavérica es mucho más débil. Las paredes del órgano son entonces suficiente blandas y maleables para permitir á los intestinos llenos de materias fecales ó simplemente dilatados por gases de dejar sus impresiones.

El útero está mantenido en posición por seis ligamentos, dispuestos simétricamente: dos laterales, los ligamentos anchos; dos anteriores, los ligamentos redondos; dos posteriores, los ligamentos útero-sacros.

Las dos hojitas peritoneales que revisten la faz anterior y la faz posterior del útero, llegando á los bordes laterales de este órgano, se aplican la una á la otra para colocarse enseguida sobre las paredes laterales del baso.

Ellas forman así, á izquierda y á derecha dos tabiques transversales que unen el útero á las paredes de la excavación: es á estos pliegues peritoneales, encerrando dentro esas dos fibras musculares lisas y una capa más ó menos espesa de tejido celular, que se le da el nombre de ligamentos anchos.

Su dirección, en el sentido de la altura es oblicua de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás, como el mismo útero; en el sentido de la anchura, no son exactamente transversales pero

un poco oblicua de adentro hacia afuera y de adelante hacia atrás. Consideradas en sí mismas los dos ligamentos anchos, reunidos el uno al otro por el útero, dividen la cavidad pelviana en dos grandes compartimentos: uno posterior ó cavun preuterina, ocupado por la vejiga.

Cada uno de los ligamentos anchos reviste una forma cuadrilátera y nos presenta á estudiar, por consiguiente, dos caras y cuatro bordes.

De las dos caras, la una es anterior y la otra es posterior. La cara anterior mira hacia abajo y hacia adelante; estando en relación con la vejiga. La hojita peritoneal que la constituye es levantada por el ligamento redondo.

La cara posterior mira hacia arriba y hacia atrás estando en relación con el recto. Aquí todavía la hojita peritoneal que constituye esta cara, se levanta para envolver una porción del ovario y sus ligamentos.

Los cuatro bordes del ligamento ancho se distinguen en superior, inferior, externo é interno. El borde superior completamente libre responde á la trompa. Presenta exactamente la misma dirección y la misma anchura que esta última. El borde inferior más largo reposa sobre el suelo de la excavación pelviana ó más exactamente sobre la capa de tejido celular que dobla su suelo. El borde externo relativamente delgado responde á

la pared lateral de la excavación. En toda su parte superior, entre el pabellón de la trompa y la extremidad externa del ovario, está libre y flotante como el borde superior. Debajo del ovario, al contrario se adhiere á la pared pelviana, revistido á este nivel por el músculo obturador interno y su aponeurosis. El borde interno, en fin, responde al borde del útero y presenta naturalmente el mismo espacio que este borde. Es pues, más espeso que el precedente, lo que hace que visto en corte horizontal, el ligamento ancho revista la forma de un triángulo isóceles estando la base situada sobre el útero, el vértice sobre la pared del baso. Al nivel del punto donde toma contacto con el útero, el ligamento ancho está en relación con la arteria uterina y el plexus venoso, siempre muy desarrollado que envuelve esta arteria.

Como acabamos de ver las dos hojitas peritoneales que uniéndose constituyen el ligamento ancho, son elevados por periodos, por tres órganos que están contenidos en el espesor de este ligamento: el ligamento redondo, la trompa y el ovario. Las porciones de la serosa así elevadas reciben el nombre de alas de los ligamentos anchos. Existen pues, tres alas que se les distinguen según su situación, en ala anterior, ala medio y ala posterior.

El ala anterior es ordinariamnete poco des-

arrollada: el ligamento redondo se contenta en la mayoría de los casos de elevar ligeramente el peritonio. Sobre algunos sujetos muchas veces se ve la serosa envolverlo casi enteramente formando atras de sí una especie de mesa.

El ala media ó superior encierra la trompa de Fallope. Es ella que forma el ligamento superior del ligamento ancho. El peritonio como lo hemos visto en el artículo anterior reviste la trompa sobre toda su extensión y se unen á sí mismo debajo de ella, formando un delgado pliegue con el nombre de meso salpin se descende hasta el ovario. El ala posterior situada atras y debajo del anterior, corresponde al ovario y á sus anexos. Extendiéndose después del ángulo del útero hasta el orificio peritoneal de la trompa se divide en tres porciones: una porción interna, por el ligamento útero ovarial; una porción externa por el ligamento tubo ovarial, una porción mediana, en fin, pero el mismo ovario. Hemos visto ya á propósito del ovario y lo repetiré, que el peritonio en lugar de cubrir este órgano como cubre la trompa y el ligamento redondo, se queda al nivel de su borde anterior, y por consiguiente, no cubre en realidad que su pedícula.

Viéndolos bajo el punto de vista de sus estructuras, los ligamentos anchos están compuestos esencialmente de dos hojitas serosas dobladas cada

una de una lámina muscular y unidas la una de la otra por una capa célulo-vascular.

Las dos hojitas serosas, como ya está dicho, no son más que continuación de las dos hojitas peritoneales que revisten las facies anterior y posterior del útero. Hacia arriba, estas dos hojitas, continuando la una con la otra envuelven la trompa. Hacia afuera se separan la una de la otra para llegar una delante y la otra hacia atrás y tapizan las paredes correspondientes de la excavación. Hacia abajo se separan de sí mismas para dirigirse: la posterior sobre el recto, la anterior sobre el receptáculo urinario, descendiendo la hojita posterior mucho más abajo que la anterior.

Esta disposición es la consecuencia del modo de aplicación de la membrana serosa sobre el útero: veremos más tarde, en efecto, que la peritono tapiza la faz posterior del útero en toda su altura (y la sobrepasa también en su parte inferior) mientras que sobre la cara anterior se junta á la unión del cuerpo y del cuello.

Lámina muscular.—Las dos hojitas peritoneales que constituyen los ligamentos anchos están tapizadas, sobre su cara profunda, por dos fibras musculares lisas, diversamente entrecruzadas, pero afectanda por la mayor parte una dirección transversal.

De estas fibras, Rouget nos ha dado una

buena descripción, existiendo en toda la altura del ligamento ancho, exceptuando el ala superior. Ellas provienen de la capa superficial del útero al mismo título que el ligamento redondo y el ligamento útero-sacro.

Lámina celulo vascular.—Entre las dos hojitas serosas así dobladas de una lámina muscular se dispone una capa de tela celular, más ó menos rica en grasa, en sentido de la cual marchan los vasos sanguíneos y linfáticos: este es el tejido celular de los ligamentos anchos (lámina celulo-vascular de algunos autores). Esta capa es suficientemente marcada debajo de la trompa en toda la parte superior del meso salpuix. Pues se vuelve muy delgada y queda como tal en toda la altura de este último pliegue. A partir del ligamento del ovario se engrosa gradualmente y da al costado del suelo pelviano un desenvolvimiento notorio. En el mismo tiempo, cambia de aspecto, sino de naturaleza; el tejido conjuntivo, más compacto y más denso: presenta entonces los caracteres de tejido fibroso; y á su turno, las fibras musculares forman haces más ó menos voluminosos, que se dirijen en todos sentidos confundiéndose con los haces conjuntivos y los vasos. Al nivel de la base del ligamento ancho, la lámina fibro-vascular, que forma como el esqueleto de este ligamento, continúa con el tejido celular que cubre la aponeurosis pelviana

y, por consiguiente con la que cubre la vejiga, la vagina y el recto. Además, entra en relación, de una parte con la fosa iliaca interna al nivel del estrecho superior, de otra parte con la región gluttea por la más elevada de la gran escotadura ciática. Esta continuidad del tejido celular del ligamento ancho con las capas celulo-adiposas de los contornos nos explican las direcciones diversas que pueden tomar las colecciones líquidas, primitivamente desenvueltas en el espacio de este ligamento.

Conteniendo además los tres órganos que terminan la formación de los ligamentos anchos, esos ligamentos encierran todavía en el sentido de su capa celulosa: 1.º las dos arterias oviales y uterinas, cada una con el plexus nervioso que la acompaña; 2.º los dos plexus venosos ováricos y uterinas, que marchan con las arterias del mismo nombre; 3.º los linfáticos provenientes del útero, del ovario y de la trompa; 4.º la uretra, atravesando oblicuamente la base del ligamento ancho para ganar el bajo fondo de la vejiga; 5.º en fin, una formación embrionaria, el cuerpo de Rasenmüller, que describiremos más largamente, con algunas formaciones similares.

Ligamentos redondos. — Los ligamentos redondos se extienden de las partes antero-laterales del útero á la región prepubiana. Aplastados de ade-

lante hacia atrás en su origen ellos disminuyen de altura: á fuerza y á medida que se alejan del útero toman poco a poco la forma más ó menos cilíndrica que les ha valido su nombre.

Su largo es de 12 á 14 centímetros; su diámetro medio de 5 á 6 milímetros.

Trayecto y relación.—Toman nacimiento sobre la parte anterior y lateral del útero, un poco debajo de la trompa; pasándose enseguida oblicuamente hacia adelante y hacia afuera sobre el orificio interno del canal inguinal; se encaja en este canal, recorriéndolo en toda su extensión y finalmente terminan en la base de los grandes labios. Ocupando también sucesivamente el bazo, la fosa iliaca interna, el canal inguinal y la vulva. De donde resulta su división en cuatro porciones, pelviana, iliaca, inguinal y vulvarea.

Porción Pelviana.—La porción pelviana de borde aplastado lateralmente, poco más ó menos cilíndrica, camina en el espesor del ligamento ancho, aplicándose más especialmente contra la hojita anterior de este ligamento, que eleva más ó menos formando una serie de repliegues que ya conocemos, el ala anterior.

El ligamento redondo está en relación á este nivel, hacia adelante con la vejiga, hacia atrás con el ovario, hacia abajo con el tejido celular de la base del ligamento ancho.

Porción iliaca.—La porción iliaca se extiende del estrecho superior al orificio interno del canal inguinal. Cruza sucesivamente y sobre un ángulo muy aguda la vena iliaca y la arteria del mismo nombre. En el momento de su encaje en el canal inguinal, describe una curva con la concavidad, dirigida hacia abajo y hacia adentro abraza la curva en sentido contrario que forma á este nivel la porción inicial de la arteria epigástrica.

La porción inguinal, ocupa el canal inguinal á que está destinado, abandonando sobre su alrededor una serie de todos los pequeños tendones que se adhieren de otra parte, á las paredes, anterior, inferior y posterior de este canal y que tienen ciertamente por efecto el fijar los ligamentos redondos en su posición.

Porción vulvaria.—En fin, en esa porción vulvaria, el ligamento redondo ó suspensor del canal inguinal han recibido el nombre de ligamentos conjuntivos, que divergen á sí mismo en la forma de un abanico. De estos filamentos, series de tendones minúsculos, los unos se unen á la espina del pubis ó lo mismo á la faz anterior de la sínfisis. Los otros y éstos son los más nombrados, se pierden en la capa celulo adiposa del monte de Venus y de los grandes labios.

Resistencia.—El ligamento á pesar de su débil diámetro posee una consistencia considerable; puede

soportar sin romperse, pesos de 500 ó 600 gramos. Beurnier en numerosas experiencias lo ha visto romperse entre 600 á 900 gramos, pero raramente en menos de 600 gramos. En el momento de la ruptura, la que se produce ordinariamente cerca del orificio externo del canal inguinal, su longitud se acerca de 2 á 4 centímetros.

Foseta inguinal externa. Canal de Nuck.—En su largo trayecto, el ligamento redondo está acompañado por el peritoneo, hasta el orificio interno del canal inguinal solamente. Allí, la serosa lo abandona para pasar sobre la pared abdominal anterior, formando adelante del orificio precitado una pequeña depresión que constituye la foseta inguinal externa. En los fetos, al contrario, del cuarto al octavo mes, el peritoneo se prolonga sobre el ligamento redondo hasta la espina pubis: formando así un largo divertículo, que ocupa toda la extensión del canal inguinal y que se designa con el nombre de canal de Nuck.

Este canal enteramente análogo al que en el hombre desciende en las bolsas, es obliterado poco á poco á partir del sexto ó del séptimo mes y no existe ordinariamente más en el momento del nacimiento. La preexistencia del canal de Nuck no es por lo tanto tan rara. Chevalhier nos enseña que mediante su ejercicio como médico en el hospicio de Salpêtrière lo ha observado á menudo con

las mujeres de más avanzada edad y Zuckerkandl, sobre los niños de 1 á 12 años lo ha encontrado en una proporción de 21 por 100. Habiéndose examinado á este sujeto entre catorce mujeres de 20 á 60 años, se constató sobre trece de ellas la desaparición completa y bilateral del canal de Nuck. Sobre una sola, una mujer de 26 años el canal persistía á derecha y á izquierda, con una punta de hernia del costado derecho.

Los ligamentos útero sacros, todavía llamados ligamentos posteriores ó repliegues de Douglas, se extienden de la parte postero-inferior del útero á la pared posterior del bazo. Ellos toman nacimiento en adelante, sobre la cara posterior del cuello un poco debajo del itsmo. De allí se dirigen hacia atrás y hacia arriba, contorneando las partes laterales del recto y vienen á unirse según los casos sobre 13.^a sobre la 10.^a ó sobre la 1.^a vértebra sacra: inmediatamente hacia adentro de la articulación sacro iliaca. Se les ve á veces elevarse hasta el promontorio y también más arriba todavía, hasta la quinta lumbar, donde se les llama ligamentos útero-lumbares, nombre que les ha dado Huguier. Otras veces, existe debajo y hacia afuera del repliegue útero-sacro un décimo repliegue, sobre el canal de Vallin, el que ha llamado la atención y que partiendo de la cara posterior del útero á 8 ó 10 milímetros debajo del origen

del repliegue útero-sacro, se va hacia arriba y hacia afuera para venir á insertarse sobre el costado de la quinta vértebra lumbar. Este repliegue útero-lumbar es verosimilmente el descrito por Huguier y, si lo señalo de nuevo es para indicar que él puede coexistir, sobre el mismo sujeto, con el repliegue útero-sacro. Posee, de suerte, la misma estructura que este último.

Forma y relación.—Morfológicamente cada ligamento útero-sacro reviste el aspecto de un repliegue falciforme con dos caras y dos bordes.

De las caras, la una superior se continúa con la hojita posterior del ligamento ancho; la otra inferior corresponde á la parte media del recto.

Los dos bordes se distinguen en interno y externo. El externo convexo, es mal delimitado á su nivel: el ligamento útero-sacro se continúa con el ligamento ancho y con la hojita peritoneal que reviste las paredes laterales del baso. La interna, libre y cóncava, regularmente falciforme, delimita con la del costado opuesto una abertura ovalar que abraza el recto y debajo de la que se encuentra una suerte de cavidad profunda de 4 ó 5 centímetros, el cul-de-sac de Douglas. Este cul-de-sac descende siempre más abajo en el feto que en el adulto. Sabemos que él representa la parte más inclinada de la cavidad abdominal. Ya he dicho más arriba que los repliegues útero-lumbares, pue-

den coexistir sobre un mismo sujeto, con los repliegues útero-sacros. En este caso el plano inclinado que forma la pared externa del cavum retro-uterino, es en realidad constituido por tres estados, que son llenados de abajo hacia arriba: 1.º un estado inferior situado hacia abajo del repliegue útero-sacro, el que no es otro que el cul-de-sac de Douglas; 2.º un estado medio, comprendido entre el repliegue útero-sacro y el repliegue útero-lumbar; 3.º un estado superior, en fin, que se extiende del repliegue útero-lumbar al estrecho superior de la pelvis. Es en este último estado que se aloja el ovario.

Dirección

Si es que hay en explanología una cuestión controvertida, es bien ciertamente la que tiene por objeto definir la posición normal del útero. Se han escrito sobre este sujeto voluminosas memorias. Las observaciones que sirven de base á esas memorias son siempre muy tenidas en cuenta, recogidas sobre sujetos de todas edades y estudiadas con toda la competencia posible. Pero la cuestión no está por cierto más adelantada por ello. El desacuerdo persiste y el problema está siempre indeciso, esperando su solución. Esta solución trae el estudio á dos cuestiones siguientes: 1.º Cual es la dirección del útero en sí mismo, es decir, indepen-

dientemente de sus relaciones con las paredes de la excavación pelviana, estando el órgano considerado en el estado de aislamiento. 2.º Cual es la dirección del útero en lugar ó éste que vuelve á menudo al mismo, su dirección por relación á las paredes pelvianas, por relación al plano horizontal.

1.º *Dirección del útero en sí mismo, estando el órgano considerado en el estado de aislamiento.* Sobre la primera cuestión, los autores se limitan generalmente á admitir que el eje del cuerpo y el del cuello no están exactamente en la misma dirección, pero que ellos se inclinan muy ligeramente el uno sobre el otro, de modo á formar por sí mismos una línea curva, en la que la concavidad mira hacia la sínfisis pubiana. La inclinación recíproca de los dos ejes del cuerpo y del cuello está medido por el ángulo que forman estos dos ejes en su encuentro. Este ángulo que lo podremos llamar ángulo de incurvación del útero, es siempre muy obtuso: menos que el del estado normal; oscilando ordinariamente entre 140° y 170° . Se encuentran también frecuentemente dos ángulos mucho más abiertos, dos ángulos de 120° á 100° ; pero las inflexiones así pronunciadas no me parecen normales, siendo anormales ó patológicas. Cualquiera que sea el grado de la abertura del ángulo de incurvación del útero, este ángulo es á menudo constante; Boulard lo ha observado 98 ve-

ces sobre 107 sujetos, y por otra parte, los recor-
tes de Panas y de Crédé nos enseñan más que
el útero francamente rectilíneo, quiero decir el úte-
ro sin curvatura anterior, no se observará que en
la tercio de los casos.

2.^o *Dirección del útero por relación á la excava-
ción pelviana, estando el órgano en su lugar.*—En
lo que concierne á la segunda cuestión, la direc-
ción del útero por relación á la excavación pel-
viana, nos encontramos en presencia de las opi-
niones más contradictorias.

Hay divergencia de los autores sobre este punto.

—Los unos, con Cruveilhier, Sappey, Lauger,
Baudl, Kölliker, enseñan que el eje del útero se
confunde con el de la excavación. Otros admiten
que el útero, fuertemente inclinado hacia adelante
casi horizontal, reposa sobre la cara posterior de
la vejiga, esta opinión arduamente defendida por
Schultze, es todavía aceptada por His y por Wal-
deyer. En fin, por un gran número de anato-
mistas y ginecologistas, permitiendo algunos, ci-
taré Claudius, Lusch, Ka, Braune y Rüdinger, que
el útero en lugar de inclinarse hacia adelante
como siempre, se vuelve hacia atrás para apo-
yarse contra el recto. Adoptando una opinión
mixta, Tschaussow en la conclusión de sus nom-
brados recortes entresaca sobre dos sujetos de
diferentes edades, que el útero está inclinado hacia

adelante en el niño y la mujer no parida é inclinado hacia atrás en la mujer que ha parido. Como lo vemos el desacuerdo no puede ser más completo.

Sus causas: extrema movilidad del útero.

Los pareceres contradictorios pueden explicarse por la diversidad de los métodos empleados, por las condiciones diferentes donde se han quedado los observadores, por esta parte individual que cada uno mismo, según el valor, trae en la apreciación de un hecho? Evidentemente no. La posición de un órgano tan voluminoso como el útero es fácil de determinar. De otro modo los autores citados más arriba son todos profesores de Universidad habituados por una larga práctica á las observaciones científicas y no se puede poner en duda la exactitud de sus aseveraciones: todas las disposiciones que describen y que nos dan como representado el estado normal, las han muy bien visto. Es decir, que el útero no tiene una situación fija, que es al contrario extremadamente movable, que puede estar vertical ú horizontal y, entre esas dos posiciones extremas ocupar todas las posiciones intermediarias. Esta extrema movilidad del útero es bien conocida de los ginecólogos que, sobre el mismo sujeto, pero en momento diferente, encuentran el útero en posiciones igualmente diferentes. Ella es la consecuencia de la

elasticidad de sus ligamentos y el estudio que hemos hecho anteriormente de este aparato ligamentoso nos debería haber prevenido. Sin duda el cuello está así bien fijado, de una parte por sus ligamentos posteriores ó útero-sacros, de otra parte por las conexiones íntimas que la ligan á la vagina y á la vejiga y, por su intermediaria al suelo pelviano.

El cuello del útero reviste la forma de un cilindro ligeramente hinchado en su parte media. La inserción de la vagina que hace sobre su cuello en la unión de sus dos superiores con su tercio inferior permite dividirlo en tres segmentos: un segmento superior ó extra-vaginal, un segmento medio ó vaginal y un segmento inferior ó intra-vaginal.

El segmento extra-vaginal ó supra-vaginal mide de 15 á 20 milímetros de largo. Está en relación, por delante, con la vejiga á la cual está unido por una capa de tejido conjuntivo laxo; por detrás con el recto donde está separado, por el fondo de saco recto vaginal, por los costados con el borde interno de los ligamentos anchos y del plexus uterino. El segmento vaginal corresponde á la inserción superior de la vagina, esta inserción se hace sobre toda la superficie del cuello pero siguiendo un plano que es fuertemente oblicuo de arriba abajo y de atrás á adelante, en otra forma,

la vagina sube sobre la cara posterior del cuello mucho más alto que en su cara anterior. La unión del cuello y de la vagina corresponde á una zona que mide de 6 á 8 milímetros de altura, algunas veces más.

A su nivel la capa musciosa de la vagina continúa con la del útero, las conexiones entre los dos órganos son por consecuencia íntimas. El segmento intra vaginal constituye lo que se llama el cuello: es lo que se ve en el fondo del espéculo, tiene la forma de un cono, pues el vértice dirigido hacia abajo sería trunco, su largo es de 8 á 12 milímetros, su ancho y su espesor sensiblemente iguales miden cada uno de dos á dos y medio centímetros.

El cuello está circunscripto al nivel de su base por un fondo de saco circular mucho más profundo de atrás que de adelante, donde las diferentes porciones constituyen los fondos de saco anterior, posterior y lateral de la vagina. Su vértice está provisto de un orificio ordinariamente redondo que nos conduce á la cavidad uterina, éste es el orificio inferior del cuello. Este orificio cuyo diámetro es de 4 á 6 milímetros, divide el cuello en dos mitades, la una anterior y la otra posterior, la anterior es á la vez más espesa y prominente que la posterior, por el contrario es mucho más corta la vagina, se eleva menos ade-

lante que atrás. En fin, el hocico tenca nos presenta en las condiciones fisiológicas una superficie regular, una coloración, blanco-rosada y una consistencia cerrada que da al que lo investiga una sensación análoga a aquella que produce el lóbulo de la nariz.

El cuello tal como lo hemos visto, es aquél de la mujer virgen. Las relaciones sexuales lo modifican poco. Debemos mientras tanto señalar como consecuencia del coito y sobre todo del coito repetido, una disminución en su consistencia, una coloración grisacea substituye poco a su coloración rosada y ante todo un aplastamiento de su vértice de donde resulta que la porción intra-vaginal del cuello, de cónico que era reviste ahora una forma más ó menos cilíndrica. Pero sobre todo esto, el embarazo imprime á la configuración exterior del cuello modificaciones profundas. En la que ha tenido varios hijos, el hocico tenco ha perdido mucho esta consistencia cerrada que lo caracteriza en la mujer virgen, al mismo tiempo su superficie es menos regular y su prominencia en la vagina menos considerable. Sus dos diámetros transversales y antero-posterior son iguales y conviene hacer notar que el primero supera siempre sobre el segundo, lo que quiere decir, que el cuello está aplastado de adelante hacia atrás. De su costado el orificio que ocupa su vértice se ha

agrandado considerablemente. En vez de ser circular reviste la forma de una finta transversal midiendo de 10 á 15 milímetros de ancho, es entonces que las partes que lo circunscriben de adelante y de atrás merecen el nombre de labios. En fin, la circunferencia del orificio igual y más ó menos desgarrado presenta en sus dos extremidades pero principalmente en su extremidad izquierda un cierto número de desgarraduras restos de restos que se han producido en el momento del parto. Todos estos caracteres se exageran á medida que los embarazos se multiplican, notándose la disminución de la salida del cuello y el alargamiento de su orificio. No es raro ver en las mujeres que han tenido de 8 á 10 hijos el cuello enteramente desaparecido y el conducto vaginal continuar directamente con la cavidad del útero sin otra línea de demarcación que un simple surco el cual puede desaparecer á su vez de una manera completa. La vagina termina entonces en su parte superior por una depresión hemisférica presentando en su centro el orificio inferior del útero.

Conformación interior.— El útero es esponjoso; de una cavidad central aplastados de adelante á atrás excesivamente estrecha, virtual para así decirlo fuera del parto y que se continúa con las trompas y abajo abierta en la vagina.

La cavidad del cuerpo de forma triangular como el cuerpo del útero nos presenta á estudio dos caras, tres bordes y tres ángulos. Las dos caras se distinguen en anterior y posterior. Ellas son planas regularmente lisas, inmediatamente aplicadas una contra otra. Presentan sobre la línea mediana, una especie de eje más ó menos acentuada que recuerda el desenvolvimiento del útero; expensas de dos mitades laterales y simétricas.

Los tres bordes uno superior y los otros dos laterales. En la joven virgen ó también en la mujer que no ha parido, estos bordes son curvilíneos, su convexidad se dirige al costado de la cavidad. En la mujer que ha tenido hijos, son muchas veces rectilíneos y algunos ligeramente cóncavos hacia adentro.

Los tres ángulos se distinguen en superiores é inferior; cada uno de ellos está marcado por un orificio. Los orificios superiores que se los distingue á derecha é izquierda, corresponden al abultamiento de las trompas en la cavidad uterina. Estos orificios siempre estrechos son precedidos en el costado del útero por una especie de embudo menos largo, en las que no han tenido familia que en las que han tenido, que resulta de la convergencia reciproca de los dos bordes correspondientes. A su nivel se ven pequeños pliegues.

mucosos que prolongan aquellos de las trompas. estos pliegues estrechando el orificio donde se aplican pueden verdaderamente hacer obstáculo al pasage de los líquidos del útero en la trompa. Pero en ningún caso no adquiere la significación de verdaderas válvulas. El orificio inferior de la cavidad del cuerpo, más largo que los precedentes nos conduce á la cavidad del cuello.

La cavidad del cuello ó cavidad cervical es fusiforme es decir abultado en su parte media y retraído en sus dos extremos. Se le consideran dos caras, dos bordes y dos orificios.

Las dos caras como aquellas de la cavidad del cuerpo son planas y aplicadas una contra otra. Cada una de ellas nos presenta en su medio una salida longitudinal sobre la cual se implantan lateralmente á derecha é izquierda, salidas secundarias oblicuamente dirigidas de adentro á afuera y de abajo á arriba.

Estas salidas son determinadas por haces musculares de la misma dirección que se encuentran situados debajo de ellas y que á su nivel levantan la mucosa. Su parecido que recuerda más ó menos los nervios de una hoja á eje medio constituye lo que los antiguos anatomistas han designado con el nombre de árbol de la vida, denominación que todavía se emplea. Existen dos árboles de la vida, uno sobre la pared anterior

y el otro sobre la posterior. Uno y otro son más desarrollados en el recién nacido que en la mujer adulta. En el primero, en efecto, las salidas principales se prolongan hacia abajo hasta el orificio externo del cuello, mientras que en la mujer adulta ellos terminan ordinariamente á 6 ó 7 milímetros arriba de este orificio. Pero estas dos salidas longitudinales no ocupan exactamente la línea mediana, se vuelven ligeramente hacia afuera y en sentido opuesto. El anterior se inclina á la derecha mientras que el posterior á la izquierda. Resulta esto de una parecida disposición, que las dos salidas en lugar de superponerse y justaponerse, aquél de la pared anterior, está colocado á derecha de aquél de la pared posterior. Ocurre más ó menos lo mismo para las saliencias transversales. Cada uno de ellos corresponde sobre la pared opuesta, no á una saliencia, pero á un surco determinado por dos saliencias vecinas. Como se ve, las dos paredes anterior y posterior de la cavidad del cuello regularmente curvas, se anidan por su concavidad. El largo de estos bordes, las saliencias secundarias de los árboles de la vida llegan al contacto de aquellas del costado opuesto. y nos harán notar, que aquellas de la pared anterior no se continúan con aquellas de la posterior pero se entrecruzan con estas últimas y viceversa. Los dos orificios de la cavidad

del cuello se distinguen en superior ó interno é inferior ó externo. El orificio interno corresponde al ítsmo del útero que mide 5 ó 6 milímetros de altura por 4 ó 5 de diámetro. No es, pues, un simple agujero, más bien un canal estrecho entre la cavidad del cuerpo y la que en este lugar nos presenta el cuello. Las salidas longitudinales del árbol de la vida se prolongan hasta su extremidad superior y contribuyen naturalmente á disminuir todavía su calibre. Pero sobre un útero perfectamente sano se deja fácilmente franquear por una sonda de 3 ó 4 milímetros de diámetro. Después de la menopausa y probablemente porque no es atravesado por el flujo menstrual el orificio del cuello se estrecha gradualmente y se oblitera de una manera completa. Las dimensiones de la cavidad uterina nos son suficientemente bien indicadas por los tres datos siguientes: el diámetro vertical, el diámetro transversal y la capacidad. El diámetro vertical de la cavidad uterina de 50 á 55 milímetros en la mujer y de 45 á 50 en la joven virgen y en la mujer que ha tenido hijos de 55 á 65 milímetros. La longitud respectiva de la cavidad del cuello y de aquella del cuerpo, varía en las mismas condiciones que la longitud respectiva del cuello y del cuerpo. tomada á la superficie exterior del órgano. En la virgen la longitud de la cavidad servical para

aquella de la cavidad del cuerpo de 3 ó 4 milímetros. En la que no ha parido las dos cavidades tienen más ó menos la misma longitud y si existe una diferencia es siempre poca y en favor de la cavidad del cuerpo. En la que ha tenido hijos la cavidad del cuerpo considerablemente agrandada en detrimento de aquella del cuello, importa sobre esta última 4 ó 5 milímetros. En cifras redondas la cavidad del cuello mide 28 milímetros de altura en la virgen, 25 en la que no ha parido y 22 en la que ha tenido familia, lo que nos da para la cavidad del cuerpo: 22 á 26 milímetros en la jóven virgen, 25 á 27 en la que no ha parido y 30 á 40 en la que ha parido.

El diámetro transversal de la cavidad del útero tomado al nivel de la base es más ó menos la mitad del diámetro vertical; en la virgen y la que no ha parido mide de 20 á 24 milímetros y en la que ha tenido hijos de 30 á 33 milímetros.

La capacidad del útero es alrededor de 3 á 4 centímetros cúbicos en la virgen y la que no ha parido siendo en la que ha tenido hijos de 5 ó 6 centímetros.

Constitución anatómica.—Examinado al punto de vista de su constitución anatómica el útero se compone de tres túnicas superpuestas que son feudo de afuera hacia adentro: una túnica serosa, una túnica muscular y una túnica mucosa.

La túnica serosa es una dependencia del peritoneo pelviano.—Después haber revestido la cara posterior de la vejiga el peritoneo va sobre el útero que encuentra ordinariamente al nivel del mismo algunas veces dos ó tres milímetros más alto ó más bajo. Se junta de abajo hacia arriba sobre la cara anterior de este último órgano y la recubre en toda su extensión. Pasando de la vejiga sobre el útero la serosa forma un primer fondo de saco que es el anterior ó vesico uterino. Llegado sobre el fondo del útero lo envuelve de adelante á atrás y descende entonces sobre su cara posterior hasta el nivel de la inserción de la vagina. Se prolonga así sobre este último conducido en una extensión de 15 á 20 milímetros y finalmente se refleja sobre el recto constituyendo un segundo fondo de saco bastante más profundo que el precedente. el fondo de saco posterior ó recto-vaginal, se le designa todavía bajo el nombre de fondo de saco de Douglas. Un poco hacia arriba de la parte más inclinada de este fondo de saco, el peritoneo encuentra los dos haces de fibras lisas que constituyen los ligamentos útero-sacros; reviste entonces su cara superior, su borde interno y su cara inferior y forma así á derecha é izquierda entre el cuello uterino y las partes laterales del recto dos pequeños pliegues falsiformes, llamados pliegues de Douglas.

Al nivel de los bordes laterales del útero la hoja peritoneal que reviste la cara anterior de este órgano, y aquel que tapiza su cara posterior se juntan el uno al otro y los dos van transversalmente hacia afuera constituyendo vastos pliegues. En total, el peritoneo uterino tapiza sucesivamente: 1.º la cara anterior del cuerpo; 2.º el fondo ó borde superior; 3.º la cara posterior del cuerpo; 4.º la cara posterior de la porción supravaginal del cuello. Más simplemente recubre toda la superficie exterior de la porción supravaginal del útero salvo los bordes laterales del órgano y la cara anterior del cuello.

La adherencia del peritoneo á la túnica muscular del útero varia, siguiendo las regiones que se examina sobre el fondo y sobre los dos tercios superiores del cuerpo principalmente en la zona que corresponde al plano mediano esta adherencia es íntima sobre los otros puntos es decir á los costados de los bordes laterales sobre el tercio inferior del cuerpo y sobre la cara posterior del cuello. se interpone entre la serosa y la muscular una capa de tejido celular laxo. el tejido celular bajo-peritoneal que permite á su nivel, el aislamiento de las dos túnicas. Esta capa celular muy delgada arriba se ensancha gradualmente al descender y adquirir su máximo de desarrollo al nivel del cuello: forma alrededor de sí misma

una especie de manguito que continúa hacia abajo con el tejido celular peri-vaginal y donde el espesor toma á su vez 10 á 15 milímetros.

Arterias.—Las ramificaciones vasculares del útero son alimentadas por tres arterias: una arteria principal, la uterina; dos arterias accesorias, la ovariana y la arteria del ligamento redondo.

La arteria uterina, rama de la hipogástrica, desciende en la base del ligamento ancho y va enseguida transversalmente hacia las partes laterales del cuello que alcanza ordinariamente al nivel de la inserción vaginal; algunas veces sobre todo en las que han tenido hijos 10. ó 15 milímetros debajo de esta inserción. Aquí se refleja de abajo hacia arriba formando una especie de cayado alojándose de esa manera en el borde correspondiente del útero: se eleva hasta su ángulo superior donde se divide en dos ramas una inferior. rama anastomótica que va hacia afuera para anastomosarse en pleno canal con la arteria ovárica: una rama superior: la arteria tubular interna que se dirige igualmente hacia afuera y se distribuye en la trompa. De estas dos ramas la última debe ser considerada como la continuación de la uterina, ó si se quiere como la rama terminal de esta arteria. La rama inferior á pesar de su volumen no es más que una simple colateral. En el momento de su reflexión la arteria uterina abandona

á la cara inferior de la vejiga y á la parte superior de la vagina un cierto número de pequeñas ramas llamadas vesico-vaginales. Después en su trayecto ascendente, deja sobre las dos caras del útero numerosas ramas á dirección transversal ó ligeramente oblicua que desaparecen enseguida en el espesor de la túnica muscular. Estas ramas eminentemente flexibles, contorneadas en tirabuzón, recuerdan hasta un cierto punto las arterias helicianas que se encuentran en los tejidos eréctiles y se ha comprobado como el útero en el momento de la menstruación ó el coito que se encuentra en una verdadera erección.

Pero aquí como en el ovario una parecida interpretación no es aceptable bajo el punto de vista anatómico: no se encuentra en ninguna parte en el útero, este tejido á disposición y á estructura especiales que caracterizan esencialmente las formaciones eréctiles, los cuerpos cavernosos del pene por ejemplo. Huguier ha encontrado en la unión del cuerpo y del cuello, la existencia de un círculo arterial resultante de anástomosis sobre las caras anterior y posterior del órgano ramas arteriales del costado derecho con aquellas del izquierdo. Este círculo de Huguier no es constante. Él debe ser extremadamente raro porque como lo hace notar Fredet la región del istmo y aquella donde las ramas transversales del uterino

son las menos numerosas, hay aquí además las arterias de cuello y del cuerpo una especie de zona exangüe.

Las divisiones de la arteria uterina desaparecen en la túnica muscular. Se ramifican en la capa mediana ó extracto vasculoso y se anastomosan de una parte con las arterias del mismo costado, de la otra parte con aquellas del costado opuesto. De la red así formado nacen dos órdenes de ramificaciones las unas externas y las otras internas. Las ramificaciones externas se rinden á la capa muscular superficial y de aquí al revestimiento peritoneal. Las ramificaciones internas siguen una dirección inversa, atravesando la capa muscular profunda á la cual ellas abandonan numerosas ramificaciones y llegan así á la mucosa, terminan formando una doble red. Una red profunda que envuelve los fondos de saco glandulares y una red superficial que se dispone en las capas superficiales de mallas cerradas inmediatamente debajo del epitelio.

La arteria ovariana, rama de la aorta abdominal después de haber provisto ramas al ovario se anastomosa en pleno canal con una de las ramas del uterino y puede por consecuencia tener un rol importante para las redes vasculares del útero. Es por esta razón, sin duda, que la mayor parte de

los anatomistas prolongan esta arteria hasta este último órgano.

La arteria del ligamento redondo, rama de la epigástrica es la más pequeña de las tres arterias que van al útero. Se dirige de adelante hacia atrás en el espesor del ligamento redondo y remonta así hasta el ángulo superior del útero donde se anastomosan con las divisiones de la uterina. Suponiendo que este anastómosis sea constante no es menos exacto de reconocer que la arteria del ligamento redondo en razón misma de sus débiles dimensiones no puede llevar al útero más que cantidad de sangre más ó menos insignificante.

Las venas del útero importantes á la vez por su número y por su volúmen enteramente desprovistas de válvulas tienen su origen en las redes capilares de tres túnicas; serosa, muscular y mucosa. Ellas convergen hacia la capa muscular mediana y se colectan en un sistema de canales especiales muy voluminosos reducidos á su revestimiento endotelial como ahuecados en la túnica muscular y de este hecho quedan abiertos en los cortes; estos son los sinus uterinos. Son particulares al cuerpo y son principalmente desarrollados en la región cercana á los ángulos superiores.

De la capa muscular mediana los sinus veno-

Los vasos se dirigen transversalmente afuera hacia los bordes laterales del útero y forman aquí á derecha é izquierda dos importantes plexus, los plexus venos uterinos que se alojan entre las dos hojas del ligamento ancho y se extienden sin interrupción después del plexus ovárico hasta el plexus vaginal.

Estos plexus á su vez dan nacimiento de cada costado á tres vías diferentes: 1.º abajo á las venas uterinas habitualmente en número de dos para cada arteria que siguen el mismo trayecto que la arteria homónima y se echan en la vena hipogástrica; 2.º arriba: á una serie de ramas de dimensiones muy diversas que se reúnen á las ramas venidas del ovario y del ligamento ancho para constituir el plexus útero ovárico ó Pampiliforme el cual se va enseguida hacia la región lumbar y viene á terminar á la derecha en la vena cava inferior y á la izquierda en la vena cava superior y á la izquierda en la vena renal. 3.º en alto y adelante: á las venas del ligamento ancho que como lo hemos visto se echan en parte en la vena femoral.

El cuerpo y el cuello del útero poseen como el ovario y la vagina una rica red linfática.

Nervios.—El útero recibe al principio los filetes nerviosos de origen simpático que le llevan las dos arterias uterinas y ovarianas; el plexus uterino que proviene del plexus hipogástrico y el plexus

útero-ovario que emana del plexus lumbo arótico, Recibe numerosos filetes nerviosos que son enteramente independientes de los vasos y que tienen su origen, los unos del plexus hipogástrico, otros del tercero ó cuarto nervio sacro.

De estos filetes nerviosos á trayecto independiente, algunos solamente penetran en la pared uterina. Todos los otros convergen hacia las partes laterales del cuello y aquí al lado de la inserción de la vaginan forman un importante plaxus largo de 6 á 10 milímetros, ancho de 2 ó 3: son estos los plexus fundamentales del útero ó plexus latero-cervical. Sobre estos se disponen los numerosos ganglios de forma y de volúmen muy variable. Más raramente se encuentra en el lugar y sitio de esta lámina plexiforme, un ganglio único, el ganglio de Franckenhäuser.

El plexus látero-cervical, estando destinado por completo al útero, envía siempre algunos filetes á los órganos vecinos, á la trompa, á la vejiga, á la vagina y al mismo recto. Las ramas que se deben al útero están constituidas en parte por fibras de mielina y en parte por fibras de Remak: presentan todavía sobre su trayecto, como las ramas constitutivas del plexus fundamental, un cierto número de ganglios minúsculos ó más simplemente células nerviosas aisladas ó reunidas en pequeños grupos de dos ó tres.

Bajo el punto de vista de su terminación los filetes nerviosos del útero se distinguen en filetes musculares y filetes mucosos. Los filetes musculares forman una rica red en el espesor de la túnica muscular. Finalmente terminan aquí como sobre todos los otros músculos lisos en parte por pequeños abultamientos en forma de botón.

Los filetes mucosos han sido estudiados en estos últimos tiempos por diversos métodos. Estos filetes forman debajo ó en el espesor mismo del corion un rico plexo á mallas estrechas y á puntos nodales; se encuentran células nerviosas. Las fibras que saliendo, se terminan las más sobre las grandes y las otras sobre el epitelis.

Patenko ha seguido las primeras hasta los fondos de saco glandulares todo alrededor de las cuales se disponen en plexus; de estos plexus periacinosos parten enseguida muy finas fibrillas las cuales penetran en el intervalo de las células glandulares ó así mismo en el interior de estas células.

En lo que concierne á las fibras de destino epitelial, terminan en ricas arborizaciones, donde las fibrillas extremadamente finas penetran libremente sea por extremidades finas ó sea por extremidades abultadas en forma de botón.

CAPITULO II

Etiología. —Aunque la asociación sea variable y sean muchas las modalidades, la causa es generalmente la misma. El prolapsus genital se observa en toda edad, pero más comunmente se observa en la mujer adulta y sobre todo en la multipara.

Causas predisponentes —Todo lo que pueda debilitar al organismo y atenuar la resistencia de los órganos, viene á ser indirectamente una causa del prolapsus. Así obran las clorosis, la anemia, las profesiones penosas y la constipación, por los esfuerzos que en la defecación produce.

Pero otras causas tienen una influencia más directa para debilitar la resistencia del periné ó la tonicidad de los elementos suspensores. Estas son las deformaciones congénitales, el embarazo, el parto, la involución uterina y la menopausa.

Las deformaciones congénitas explican la producción del prolapsus genital en las mujeres jóvenes, que no han tenido ni embarazo, ni traumatismo de ninguna especie.

Trelat, dice que hay perinés bien conformados pero que hay también mal conformados, donde los músculos son insuficientes; también la herencia tiene un papel importante en la producción de los prolapsus genitales.

Doran hace notar que en familias que ha habido prolapsus descendientes de ellos, han tenido prolapsus ó hernias.

Ruber atribuye una importante parte á la inclinación de la pelvis; cuando el estrecho superior es horizontal, la presión de las vísceras se transmite más directamente á los órganos de la pequeña pelvis y los empuja hacia el periné.

El embarazo por las modificaciones que se acompaña de los ligamentos suspensores del útero, del suelo del periné y sobre todo los embarazos repetidos, preparan también la caída de los órganos genitales, habitúan á la distención, ó preparan la desnutrición de sus tejidos.

Se vé algunas veces el prolapsus producirse en el momento del embarazo; pero debiéndose siempre reconocer el estado del periné por los embarazos anteriores y el presente.

El parto por los traumatismos á los cuales ex-

pone, constituye en realidad el factor etiológico más importante de los prolapsus genitales.

El pasaje de la cabeza es suficiente para producir en las primiparas mal cuidadas una desgarradura, con más razón un parto difícil y laborioso que se acompañan de maniobras complejas; como los casos de aplicación de forceps que son peligrosos para la solidez ulterior del periné.

Después que la mujer ha salido de un parto difícil, durante el período siguiente las primeras etapas del prolapsus pueden prepararse y constituirse. La involución uterina que todavía no se conoce su íntima naturaleza puede ser perturbada en su realización; el levantarse pronto, la marcha demasiado inmediata después del parto fatigan los ligamentos todavía demasiado extendidos ó extensibles, y preparan, si no determinan el prolapsus.

En fin la menopausa constituye para el prolapsus una causa predisponente. Numerosas mujeres que hasta entonces estaban intactas ven aparecer las diversas etapas de una deformidad que irá creciendo progresivamente. En el momento de la menopausa todos los tejidos pierden su tonicidad atrofiándose y pierden su resistencia por disminución en la nutrición de los tejidos. Los elementos de fijación del útero no escapan á esta ley y es por eso que amenudo se ve el prolapsus comenzar en esta edad. Con estas lesiones el pro-

lapsus se prepara y basta amenudo una causa determinada en el juicio, para que el prolapsus se manifieste produciendo después todas las molestias consiguientes y que probablemente solo la intervención quirúrgica es capaz de modificarlas.

Causa determinante, es el esfuerzo.—Trelat insiste mucho en su clínica sobre el papel importante del esfuerzo en la etiología del prolapsus. Muchos enfermos dicen que al hacer un esfuerzo, al levantar un fardo ó cualquier cosa pesada han sentido, seguido, de una crisis de vómitos la sensación de una desgarradura, al mismo tiempo que el prolapsus aparece. Este prolapsus tiene un principio brusco acompañándose generalmente de hematomas intraligamentosos, donde la realidad constatada por Martin no deja ninguna duda sobre el papel del esfuerzo en su producción. Es en el curso de un violento esfuerzo que el prolapsus aparece en una joven donde Munde «cuenta la historia. O también es un esfuerzo brusco durante el embarazo, un esfuerzo para elevar un objeto pesado que determinó el prolapsus en una forma que cuenta Dutauzin». También de la misma manera los esfuerzos que produce la constipación obra sobre la aparición de dicha enfermedad. Malgaine y Huguier han observado rectoceles después de un esfuerzo al defecar, después de una constipación prolongada. La dilatación de la ampolla rectal

cambia sin duda las condiciones de estática de los órganos pelvianos y el modo de acción de la constipación es compleja.

En conclusión el esfuerzo sobre todo es capaz de producir el prolapsus sino también asociado á las condiciones de debilidad que en general se encuentra el sujeto.

CAPÍTULO III

Patogenia.—Es en la asociación de estos dos factores, el esfuerzo de una parte y la lesión inicial, que se encuentra la llave del mecanismo que determina el prolapsus. El esfuerzo sólo no es capaz de producirlo sino que se necesita como la hernia un terreno proporcionado por debilitación de los elementos de contención y suspensión. Segond y Hegar dividen en tres grupos según la parte preponderante con que intervienen. A los ligamentos suspensorios; al útero mismo y á los medios de contención.

Pero, se podría hacer otro grupo más, que sería el debido al exceso de presión abdominal; pues se ha visto en ciertos casos prolapsus producidos por haber un quiste del ovario y sobre todo por haber ascitis ó un fibroma; en estos casos la influencia es exclusivamente mecánica, pues sería

muy difícil afirmar que el sujeto por lesiones probables no presentara una predisposición favorable á la acción de la hipertensión abdominal, pero la influencia mecánica tiene su papel principal.

Prolapsus por alteración de los elementos de suspensión. Los ligamentos suspensores, los ligamentos anchos, no tienen más que un papel mediocre en la estática del útero, ellos impiden pero en límite muy restringido al fondo baseular de adelante hacia atrás; pero tienen muy poca influencia para mantener el útero en el plano vertical que debe tener; su extensibilidad permite al útero descender hasta la cavidad vaginal que es lo que hace mecánicamente tirando el útero hacia abajo en el primer tiempo de la histiectomy vaginal. La facilidad con que estos ligamentos se dejan distender y alargar, nos impide creer que tengan un importante papel en la producción del prolapsus. Si su papel fuese predominante, se debía observar el prolapsus uterino antes que el vaginal, sin embargo, es lo contrario que comunmente sucede. Los ejemplos del prolapsus uterino sin prolapsus vaginales son muy raros.

Mientras tanto, un papel importante aunque indirecto, tienen los ligamentos úteros sacros, en la patogenia del prolapsus uterino.

Las experiencias de algunos autores han puesto de relieve la energía de estos ligamentos cuando

están intactos, oponiéndose á la produccion artificial de un prolapsus. Según estas experiencias Schulge, concluye que la alteración de estos ligamentos es el elemento predominante en la produccion del prolapsus. El relajamiento de los repliegues de Douglas causa la relajación de la pared vaginal anterior; acerca la inserción uterina de la vagina, de su inserción pelviana, de la mitad ó del tercio de la distancia primitiva y fuerza así la pared vaginal anterior y la pared vesical que está adyacente ó hacer salida en la hendidura vaginal.

Esta influencia así comprendida, nos parece exagerada, si el papel de estos ligamentos es tan importante, todas las veces que hay retroversión debfa de haber prolapsus. Pero, mientras que el periné quede intacto, el útero aunque esté en retroflexión queda en su lugar ó no se baja sino muy lijamente. Para que se produzca el prolapsus es necesario la destruccion del suelo perineal y agrandamiento de la vulva. Sea lo que sea, el relajamiento de los ligamentos útero-sacros favorecen la retroversión y este es el primer paso del camino del prolapsus, pues ofrece una más ancha acción á los ansas intestinales y á la presión abdominal. Es por este debilitamiento de los ligamentos úteros-sacros que se explican ciertos hechos raros

de descenso del útero con integridad del periné y de la vulva.

Prolapsus por alteración del útero.—En este grupo muy restringido toman lugar ciertos hechos excepcionales en los cuales el útero aumenta de volúmen por la presencia de uno ó de varios fibromas que fatigando la resistencia de sus ligamentos lo hace descender. Duplay y Chaput, citan el ejemplo de una virgen con un útero fibromatoso que había descendido hasta la vulva; ésta tenía todavía dimensiones restringidas un centímetro y medio.

La presión ejercida sobre la vulva por el útero descendido vendría á la larga á distenderla y el prolapsus así comenzado acarrearía enseguida la dilatación de la vulva y la caída de las paredes vaginales? Esto es probable pero hay muy pocos hechos para poder afirmarlo y la prueba del prolapsus uterino reciderante del muñón, en la histerectomía subtotal, muestran el poco papel que desempeña el útero en la etiología del prolapsus.

El alargamiento hípestrofico del cuello del útero no tiene la importancia que le daba Huguier no es una lesión que aumentando produzca el descenso de la vagina quedando el fondo del útero en su lugar.

Si no era así se debía siempre constatar este alargamiento del cuello. Es muy poco constante

y además el útero puede estar hipertrofiado sin que haya prolapsus.

Esta última es pues excepcional aunque exista no nos sabe explicar la producción del prolapsus y más siendo una lesión secundaria y según Pruvelier, Hegar, Desplay, Conet y Chaput, dicen que cuando la vagina desciende ejerce tracciones sobre la parte inferior del útero especialmente al cuello al nivel de su inserción.

Si los ligamentos suspensores resisten, el útero se alarga en la zona más expuesta á la infección de origen externo y á la metritis, es la menos resistente y la más extensible.

Cualquier cosa que sea una vez que se ha realizado este alargamiento del cuello, modifica bastante el estado del útero que bajo el punto de vista terapéutico se esté obligado á tener en cuenta desde entonces á este órgano bajo el punto de vista de las posteriores consecuencias.

CAPITULO IV

Diagnóstico

Es fácil conocer el prolapsus uterino y distinguirlo de los pólipos internos, de quistes de la vagina dado por el aspecto que presentan y la salida que recurran son confundibles con el prolapsus uterino.

En presencia de un prolapsus uterino tiene importancia precisar su grado, el estado del útero, de los ligamentos y el estado del suelo pelviano.

El grado del prolapsus lo da la enferma en un examen hecho de pie, recostada y en el momento del esfuerzo. El cateterismo nos revela la situación de la vejiga y el tacto rectal si hay ó no rectocele.

Según el grado, la forma del prolapsus, la parte lomada por el recto y la vejiga en su constitu-

ción variable. Mediante un sondaje vesical se determina los contornos y se verá así hasta qué punto está hipertrofiada la porción vaginal prolabada á la misma vejiga que constituye la parte anterior del tumor.

De la misma manera para el recto. Introduciendo el dedo por el ano, en caso de rectoceles encontramos un divertículo. En caso de que la pared rectal no sea arrastrada, significa la no existencia de divertículo.

Igual interés tiene precisar el estado del útero. Cuando el prolapsus es completo y la vejiga está vacía se puede tomar el útero entre dos dedos y reconocer su volumen ya sea normal ó atrofiado.

En caso de que no se encuentre el fondo, nos valdremos del histerómetro, el que nos indicará mediante su excursión hasta donde se remonta. En el caso de una excursión mayor de 8 ctms. (8 á 9) es que el cuello está hipertrofiado y alargado y á la palpación notaremos entonces como una cuerda fibrosa y dura que sigue toda la altura del eje del tumor. La ante ó retroversión del útero la hallaremos con la palpación. Sabiendo ahora que el prolapsus es completo nos queda por averiguar su reductibilidad; pero es imposible desde que la presión es abandonada el tumor reaparece con el mismo volumen que precedentemente. En ciertos casos el tumor es irreductible. Es la irre-

ductibilidad temporaria debida á la congestión ó la inflamación que hay que distinguirla de la irreductibilidad definitiva debida á las adherencias de los fondos de sacos, ó á las alteraciones propias del útero como ser fibromas.

El estado de la vejiga y de los riñones deben ser atentamente observados, sobre todo, en aquellos enfermos que se ha de practicar una histerotomía vaginal.

Juntamente con estas indicaciones indispensables para poder apreciar la extensión y complejidad del prolapsus, se nos presentan otras con no menos importancia y son aquellas relativas al tratamiento.

Establecidas las influencias mecánicas y los fenómenos distróficos en su patogenia, nos resta reconocer si se trata de una enfermedad general ó local.

La enterótoxis, las toxis viscerales serán buscadas con prolijidad. El debilitamiento de la pared abdominal y en general de las masas musculares, la adiposía generalizada, las hernias, el riñón movable, várices, perturbación dispépticas y psíquicas caracterizan la enfermedad general.

Si la enfermedad es local se hace importante el poder precisar lo mejor posible el estado de los medios de fijación del útero. En casos de prolapsus completo, se hace difícil el fijar así cada elemento presentándose en este caso ligamentos sumamente

alargados y la vulva abierta haciéndose difícil reconocer la lesión inicial y causal; no así en los prolapsus incompletos en que el nivel de la vulva no ha sido pasado, en que entonces se hacen reconocibles los prolapsus por falta de suspensión y prolapsus por falta de contensión. En casos de vulva entreabierta, periné desgarrado y tonicidad anulada es á esta lesión que se le puede hacer acreedora el origen del prolapsus; pero si al contrario el periné está en buen estado y el útero ha descendido de su nivel no titubearemos en pensar que son los elementos de suspensión que hacen falta. Según el caso, es por eso que difieren las indicaciones oportunas.

CAPÍTULO V

Tratamiento del Prolapsus uterino

El tratamiento es profiláctico ó curativo. — El tratamiento consiste en reparar oportunamente las desgarraduras ó deformaciones del periné. No debemos olvidar que hay que favorecer la involución del útero y de sus ligamentos hasta que vuelvan á su posición normal y los ligamentos su tonicidad sin más cuidados de la higiene preventiva que la terapéutica. El reposo en la cama durante tres semanas, la supresión durante este período y algunas semanas más de toda constricción del toráx y la supresión de todo esfuerzo constituye en líneas generales la higiene apropiada.

El tratamiento curativo de los prolapsus genitales definitivamente establecidos constituye una

serie de medios los unos médicos y otros quirúrgicos.

Tratamiento médico. — Reducir el prolapsus y mantenerlo reducido por una situación fija ó por un aparato ortopédico cualquiera. Esto constituye el principio del tratamiento paliativo de los prolapsus genitales. La reducción es generalmente fácil, pero en cambio el mantenimiento de la reducción es más difícil y compleja.

La reducción del prolapsus uterino se hace tomando el tumor con los dedos, el cuello rígido hacia el hueco de la mano y presionando paulatinamente cada vez más y dirigido hacia la vulva y un poco hacia atrás se le lleva hacia la excavación.

En caso de que las paredes de la vagina sean espesas, rígidas ó infiltradas, debemos empezar la operación haciendo entrar las partes más vecinas de la vulva.

El útero así llevado á la pelvis se coloca lo más frecuente en retroversión quedando colocado en la convexidad del sacro. Debemos, pues, necesario completar la reducción del prolapsus colocando al útero en anteversión.

La reducción se hace algunas veces impracticable por las adherencias que pueden oponerse y por la hinchazón de las partes, que suele ser considerable.

Para mantener en lugar los órganos reducidos, los americanos aconsejan se tenga á la mujer varias semanas en la posición genipectoral, colocada para ello en una silla apropiada. Esta posición debe ser tomada varias veces por día, y conservada durante diez minutos; en el intervalo la enferma queda extendida sobre el dorso y la cabeza ligeramente inclinada. Este tratamiento según Skeve es de resultados positivos.

Se ha recomendado contra el prolapsus las inyecciones astringentes, las inyecciones subcutáneas de ergotina, el taponamiento de la vagina, la columnización.

El tratamiento kinesiterápico siguiendo el método de Huse Branato donde Sielsti y Strojnowski que apesar de sus buenos resultados tiene pocos partidarios.

Suele usarse el masaje directo para tonificar los ligamentos y la gimnasia para dar á los músculos de la pelvis y del suelo vagino perineal la tonicidad necesaria, pero sus resultados son dudosos.

A pesar de las aserciones de Preushen que ha curado prolapsus completos en menos de dos meses y de los de Wenawer que nos presenta 24 curaciones de este prolapsus por el masaje, convendría así, seguir todo el tratamiento para que

resultase una estadística exacta sobre el tratamiento.

Todos estos medios terapéuticos son de una eficacia nula y sólo se aconsejan en prolapsus ligeros ó recientes. En casos de prolapsus antiguos hay deformaciones adquiridas con lesiones complejas y entonces solo el tratamiento quirúrgico es de resultados positivos.

Se ha utilizado todavía los pesarios asignándoles el fin de sostener el útero ó bien de sostenerlo y mantenerlo en una situación y posición conveniente como son los pesarios en 8 ó en anillo. Pero los pesarios cualesquiera que sean, anillo de Demontpallier, de Hodge, de Schultsf, no pueden obrar nada más que tomando un punto de apoyo sobre las paredes vaginales y por intermediario y esto con gran defecto. Cuando el periné ha perdido su resistencia el pesario no puede mantenerse, haciéndose necesario hacer entrar en condiciones la elasticidad ya muy relajada de las paredes vaginales, mediante una dimensión apropiada del pesario.

Cualesquiera que sea la forma, su eficacia es temporaria porque bien pronto las paredes se relajan rapidamente aún más, la vulva se abre aún más y el pesario obra entonces con el fin opuesto deseado. Los pesarios de aire, los de balón de cauchu según el modelo de Gabriel que es, sino

el mejor, el menos malo de su especie, no están exentos de esta crítica.

El inconveniente común á todos estos pesarios es que no tienen apoyo necesario para poder ejercer su acción y es por eso que se busca suplirlos por aparatos que tomen su punto de apoyo fuera del periné. Con este fin se usan los histeróforos de Scanzoni, Country, Cutter, etc., etc.

Sólo detalles de construcción distinguen á cada uno de estos histeróforos ya que el principio es general.

Son para mantener reducido el prolapsus y bajo el punto de vista de retención, son buenos sus resultados.

Sus inconvenientes son serios, pues, producen serias irritaciones en las partes aplicadas y que están en contacto á más que son de un manejo dificultoso.

Conviene restringir su uso y no emplearlos más que en mujeres de edad que rehusan toda operación ó en las cuales en razón de la edad, enfermedad, obesidad, etc., presentarían inconvenientes de cualquier índole.

Indicaciones operatorias en el prolapsus uterino.

—Las listas de las operaciones con las cuales los cirujanos han querido combatir el prolapsus uterino, es larga y la prueba de su insuficiencia lo da el número de procedimientos propuestos y

como no son todos de igual valor, es la oportunidad de una selección, á pesar de que hay puntos en que todos los cirujanos están de acuerdo. Partamos del principio «que no es solo un prolapsus uterino, sino que hay prolapsus uterinos y que para cada uno de ellos el grado varía y la lesión inicial no es la misma, lo que ya de por sí nos dice que no puede haber un solo procedimiento para el tratamiento del prolapsus uterino y si en la combinación de diferentes procedimientos y operaciones, en donde hallaremos el procedimiento eficaz.»

Es muy simple cuando el prolapsus es consecuencia de un tumor abdominal, quiste ó fibroma. La ablación de este tumor será completada por la fijación del pedículo á la pared ó por la histeropexia y en algunos casos con tan solo extirpar el quiste del ovario desaparece el prolapsus.

De otra manera la conducta á observar en un prolapsus varía con su grado y según varias circunstancias.

Prolapsus incompleto.— Supongamos tener un prolapsus incompleto, ligero, el útero simplemente ha descendido, el cuello está en la vulva, la vejiga está en cistocèle y la pared posterior de la vulva hace saliencia, estando ésta abierta y el periné debilitado ó desgarrado.

En estos casos el empleo de las dos operaciones

autoplásticas sobre el periné, que le podrá curar completa y radicalmente el prolapsus: si hay metritis se hace un curetaje al útero: si el cuello está alargado, hipertrofiado, entreabierto se añade la amputación del cuello. Pero el tratamiento real en este caso es el que contiene y sostiene el útero, lo que se logra por dos operaciones: la elitorraffía anterior y la colpoperinorraffía posterior.

En casos que se conserve intacto el periné, lo que es muy raro, y la vulva de dimensiones normales, es signo que el prolapsus tiene una falta de elementos de suspensión. En este caso recurriremos á las operaciones de fijación, siendo la oportunidad de la histeropexia considerada superior como eficacia que al acortamiento de los ligamentos redondos.

Prolapsus completo.—En estos casos en que el cuello del útero se ve á 8 ó 10 centímetros debajo de la vulva, que la vagina está totalmente invertida, las dificultades son más complejas y las operaciones aplicables á estas lesiones pueden ser establecidas sobre una graduación progresiva.

Si la mujer es joven se debe siempre contentarse con operaciones conservadoras, á no ser que se observen lesiones en el mismo útero. En este caso se combinan cuatro operaciones aplicadas en la misma sección y que son: 1.º curetaje por la metritis; 2.º amputación del cuello, cuando hay

alargamiento del mismo; 3.º elitorrafia anterior y colpoperinorrafia.

Si el útero al mismo tiempo está en flexión al acostamiento de los ligamentos redondos es preferible la histeropexia que asegura mejor la fijación del útero y permite el embarazo sin dificultades fijando á la vez indirectamente la vagina, pero advirtamos como principio que todas estas operaciones son complementarias y serían nulas si no fuese regular el periné.

Si es una mujer que por su edad haya pasado su menopausa, si no hubiese posibilidad de embarazo, la histerotomía puede competir con la histeropexia. La hysterectomía debe ser asociada á la colpectomía y continuada á la reparación de la vulva y del periné y es aconsejada cuando las condiciones económicas de la enferma le obligan á trabajar y su prolapsus no le permite una reparación perfecta, cuando es recidiva y un periné con flaxidez extrema.

Tratamiento quirúrgico. — Las operaciones propuestas para la cura del prolapsus uterino son numerosas y complejas.

Según el rol predominante que se atribuya en la patogenia de los prolapsus genitales, á la defectuosidad de los medios de contensión del útero ó de sus elementos de suspensión ó en fin, á las alteraciones máximas del útero, los cirujanos han

llevado sus métodos á cada uno de estos factores; de ahí el origen de tres operaciones: 1.^a A los medios de contención del útero al periné; 2.^a Operaciones que se dirigen á los medios de suspensión, éstas son las operaciones de Alexander y las fijaciones; 3.^a A las operaciones que se dirigen al útero. Estas son la histeropexía, histerectomía parcial y la histerectomía total. Nuestros resumiremos diciendo: se conocen operaciones: 1.^a Que contienen; 2.^a Que suspenden; 3.^a Que suprimen.

Operaciones que se dirigen á los medios de contención del útero. — Reparar, restaurar el suelo pelviano, poner el periné en su antigua constitución, los elementos de contención del útero en estado casi normal: he aquí el fin de estas operaciones.

Su ventaja es que atacan al mal en su fuente, suprimen la causa y así los efectos.

Pertencen á este grupo la elitrorrafia anterior y la colpoperinorrafia de Hejer. El cierre de la vulva ó episiorrafia ha sido substituida con ventaja por la colporrafia.

El procedimiento de Leport tuvo mucha aceptación y aún tiene sus partidarios.

Operación de Frund. — Frund se propuso estrechar la vagina por una serie de puntos de sutura pasados en el espesor de sus paredes y

mantenidas bastante largo tiempo en lugar para que la inflamación se desarrollara por la presencia de los hilos sea capaz de producir una cicatrización sólida de los tejidos fijos en su nueva situación. He aquí como procede: Coloca una ligadura circular cerca de la inserción de la vagina sobre el cuello.

Con una aguja fina y curva munida de un hilo de plata se pincha la mucosa vaginal, después se empuja la aguja bastante fuerte siguiendo un trayecto curvilíneo en el tejido mucoso y se le hace salir en un punto más ó menos distante del de entrada. Enseguida se vuelve á pinchar con la aguja exactamente en el punto de salida y así se sigue hasta salir por el punto inicial que le sirvió de entrada. En este momento un ayudante empuja la porción vaginal hacia adentro. Se cierra y se anuda el hilo, tanto cuanto sea necesario de modo tal que permita siempre la salida de las excreciones uterinas.

En este momento la porción vaginal del cuello completamente remontada hacia atrás y por esto solamente hecho el prolapsus ha disminuido.

Hecho esto á uno ó dos traveses de dedos de la primera ligadura se aplica de la misma manera una segunda, teniendo siempre cuidado de dejar una luz como de dos traveses de dedos.

El hilo se corta á ras de la mucosa. Con este

segundo punto asciende todavía el cuello del útero y por consiguiente el prolapsus disminuye. Se coloca de la misma manera un tercer hilo, se anuda y se corta muy corto. Otro hilo se coloca á la entrada de la vagina estrechando la vulva.

Frund se sirve de hilo de plata. El número de hilos á emplear varía con el grado y la importancia del prolapsus. Los hilos son dejados largos tiempos en sus sitios y ellos tienen según el autor una doble acción. Al principio obran mecánicamente formando como una barrera escalonada á varias etapas; y además, inflaman los tejidos vecinos como lo haría un cuerpo extraño y bajo esta influencia se hace al principio una proliferación conjuntiva al cual sustituye más tarde un tejido cicatricial retráctil. En seis enfermos que trató Frund por este procedimiento obtuvo muy buenos resultados. Chaput en cuatro tuvo éxito.

Pero en una estadística reciente Goerting menciona sobre siete casos: cuatro reducidos, uno, resultado desconocido y dos solamente después de un año quedaron indemnes.

Este procedimiento es recomendable en las mujeres de edad en las cuales la vagina es particularmente ancha y forma debajo del útero menos reducido un voluminoso rodete inversión.

Creo mejores son los procedimientos clásicos de

elitrorrafia anterior y de la colpoperinorrafia. En la mayoría de los casos la combinación de estas operaciones cura completamente la deformación.

Cualquier que sea el procedimiento, no es como dice Bouley: el acercamiento de los bordes de la mucosa vaginal lo que se busca, es que la aproximación de los tejidos vecinos nos dé una reconstitución precisa del elevador del ano y del tejido celular que acercado sobre la línea media formen un plano resistente y espeso transformando este tabique recto-vaginal en un tabique condensado y sólido.

Este tabique se obtiene por el desdoblamiento del periné y por la sutura de los elevadores de una manera más sólida, más ancha y más firme que con el procedimiento de Heger.

En la mayoría de los casos las operaciones plásticas sobre la vagina son suficientes para la curación del prolapsus. Daré algunas estadísticas presentadas por Bouley al Congreso de Cirugía de 1896, muy significativas á este punto de vista.

Saufried de 60 casos operados por la colpoperinorrafia con ó sin amputación de cuello acusa 47 curaciones y 13 recidivas sobrevenidas después de un tiempo más ó menos largo. Niedeyall estudiando las operaciones practicadas en la clínica ginecológica de Bale de 50 casos de prolapsus

uterino tratados por la colporrafía anterior simple. En casi todos los casos la colporrafía ha sido precedida de una amputación de cuello. De todos estos casos más ó menos han dejado de ser revisados. La colporrafía doble ha dado 29 curaciones en 34 operaciones lo que hace su 85.29 %, en cambio la colporrafía posterior siempre ha dado 28 curados sobre 36 ó sea un 77.7 por ciento dando para ambas operaciones un término medio de 81.50 %.

La colporrafía posterior y la perinorrafía han sido siempre practicadas en una misma sección dos semanas después de la primera operación. Esta manera de proceder permite evitar una alta tensión en los tejidos de los tejidos y facilitando una fácil cicatrización.

Boulley ha practicado 231 operaciones plásticas sobre la vagina y sobre el periné; 22 perinorrafías por desgarradura completa del periné; 20 colpoperinorrafías con computación elevada del cuello, 58 colporrafías anteriores y colpoperinorrafías en la misma sección.

Los mejores resultados han sido dados por la reparación de las desgarraduras completas. Esta contradicción aparente se explica porque las mujeres predispuestas á esta deformación se hacen operar pronto y porque muchas tienen tejidos sólidos y resistentes que retienen los órganos en su

situación normal. Los mejores resultados han sido dados por los enfermos que han sufrido al mismo tiempo la amputación alta del cuello.

Después de la colporrafía anterior y posterior, los resultados alegados como suficientes bajo el punto de vista funcional pueden ser estimados á 90 por ciento.

Bajo el punto de vista de la forma exterior, es decir, de la reconstitución total de la altura del periné, de la horquilla, de la ausencia completa de una ligera salida de la pared anterior en el momento del esfuerzo, se pueden calcular los resultados de un 75 á 80 %. Pero Boulley hace notar que á pesar de las imperfecciones en la forma, el resultado útil es alcanzar, cuando las paredes vaginales están en contacto detrás del periné.

Operaciones que se dirigen á los elementos de suspensión. — Reparar, restaurar los elementos suspensores del útero ó suplir su insuficiencia por una fijación especial, tal es el fin de las operaciones que componen el grupo de pexías directas ó indirectas. Se puede fijar la vagina ó el útero y en caso que sea éste, el útero, se obra sobre su ligamento redondo ó sobre su misma pared. De allí tres grupos de pexías: 1.º Colpopexías; 2.º Operación Alquie Alexander; 3.º Histeropexía.

Colpopexías. — Peau en 1887 describe un proce-

dimiento de fijación de la vagina á las paredes de la excavación pelviana. Buyford para tratar conjuntamente el cistocele y el colpoccele va por la vía inguinal á buscar la extremidad superior de la vagina y á la sutura á la pared abdominal realizando así una colpocistorrafia. Goubaroff se preocupa sobre todo de reconstituir el suelo pelviano, el elevador del ano y los planos aponeuróticos que lo cubren. Consolidando la parte del suelo pelviano situado hacia atrás del útero, busca de obtener un plano inclinado que sostenga el útero, impida su descenso y al mismo tiempo lo empuje hacia arriba. Esto lo consigue pasando un hilo en surjet, de izquierda á derecha en el espesor de la pared vaginal posterior á la altura del elevador coxisperineal, cargando la aguja profundamente el músculo y su aponeurósis y después de seguir en ambos costados un trayecto simétrico viene á salir en su punto de entrada. Cerrando el hilo se estrecha la vagina, se acercan los bordes del elevador y se reconstituye el suelo; el hilo por su parte origina una inflamación que produce por la cicatrización una fijación definitiva de los órganos en la nueva situación.

En el Congreso de cirugía de 1896 Delbet propuso un nuevo procedimiento en colpocistopexia.

Esta operación supone la ablación del útero y no es aplicable sinó en el caso que esté indicado

la histerotomía. Se compone de los dos tiempos siguientes; 1.º Una colpocistopexía por intermedio de los ligamentos redondos que se suturan á la vagina debajo de la vejiga. 2.º Una vasta colporrafia anterior.

Para efectuar la colporrafia Delbert hace una simple incisión mediana y antero posterior sobre la pared anterior de la vagina, luego se deseca de cada lado una porción en forma de media luna en donde las extremidades agudas tienen en su parte media un ancho de 2 á 3 centímetros.

Hecho esto se colocan los puntos de manera de obtener un vasto afrontamiento y la reconstrucción de la columna anterior. En general no son muy recomendables en las colpoxias. Los últimos procedimientos no han hecho sus pruebas y las primeras tentativas no han dado resultados favorables.

Operación de Alquié Alexander.—Esta ha sido escasamente practicada en casos de prolapsus uterino y conviene más en retrodesviaciones que en casos de prolapsus. Aunque ofrece al útero dos puntos de apoyo, en lugar de uno (Pozzi) estos puntos no son suficientemente sólidos para constituir una suspensión duradera.

Con todos los resultados de Folk esta operación la creemos inferior á la histeropexia. Ella solo es completamente insuficiente y combinada no es

consigue nada en el prolapsus, siendo su única acción como ya dijimos en las retrodesviaciones. Reservarémosla para estos casos especiales en los que la retroversión complica un prolapsus ligero y sería entonces combinada con la colpoperinorrafia.

Histeropexías. — Se ha aplicado al prolapsus las histeropexías vaginales de Schuknig de MacKeurodt, pero no ofrecen garantía alguna.

La retrofijación del cuello que Senjer ha ensayado, acortando por el fondo de saco posterior los ligamentos útero-sacros, no es muy seductora.

Tratando las histeropexías mencionaremos la abdominal anterior. Practicada por Olshausen, por Terrier, por Phillips, en un principio ha despertado confianza creyéndosela entre las mejores intervenciones para el prolapsus uterino. A mi juicio es el mejor procedimiento de colpoxia indirecta en que el útero fijado á la pared de la vagina es llevada hacia arriba y mantenida en esta posición.

La histeropexia obra á la vez sobre el prolapsus del útero y de la vagina; y combinada a la colpoperinorrafia, la histeropexia es una excelente operación en las mujeres jóvenes y capaces de ser embarazadas, pero entiéndase bien que su eficacia depende de que se le añada y combine á otras operaciones.

Cuando la fijación es sólidamente efectuada por el procedimiento que hemos mencionado no hay que temer que las suturas se aflojen ó que la pared abdominal sea arrastrada, obteniendo favorables resultados lejanos como lo atestiguan las estadísticas requeridas sobre quince operaciones de Joyens quince con buen resultado. De 16 operadas de prolapsus por la histeropexia y la perinorrafia le ha dado un parte á término. En una tesis publicada en Halle en 1895, Raühüt analiza 55 histeropexías practicadas por diferentes operadores contra los prolapsus útero vaginales: 3 enfermas murieron, 50 han sido vueltas á ver. la recidiva, fué de un 19 %; la mejoría en un 15 % y la curación completa en un 60 % de los casos operados.

Siendo el suelo pelviano el principal medio de resistencia al descenso del útero, el esfuerzo respiratorio en que la presión abdominal está en su máximo, presiona sobre la cara posterior del útero en ante flexión normal, en vista de la inclinación del pubis y en virtud de la oblicuidad de su cara posterior en el fondo de saco de Douglas. Si en este momento se introduce un dedo en la vagina, se siente al principio la vejiga abombada, enseguida el útero y luego la pared posterior de la vagina.

El elevador del ano soporta el primer choque

y debajo de él el suelo perinal, que es un suelo de resistencia natural el cual tiene su función y acción facilitada por su situación sobre un plano más anterior que la pared posterior de la vagina. Si en este momento aparecen causas de destrucción, debilitamiento, atrofia, rotura parcial ó total, el prolapsus se produce ó es inminente su próxima producción.

Cuando al suelo pelviano falta el periné se entreabre la vulva y las paredes vaginales se separan, pues como lo hace notar Bouley para que el periné desempeñe el papel de suelo se necesita una resistencia y una tonicidad que pongan en contacto las paredes anterior y posterior de la vagina.

El sostén pierde su seguridad cuando la pared anterior cae blandamente sobre la otra, cuando no hay contacto entre las dos paredes, cuando la vagina está abierta y la vulva entreabierta.

Las paredes mal sostenidas caen la primeras, siendo la anterior y después la posterior el orden de producirse. Se ve pues que el útero sin sostén y con una tracción de estas paredes cae sin que la resistencia de los ligamentos superiores sea capaz de sostenerlo. Si los ligamentos resisten el útero queda alto y solo se produce el prolapsus de las paredes. Pero el esfuerzo interno obra sobre él mejor que la retroversión y le ofrece una toma más ancha y así constituye y se opera una

deformidad bajo influencias varias que sólo la falta de resistencia del suelo pelviano ha sido la causa inicial. Este relajamiento se opera por varias causas. Al principio es una disposición congénita que prepara el prolapsus, sea por las dimensiones demasiado grandes de la vulva, sea por la poca resistencia de los elementos musculares y aponeuróticos. Más frecuente la lesión se adquiere y entonces reconoce dos causas: 1.º lesiones mecánicas, desgarradura, destrucción, etc.; 2.º perturbaciones de nutrición de los tejidos.

Las lesiones mecánicas de desgarradura ó de distensión, son determinadas por múltiples causas. El embarazo que distiende y debilita, los tejidos vuelven difícilmente á su estado normal, los ligamentos se han relajado lo mismo que los esfínteres, las paredes vaginales se han ensanchado. Sus adherencias á la vejiga y al recto están dissociadas.

El parto desgarra y distiende, de donde el papel manifiesto del parto laborioso. Las desgarraduras no son siempre sobre los tegumentos intactos; desgarradura del elevador de los esfínteres. A pesar de la apariencia normal del periné, pierde su espesor y tonicidad y cuando se explora poniendo un dedo en el recto y el otro en la vagina se observa que su espesor lo constituyen dos mucosas unida una á la otra. Todos los fenóme-

nos mecánicos no producen siempre un prolapsus.

Una desgarradura completa en una mujer joven y bien constituida puede resistir al prolapsus, en cambio que en otras se produce debido á la segunda causa.

2.^a *Perturbación general de la nutrición*, que explica á los prolapsus tardíos acaecidos mucho tiempo después del parto ó sin parto en una edad avanzada y en las vírgenes. Es una disminución de nutrición que obra sobre los órganos y sobre todo sobre los de fijación. Es una enfermedad general con manifestación particular. Las masas musculares son flácidas y las paredes abdominales relajadas.

El riñón, intestinos, hígado, son movibles. enfermedad por distrofia que parece senilidad precoz y prematura. Periné flácido y relajado.

Conocemos tres grados de prolapsus del útero: 1.^o grado: El útero baja pero aparentemente es necesario encontrar el cuello separando con el dedo las paredes vaginales. 2.^o grado: El útero ha bajado y aparece el cuello en la vulva donde se le reconoce facilmente. 3.^o grado: Las paredes vaginales han salido completamente y forman por su salida un tumor voluminoso en cuyo punto declive se encuentra el otro pico del cuello.

Veremos el prolapsus completo con lesiones

vicerales que lo complican y el aspecto como se presenta.

El prolapsus completo forma un tumor del tamaño de un puño aproximadamente haciendo saliencia hacia afuera de la vulva: su extremidad inferior está ensanchada y se estrecha hacia arriba. La recubre por todas partes la mucosa vaginal invertida que se reconoce sus pliegues transversales y que con la destrucción del tiempo irán desapareciendo. La mucosa es seca, rugosa, queratinizada es el sitio especialmente del cuello de erosiones y ulceraciones: su circulación violácea y azul indica su dificultad circulatoria. En el polo inferior del tumor tanto hacia adelante como hacia atrás se vé el orificio del cuello del útero, sus labios están como borrados y absorbidos por la destrucción vaginal. En la base del tumor á su entrada en la vulva el dedo que busca circunscribir éste, penetra en un surco en el cual varía la extensión de adelante hacia atrás según los casos aunque variable en extensión y en profundidad este surco es constante pues no se produce la inversión completa de la vagina. Vista en la autopsia de una enferma con prolapsus uterino del costado de la cavidad abdominal se observó la pequeñez de la pelvis prolongada hacia abajo por un embudo; las ansas intestinales descienden, el peritoneo tambien ha descendido. los ligamen-

tos están rígidos, el útero á menudo modificado en su forma, su longitud ó su volumen, en resumen: todos los órganos del suelo pelviano se encuentran más ó menos modificados.

Vagina.— El prolapsus vaginal no es, exactamente circunferencial, ni la inversión es total, existiendo generalmente hacia atrás un fondo de saco bastante extendido. La vagina se dilata en su parte inferior como la vulva y toma la forma de un cono á base inferior. La longitud de las paredes vaginales están aumentadas y este hecho se relaciona con la antigüedad del prolapsus y del tironamiento que se ha ejercido poco á poco en las paredes vaginales. Las relaciones de la vagina con el peritoneo están modificadas.

Al estado normal el peritoneo no desciende sobre la vagina, deteniéndose al llegar á la parte superior del cuello.

Duplay y Chaput aseguran que esto es inexacto, pues, han comprobado que en sujetos normales el peritoneo tapizaba una reducida extensión de 1 á 2 centímetros la pared anterior de la vagina. La distensión de la vejiga hace remontar el fondo de saco hasta el límite superior del cuello.

En otras observaciones, la vagina estaba cubierta por el peritoneo en una extensión que variaba de unos milímetros á unos tres centímetros.

Este hecho es la regla y se puede considerar

como constante esta relación del fondo de saco peritoneal con la pared vaginal del prolapsus.

Útero.—Al mismo tiempo que ha descendido se ha desviado y ha aumentado más ó menos de volúmen. La desviación del útero se hace raramente hacia adelante, casi siempre hacia atrás, el fondo báscula del costado del recto y la retroflexión y la retroversión está constituida.

Al mismo tiempo el útero aumenta de volúmen y es en varios casos el asiento de fibromas á pesar que el aumento de volúmen por esta lesión no es constante para que se le estime importante y causal.

Sin que sufra su volúmen, suele el útero alargarse en sentido vertical, soliendo ser tan pronunciado el alargamiento, que el fondo del útero se encuentra en la excavación pelviana mientras que el cuello ha descendido de 7 á 8 centímetros del nivel de la vulva.

El alargamiento en estos casos es casi exclusivamente del cuello del útero en donde las dimensiones suelen pasar de 10 centímetros.

Fué Huguier el primero, en 1869, que hizo recalcar esta lesión que la consideró constante justificando á la vez la importancia que le atribuyó desde un principio.

Para Huguier, en efecto no era más que una aparente desviación y que lo cierto era que se producía un alargamiento hipertrófico del cuello.

El fondo del útero quedaba, en un lugar, el cuello se alargaba, lo que hacia descendiendo y arrastrando consigo á la vagina.

No existía pues en realidad un prolapsus y si se puede interpretar como una afección uterina particular y especial.

No todos pensaron con Huguier y en esta época Depaul y actualmente, se considera el alargamiento del cuello como una lesión frecuente y no se le ha acordado bajo el punto de vista patogénico no más que un rol insignificante, casi nulo, no siendo la causa del prolapsus, que le acompaña ó que le es consecutiva.

Huguier tiene el mérito de ser el primero que señaló esta lesión que justifica ella misma una operación especial, sin la cual toda terapéutica sería ineficaz.

La hipertrofia del cuello por otra parte no es siempre idéntica, pues los diversos segmentos del cuello se hipertrofian desigualmente y Schoeder ha propuesto una división que por teórica que sea no es menos explícita y permite dar una idea esquemática de las diversas formas del prolapsus uterino-vaginal.

En los prolapsus sin hipertrofia, el útero atrofiado y en retroflexión está casi todo contenido en el tumor, la vagina se presenta casi totalmente invertida y presenta á la altura de la

vulva un fondo de saco circular en donde la profundidad es sensiblemente igual hacia adelante y hacia atrás.

En los prolapsus con hipertrofia no sucede de la misma manera.

Se originan varios tipos de formaciones que varían según el sitio de la hipertrofia cervical.

Al estado normal se puede comprender con Schoeder tres porciones: 1.^a Una porción inferior ó intravaginal, comprendía toda por entera en la vagina; 2.^a Una porción media que es por detrás intravaginal y por delante suprevaginal y por último una 3.^a porción que se encuentra comprendida enteramente sobre la vagina, la que le llama porción supra-vaginal.

Ahora bien, las diferentes formas de prolapsus que se puedan presentar están relacionadas con las porciones que acabamos de describir y así según se presenta en la primera, segunda ó tercera porción la hipertrofia, tendremos tres formas diferentes de prolapsus.

Si se alarga solo el segmento inferior, el útero no sufrirá; modificando de lugar quedando en su sitio y en cambio presenciaremos un alargamiento del cuello que llevará, mejor dicho, arrastrará consigo en su alargamiento los fondos de saco vaginales.

Si fuera ahora en vez de la porción inferior la

alargada, la porción media del cuello la que se alarga, resultaría que el fondo de saco anterior de la vagina se vería obligado á descender al mismo tiempo que lo hace el cuello y perderá en profundidad: al contrario el fondo de saco posterior, quedará en su lugar y concentrará una parte sino toda la profundidad. En fin si la hipertrofia lleva exclusivamente sobre el segmento superior del cuello, como éste todo entero está encima de la vagina el alargamiento no puede sentir sin que los fondos de saco vaginales descendan igualmente. La vagina totalmente invertida limita adelante y hacia atrás el prolapsus, en la cual se encuentra solamente el cuello alargado, cuando el útero está todavía en la cavidad pelviana. Cualquiera que sea el alargamiento hipertrófico es siempre contrario á lo que pensaba Huguier. Una lesión secundaria al exámen; en efecto no se encuentra caracterizado por lesiones banales de infección de metritis. Olivier ha constatado sobre cuellos operados por Pozzi. Según Pillet de una pieza operada por Patochi. He aquí el resultado de su exámen. El cuello está todo epidermisado con una epidermis muy espesa recubierta de papilas desiguales y profundamente cortadas.

La epidermisación es incompleta en muchos puntos.

Las células del medio del cuerpo de Malpighi son en efecto abuecadas de grandes vacuolas que sacan á este epitelio toda la suavidez.

Se encuentra de lugar en lugar bajo esta epidermis y aún desnudas por la eliminación de las partes profundas de las glándulas en racimo á células mucosas distendidas llena de elementos descamados y mezclados á leucocitos y alrededor de estas glándulas conjuntas, de células redondas formando verdaderos folículos inflamatorios teniendo el volumen de los folículos ordinarios del intestino. Las arterias presentan una endo periarteritis comunes y acaban por ser reducidos á puntos fibrosos, envueltos en células embrionarias; las venas se transforman en senos á paredes espesas, las fibras musculares restantes hipertrofiadas son poco abundantes.

Las masas del tejido del cuello están formadas de tejido conjuntivo edematizado y su aspecto mucoso sobre ciertos puntos especialmente alrededor de los linfáticos que están considerablemente dilatados.

Colpsectomía total. — Operación de Müller. — La colpsectomía total sin histerectomía, para prolapsus ú operación de Müller, ha sido aplicada y descrita en Francia por Savariand.

La operación no es aplicable nada más que en las mujeres que no tienen más sus reglas y que

no tienen más relaciones sexuales. Siendo dado un prolapsus completo en estas condiciones, el cuello es tomado con una pinza de Museux y fuertemente tirado hacia arriba; dos incisiones circulares, la una al nivel del hocico de Tenca y la otra lo más alta posible, permiten circunscribir la totalidad de la mucosa vaginal y despojar así la totalidad del prolapsus, gracias á su ablación.

Se empuja enseguida el útero y se le emplaza en posición normal. Despues se cierra la cavidad vaginal así cruenta, por medio de suturas, y se cierra lo que queda de la vagina, casi al ras de la vulva.

Empleada en los casos que nosotros hemos precisado, da esta curiosa operación, buenos resultados, porque el útero privado de su conducto vaginal, se atrofia.

Procedimiento de Doyen. — Este procedimiento comprende tres maniobras fundamentales:

1.^a Abertura del fondo de saco de Douglas y báscula posterior del útero.

2.^a La hemisección como en el procedimiento de Müller Quenú, pero comenzando por el fondo del útero.

3.^a La torsión completa de los ligamentos anchos, precediendo su ruptura y ligadura en masa.

Doyen lo describe en seis tiempos: 1.^o Abertura del fondo de saco de Douglas y extracción del

útero. La modificación de las relaciones normales de la vejiga y del útero, constituyen la sola dificultad de la histerectomía vaginal para prolapsus, cuando se ejecuta según los procedimientos usuales; la vejiga desciende con la pared vaginal anterior y es difícil reconocer su límite inferior en medio de los tejidos hipertrofiados é indurados que lo envuelven. El fondo de saco de Douglas, al contrario, es fácilmente accesible, y es lo que determinó á Doyen en la elección del procedimiento.

El cuello tirado hacia arriba y adelante, se secciona transversalmente la mucosa vaginal en el punto correspondiente al antiguo fondo de saco vaginal posterior. Desde que los labios de la mucosa se dejan separar, se traza en su intervalo sobre la cara posterior del útero, una incisión longitudinal posterior; ella viene forzosamente á encontrar allí, el punto declive del fondo de saco de Douglas. Los dedos agrandan el orificio peritoneal; la mano penetra y ensancha el fondo del útero y haciéndolo bascular lo lleva hacia afuera.

2º. *Tiempo*: Hemisección del útero y separación de la vejiga. Se prolonga la sección longitudinal posterior del tiempo precedente, hasta el fondo del útero y después sobre su cara anterior. El útero comienza á separarse en dos mitades laterales. Prosiguiendo metódicamente la hemisección

ción hacia el cuello, se abre fácilmente el fondo de saco peritoneal anterior. Se separa entonces, con los dedos ó con instrumentos romos, el útero de la vejiga, después terminando la hemisección, se abre el fondo de saco vaginal anterior. Se libera todo alrededor del cuello, terminando de diseccionar el colgajo vaginal; esta disección no se hace siempre sin una ligera hemorragia, fácil de detener. En este momento las dos mitades del útero están completamente libres, estando tan solo unidas por los ligamentos anchos. *3.º Tiempo:* Rotación y ligadura de los ligamentos anchos: Doyen, hace efectuar á cada mitad del útero una rotación de 180° perpendicularmente á su eje. Los ligamentos anchos toman la forma de espiroides de un calibre inferior al del dedo meñique; su volumen es reducido por el empleo de la pinza. Cada ligamento ancho está atado al principio en masa, después el hilo es pasado por transfixión debajo de la primera ligadura y atado de nuevo con dos vueltas; los hilos son dejados largos y tomados de cada costado con una pinza. *4.º Tiempo:* Cierre del peritoneo y sección de los ligamentos anchos. La vejiga que hace hernia, es empujada á la profundidad y el colgajo peritoneal cuidadosamente separado. Se pasa entonces alrededor del orificio seroso, un hilo de seda, dispuesto como el cordón de una bolsa; este hilo atraviesa de

cada costado los ligamentos anchos, algunos milímetros encima del punto donde están atados. Cerrando la sutura así cosida, se cierra la abertura peritoneal; la vejiga se reduce progresivamente. Se seccionan igualmente las puntas, mantenidas largas en estas ligaduras. El útero sacado se termina el cierre del peritoneo anudando la sutura en bolsa. *5.º Tiempo:* Colporrafia anterior: Se termina el desprendimiento de la pared anterior de la vagina; se reseca una parte de manera á obtener una ancha pérdida de sustancia ovalar. Esta es suturada longitudinalmente, siguiendo uno de los procedimientos de colporrafia que hemos descripto. *6.º Tiempo:* Colpoperionorrafia: Doyen lo ejecuta siguiendo un procedimiento mixto de avivamiento y desdoblamiento. Después de haber desdoblado el tabique rectovaginal, reseca un ancho triángulo de mucosa vaginal y queda por una sutura longitudinal, la vagina considerablemente estrechada, al mismo que el periné se encuentra alargado.

Procedimiento de Hegar

Con el bisturí se traía el contorno de las partes mucosas á incindir; la incisión muy superficial, reúne los tres ángulos marcados por las pinzas, el trazado debe ser un poco convexo hacia aden-

tro sobre los costados del asinamiento vaginal y redondearse en los ángulos.

Después se disea este pedazo con bisturí ó mejor con tijeras bien cortantes; es necesario comenzar por el ángulo superior y avanzar á pequeños golpes, elevando con una pinza á dientes las partes ya desprendidas.

Durante esta disección, se produce una hemorragia en napa bastante abundante que oscurece el campo operatorio; expulsando la sangre por una irrigación continua, ligera ó más simplemente y mejor haciendo limpiar por el ayudante.

La disección no debe hacerse nada más que sobre la mucosa sola; se llegará con un poco de atención y no hay ningún peligro al perforar el recto cuando el tabique recto vaginal no es demasiado delgado.

En el caso contrario se puede introducir en el ano el índice cubierto por un dedo de operante. La disección del pielaso terminada se debe asegurar que la mucosa esté por todas partes levantada.

2.º tiempo sutura. — Se ejecuta las suturas vaginales con una aguja de Ruadin muy corta y las suturas perimales con la aguja de Emuel. Se puede hacer toda la sutura con hilo de plata fino, si se prefiere no sacar los puntos profundos se puede igualmente suturar la vagina con calfit y

los planos superficiales con hilo de plata ó con zinc de Florencia.

Se coloca al principio los hilos vaginales empujando por los más elevados, es necesario hacer penetrar y sacar la aguja á cinco milímetros de los bordes del asivamiento y hacerla caminar en todo su trayecto bajo la superficie cruentia; la sutura así hecha suprimirá todos los espacios muertos, asegurará á la vez la unión y la hesmaltará.

Cuando todos los hilos vaginales han sido colocados y anudados al pasar á la sutura del periné, por la cual es necesario tomar profundamente un gran espesor de tejido, esto es muy fácil con la aguja de Emuel.

La sutura terminada se debe tener reconstruída en un cuerpo perimal largo y espeso, la vagina estrechada y el orificio vulvar como decía Bouelly: «Il faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez.»

Hay que dejar la sonda. Taponamiento y curaciones.—Mantener las rodillas acucadas por medio de una atadura conveniente. Constipar la enterma hasta el séptimo día, purgándosele un día después de haber utilizado los hilos profundos.

Histerectomía vaginal para prolapsus uterinos.—No hay manual operatorio especial para elevar un útero prolasado. Se opera constantemente fuera de la vulva, así se tiene todo bajo los ojos, se

pinza ó se ata los vasos de visu; es lo más simple de los histerectomias (Richelot). Es necesario añadir que es insuficiente ella sola y que es indispensable de completarla con un colporrafia anterior y una colpoperinorrafia, estas opiniones constituyen el tiempo capital y esencial del tratamiento de un prolapsus genital. Es porque es necesario terminar por esta refracción de la vagina y del periné que el empleo de las pinzas deben ser dadas en este caso y al final es necesario recurrir á las ligaduras.

Se puede elevar el útero, reemplazar las pinzas por hilos, suturar la herida vaginal, después practicar la doble colporrafia.

Se puede también modificar el procedimiento clásico y añadir una ancha sección de la pared vaginal anterior (histerectomía vaginal con colpectomía).

Procedimiento de Pozzi. — Se comienza por circunscribir con el bisturí sobre la pared vaginal anterior un gran pedazo triangular, donde la sierra corresponde á la vecindad del meato urinario y á una distancia de dos ó tres centímetros á lo más. La base de este triángulo comprende en su separación al cuello uterino donde aloja á los costados un pedaso triangular dibujado con el bisturí sobre la pared posterior; estos dos triángulos desiguales se confunden por su base y forman por

su unión un losange alargado de adelante hacia atrás.

Se disecciona entonces con las tijeras los dos pedazos de la mucosa de la vagina; para facilitar este tiempo es necesario colocar una sonda de Lombe en la vejiga y poner el pico bajo el punto que se disecciona. Es necesario igualmente tender bien las partes por medio de una aguja que fija con unas pinzas los límites del campo operatorio.

Cuando los dos pedazos vaginales son disecados y pueden adelante y atrás del cuello se encuentran 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. Se disecciona con tijera la vejiga y á medida que el cuello uterino que queda libre se incinde de abajo hacia arriba sobre su cara anterior y se fija las pinzas sobre el corte de la incisión de manera de bajar de más más en el órgano. Se puede así llegar en estos casos hasta el fondo de saco vésico uterino. Pero si se encuentra muchas dificultades se debe ir inmediatamente al tiempo siguiente:

Este consiste en la abertura de fondo de saco de Douglas con las tijeras. Por esta sola abertura se puede entonces emplear los dedos en gancho más allá del útero y gracias á esta maniobra deprimir el fondo uterino resical y preparar incindii.

El útero fondo así completamente desinsertado sobre sus dos caras, se procede á las ligaduras de los ligamentos anchos con hilos de seda y en su incisión. Se coloca al principio un hilo de cada costado. Y en la parte inferior de los ligamentos anchos. Le puede así separar suficientemente para poder tomar su cara posterior y hacerla bascular de adelante hacia atrás para terminar de atar los ligamentos anchos de sucina á su base. Ninguna maniobra especial es necesario para fijar el fondo de la vagina á los muñones de los ligamentos anchos, el procedimiento cicatricial se encargará de este cuidado.

Procedimiento de Martín

El fin de este autor es el de conservar la columna posterior de la vagina que forma la parte más resistente de la pared posterior; además de esta ventaja un poco teórica, el procedimiento da una superficie de avivamiento tan extendida como la del procedimiento de Hegar, pero fragmentada entre segmentos justapuestos y saturados aisladamente de donde resulta menor tensión de los hilos y mejores condiciones para una buena reunión.

El único reproche que puede hacérsele es que un poco complicado.

La columna posterior estando mantenida tensa por dos pinzas, se dibuja y se disecciona de cada costado dos pequeños colgajos triangulares, donde el vértice remonta hasta la vecindad del cuello y la base está á un través de dedo de la horquilla: las

superficies cruentas son inmediatamente suturadas cada una de su lado por un surjet de catgut, realizándose así la estrechez de la vagina; debajo de las incisiones así hechas se practica una más extensa en forma de media luna á concavidad superior que se limita de la manera siguiente:

Una primera incisión es hecha transversal debajo de la horquilla y remonta lateralmente hasta la misma altura del orificio vulvo vaginal. De sus extremidades sale una segunda concéntrica y separándose formando ángulo agudo para pasar literalmente hasta la misma altura del orificio vulvo vaginal.

Esta ancha media luna cruenta se pone tensa en el sentido ántero posterior, por dos pinzas siendo su forma más ó menos losangica: un doble plano de sutura con catgut une una á otra las dos mitades de este losange donde la extremidad superior sirve é la refracción de la comisura vulvar.

Procedimiento de Simon y de Doyen.—La incisión debe hacerse sobre el periné y poco sobre la vagina. Es esto lo que constituye la característica de los procedimientos de Simon y de Doyen.

El primero al nivel del periné un triángulo con los bordes ligeramente convexos y los ángulos redondos siendo la base anterior. Se completa es-

te avivamiento por la incisión de un pequeño triángulo de mucosa vaginal. La disposición de los hilos da una sutura longitudinal.

Doyen opera de una manera análoga. Circunscribe la cicatriz de la desgarradura por cuatro incisiones curvilíneas: las dos posteriores divergiéndose circunscriben un triángulo donde la base va de la extremidad posterior de un gran labio al otro: las dos anteriores se prolongan ligeramente en la vagina. Estirpa el tejido intermediario en una profundidad de 4 á 5 milímetros: las suturas son dispuestas como en el procedimiento de Simón Hegar, es decir que sutura al principio la mucosa vaginal hasta que los grandes labios uniéndose reconstituyan la horquilla: después se continúa la sutura cutánea á puntos separados hasta la extremidad posterior de la herida vaginal. Si fuese necesario disminuir de antemano la circunferencia de la vulva y de alargar el periné es suficiente de prolongar el avivamiento lateral un poco más alto sobre los grandes labios.

Procedimiento de Emet.—Según Pozzi ésta es la operación, la más extendida en América.

El avivamiento tiene la forma de un triángulo á base curvilíneo y á vértice bifido, la incisión parece la letra M. La sutura sucesiva de estos asomos vaginales estrecha la vagina. El pasaje de los hilos como en bolsa al nivel del periné

permite afrontar correctamente la herida triangular que subsistía.

Método de desdoblamiento. Procedimiento de Lanson Tait.— Este es el procedimiento tipo de desdoblamiento puro. La técnica primitiva de este autor defectuosa en ciertos puntos ha sido modificada por diversos operadores y en especial por Sangir y por Pozzi. Es esta técnica mejorada que vamos á describir aquí. *Primer tiempo:* Desdoblamiento: el índice izquierdo enguantado es introducido en el recto elevando el tabique recto vaginal y no lo sacará de este sitio, sino cuando la operación esté terminada; al mismo tiempo un ayuda tira de cada costado la piel con dos pinzas, colocadas lateralmente de manera de tenderla y mostrarla, la parte que está entre la horquilla y el ano.

El desdoblamiento puede hacerse con un bisturí ó con tijeras especiales puntiagudas y acodadas; tijeras de Emet ó de Bouxe: cualquiera que sea el instrumento elegido se hunde sobre la línea media á igual distancia de la vulva y el ano, desbridando al principio á izquierda después á derecha de manera á obtener una incisión transversal de 3 á 4 centímetros aproximadamente. Esta incisión profunda de 2 á 3 centímetros debe desdoblar el tabique recto vaginal en 2 partes de

un espesor semejante, siendo el dedo rectal el que aprecia este espesor.

En las extremidades del desbridamiento transversal se hacen enseguida dos incisiones verticales largas de 2 á 3 centímetros y dividiendo profundamente los tejidos subcutáneos hasta la extremidad posterior de los grandes labios. Estas 2 incisiones acaban de limitar un colgajo cuadrilátero á cara anterior cutánea y cara posterior cruenta, libre sobre todo su alrededor salvo al nivel de su borde superior que le forma base y lo liga á la horquilla. Si se eleva este colgajo se vé que recubre una ancha superficie avivada, igualmente cuadrilátera delante de la cual cae como una cortina.

Si el periné es muy insuficiente se puede aumentar aún la extensión de las superficies cruentas, prolongando hacia atrás más allá del desbridamiento transversal las dos incisiones laterales: La incisión tiene entonces la forma de una H á ramas posteriores cortas (Pozzi) y el desdoblamiento del tabique recto vaginal da como resultado una suerte de embudo cuadrilátero, aplanado de adelante hacia atrás. En todos los casos este desdoblamiento produce una hemorragia en napa bastante abundante: se taponan y si hay algunas arteriolas visibles se liga con catgut fino.

Segundo tiempo: Sutura. — El índice izquierdo

queda en el recto para guiar el pasaje de los hilos y asegurarse de que éstos no penetran en la luz del intestino.

A la sutura primitiva de Lanson Tait que colocaba en la herida 4 hilos de plata no tomando la piel, es preferible la sutura más estable y más sólida de Pozzi que comprende tres capas de hilos de plata que aseguran la solidez del periné, un surjet perdido con catgut que realiza un afrontamiento exacto de las superficies cruentas suprimiendo á todo espacio muerto y por último suturas cutáneas. Su ejecución necesita las maniobras siguientes: Con una aguja de Emet se pasa tres ansas de hilo de plata penetrando cada una de ellas á cinco milímetros del borde opuesto: estos hilos no son aun anudados.

2.º Se hace en seguida un surjet de catgut sobre los dos labios del avivamiento que es así suturado en el sentido antero-posterior.

3.º Se sutura muy exactamente la piel con crin orientada en el sentido antero-posterior,

4.º Se cierra las ansas profundas de hilo de plata de esta manera: del costado del ansa se introduce en la concavidad de ésta un rodete de gasa, después del otro costado se toma las puntas libres de esta ansa, ejerciendo sobre ellos una tracción suficiente para afrontar bien los tejidos torciéndolos sobre un rodete de gasa.

Todo esto debe ser seguido de curaciones y cuidados.

Procedimiento de Pierre Duval y Proust. — En toda perinorrafia por desdoblamiento se recomienda de separar alta la vagina del recto y de cargar con la aguja que hace las suturas profundas la más grande espesor posible de tejidos. Se engancha así el borde interno de los músculos elevadores del ano que son el elemento esencial del suelo pelviano. Pero se puede también en los prolapsus genitales dirigirse directamente á estos músculos que la anatomía normal y patológica ha mostrado el papel capital en la estática del útero: se suturan los elevadores del ano uno al otro y se suprime así la hendidura prerectal en la cual puede hacerse la hernia perineal del fondo de saco de Douglas, hernia que Zuckerkandl ha mostrado su importancia en la patogenia de ciertos prolapsus genitales. Al mismo tiempo detrás de la vagina se constituye una cincha muscular muy fuerte que sostendrá este órgano y por su intermediario el útero.

La miorrafia de los elevadores se dirige sobre todo al prolapso más que á las desgarraduras del periné.

1º tiempo—Incisión, desdoblamiento del periné y descubierta del borde inferior de los elevadores. Se hace la misma incisión arriba concéntrica á la

parte posterior de la vulva y se prolonga sus extremidades hasta el borde externo de los grandes labios se desdobra el cuerpo perineal, pues á las extremidades antero laterales de la incisión se penetra bastante profundamente para tomar contacto con los elevadores. La tracción del ano hacia atrás por medio de una pinza tienn los elevadores donde los bordes inferiores salientes constituyen dos cuerdas fáciles de anudar del borde posterior del diafragma uro-genital al recto.

Segundo tiempo:—Sección de la bandeleta recto vaginal y desinserción del recto y de la vagina.

Entre los dos elevadores sobre la línea media se ve y se siente una bandeleta tensa de la cara anterior del recto al nivel de su codo perineal á la vagina, es el pequeño músculo recto vaginal: merece un tiempo especial en la operación, pues él mantiene fijo adelante el codo rectal y si no se le tiene en cuenta se corre el riesgo de abrir el recto.

Se reconoce pues la bandeleta pre rectal, se aísla y se secciona al ras de su inserción vaginal.

Pronto se penetra en la zona desinsertable inter vagino rectal y la separación de los dos órganos se hace sin dificultad hasta el fondo de saco de Douglas que debe aparecer blanco y lleno de grasa en la profundidad de la herida. Si la desinserción no es fácil, si no se tiene la sensación de

penetrar en una cavidad serosa interpuesta entre dos órganos, es que no se ha encontrado el buen plano de clivaje y probablemente se está en plena pared rectal.

Tercer tiempo: Denudación de la cara interna de los elevadores. — Se empuja el recto con una valva estrecha y de cada costado se denuda la cara interna de los músculos, pues es necesario afrontar éstos por sus caras y no por sus bordes.

Cuarto tiempo: Sutura muscular. — Una pinza de disección toma el borde inferior de cada uno de los músculos de manera de presentar su cara interna.

El primer punto debe ser colocado lo más profundamente posible á la altura del fondo de saco de Douglas que se empuja si es muy prominente.

La aguja curva carga la cara interna del músculo y pasa enseguida en la pared vaginal pero no á la misma altura que el músculo, sino un poco más abajo, de manera que esta pared ascienda con la constricción del hilo.

El hilo pasa enseguida á la cara interna del elevador opuesto describiendo en su conjunto un trayecto en $\cap$ no debiéndose anudar en el acto. Tres ó cuatro hilos son así colocados para la miórrafia y la vagina pexia: son más ó menos superficiales. Su pasaje muscular se acerca de más en más del borde inferior del músculo; y el último

punto pasa en este borde mismo para comprender la vagina en el límite de la vulva. Los tres hilos son anudados empezando por el superior y gracias á su disposición en escalera la oblicuidad de la pared vaginal queda completamente restablecida.

Cuatro puntos dispuestos en sutura en el sentido antero posterior unen los bordes inferiores de los músculos. El punto anterior toma la vulva fijándola: el posterior toca al externo, el cual es conservado reconstituyéndolo si está desgarrado.

Quinto tiempo.—Reconstrucción de los planos superficiales y sutura cutánea como en el procedimiento de Joleris. Colporraffas anteriores. — Esta operación es muy amenudo combinada á la colporrinorrafia posterior en el tratamiento del prolapso uterino.

**Procedimiento de un solo plano de sutura.
Avivamiento ovalar de Simón.**

Primer tiempo.—*Avivamiento.*—La pared vaginal posterior es empujada con una valva, quedando la pared anterior exuberante, bien expuesta pero hay que ejercer con una pinza una tracción suficiente para bajar el cuello uterino.

Sobre esta pared vaginal anterior se va á incidir un ancho colgajo mucoso de forma losángica ó más bien ovalar pues es necesario redondear los ángulos del losanje.

Se empieza por tomar por medio de 4 pinzas los 4 ángulos de este colgajo, 2 pinzas son colocadas sobre la parte media (una detrás del meato y la otra adelante del cuello uterino). (Mond y Vanverts). Una inmediatamente encima del meato y la otra de debajo del cuello uterino: las demás pinzas mar-

can las extremidades del gran diámetro transversal del colgajo correspondiente: se las coloca más ó menos lejos sobre las caras laterales de la vagina según que el ensanchamiento de la pared anterior de la vagina sea más ó menos considerable. Es la separación de estas pinzas laterales que mide el estrechamiento que se obtendrá: es suficiente de acercar estas pinzas hasta ponerlas en contacto para conocer el resultado que dará esta operación.

Luego el tiempo capital de esta operación es la colocación de estas dos pinzas. El cirujano confía á sus ayudantes la tensión de la pared vaginal anterior, trazando entonces el contorno del colgajo, reuniendo los 4 ángulos del mismo ya reposados: el bisturí debe interesar solamente la mucosa.

La dirección del colgajo puede ser hecha con las tijeras que iguala la mucosa ó con el bisturí que los disecciona de adelante hacia atrás haciendo lo posible para que sea de una sola pieza. Lo esencial es de levantar completamente esta mucosa en toda la extensión del avivamiento, es pues necesario de asegurarse antes de suturar.

La hemorragia que se produce en la disección del colgajo será detenida por el taponamiento ó por la irrigación continua.

Tercer tiempo.—Sutura.—Es necesario mientras tanto reunir en el sentido transversal los dos bordes laterales del avivamiento. Se empleará los pun-

tos separados ó bien el Surjet por etapas: en los casos ordinarios el catgut será el material de elección, pues no se está obligado de sacarlo ulteriormente. Cuando el avivamiento es muy ancho y que los hilos de sutura deben estar tendidos fuertemente, su puede emplear el hilo de plata que da más garantías de solidez pero en tales casos es conveniente recurrir á varios planos de suturas superficiales.

Se empieza por colocar sucesivamente todos los hilos en el ángulo cervical y se termina en el ángulo uretral del avivamiento. Cada punto debe estar distante de sus yecinos por una distancia aproximadamente de un centímetro, penetra y sale á 3 ó 4 centímetros de los bordes del avivamiento y camina durante todo este trayecto bajo la superficie mortificada.

Cuando todos los hilos son pasados se les anuda sucesivamente de arriba hacia abajo.

Se deja un taponamiento vaginal y una sonda durante los primeros días.

No hay que ocuparse de sacar los hilos si éstos son de catgut.

Procedimiento á saturas superpuestas. (Colporrafia anterior á plegaduras profunda de Lejors.— Es necesario darle preferencia cuando se está obligado á hacer un ancho avivamiento y cuando la sutura está expuesta á una fuerte tensión.

El avivamiento no se diferencia en nada del procedimiento clásico.

La sutura se hace á dos planos: Un plano profundo que debe simplemente estrechar la superficie cruenta. Los hilos penetran y salen, pues en plena superficie del avivamiento á una cierta distancia de sus bordes laterales. El empleo del catgut es indispensable pues la sutura será abandonada en la herida. Se pueden emplear los puntos separados como para la sutura superficial. Lejors ha recomendado el procedimiento de sutura que un doble surjet que se hace con un largo hilo munido de una aguja en cada una de sus extremidades; cada hilo se cruza y describe sucesivamente en el espesor de la pared avivada, trayectos verticales y horizontales, produciendo un entrecruzamiento semejante á las cintas de un corsé, que estrecha al apretar, fuertemente la pared vaginal.

Encima de esta sutura profunda se hace una serie de puntos superficiales uniendo los labios del avivamiento (como en el procedimiento á un sólo plano de suturas.)

Avivamiento triangular (Dalens). — La colporrafia anterior, debiendo estrechar la vagina resulta que el más grande diámetro del colgajo á resecar debe encontrarse en el sitio, donde la pared es más exuberante. Tiene la ventaja de reemplazar

el avivamiento ovalar por un avivamiento triangular á base superior.

El avivamiento se ejecuta como en el procedimiento clásico. En cuanto á las suturas están dispuestas de manera de acercar de dos á dos los costados del triángulo y á que la cicatriz presente la forma de una L.

Histerectomía parcial. — Amputación del cuello.

— La histerectomía parcial no es más que la amputación del cuello: las ideas teóricas de Huguier han encontrado su aplicación en la práctica. Siendo el alargamiento del cuello causa del prolapso, suprimiéndole desaparecerá el efecto. Amputando el cuello, sube el útero atrayendo las paredes vaginales invertidas. En cierta época de hicieron muchas amputaciones de cuello, actualmente se han limitado en número, pues, sólo se hace en el caso de alargamiento hipertroficado verificado con el histerómetro, y estas lesiones están lejos de ser constantes.

La amputación del cuello se hace según su método operatorio que expondré más lejos.

Es siempre conveniente asociarla con la separación de la vagina y del periné.

Falet ha combinado la amputación con la colpectomía superior: esperando que la cicatriz resultante en el fondo de la vagina, por un ancho

avivamiento sin sutura producirá la fijación de la vagina, acortada, al útero ascendida con él.

Una vez descendido el útero se traza á un centímetro y medio aproximadamente de la vulva una incisión circular comprendiendo la mucosa solamente; esta incisión se practica sobre toda la circunferencia de la vagina. Otra incisión paralela á la primera circunscribiendo el cuello uterino á dos centímetros apenas de su orificio exterior. Por fin, dos incisiones verticales reúnen á derecha y á izquierda las dos incisiones circulares. La mucosa vaginal entre estos incisores se encuentra así dividida en dos vastos colgajos, anterior y posterior. Estos fragmentos son inmediatamente disecados. En un segundo tiempo, habiendo sido disecada la mucosa vaginal, se separa la vejiga de sus conexiones con el útero. Se la desprende conjuntamente con el peritoneo hasta las inserciones inferidas de los ligamentos anchos. Libertado así el útero, se ligan fuertemente con seda estos ligamentos.

Se secciona el ligamento ancho bajo la ligadura y se amputa toda la porción de útero situada por debajo, 5 á 6 centímetros aproximadamente.

La operación está desde ya terminada, se añade simplemente la colpoperinorrafia, se taponan el fondo de la vagina, poco á poco la retracción ci-

catricial se opera y la herida operatoria disminuye de extensión. Al fin de pocas semanas los tejidos mortificados han desaparecido completamente y son reemplazados por una cicatriz sólida, pronto recubierta hasta el orificio de la cavidad uterina por las porciones no resecaas de la mucosa vaginal vulvar.

En fin el útero reducido á una masa de pequeño volumen ocupa el centro de la excavación pelviana. Queda suspendido á las partes superiores de los ligamentos anchos de donde su regresión acompañaría á la del útero después de la intervención.

Cinco enfermas operadas por este procedimiento han dado buenos resultados. Se puede temer que la cicatrización no altere el orificio del cuello y no constituya á este nivel una estrechez. Wester Mack, con el fin de obtener una cicatrización retráctil en el fondo de la vagina añade á la amputación del cuello dos colporrafías triangulares laterales, partiendo de encima de la vagina y terminando en un ángulo agudo hacia abajo. La retracción que sigue á estas heridas produce una estrechez transversal de la vagina. Se añade á esta colpoperinorrafía anterior una colpoperinorrafía interior.

22 operadas han dado muy buen resultado, que han sido vistas después de varios años.

Histerectomía abdominal supra-vaginal con colpopexia ligamentosa.—Lacok combina á la histerectomía abdominal supra-vaginal el acortamiento de los ligamentos anchos.

Descripción.—Laparatomía mediana.—El útero es atraído hacia afuera: por medio de unas ligaduras colocadas fuera de los anexos sobre los ligamentos anchos asegura la hemostasis de las arterias útero-ováricas.

Se seccionan los ligamentos hacia dentro de las ligaduras hasta aproximadamente 3 centímetros de la porción vaginal del cuello.

Se reúnen las dos incisiones primeras por otras cóncavas pasando por la parte inferior de las paredes anterior y posterior del útero. Se puede empujar la vejiga sin temor de lesionarla. Los 2 colgajos del peritoneo separado á 2 ó 3 centímetros más abajo, se secciona el cuello uterino en besel de tal suerte que el útero sacado se tenga un colgajo del cuello uterino y otro posterior uniéndose en ángulo agudo.

Se cauteriza la mucosa del cuello por una solución de cloruro de zinc, después se unen los 2 colgajos por un surjet de seda: éste terminado se recubre el muñón uterino de peritoneo por otro surjet de seda.

La pelvis no presenta ninguna otra superficie cruenta, los ligamentos anchos, el útero menos el

cuello y los anexos son sacados; en este momento se practica la colpoxeia ligamentosa.

Llevando el muñon lo más alto posible se fija por unos puntos de sutura á derecha y á izquierda en la parte superior ó anterior de lo que queda de los ligamentos anchos. Estas suturas mantienen el cuello en una posición elevada.

Si la porción vaginal del cuello está muy enferma, se hace una histerectomía abdominal total seguida de la reunión de la vagina y de la sutura de ésta á los ligamentos anchos. La colopexia sería transformada en colpoxeia.

Histerectomia vaginal total

Histeria. Las primeras histerectomías por prolapso se dirigieron más bien á una afección concomitante del útero procedente. Es así que Langenbech en 1813, que Jethorten en 1836, que Fergensen en 1838 estirparon por histerectomía vaginal úteros prolapsados que creían ó que eran cancerosos.

Pero en 1867 Choppin practica por primera vez la histerectomía vaginal por un prolapsus del útero no complicado de gangrena ó de cáncer: en seguida vienen la observaciones de Patterson de Corradi en 1876, de Hahon, de Khever en 1877, Teuffel y por último las de Martín.

Después de 1880 las observaciones fueron numerosas. Memehmeyer, Muller, Megretto, Winiwarter, Coc y Baldey practicaron un cierto número

de histerectomía por prolapsus y Cock en 1889 escribía sobre ésta un importante trabajo basado en 8 operaciones hechas en la clínica de Breslau.

En Francia algunos hechos aislados de Riche-
lot, de Routier de Villon, habían pasado comple-
tamente desapercibidos hasta el día que en la so-
ciedad de cirugía se entabló una discusión á pro-
pósito de dos observaciones comunicadas por Le-
yars (1893).

Quenú tuvo la ocasión de practicar varias ve-
ces la histerectomía para el prolapsus dando una
técnica e indicaciones sobre la operación que lle-
va su nombre.

Los fines que se propone al tratar el prolapsus
uterino son:

- 1.º—Disminuir el peso del órgano prolabado.
- 2.º—Rehacer el aparato de fijación.
- 3.º—Restablecer el sostén perineal.

Entre ellos se cuentan los procedimientos de
Quenú y de Fricon.

Procedimiento de Quenú.—El fin de este autor
es de obtener la elevación de la vagina utilizan-
do la retracción cicatricial de los ligamentos an-
chos.

Después de la histerectomía los ligamentos an-
chos se retraen hacia la cavidad abdominal; fijan-
do estos ligamentos á la vagina se obtendrá la

atracción de la vaginu en el mismo sentido y la desaparición del colpocele.

Para obtener este resultado Beberby Mac Monagle sutura los ligamentos anchos, una al otro con el fin de cerrar el peritoneo y de dar á la parte superior de la vagina un punto de apoyo sólido. Martín cierra el peritoneo y sutura los ligamentos anchos de manera que su superficie cruenta tenga salida en la vagina.

Zempin aconseja también suturar la vagina á los ligamentos anchos lo más lejos posibles del útero. Quenú ha modificado y perfeccionado este procedimiento.

Después de haber abierto el fondo de saco anterior del peritoneo secciona el útero en la línea media; después con la más grande facilidad liga y encadena de cada costado los ligamentos anchos por tres hilos de seda; corta una punta sobre dos de manera de conservar de cada costado tres puntas. Entonces cada mitad uterina siendo incindida, liga cada hilo del costado derecho con el del costado izquierdo, en una palabra, reúne una á otra los dos muñones de los ligamentos anchos de manera de hacer un armazón de surjet que contenga los esfuerzos abdominales. El peritoneo es suturado en seguida adelante y hacia atrás á los bordes anteriores y posteriores del ángulo; la superficie del pedículo es pues, extraperitoneal-

lo recubre de la cara cruenta de la vagina que suture enteramente con catgut, para no tener que sacar después los hilos. Una por lo menos de estas suturas atraviesa los labios de la incisión vaginal y el pedículo á la vez.

La vagina se adhiere así á los pedículos; el orificio resultante de la doblación uterina está cerrado en su totalidad. La retracción cicatricial lejos de tirar excentricamente sobre la cicatriz para debilitar no podrá más que subirla y echarla sobre la vagina.

La fijación ha sido siempre constante á la salida de los enfermos, es decir, 28 á 30 días después de la operación.

Lo que hace la originalidad del procedimiento de Quenú, es que sus ligaduras en la histerectomía viene á ser una verdadera colpopexia, pero la hace abdominal, es decir, que fija al hipogastrio la porción vaginal seccionada.

Procedimiento de Frileh.—Este procedimiento comprende igualmente la fijación de los ligamentos anchos al corte vaginal pero el autor y ese es su punto original, añade, á la histerectomía una resección bastante extensa de las paredes vaginales.

Sobre la parte posterior del prolapso útero vaginal, se hace una incisión en V, á vértice

posterior, con los dos tercios anteriores de la pared vaginal posterior.

Se busca el fondo de saco de Douglas y se sutura el peritoneo á los labios posteriores de la incisión vaginal.

El útero aparece en este momento en el fondo de la herida. se atrae su fondo á los bordes de la incisión y se practica la ligadura de arriba hacia abajo de los dos ligamentos anchos. El útero se sostiene por delante por intermedio del fondo de saco vésico uterino.

Entonces sobre la parte anterior del prolapso se hace una incisión en U á convexidad respondiendo al uretir y se desinserta la mucosa vaginal en toda la partición circunscrita por la incisión. Finalmente se separa el cuello de la vejiga abriendo el fondo de saco peritoneal al útero levantado quedan ligados dos colgajos de la mucosa vaginal: se reúne transversalmente los dos labios de la incisión de la pared vaginal anterior; después de haber reducido la vejiga se atrae hacia abajo el peritoneo vésico uterino para suturarlo con la mucosa vaginal. En fin los muñones de los ligamentos anchos son suturados a la vagina de cada costado y vendrán por su retracción á levantar lo que queda de la vagina.

La cavidad peritoneal será taponada con gasa iodoformada.

Accidentes—Hemorragias—Abertura de la vejiga
—Indicaciones—En el cáncer cuando este neoplasma esté en el caso de operarlo.

La irreductibilidad es una indicación de la histerectomía pero hay que diferenciarlo de esos prolapsos congestivos que con unos días de reposo en la cama se vuelven reductibles.

Las adherencias que se establecen á veces cuando es tan brusco el prolapso que se teme su estrangulación y que la alteración de la circulación contribuyen á la mortificación de los tejidos.

Y por último cuando se encuentren los anexos enfermos y se aprovechen dos cosas en un mismo tiempo operatorio.

Pero es discutible antes de la menor pausa en pleno periodo vital y solo se hará cuando otros medios terapéuticos no den el resultado esperado.

Dice Quenú que la histerectomía total está indicada en las mujeres cuya condición social le obligan á estar en un medio activo y cuando el estado del periné y la vagina no deje ninguna duda sobre la posibilidad de poderlo restaurar.

Las contra indicaciones son la debilidad senil, la decadencia vital, el estado general grave, las lesiones del corazón y riñones y el enfisema.

Hay que examinar bien al sujeto antes de hacerle esta operación.

Procedimiento de Le Fort. Ventajas. Indicaciones.

Técnica operativa.

El procedimiento de Le Fort. (que consiste en un tabicamiento de la vagina) está indicado sobre todo en las enfermas que hayan pasado la menopausa y presente un prolapso uterino completo—pero reductible. Esta operación preideada por Le Fort, hace varios años y en épocas en que estaban en boga los procedimientos de Kiepenbach y Marshall Hall. de Laugier, de Desgranges y Velpeau, de Sems—modificado por Emet—primero y luego por Pareas—procedimientos todos que no estaban á cubierto del fracaso, pues la recidiva del prolapso era muy frecuente. Le Fort en el año 1880—ideó el procedimiento que vamos á describir, olvidado por la mayoría de los ginecólogos injustamente, y que hoy sino el método de elección en todos los casos de prolap-

so uterino completo; dados los adelantos que en el campo de la anestesia, de la técnica operativa y de los cuidados pos-operatorios que la ginecología ha experimentado, es un método que tiene sus justas indicaciones y positivas ventajas en ciertos casos como más adelante veremos. Le Fort fundaba su procedimiento en la siguiente observación: En toda enferma lo que se nota en los prolapsos de primer grado, es decir en el comienzo del prolapso, es la salida hacia afuera de la vulva de la pared anterior de la vagina, salida que va aumentando á medida que el tiempo transcurre, y el útero es arrastrado, por decir así, por este prolapso del tabique resivo vaginal comenzado por llegar primero á la vulva y luego salir afuera. Lo que sale primero es la parte de la mucosa más acercada á la vulva, el resto sigue la salida como por desplegamiento. El mismo efecto de descenso se opera sobre la pared posterior vaginal de manera que á medida que el útero desciende la pared anterior y posterior en contacto mediato ó por lo menos en relación cuando la vagina está en estado normal se separan más y más para dar paso á las partes profundas de la vagina y por fin al útero, «tenerlas en relación, impedirle separarse para llevarse una hacia adelante y otra hacia atrás es oponerse á todo prolapso».

Esto es lo que ha tratado Le Fort, ponerlas

en contacto permanente, íntimo y lo hace avivado dos superficies iguales simétricas en la pared anterior y posterior de la vagina y uniéndolas luego por una sutura—concluye perfectamente por medio de un tabicamiento, la vagina.

La indicación del procedimiento la hemos dado en el comienzo de este capítulo está indicada en las personas que hayan pasado la menopausa, (aunque Le Fort dice que el tratamiento de la vagina no impide el coito), y en las personas que presenten un prolapso completo reductible y sin lesiones ventajas del procedimiento. A la gran ventaja de la sencillez del procedimiento que permite efectuar en la intervención en pocos minutos. Hay que agregar la no necesidad de administrar á la enferma un anestésico general, la operación puede y debe efectuarse con anestesia local, 0,10 á 0,15 centigramos de novococaina localmente bastan para efectuar la intervención. Y es sobre este motivo sobre esta causa que este método debe ser de elección en personas de más 65 de años (como se ve en las observaciones que publicamos) y en las cuales ya no el éxito de la operación sino la vida de la enferma hubiera estado supeditada á la forma como estos organismos debilitados hubieran tolerado un anestésicos general.

Procedimiento operatorio.—Primer tiempo. El

útero por medio de una pinza erina se exterioriza completamente.

Delimitación del avivamiento. — Sobre la cara anterior y posterior de la vagina lo más cerca posible de la vulva, se hace una incisión transversal mediana de 5 centímetros más ó menos. Primero sobre la pared posterior, luego sobre la anterior, en cada una de las extremidades de la incisión se trazan dos incisiones paralelas de 6 centímetros que se unen en su profundidad por una línea transversal paralela á la primera. Hemos limitado así dos superficies rectangulares que podrán oponerse exactamente después de ser avivadas.

Segundo tiempo. Avivamiento. — Se comienza por avivar el rectángulo trazado sobre la cara posterior y es preferible empezar por él para no tener el inconveniente de que el campo se llene de sangre, cosa que ocurriría si hubiese practicado primero el avivamiento anterior. En el avivamiento de la pared anterior se puede usar bisturí ó tijeras. Hay que tener presente las relaciones de esta pared con el recto para no herirlo. Luego se aviva el rectángulo trazado en la pared anterior, generalmente este avivamiento es más laborioso, debe efectuarse con cuidado, tratando de no herir la vejiga. En estas enfermas el tejido vaginal es

«papiraceo» y se peligra en dejar calotes de tejido vaginal ó al contrario herir la vejiga.

Tercer tiempo. Sutura.—Se colocan dos rangos verticales de sutura que unen uno los bórdes derechos otro los bordes izquierdos de las superficies cruentas.

A medida que se van anudando los hilos lo que se hace de la profundidad á la superficie se ve que la reducción del tumor se produce.

Se colocan luego dos puntos entre las dos horizontales trazadas primeramente que vienen á quedar en contacto.

En algunos casos cuando hay desgarró de periné se puede completar la operación con una colpoperinorrafia.

Se coloca una sonda de Pesser, y una curación seca.

Cuidado post-operatorio.—Curaciones secas diarias.

—La enferma puede alimentarse desde el 3.º ó 4.º día, previo un ligero purgante; la sonda se retira al 5.º ó 6.º día, es prudente administrar urotropina y bicarbonato de soda mientras ella esté colocada. La enferma puede levantarse á los 20 días de efectuado la intervención.

Observación núm. 1

HOSPITAL ALVEAR.—SALA 4, CIRUJÍA DE MUJERES
SERVICIO DEL DOCTOR C. SOBRE CASAS

Nombre: Teresa Roque, edad 61 años, italiana, viuda.

Diagnóstico: Prolapso uterino 3.er grado.

Antecedentes hereditarios y personales.— Sin importancia. Antecedentes ginecológicos. Reglas en su comienzo irregulares, luego se regularizaron. Reglas abundantes no dolorosas, de 2 á 3 días duración. Se casó á los 27 años.

Embarazos: Ha tenido dos embarazos con partos y puerperios normales.

Abortos: Ha tenido despues de estos dos partos tres abortos de 3, 4 y 5 meses respectivamente y que no le ocasionaron mayores trastornos. Entró en menopausa á los 42 años.

Enfermedad actual.— Comienza hace 4 años aproximadamente, mejor dicho, la enferma la refiere á esa época con sensación de peso y la enferma nos dice que tenía la sensación perfecta y que su matriz descendía.

Los dolores que acompañaban á este trastorno eran de poca intensidad, exacerbándose en la posición sentada.

Hace un año el descenso aumenta y la enferma ve que exterioriza un tumor. Sus micciones que hasta entonces sólo habían sido frecuentes se dificultan y tienen que ser precedidas de la reducción del tumor que la enferma efectúa con facilidad.

Estos trastornos aumentan dificultando la marcha á la enferma, por lo cual ingresa al servicio. El día 20 de Octubre de 1914 se levanta el siguiente:

Estado actual.— Enferma de escaso panículo adiposo, con buena conformación ósea; piel y mucosas bien coloreadas; cabeza y cuello, normal. Aparato circulatorio: Corazón, punta, late en el 4.º espacio sobre la línea mamilar. Área cardíaca: Normal, focos cardíacos normales no se auscultan soplos. Pulso tenso, regular, igual, 70 pulsaciones por minuto, arterias duras. Aparato respiratorio, normal. Aparato digestivo, lengua húmeda, limpia, apetito conservado, buenas digestiones, es algo constipada. Abdómen: inspección, normal, palpación,

se deja palpar con entera facilidad indoloro. Hígado y bazo, normales.

Exámen ginecológico. — Se observa á la inspección un tumor mediano, móvil, de consistencia mas bien blanda, cuya base está dirigida del lado de la vagina. Su superficie externa se continúa, su línea de demarcación con la mucosa vulvar inmediatamente atrás de los grandes labios, este tumor es el útero. Su cuello presenta una muy pequeña ulceración. La hysterometría nos da 7 centímetros. El orificio uretral situado por encima del pedículo del tumor permite el paso de una sonda que debe ser dirigida de arriba á abajo y de detrás hacia adelante. La vejiga ha sido pues arrastrada en el movimiento de descenso del útero y de la vagina.

Diagnóstico. — Prolapso genital (3er. periodo). Se decide intervenirla. Operación. Día 24 de Octubre. Operador, Dr. F. Celesia; ayudante, Dr. F. Carranza. Anestesia local. (Novococaina 0.10 cent. en 40 gr. de suero con 20 gotas de adrenalina). Procedimiento de Le Fort. Tabicamiento de la vagina previa reducción del tumor. Se completa la intervención con una perinorrafia. Marcha, post-operatoria.

Evoluciona sin temperatura. Se le hacen curaciones secas diariamente. Se le retiran los puntos de crin del periné el día 30. Se levanta á los

18 días de operada. Se da de alta el día 20 de Noviembre.

NOTA: Esta enferma ha concurrido al consultorio del servicio el día 3 de Mayo, (después de tres meses de operada) examinada se constata la oclusión perfecta de la vagina por el tabicamiento practicado.

Observación Núm. 2

HOSPITAL ALVEAR.—SALA IV. CIRUGÍA DE MUJERES

SERVICIO DEL DR. C. SOBRE CASAS.

Nombre: Ana Larore, 88 años, francesa.

Diagnóstico: Prolapso uterino completo.

Antecedentes hereditarios personales: Sin importancia.

Antecedentes ginecológicos: No recuerda la edad que empezó á reglar entrando en menopausa hace más de treinta años, sus períodos fueron abundantes, regulares, indoloros, de 4 á 5 días de duración. No ha tenido abortos. Hijos: ha tenido uno que vive, que cuenta actualmente 54 años. El embarazo y el puerperio fueron perfectamente normales. Enfermedad actual: Comienza hace veinte años primero, con cesación de peso, constipación tenaz y trastornos de nutrición, estos trastornos fueron en aumento, notando la enferma

que tenía dificultad para la marcha y que su matriz descendía á través del orificio vaginal. Esta enferma que está aislada en el pabellón de crónicos de este hospital es enviada al servicio por el médico de esa sala, pues los trastornos que le provocan su prolapso uterino han ido en aumento y molestan á la enferma.

Estado actual. Enferma que dada su edad está en excelente estado de nutrición llamando la atención su lucidez.

Aparato respiratorio, normal. Aparato circulatorio, normal. Aparato digestivo, normal.

Abdómen: A la inspección normal, palpación indolora. Percusión normal.

Hígado, normal. Bazo no se palpa ni se percute. Exámen genital: Periné completo. Entre ambos labios exteriorizándose y sin hacer esfuerzo la enferma, aparece el útero de Faneares, normal; que presenta su cuello interno algo hipertrofiado, pero sin ulceraciones.

El útero es reductible. Los fondos de saco están completamente borrados.

Debajo de la parte superior de los pequeños labios aparece la uretra. Diagnóstico: Prolapso uterino tercer grado. Se decide intervenirla.

Operación: Día 17 Octubre 1914.

Anestesia local (novocaina).

Operador: Doctor F. Celesia. Ayudante Dr. Carranza. Procedimiento Le Fort.

Tabicamiento de vagina con reducción previa del útero.

Marcha post-operatoria. Sin la menor incidencia aperetica.

Se le hacen curaciones diarias secas, encomendándosele á la casa que cambie las gasas externas cada vez que la enferma orina.

La herida cicatriza á los 15 días, permitiéndosele levantar á la enferma á los 20 días.

Esta enferma pasa de nuevo al servicio de crónicos. Lleva 7 meses de operada actualmente y no ha sufrido el menor trastorno.

Observación núm. 3

HOSPITAL ALVEAR.—SALA 4.—CIRUGÍA DE MUJERES

SERVICIO DEL DR. C. SOBRE CASAS

Nombre: T. P. de R., edad 76 años, española.

Diagnóstico.—Prolapso uterino. 3er. período, úlcera varicosa pierna derecha.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia. — *Antecedentes genitales.* — Regló á los 14 años. Reglas abundantes, incoloras de 4 días de duración regulares. Ha tenido 10 hijos de los cuales viven 3. Son sanos sus embarazos y cuerprios han sido normales. Durante sus embarazos sufría la enferma de varices, sufriendo en uno de ellos la ruptura de una vena que le produjo una abundante hemorragia.

No ha tenido abortos.

Enfermedad actual. — La enferma ingresa al servicio por una úlcera que presenta en la pierna

derecha, cuya causa está expuesta anteriormente en los antecedentes y á la que hay que agregar un traumatismo que recibió la enferma hace 30 años. Desde entonces tiene la úlcera que primero pequeña ha ido aumentando hasta adquirir el tamaño que hoy presenta.

Estado actual.—Fecha 22 de Enero de 1915. Enferma en mal estado de nutrición. Aparato oseó bien conformado. Piel y mucosas bien coloreadas. Cabeza y cuello normales. El examen de su aparato respiratorio, circulatorio y digestivo no se constata nada de anormal. Hígado y bazo, normales. Abdomen, normal.

Presenta la enferma en la pierna derecha una ulceración que toma la cara externa é interior de la pierna y en altura desde 4 traveses de dedo de la línea tibia tarsiarea hasta la unión del tercer medio con el tercio superior, con bordes cicatriciales bien limitados, hay en el fondo de la ulceración brotes que sangran con extrema facilidad. Los contornos de la úlcera están formados por piel paquidermigada.

Examen ginecológico.—Colocando á la enferma en posición ginecológica, se observa un tumor que se exterioriza por el orificio vulvar, tumor que examinado resulta ser el útero un poco aumentado de volumen. La histerometría de 7 centímetros.

Este tumor no presenta ninguna ulceración.

Haciendo el cateterismo uretral se constata que la vejiga ha seguido en su movimiento de descenso al útero.

Diagnóstico.—Prolapso uterino tercer período. Tratamiento quirúrgico.

Operación día 29 de Enero de 1915. Anestesia local con novococaina y adrenalina.

Operador: Dr. Felipe Carranza; ayudante practicante Gamba.

Procedimiento de Le Fort, tabicamiento de la vagina previa reducción del tumor. Se coloca una sonda de Perzer.

Marcha post-operatoria.—Apirética, sin la menor incidencia. — Se le hacen curaciones diarias secas. Se le administra urotropina 1.50 g. por día. al sexto día se le retira la sonda.

Esta enferma que ha quedado en el servicio por su úlcera varicosa hasta el 15 de Marzo, día en que es dado de alta, no siente el menor trastorno. Al examen presenta su tabicamiento vaginal perfecto.

Observación 4

HOSPITAL ALVEAR.—SALA 3, CIRUJÍA DE MUJERES

SERVICIO DEL DOCTOR CAPELLO

Nombre: Marta Sedi. 50 años. Turca. Fecha de entrada Junio 3 de 1915.

Diagnóstico: Prolapso de tercer grado del útero.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia. No hay antecedentes específicos ni bacilares.

Enfermedad actual. -- Mujer que tuvo cinco hijos á término de los cuales cuatro viven perfectamente sanos y uno falleció muy pequeño, ignora de qué. El marido sano tambien. Después de su último parto quedó en perfecto estado, hace ya diez y nueve años. Al cumplir 40 años se le suspendió la regla. A los 46 años sintió fuerte dolor en la región lumbar y al poco tiempo males-

tar en la baja pelvis. En vista de esto visitó un médico que le diagnosticó prolapso uterino de primer grado. Así continuó sin mayores molestias hasta hace un año que notó la aparición del útero en la vulva acompañado de pérdidas de sangre que como son periódicas cree serán sus reglas aparecidas.

Estado actual. — Buen estado general. El examen nos enseña un útero prolapsado de tercer grado con el lábio posterior del ocico ulcerado. Secreción vaginal fétida. Cuello uterino muy largo. Dolores lumbares acentuados y continuos.

Operación: El día 10 de Junio 1915. Operador: Doctor Copello.

Ayudante: practicante mayor J. C. Hidalgo.

Anestesia general de cloroformo y éter con una inyección previa de clorhidrato de morfina.

Procedimiento empleado Le Fort.

Tabicamiento vaginal. El caso tenía el inconveniente de una ulceración extendida del labio posterior del hocico del útero. Para salvar este inconveniente (en lo posible) se raspó la úlcera y se termocauterizó. Se practicó el procedimiento dejando un tubo de vidrio de drenaje desde el nivel de la sutura que invaginó el cuello.

Buenos Aires, Junio 14 de 1915.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Miguel Z. O'Farrell y al profesor suplente Dr. Carlos R. Cirio para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,
Secretario.

Buenos Aires, Junio 23 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3006 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Papel que desempeñan las desgarraduras del periné en el prolapso.

José F. Molinari.

II

Importancia que hay en rehacer el músculo elevador del ano en los prolapsos.

Miguel Z. O'Farrell.

III

Anatomía quirúrgica del músculo elevador del ano en la mujer. Su importancia en el tratamiento de las Hernias uro-genitales.

C. R. Cirio.

BIBLIOGRAFÍA

- Pozzi*. — Tratado de Ginecología.
Testut. — Tratado de Anatomía.
Prosectores. — Tratado de Ginecología.
Labadie. — Lagrave.
Doleris. — Tratado de Ginecología.
Forgue. — Tratado de Cirugía.
Frilch. — Enfermedades de las mujeres.
Hueller. — Tesis-1908-M. y L. prolapsus uterino.
Trelat. — Clínica quirúrgica.
Durard. — Tratado de Ginecología.
Lanson Tait. — Tratado clínico de las enfermedades de las mujeres.
-

1391



