



Año 1916

No. 3166

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**LA MIORRAFIA DEL ELEVADOR DEL ANO
EN LOS PROLAPSOS GENITALES**

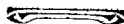
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR EL EX-ALUMNO

P. I. PAITA

Farmacéutico

EX-INTERNO DE HOSPITALES

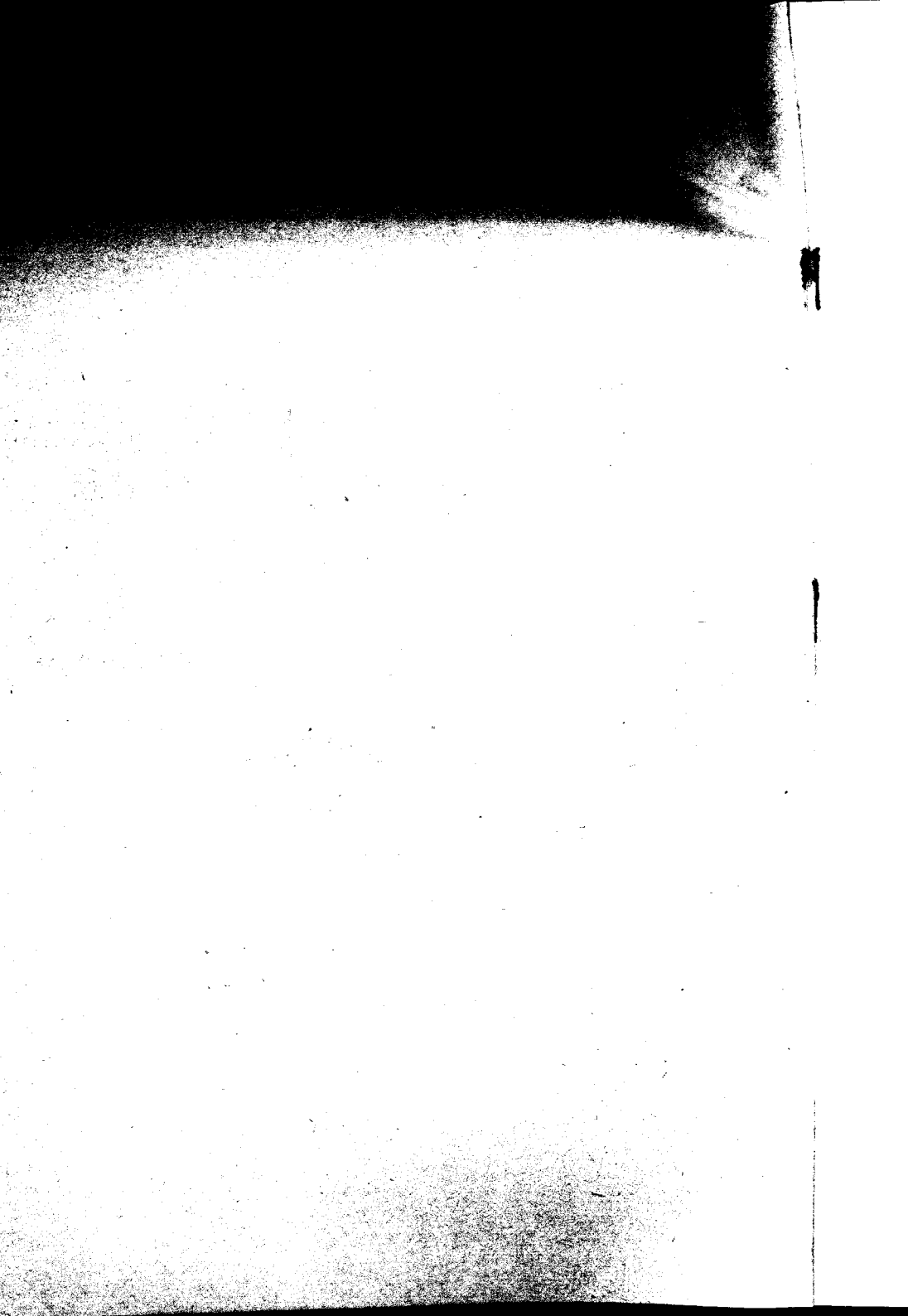


: CASA EDITORA : :

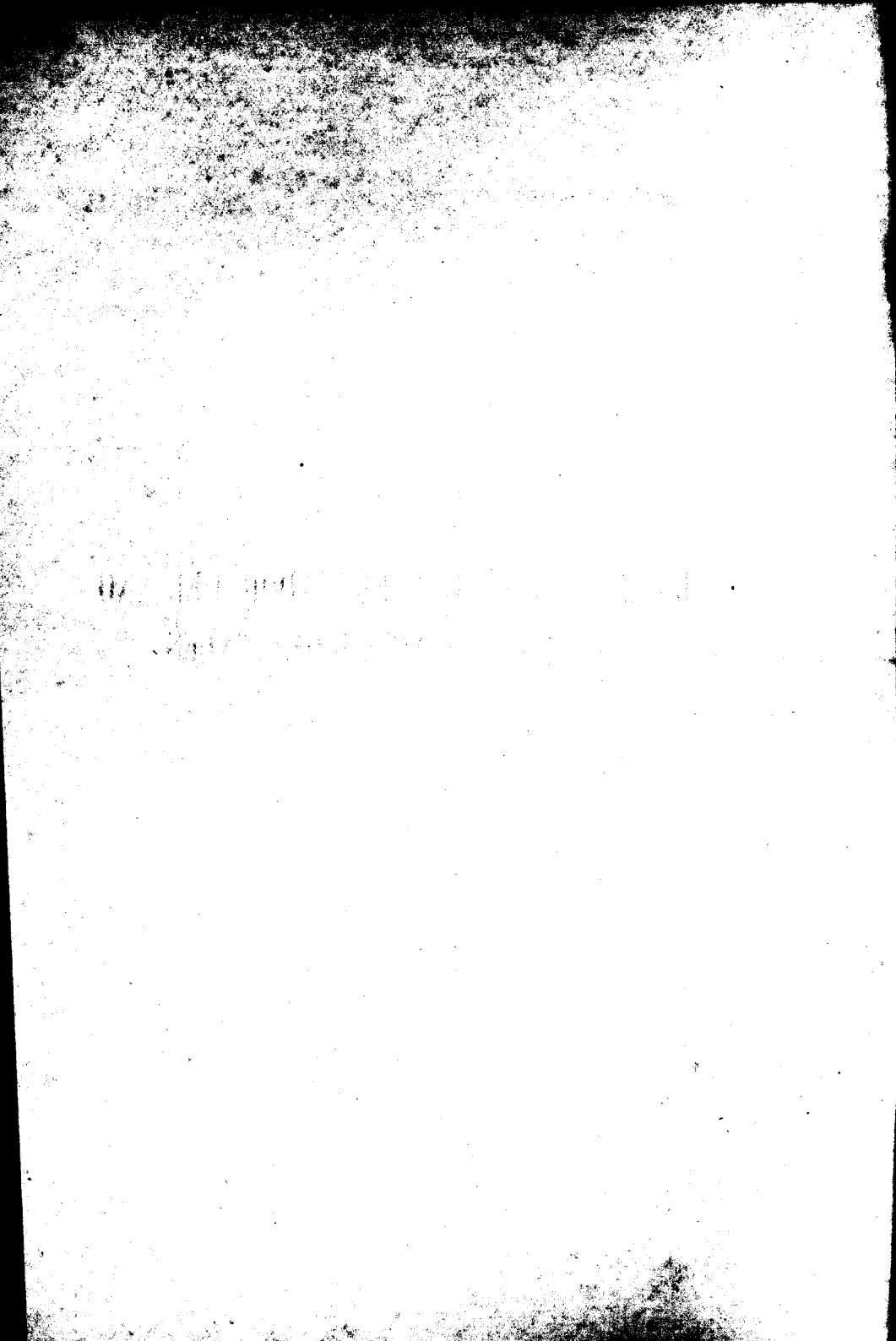
VITULLO OSORIO HNOS

: 2132 - ARROZ - 2132 : :





LA MIORRAFIA DEL ELEVADOR DEL ANO
EN LOS PROLAPSOS GENITALES



Año 1916

No. 3166

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**LA MIORRAFIA DEL ELEVADOR DEL ANO
EN LOS PROLAPSOS GENITALES**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR EL EX-ALUMNO

P. I. PAITA



: CASA EDITORA : :

VITULLO OSORIO HNOS

: : 2152 - ARAOZ - 2132 : :



M. I. B. 9/11

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. DOMINGO CABRED

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. PINERO
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. " " ÁBEL AYERZA
24. " " EDUARDO OBEJERO

Secretario

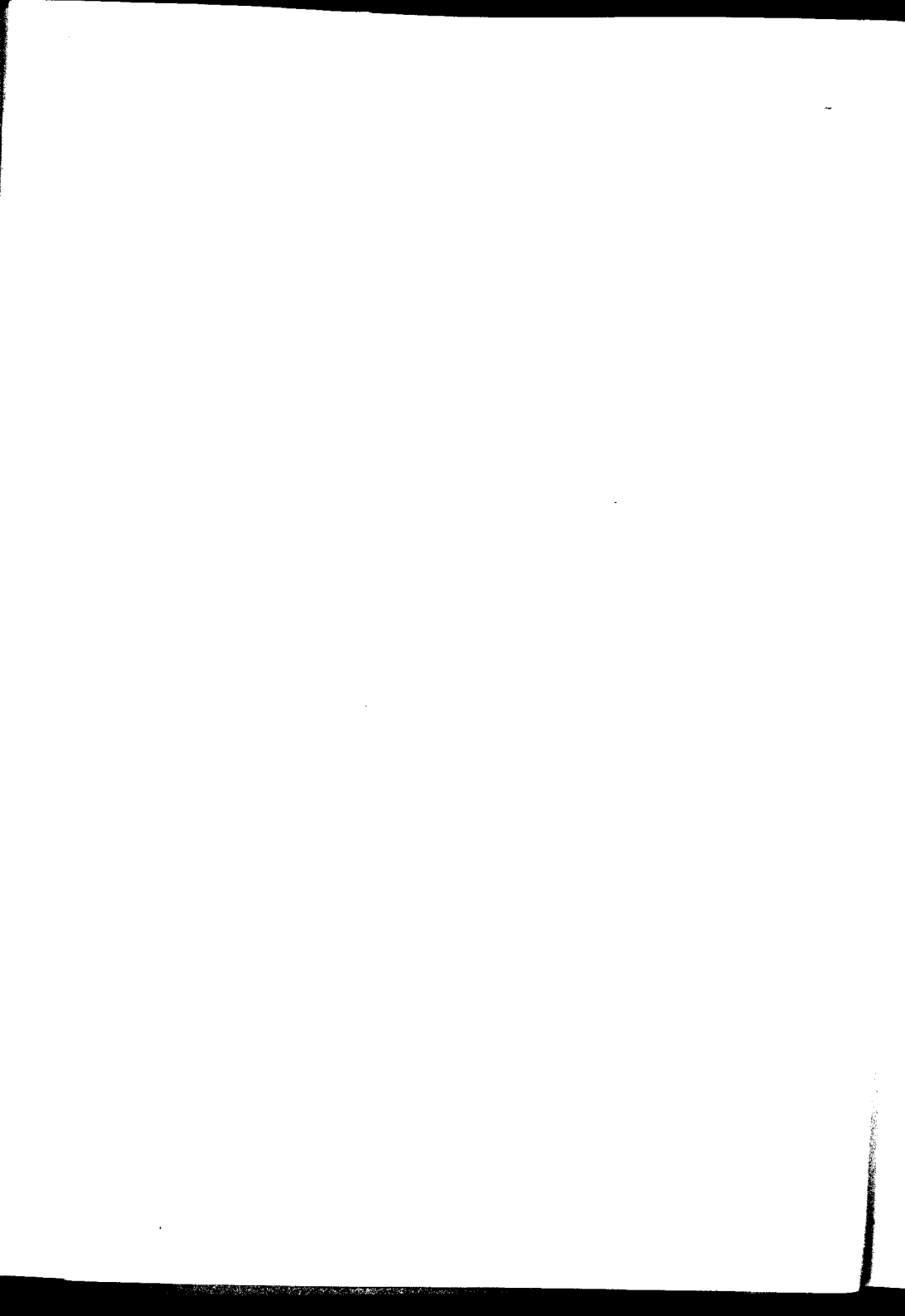
DR. D. DANIEL J. CRANWELL
" " MARCELINO HERRERA VAGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
" " ENRIQUE BAZTERRICA
" " ENRIQUE ZARATE
" " PEDRO LACAVERA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " ABEL EYERZA
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSÉ F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
" " JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

” J. Z. ARCE

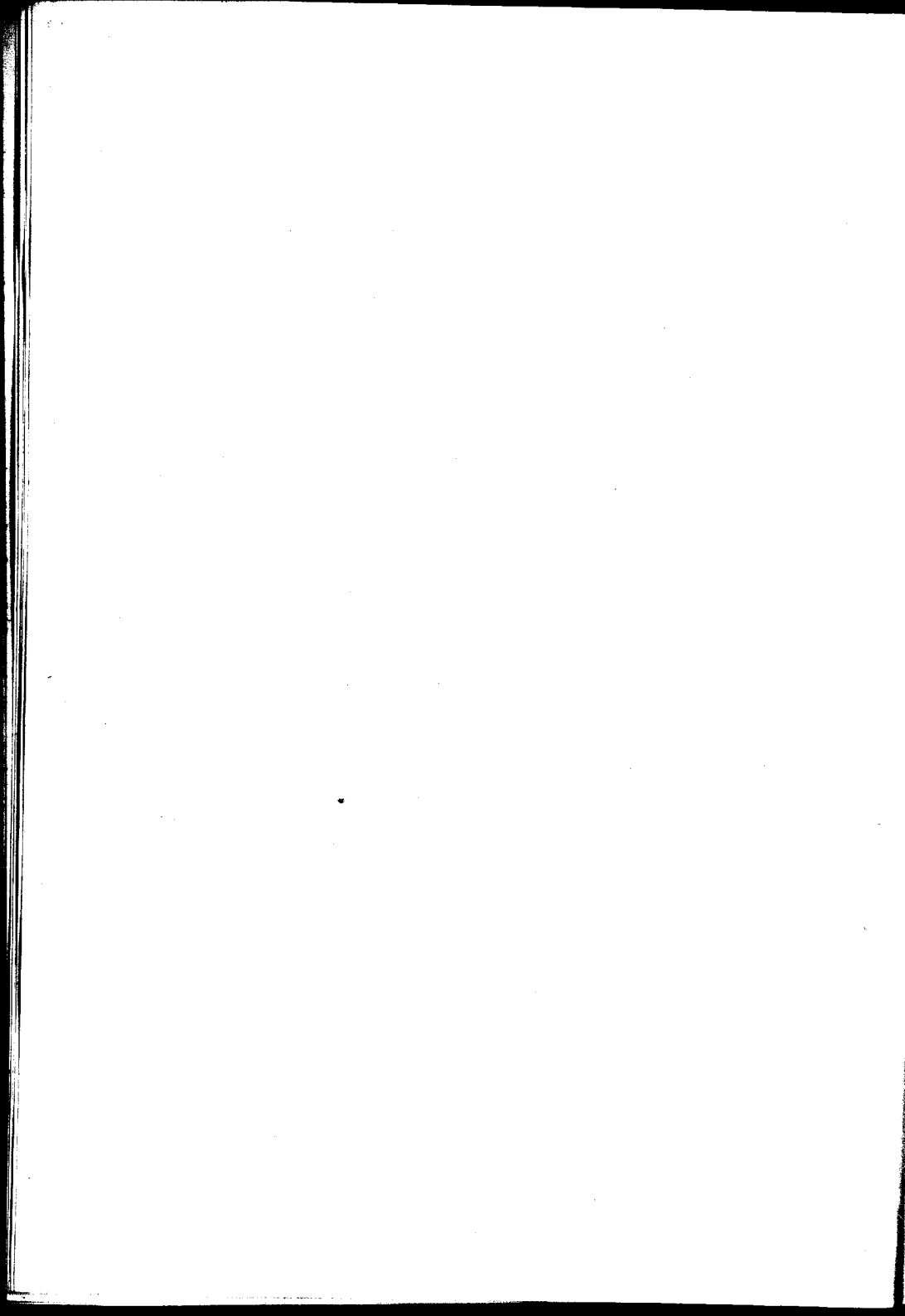
” PEDRO N. ARATA

” FRANCISCO DE VEIGA

” ELICEO CANTON

” JUAN A. BOERI

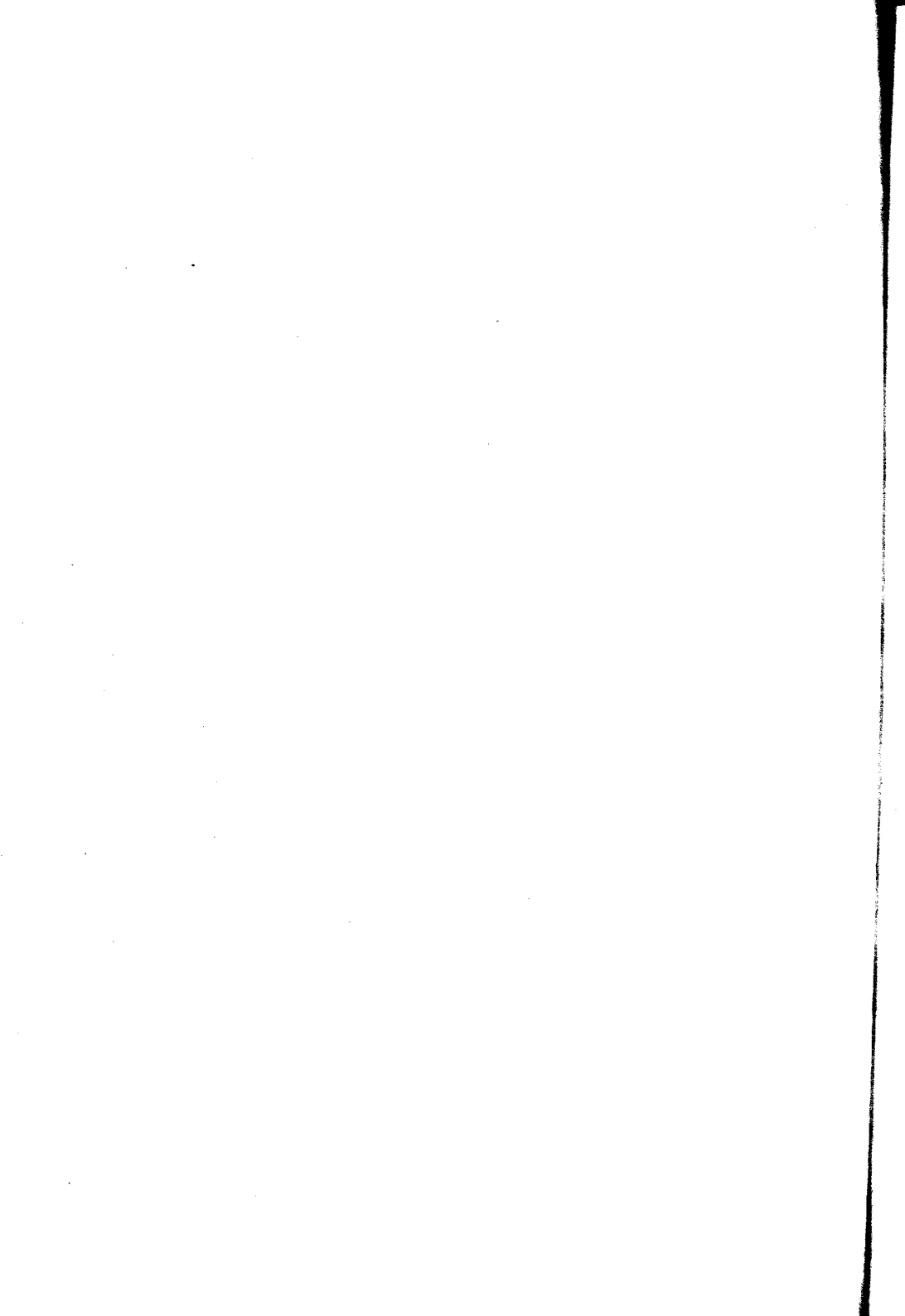
” FRANCISCO A. SICARDI

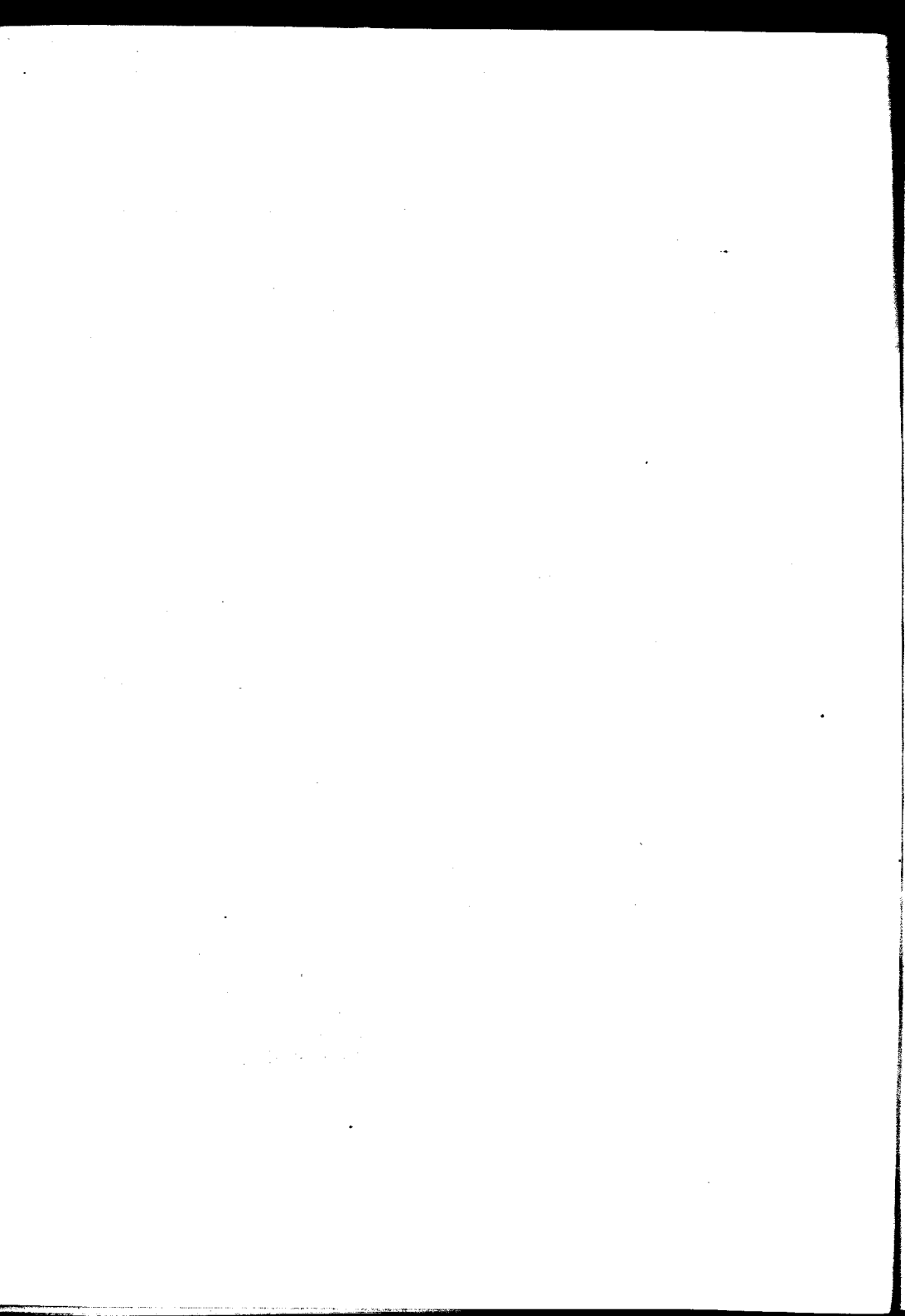


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ.
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	(„ JUAN CARLOS DELFINO
	(„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	(„ JOSÉ R. SEMPRUN
	(„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	(„ ANTONIO F. PIÑERO
	(„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGA
Patología interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA





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 Toxicológica (primer curso)
Técnica Farmacéutica
Química Analítica y Toxicológica (primer curso) ensayo y determinación de drogas
Higiene, legislación y ética farmacéut.

Catedráticos titulares

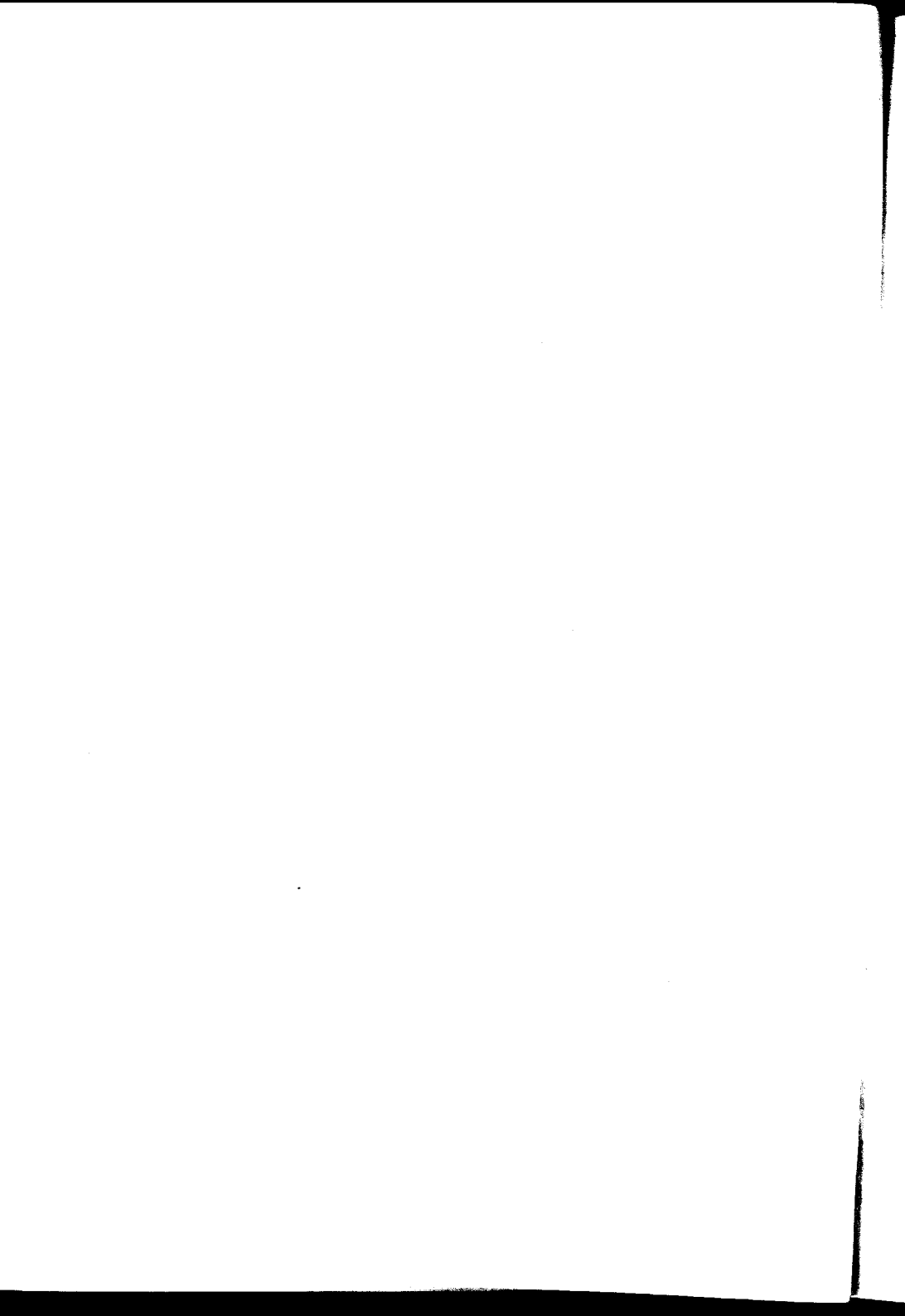
DR. ANGEL GALLARDO
" ADOLFO MUGICA
" MIGUEL PUGGARI
" FRANCISCO C. BARRAZA
SR. JUAN B. DOMÍNGUEZ
DR. JULIO J. GATTI
" FRANCISCO P. LAVALLE
" J. MANUEL IBÁÑEZ
" FRANCISCO P. LAVALLE
" RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica Farmacéutica
Farmacognosia y posología razonadas
Física Farmacéutica
Química orgánica
Química analítica
Química inorgánica

Catedráticos sustitutos

(SR. RICARDO BOCCA FAGLIATA
(" PASCUAL CORTI
" OSCAR MIALOCK
DR. TOMAS J. RUI
(SR. PEDRO J. MESIGOS
(" LUIS OUALIAMELLI
DR. JUAN SANCHEZ
" ANGELO SABATINI
" EMILIO M. FLORES

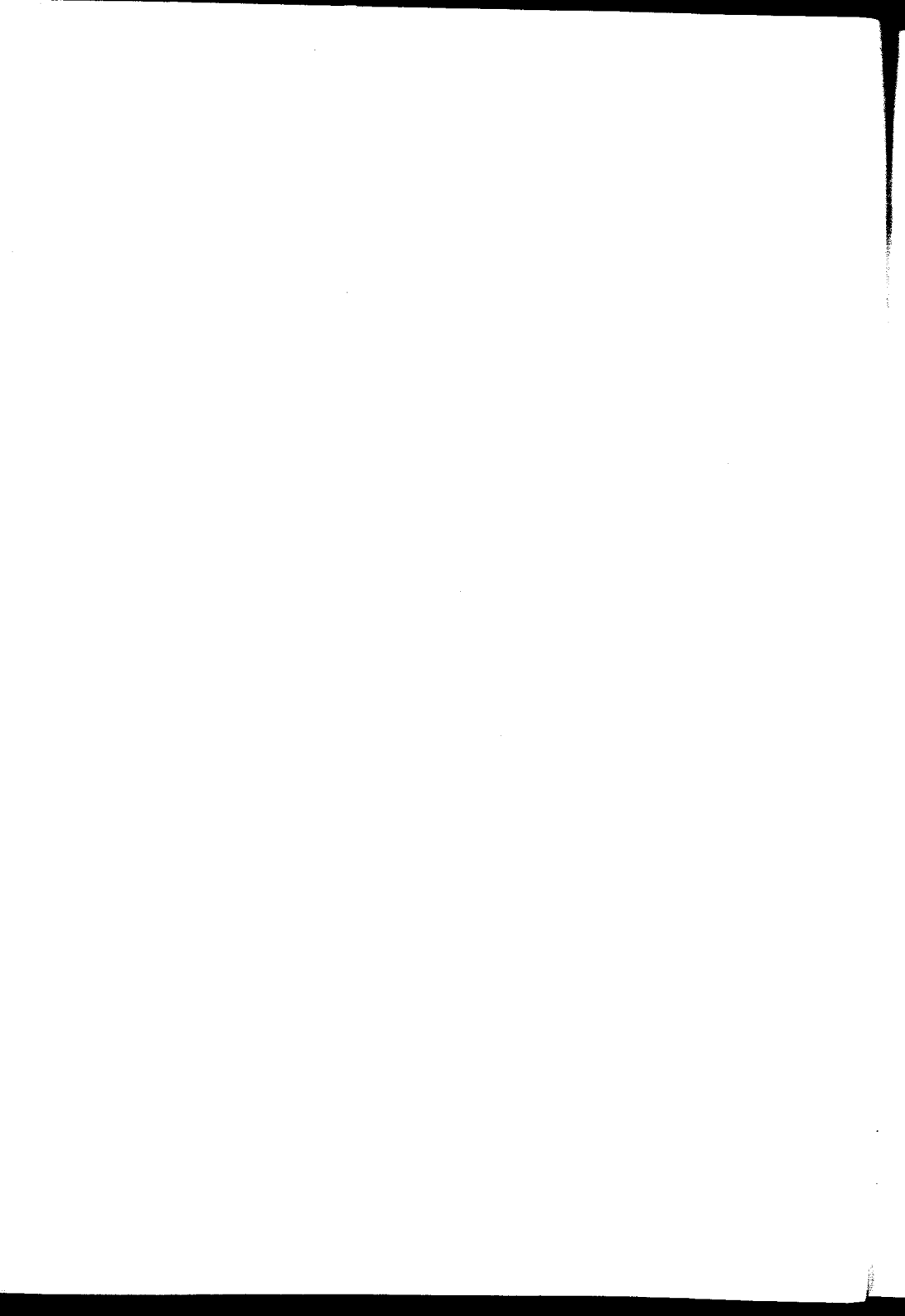


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	" LEÓN PEREYRA
3 ^{er} año.....	" N. ETCHEPAREBORDA
Protosis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

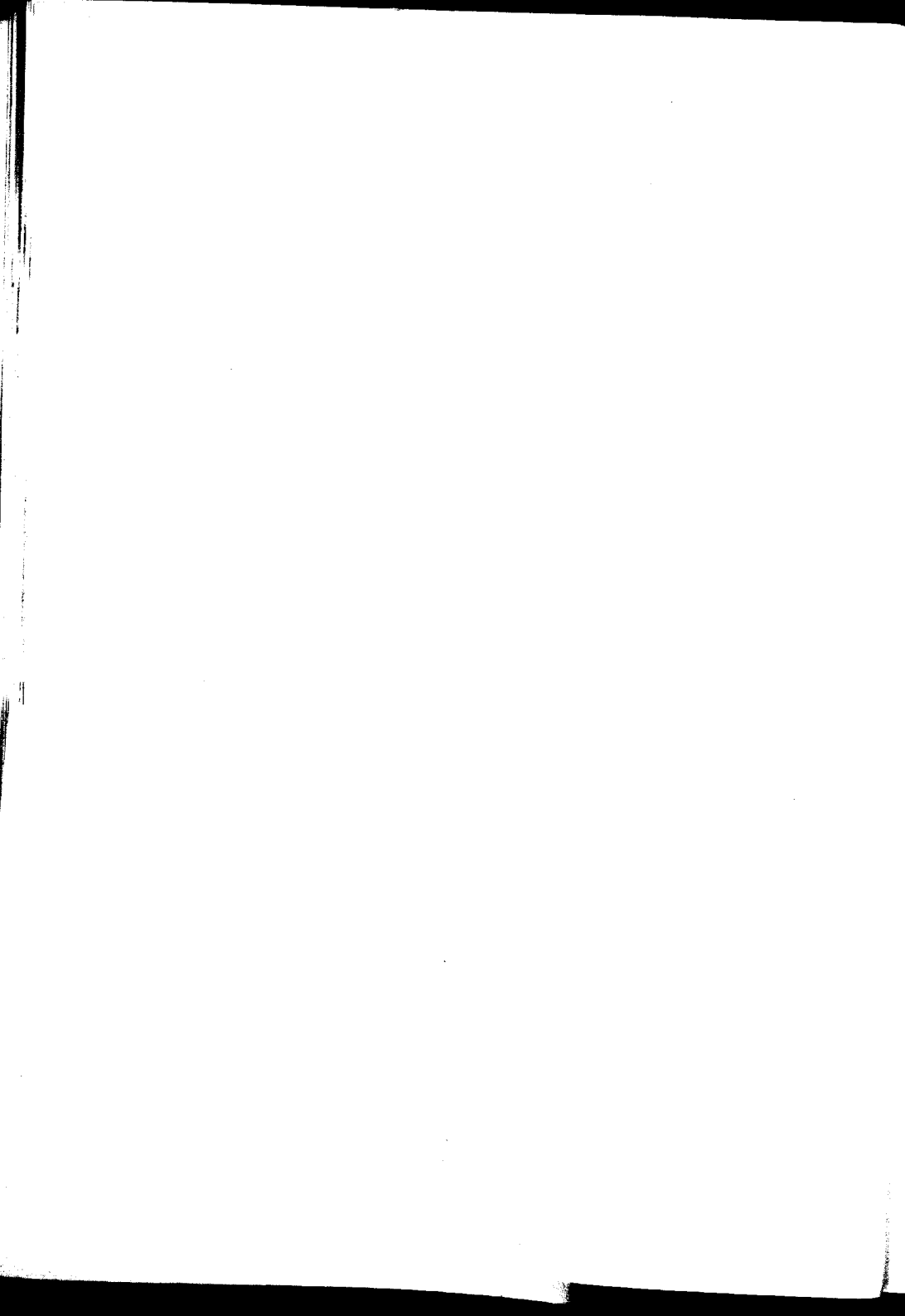
Catedráticos suplentes

- DR. ALEJANDRO CABANNE
- " TOMÁS S. VARELA (2^o año)
- " JEAN U. CARREA (Protosis)



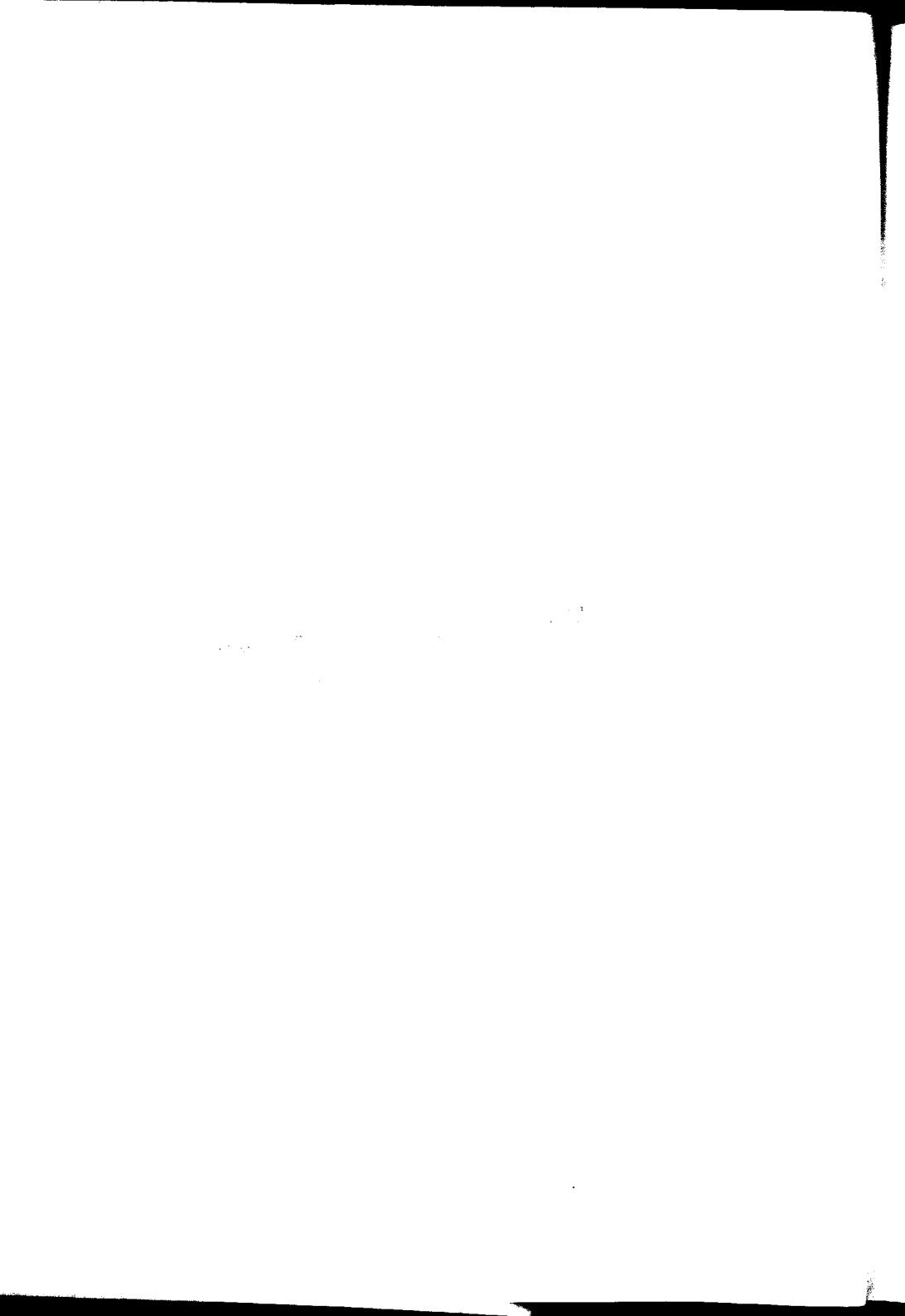
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc...	DR. JUAN C. LLAMES MASSIN
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica FANOR VELARDE
Puericultura UBALDO FERNANDEZ



PADRINO DE TESIS:

Prof. Dr. Coribio J. Piccardo



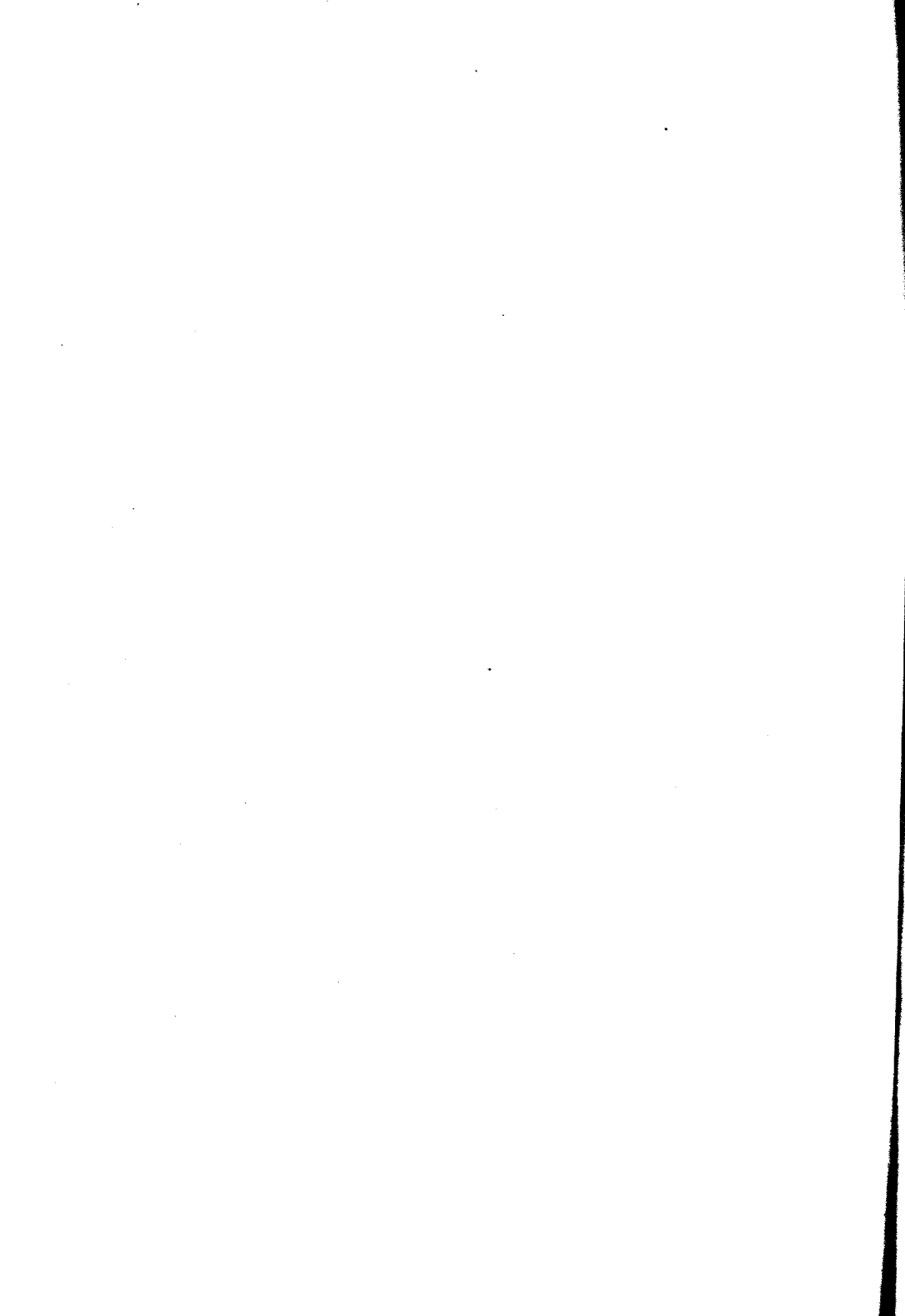
A los míos



A mis amigos







LA MIOGRAFIA DEL ELEVADOR DEL ANO EN LOS PROLAPSOS GENITALES

I

La posición normal del útero en la excavación pelviana, está asegurada por medio de diversos medios de fijación, de los cuales unos suspenden el órgano y los otros la contienen, constituyendo así los órganos de suspensión y los de contención.

Los primeros están constituidos por el peritoneo que se adhiere intimamente al fondo del útero por los ligamentos, que son en número de tres: los anchos, los redondos y los utero-sacros, por las vainas fibrosas que rodean a los vasos que se dirigen al órgano insertándose en su istmo y por las conexiones con la vejiga y el recto. Los

segundos por el elevador del ano y por el periné.

Ahora bien, de todos estos medios de fijación, los que mantienen suspendido al útero, tanto los que se insertan sobre el fondo y el cuerpo, como los que se insertan en el istmo, su rol suspensor es a veces insuficiente; al estado normal, no están tendidos, y, por lo tanto, su acción se reduce a guiar al útero en sus oscilaciones antero-posteriores y mantenerlo en el eje sagital, lo que prueba el hecho de que, manteniendo separadas las paredes vaginales, es muy facil hacer descender el útero por medio de la tracción ejercida sobre el cuello, puesto que, una vez obiertas esas paredes, se ha suprimido la contención que ofrecian el periné y la vagina.

Muy distinta es la importancia del rol que desempeña el suelo perineal.

Este suelo debe considerarse como un diafragma con un centro anatómico: el periné, sobre el cual se concentran dos anillos musculares, uno anterior y el otro posterior, que tienen un punto fijo opuesto cada uno por lo tanto son de acción antagónica.

El anillo posterior está constituido por el esfínter anal y tracciona hacia el coxis. El anillo anterior, constituido por el esfínter vulvar, y el elevador del ano, tiene inserciones fijas en el pubis, y, cuando sus fibras entran en acción, llevan la comisura vulvar hacia la sínfisis.

Cuando estos dos esfínteres entran en acción simultáneamente, se hacen equilibrio constituyendo una banda muscular antero-posterior que, al nivel del periné es cruzada por el haz medio del transverso, brindando en su conjunto en forma de cruz a los órganos que están por encima.

En un plano mas profundo se encuentra el elevador del ano, que abraza con sus ansas a la parte inferior de la vagina, formándole un suspensor contractil.

Este músculo está formado por dos partes: la externa y la interna, diferenciadas por sus funciones y por las relaciones que tienen con el conducto vaginal.

La parte externa está constituida por haces mas numerosos y mas gruesos; se inserta en la cara posterior del pubis, sobre la espina ciática.

y sobre un espesamiento de la membrana obturatriz, que se extiende desde el canal obturador hasta la espina ciática. De estas inserciones las fibras convergen y se dirigen hacia atrás, abajo y adentro, fijándose sobre los lados del ano y sobre el rafe ano-coxigeo.

Esta porción externa del músculo, conjuntamente con la del lado opuesto, forma un plano muscular que se inserta sobre las paredes de la pelvis y abraza en su concavidad a las caras laterales y posterior del recto.

A esta parte del músculo, es á la única que se le puede dar el nombre de elevador del ano.

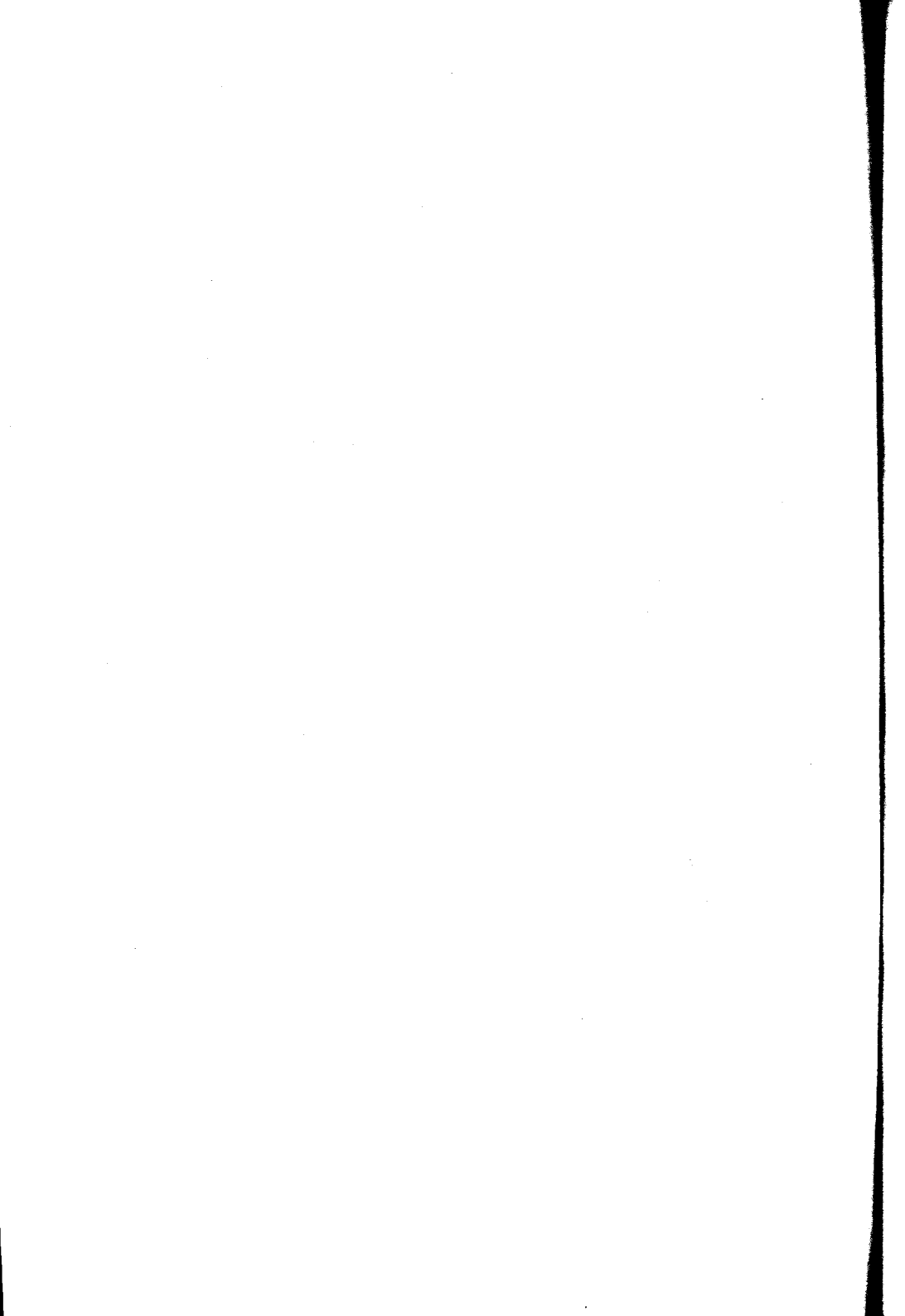
La porción interna del elevador es menos voluminosa que la anterior, de la que generalmente está separada por una capa celulosa y por ramas vasculo-nerviosas que permiten aislarla con facilidad.

Hacia delante sus fibras se insertan sobre la cara posterior del pubis, por dentro y por encima de los haces externos, de ahí se dirigen hacia abajo y atrás, llegando unas hasta el recto, en cuyo órgano se confunden con sus fibras lon-

gitudinales; las otras terminan en la línea media, hacia adelante del recto, donde se entrecruzan con las del lado opuesto y forman el rafe ano-vaginal.

La porción interna del músculo, por su situación y por sus relaciones, merece el nombre de elevador pubo-vaginal, mucho mejor que el de elevador del ano, que se debería reservar para la porción externa.

Debido a esta disposición, la vagina se encuentra incluida en una especie de hojal muscular, abierto hacia delante, en cuyo punto las inserciones de los dos músculos pubovaginales, se encuentran separadas por un intervalo de dos o tres centímetros el *hiatus genitalis*.



II

Ahora bien ¿cual es el rol que desempeñan todos estos medios de contención? ¿cual es la fisiología que permite esta disposición anatómica?

La acción de las fibras pubovaginales del elevador del ano, ha sido puesta en claro por las experiencias que Budin ha emprendido, para lo cual se ha valido de cilindros de cera que introducía en la vagina y retiraba despues de haber hecho contraer los elevadores por la mujer sobre la cual efectuaba sus experiencias.

Por este medio ha podido constatar un aplastamiento considerable de los cilindros, cuyo diámetro antero-posterior aparecía muy reducido, mientras que el diámetro transversal solo presentaba una depresión poco apreciable.

De esta manera quedaba demostrado que el

rol del elevador pubo-vaginal consistía en traccionar hacia delante a la pared posterior de la vagina, adosandola contra la pared anterior y aproximandola al pubis.

Con análogas experiencias se ha demostrado que la contracción del elevador se produce espontaneamente todas las veces que se hace un esfuerzo un poco violento, como sucede al toser, en cuyo caso se ha podido constatar que el elevador se contrae al mismo tiempo que el diafragma toraco-abdominal, traccionando hacia delante y arriba a la pared posterior de la vagina.

Durante la expiración o la inspiración forzadas, los musculos del suelo pelviano actuan conjuntamente con los musculos abdominales.

Tambien se ha demostrado la energia con que se contraen los elevadores pubo-vaginales, colocando un dinamómetro en la vagina, el cual cuando los musculos se contraen, acusan un aumento de presión que puede llegar hasta quince kilogramos.

En algunas mujeres el elevador está tan desarrollado que, según refiere Budin, ha observado

el caso en el cual, la contracción voluntaria del elevador apretaba tan fuertemente los dedos exploradores contra el pubis, que imposibilitaba hacerlos correr y dificultada mucho retirarlos.

Otros muchos casos de diversa índole han sido citados con objeto de demostrar hasta que punto puede llegar la energía del elevador.

De esto se infiere que el vaginismo superior se debe atribuir a la contracción espasmódica de las fibras del elevador, sucediendo que en muchos casos este vaginismo superior es la consecuencia y una complicación del vaginismo inferior, debido entonces a la contracción refleja de los músculos de la vagina excitados por efecto de un estímulo intenso.

Gracias a la acción del elevador sobre la pared posterior de la vagina, su rol como órgano de contención del aparato genital, es de suma importancia.

Normalmente, por la simple tonicidad de sus fibras, el elevador sostiene y tracciona hacia delante y arriba a la pared posterior de la vagina que afecta por ese hecho una dirección distinta en sus dos mitades.

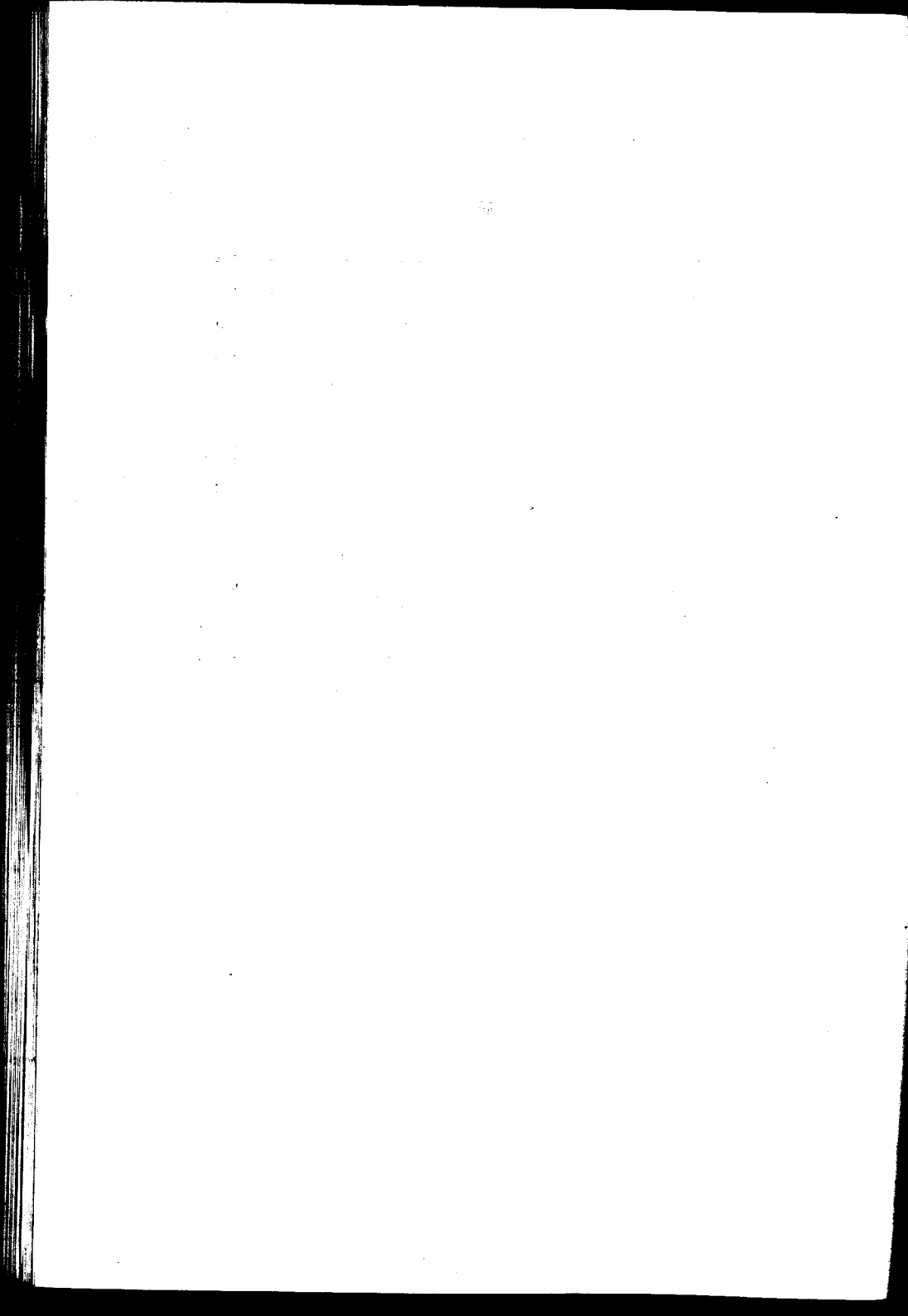
La mitad superior, situada por encima del elevador, está dirigida ligeramente hacia abajo y adelante, acercandose mucho de la vertical. En cambio, la mitad inferior contenida por el elevador, tiene una dirección muy oblicua hacia abajo y adelante, formando con la mitad superior un ángulo mas o menos abierto hacia delante.

El elevador, bajo la acción del esfuerzo se contrae y tracciona la parte inferior de la pared vaginal, que se coloca de mas en mas oblicuamente, hasta que, con los grandes esfuerzos, llega a ponerse horizontal.

En estas condiciones el suelo vagino-perineal puede contener al útero a pesar de no estar en relacion directa con el, porque la presión abdominal, adosando las paredes vaginales, hace que la cavidad que circunscriben sea virtual y este contacto, favorecido por la posición inclinada de la pared posterior, al efectuarse la presión sobre el útero en anteflexión normal lo aplica a este sobre la vagina sostenida por las ansas del elevador y por el suelo perineal, los cuales contrarresten la presión que tiende a deprimirlos.

Así queda suprimida la tendencia a producirse la caída del útero, aún cuando se produzcan esfuerzos violentos, pues, la presión abdominal no hace más que exasperar el angulo diedro formado por el cuerpo del útero y el conducto vaginal. Solo puede suceder que el cuerpo, por intermedio de la vejiga, se aplique contra la pared posterior del pubis y sobre la pared anterior de la vagina.

Si la presión es muy elevada, la pared anterior de la vagina se deja deprimir y se adosa sobre la pared posterior firmemente sostenida por el elevador, cerrando completamente la cavidad vaginal y oponiendose a todo descenso.



III

Dada esta disposición anatómica y acción fisiológica, excluyendo la de los medios de suspensión del útero y, considerando solamente al sosten vagino-perineal como el factor mas importante que se opone con toda eficacia al descenso del útero ¿cuales son las causas que, influyendo sobre este elemento de contención, suprimen ó debilitan su acción, y el órgano, falto del apoyo que le ofrecía, abandona su posición normal?

Dos son las causas principales que provocan el prolapso uterino, influyendo sobre la integridad de los medios de sostén, ya destruyéndola ó ya debilitándola; las lesiones mecánicas que desgarran ó distienden al periné y las perturbaciones nutritivas de los tejidos. Entre las que desgarran el suelo vagino-perineal tenemos los partos que producen la ruptura del cuerpo perineal.

Es muy frecuente encontrar la acción del músculo elevador, disminuida y hasta completamente suprimida por efecto de lesiones traumáticas, particularmente en el curso de los partos anteriores que han dejado como consecuencia una desgarradura, debida á que, limitando los bordes del elevador una hendidura de cuatro á cinco centímetros en sentido antero-posterior, sus dimensiones no son suficientes para permitir que pase la cabeza fetal, y, por lo tanto, para que el parto termine, es necesario que esta hendidura sufra una ampliación que le permita alcanzar una longitud de unos once centímetros y un ancho de nueve.

Esta ampliación solo puede obtenerse por la distensión de las fibras del elevador, distensión que efectúa la cabeza fecal cuando el suboccipucio se coloca debajo de la sínfisis pubiana y la cabeza se deflexiona; la región occipital se encaja en la hendidura pubo-vaginal, mientras el frontal apoya sobre el elevador y lo rechaza hacia abajo y atrás. Antes que termine el parto de la cabeza, es necesario que la deflexión sea completa y que las fibras del elevador hayan sufrido una

ampliación suficiente para darle paso á los diámetros de la presentación.

Es con este objeto que se ha recomendado favorecer la reflexión de la cabeza con ayuda de dos dedos introducidos en el recto, con lo que se consigue facilitar el paso de la extremidad frontal en el extremo posterior del ojal pubo-vaginal.

Estando sostenida y traccionada hacia delante la pared vaginal posterior por el elevador del ano, dándole una dirección oblicua y levantándola en plano inclinado hacia la horquilla, si el paso de la cabeza fetal es forzado a través de las ansas musculares pubo vaginales, la consecuencia será una desgarradura que tiene como resultado las complicaciones anteriormente indicadas.

De todo lo que antecede se deduce que el prolapso uterino es secundario al prolapso vaginal.

No obstante, en ciertos casos, el prolapso uterino es primitivo, puede sobrevenir espontáneamente, siendo esto debido al relajamiento de

los ligamentos del útero, el cual, libre de su acción, se coloca en retroversión con el eje dirigido en la misma dirección que el de la vagina, la que le presenta un canal preparado para que, bajo la influencia de la presión abdominal, o por un esfuerzo, se encaje en él y descienda arrastrando a las paredes vaginales; hechos observados en las vírgenes o en las nuliparas con periné normal que acusan caídas bruscas del útero.

Las perturbaciones nutritivas de los tejidos son condiciones patológicas que generalmente complican a los fenómenos mecánicos, a las lesiones traumáticas, debiéndose admitir una disposición especial, que, hace que los medios de fijación del aparato genital ofrezcan una laxitud congénita, comparable a la que ofrecen ciertos sujetos cuyos tejidos alterados y mal nutridos predisponen a todos los accidentes de las hernias y las ptosis viscerales; y así como existen paredes abdominales afectadas de debilidad congénita, hay perinés mal conformados y afectados de insuficiencia muscular.

A esto debe agregarse la influencia combina-

da de los embarazos y del parto.

Durante el embarazo, los medios de fijación del útero, sufren un reblandecimiento y una hipertrofia que los coloca en condiciones de menor resistencia; a su vez, la vagina se alarga y se ensancha; mas tarde con el trabajo del parto, la vagina es distendida lo mismo que el periné. Terminado el parto, si el proceso de involución es defectuoso, queda como consecuencia un estado especial de todo el aparato genital, quedando atrofiado y sin cohesión el tejido celular pelviano, los ligamentos distendidos, las paredes vaginales relajadas y el útero pesado, grande, alargado e hipertrofiado.

Un aparato así modificado, ofrece todas las condiciones necesarias para prolabarse.

En cuanto a la ampliación de los elevadores, debe tenerse en cuenta que depende principalmente del desarrollo de estos músculos y del tiempo que emplea la cabeza en deflexionarse. Si los elevadores están poco desarrollados, se dejan distender con facilidad, mientras que, si son muy poderosos y con mayor razón si están contractu-

rados, oponen un obstáculo importante al paso de la cabeza, pudiendo llegar esta dificultad a ser una causa de distocia. Son numerosas las observaciones de partos dificultosos por la causa arriba indicada.

Las desgarraduras se observan con bastante frecuencia en los casos en que la cabeza fetal es detenida al nivel del suelo pelviano y que no franquea este obstáculo despues de un tiempo mas o menos largo, notándose aquellas sobre todo en dos condiciones: cuando el elevador está muy desarrollado y cuando el parto termina o es terminado con excesiva rapidéz.

La potencia exagerada de un elevador, opone un obstáculo considerable al paso de la cabeza fetal, aumentando el tiempo de la expulsión, al punto que el agotamiento de la madre o el sufrimiento del feto, pueden obligar al empleo de la expresión o el forceps a fin de acelerar la expulsión.

Tanto un medio como el otro, si no dejan al elevador el tiempo necesario para prepararse progresivamente a la dilatación máxima y acomodo-

darse a las dimensiones del volumen fetal, contribuyen al desgarro perineal.

Lo mismo sucede en los casos de versión, de cabeza última o de presentación pelviana.

Independientemente de estas causas determinantes, todas las alteraciones del elevador, y, en particular, las degeneraciones fibrosas, predisponen a las desgarraduras, puesto que el tejido fibroso es menos elástico y se deja distender con mayor dificultad que el tejido muscular.

Se pueden observar desgarraduras en la parte posterior del músculo, pero son excepcionales, pues, esta porción desempeña un papel muy poco importante en el parto, siendo su ampliación siempre muy poca, siendo únicamente empleada en la retropulsión del coxis, no teniendo que soportar en ningún momento la presión de la cabeza fetal, la que se ejerce casi exclusivamente sobre el músculo pubo-vaginal, que es el que casi siempre se desgarrar, aunque es menos grueso y mucho mas extensible que la porción posterior.

Las desgarraduras son a veces laterales, situadas lo mas a menudo en un solo lado; en al-

gunos casos son interesados los dos músculos. No obstante, las desgarraduras laterales son raras y solo se producen en los partos que han causado un gran traumatismo o en el caso que se haya empleado el forceps o de cabeza última.

Mucho mas frecuentes son las desgarraduras situadas cerca de la línea media, al nivel del rafe donde se efectúa la inserción perineal común de los elevadores pubo-vaginales. Este rafe, constituye la parte mas expuesta a las presiones de la cabeza fetal.

La importancia de estas lesiones es tan variable como el punto en que se producen.

A veces la desgarradura interesa todo el músculo y lo separa en dos muñones o son rupturas parciales de uno o varios haces musculares o aún verdaderos estallidos microscópicos que solo se revelan por un derrame o un hematoma intramuscular.

Puede suceder que las rupturas musculares vayan acompañadas de desgarraduras de la piel o de la mucosa vaginal, pero, estas pueden quedar intactas, resultando la lesión muscular sin complicación superficial.

Estas rupturas limitadas al elevador, se explican por el hecho de que, el diafragma pubo-vaginal está mas expuesto a las presiones de la cabeza, oponiéndoles una resistencia menos pasiva que los tegumentos del periné. Además, estos tegumentos, así como la pared vaginal, son mas elásticos y se dejan distender con mayor facilidad que el tejido muscular.

Las rupturas musculares preceden siempre a las desgarraduras de los tegumentos y son de un pronóstico lejano desfavorable, pues, es frecuente que no se preste atención a estas lesiones cuando no se descubre una desgarradura exterior, de lo que resulta que las lesiones persisten y pueden ulteriormente determinar un prolapso genital.

De este hecho dimana la necesidad de practicar con cuidado el examen de los elevadores, de manera de darse cuenta del valor funcional de estos músculos y prevenir a la enferma de las complicaciones posibles debidas a la insuficiencia del diafragma pubo-vaginal. Este examen no deberá olvidarse, sobre todo en los casos en que la terminación del parto haya sido rápida o en aquellos en que ha habido aplicación de forceps.

Para dar resultados seguros, este examen debe practicarse dos veces, algun tiempo antes del trabajo y poco despues de él. De esta manera se podrá comparar los resultados obtenidos en cada examen y determinar así las modificaciones originadas por el parto.

Antes de practicarlo se debe evacuar la vejiga y el recto.

Se introduce el índice en la vulva y se dirige al fondo de la vagina, siguiendo la pared anterior, mientras tanto la enferma practicará profundas inspiraciones, con lo cual se favorece el relajamiento de los músculos de la pelvis, consiguiéndose así poner en juego el diafragma pelviano. se explora metodicamente las paredes de la vagina recorriéndolas de arriba hacia abajo y de atrás hácia delante.

Si todo se encuentra en estado normal, y, si se deprime de cada lado de la pared vaginal con el dedo flexionado, se percibe un arco que estrecha a la vagina a dos o tres centímetros del orificio vulvar; este arco está constituido por las fibras pubo-vaginales del elevador del ano.

Por el examen bidigital puede apreciarse aproximadamente el espesor del músculo.

El examen de la pared posterior revela que esta es mas resistente en su parte inferior, donde forman relieve las fibras preanales del elevador, las que se ponen aún mas de manifiesto si la enferma aumenta intencionalmente la presión abdominal, constatándose que continúan con las fibras notadas en las paredes laterales, constituyendo su conjunto un anillo muscular que tracciona hacia arriba a la pared posterior. Si se hace toser a la enferma, el periné efectúa un movimiento de ascensión, contrarrestando el aumento de la presión intra-abdominal.

El espesor del tabique recto-vaginal se aprecia introduciendo simultáneamente un dedo en cada conducto.

En cambio, si hay ruptura lateral de uno de los elevadores, se nota una diferencia muy neta en la tonicidad de las paredes. En el lado enfermo, la pared, mal sostenida, es depresible, pudiéndose hundir el dedo sin dificultad y no se encuentra el relieve característico del elevador,

el que tampoco puede apreciarse colocando otro dedo sobre el labio mayor. La pared posterior tambien queda mal sostenida y mas facilmente depresible.

Si la enferma hace un esfuerzo, se constata que del lado enfermo la pared vaginal queda deprimida.

Esa lesión lateral trae como consecuencia una deformación de la pared posterior, presentándose la porción que corresponde al músculo sano traccionada hacia arriba y hacia delante, mientras que la porción que corresponde al músculo roto se hunde y forma una depresión.

Si la ruptura se encuentra al nivel del rafe formado por la inserción perineal comun de los dos elevadores, la inspección muestra la vulva ensanchada, mas o menos entreabierta, y, en lugar de mirar hacia abajo y hacia delante, mira abajo y atrás; el relieve de los elevadores es menos apreciable y se encuentra mas alto y mas hacia afuera que en estado normal. La pared posterior es blanda y depresible; la porción inferior presenta una dirección vertical. Introducien-

do un dedo en la vagina y el pulgar colocado sobre el periné, se constata la debilidad y el poco espesor de él.

Puede sentirse a veces hacia atrás de la vagina una depresión al nivel de la cual la mucosa vaginal puede rechazarse hasta la piel.

La exploración del tabique recto-vaginal lo revela muy delgado y con pocas fibras musculares. Si la paciente efectua un esfuerzo, se descubre que la pared posterior no es traccionada, sino descendida bajo la influencia de la presión abdominal, con lo que, la vagina afecta la forma de una cavidad con el eje mayor en dirección antero-posterior. Si el esfuerzo es violento, el periné se deprime, baja y forma una cúpula, porque es vencido por la presión ejercida por el diafragma abdominal.

A consecuencia del cambio de dirección de la pared vaginal posterior, la longitud del periné disminuye, queda reducido a una banda angosta interpuesta entre el ano y la comisura posterior de la vulva.

Si en estas condiciones se produce un esfuer-

zo, la presión abdominal es transmitida a la pared anterior de la vagina, la que, falta del apoyo que le ofrecía la porción inferior de la pared posterior, reforzada por el elevador, se deja deprimir, se desliza progresivamente y desciende poco a poco constituyendo un cistocele. La pared posterior se coloca entonces en sentido vertical, se desliza a su vez por la vulva entreabierta y se forma un rectocele.

Como las desgarraduras en la línea media de los elevadores ocasionan sus desinserciones pre-rectales, se retraen hacia afuera y forman dos bandas laterales que pasan a los lados de la vagina y del recto, en cuyo caso, aún cuando sean gruesas y resistentes, no pueden sostener al aparato genital, quedando su acción reducida a estrechar lateralmente la luz de la vagina, mientras que la pared posterior queda libre.

La coincidencia del cistocele con el descenso del útero, puede explicarse por la dirección de las presiones abdominales a que están sometidas las vísceras pelvianas. Como por lo general en la mujer la vejiga se halla ocupada, las presiones

que actúan sobre ella en este estado se ajercen igualmente sobre el pubis, y, por intermedio del bajo fondo vesical, sobre el suelo urogenital y la pared anterior del diafragma pelviano. Si este se encuentra entreabierto, una gran parte de las presiones que actúan sobre la vejiga, es soportada por la pared anterior de la vagina, entonces, si la pared posterior es impotente para cumplir su rol, la anterior se deja deprimir y rechazar hacia atrás, con lo que se produce el prolapso de ella. Este estado puede compararse a una hernia cuyos órganos móviles son la vejiga y mas tarde el útero, en tanto que el anillo herniario lo forman los bordes internos del elevador.

Si la vejiga se encuentra muy distendida por una continencia forzada, la tendencia de los órganos pelvianos a exteriorizarse será mas acentuada, puesto que el útero se coloca en retroposición en contacto con el recto, al punto que la expulsión de los gases por el ano alivia momentáneamente a las necesidades de orinar.

Entonces, si la acción de la presión abdominal, asociada a la de los gases acumulados en el

recto, que rechaza a la vejiga y al útero hacia abajo y adelante, no es compensada por la resistencia del suelo perineal, las vísceras tienden a forzar la pared en su punto débil, constituido por el orificio muscular del suelo pelviano no obliterado por la pared posterior de la vagina y el periné.

Hay casos en que el prolapso se produce casi inmediatamente después del parto, conforme se inicia la marcha, pero, por lo general comienza más tarde, atribuyéndose esta circunstancia a la cicatrización de la desgarradura por formación de tejido fibroso, que mantiene unidos los bordes de los músculos rotos, conservando su acción por algún tiempo; pero, este tejido fibroso, no tiene tonicidad y no es contractil, y por lo tanto, se distiende poco a poco, con lo que, los elevadores se separan y dejan a la pared posterior de la vagina sin apoyo.

Esta evolución del proceso vendría a constituir el prolapso denominado de fuerza, en oposición al de debilidad que aparece sin desgarradura.

Los exámenes clínicos y las constataciones quirúrgicas, justifican esta diferenciación entre las dos variedades de prolapso.

En los casos de prolapso de debilidad, el examen genital revela una ausencia casi completa de las fibras musculares a lo largo de las paredes laterales de la vagina, las que, en el curso de las intervenciones, aparecen en pequeño número y mas o menos degeneradas; por el contrario, en los prolapsos consecutivos a una ruptura muscular, se descubre que los elevadores forman bandas contractiles, a menudo bien desarrolladas, que cruzan las paredes laterales de la vagina y la estrechan lateralmente, contrayéndose con los esfuerzos.

Puestas en descubierto, aparecen muy alejadas unas de otras al nivel del espacio inter-anovaginal, por lo que a veces es necesario investigarlas hasta la pared interna de la pelvis.

Esta diferencia entre las dos variedades de prolapso, tiene la mayor importancia desde el doble punto de vista pronóstico y tratamiento. En efecto, la cura del prolapso de debilidad es es-

tremadamente difícil, cuando no imposible cualquiera sea el procedimiento que se emplee; mientras que los prolapsos consecutivos a una desgarradura del elevador, podrán curar con bastante facilidad, pero, a condición de que se reconstituya el músculo pubo-vaginal, devolviéndole su dirección y su acción primitivas.

En resumen, en la patogenia del prolapso genital debe tenerse en cuenta las consideraciones siguientes:

En la mayoría de los casos se trata de una enferma de la clase obrera y que ha tenido hijos, pues, se sabe que los prolapsos de las nulliparas y de las vírgenes son una excepción. El examen local revela casi siempre una desgarradura antigua del periné. El cateterismo vesical o bien un esfuerzo demuestran que siempre hay cistocele.

Durante el parto, la pared vaginal anterior, hipertrofiada durante el embarazo, es rechazada hacia delante por la cabeza fetal. Este deslizamiento de la pared vaginal no puede hacerse sin relajamiento y probablemente sin desgarradura

mas o menos seria de las inserciones de la vagina sobre los tejidos subyacentes, lo que se revela inmediatamente después del parto por la disposición de la parte distal de la pared vaginal anterior, que cubre mas o menos como un velo la entrada de la vagina.

Al mismo tiempo, por efecto del parto, el suelo perineal es mas o menos distendido, siéndolo menos el resto del diafragma pelviano, sobre todo los elevadores.

Si la involución del aparato genital no se efectúa completamente y el periné desgarrado, no es reparado de manera a restituir un soporte eficaz a la pared vaginal anterior, el prolapso se inicia.

La parte inferior de la pared vaginal anterior, defectuosamente reparada, mal fijada y mal sostenida, se invierte.

Es evidente que esta pequeña masa de tejido, no es suficiente para arrastrar al resto de la vagina, pero, desde que existe una inversión vaginal anterior, la vejiga debe necesariamente contribuir bajo forma de divertículo, puesto que es

la parte mas declive de la vejiga la que reposa sobre la pared vaginal, donde se acumula la orina. Entonces, al peso mínimo de la pared vaginal se añade el peso del contenido de la vejiga, y, este peso hace sentir su influencia mientras la enferma se encuentra sobre todo de pié. El peso de la orina contenida en el divertículo vesical deprime un poco mas a la pared vaginal anterior y aumenta el prolapso, lo que hace aumentar el divertículo y así sucesivamente, con lo que se forma un círculo vicioso.

Es comprensible que las mujeres de clase obrera sufran de prolapso mas que las de las clases acomodadas. Por lo general no pueden permanecer en reposo y proporcionarse los cuidados necesarios a la involución completa de los órganos genitales; además, deben mantenerse de pié mucho mas que las otras; por otra parte, el aumento de la presión abdominal causado por el trabajo y una retroversión mal cuidada, bastan plenamente para explicar el hecho clínico que estudiamos.

Descendiendo cada vez mas la pared vaginal

anterior, se inicia bien pronto una tracción sobre el cuello uterino y la obediencia del útero a esta tracción, dependerá que sea mas o menos pronta según el grado de fijación y según la posición que ocupe con relación al cuello.

En efecto, si se encuentra en anteflexión, opondrá el maximum de resistencia a la tracción vaginal, pero, si se encuentra en retroversión, con su eje en la dirección del de la cavidad vaginal, no podrá oponerse al descenso. El efecto inevitable de esta tracción será el alargamiento del cuello, que, mas o menos acentuado, no falta nunca, pudiéndose producir tambien un alargamiento de la parte inferior del cuerpo.

El descenso del cuello uterino arrastra a la pared vaginal posterior, la que, contrariamente a la pared anterior, se invierte de arriba hacia abajo, lo que hace que casi siempre se encuentre un resto de fondo de saco posterior.

Hay casos que, aún cuando la desgarradura del periné haya interesado al esfínter anal, no se produce el prolapso, lo que se explica por el hecho de que se encuentra siempre profundas bri-

das cicatriciales que contornean a la vulva hasta muy adelante, hasta por debajo de la pared vaginal anterior, con cuya disposición pueden contribuir a la fijación de esta.

En algunos prolapsos de vírgenes o nulíparas, es necesario admitir una fijación anormalmente débil de la pared vaginal anterior y una disminución de la resistencia del suelo pelviano, lo que corrobora la coincidencia del prolapso anal.

El prolapso de la parte inferior de la pared vaginal posterior, cuando se encuentra aislado, solo soporta el peso de la parte prolabada y únicamente en el caso que se forme un rectocele bastante grande como para contener una parte considerable de la masa fecal, encontraremos, a cada defecación, el mismo mecanismo, pero, intermitente.

Los prolapsos genitales varían infinitamente según el grado de relajamiento de los órganos destinados a sostener al útero y la importancia de la lesión pelviana. Desde la vulva ensanchada y simplemente entre-abierta sin descenso verdadero del útero y de las paredes vaginales, hasta la

hernia completa de la vagina, del útero y aún de las masas intestinales que acompañan en su descenso al fondo de saco de Douglas, arrastrado con el útero y formando a veces un tumor enorme, se puede observar todos los grados. Pero, en esta cadena no interrumpida de lesiones de igual naturaleza, es conveniente, para la comodidad de la descripción, establecer algunos límites artificiales que corresponden a aspectos variables de la enfermedad.

Casi siempre es la pared anterior de la vagina la primera que aparece entre los labios de la vulva, y, como esta pared corresponde a la vejiga, el tumor herniario está constituido por este órgano, quedando formado el primer grado de prolapso denominado cistocele.

Su volumen es variable, y, si en los casos mas benignos solo está formado por un tumor que a penas llega al tamaño de una nuez, puede con frecuencia alcanzar el tamaño de una naranja y aún ser más grande.

En otros casos el prolapso corresponde a la parte mas inferior de la pared vaginal anterior y

solo interesa a la uretra, constituyendo el uretrocele.

La pared vaginal posterior adherida al recto, lo arrastra en su descenso cuando el tumor que forma es un poco importante, formando un rectocele, que puede existir solo, lo que es raro, pues, por lo general, cuando existe, acompaña a un cistocele mas voluminoso.

Estando fijado el útero a las paredes anterior y posterior de la vagina, siempre que cedan los elementos de suspensión, la esteriorización de ellas ocasiona fatalmente su caída y su cuello se aproxima cada vez más a la vulva, llegando en los casos acentuados por aparecer entre las dos saliencias formadas por el rectocele y el cistocele; un paso mas, y, bajo la influencia de la presión abdominal, la vagina se invierte completamente, arrastrando siempre al cuello que llega a aparecer al exterior, así como la vagina, el recto o su pared anterior y el útero.

En estas condiciones, los fondo de saco vaginales desaparecen y los labios del cuello, con frecuencia exulcerados, se continuan directamen-

te con las paredes vaginales. Muy a menudo el cuello sufre una modificación profunda, alargándose sensiblemente, modificación denominada alargamiento hipertrofico del cuello.

En los prolapsos completos, la disposición de los fondo de saco peritoneales afecta un aspecto particular.

Fijado el peritoneo al útero, lo sigue en su descenso, y, el fondo de saco vesico-uterino queda siempre alejado del cuello, tanto mas alejado cuanto más importante es su alargamiento. Pero, el fondo de saco de Douglas, que normalmente se refleja sobre la pared vaginal posterior, arrastrado por el descenso de la vagina y del útero, se insinua en la masa prolabada entre la pared posterior del útero y la cara correspondiente de la vagina invertida y del recto que la acompaña.

Por lo general el fondo de saco queda vacío, pero, a veces se deslizan las ansas intestinales, y, bajo la acción de la presión abdominal, constituyen una verdadera hernia susceptible de estrangularse o ser el origen de dificultades y aún de accidentes despues del tratamiento operatorio de ciertos prolapsos inveterados.

Estos enteroceles vaginales posteriores, aunque raros, han sido observados, pero, los enteroceles vaginales anteriores consecutivos a disposiciones anatómicas análogas son completamente excepcionales

IV

En cuanto a la sintomatología de esta afección, es constante que, mucho tiempo antes de la aparición de las paredes vaginales o el útero en el orificio vulvar, las enfermas experimentan una sensación de malestar, bastante acentuada, de tironeos en los riñones, de dolores en el hipogastrio, de peso en la región perineal, necesidades frecuentes de orinar y a menudo emisiones involuntarias de orina al menor esfuerzo y aun derrame casi continuo. Acusan la existencia de un tumor entre los labios de la vulva, que se exterioriza en la posición de pie para desaparecer a la mañana siguiente después de haber descansado, pero, que aparece igualmente con ocasión del menor esfuerzo.

En los casos avanzados y aun en los casos

medios, el prolapsos se descubre facilmente bajo la forma de una tumefacción rosada, mas o menos saliente y recubierta de arrugas transversales formada por repliegues de la mucosa vaginal; la parte media es por lo general mas gruesa y levantada. Es la columna vaginal media, acentuada sobre todo adelante, que persiste sobre la mucosa prolapsada. En ciertos prolapsos voluminosos la distensión ha borrado las arrugas por adelgazamiento de los tejidos y tambien en la columna vaginal.

En general, la parte anterior de la vulva está ocupada por una tumefacción de cierto volumen, que es el cistocele, mientras que, hacia atras, hacia la horquilla, no hay mas que una pequeña hernia de la mucosa posterior, el rectocele, que, aun cuando tenga cierta importancia, queda escondido en la profundidad y solo es visible cuando se produce un esfuerzo. En ciertos casos cuando el rectocele y el cistocele están muy desarrollados, se encuentra en la vulva dos tumores, uno anterior y otro posterior, separados por una línea transversal que corresponde a la cavidad de la vagina.

En los casos benignos, es necesario que la enferma aumente la presión abdominal para un darse cuenta de las lesiones, consiguiendo así que la vulva se entre abra y aparezcan las saliencias siempre desiguales que forman las paredes vaginales prolabadas. En estos casos, si nada aparece, es muy útil practicar un tacto estando la enferma de pié, con cuyo medio se apercibe netamente el descenso del útero y el rechazo de las paredes vaginales,

En el prolapso ligero o mediano, el cuello uterino no es visible, pero el tacto lo revela descendido, en general borrado y rodeado por fondos de saco poco profundos.

En ciertos prolapsos debidos sobre todo a un relajamiento de los ligamentos uterinos, aun cuando el periné haya conservado su resistencia normal, el útero se encuentra descendido sin que la vagina haya variado sensiblemente, pero, los fondos de saco vaginales peri-uterinos, han aumentado en profundidad; estas son circunstancias excepcionales.

En los casos en que el prolapso es acentua-

do, se puede sentir el cuello en la vulva, sobre todo cuando la enferma está de pié, o, cuando está acostada, descubrirlo entre los labios de la vulva.

Cuando el prolapso es completo y el conjunto de los órganos prolapsados forma un tumor que cuelga entre los muslos, el cuello completamente borrado, tiene el orificio en la parte inferior del tumor, en cuyo caso está casi siempre inflamado, ulcerado, recubierto por secreciones y la infección crónica de que está afectado, repercute sobre el útero; la mucosa vaginal está mas o menos espesada, infamada y aun escoriada.

Una exploración bimanual atenta permite reconocer a menudo el aumento de volúmen y sobre todo de longitud del útero, la que se puede medir por la histerometria para apreciar su importancia; es igualmente facil descubrir la posición del útero y apreciar la reductibilidad del prolapso.

El caterismo y la exploración vesical permiten reconocer hasta que punto la vejiga participa en el prolapso anterior y el tacto rectal da no-

ciones precisas sobre la disposición del rectocele.

En estas condiciones las perturbaciones funcionales son muy acentuadas, las enfermas se quejan de pesadez, de fatiga, de dolores lumbares y pelvianos, se desarrolla la metritis, aparecen fenómenos de cistitis, irregularidades menstruales y a menudo metrorragias, perturbaciones reflejas de distinta naturaleza que forman el cortejo ordinario de esta afección.

Estos diversos fenómenos pueden ser muy variables, y, como sucede en las afecciones genitales, son completamente desproporcionados a las afecciones; así, es frecuente ver prolapsos completos que no despiertan dolor ni molestias, mientras que otros menos pronunciados van acompañados de dolores vivos.

El embarazo, forzando al útero a desarrollarse en la pelvis menor, hace desaparecer momentáneamente el prolapso, pero, después del parto habrá mayor tendencia a que el prolapso se reproduzca.

En caso de uretrocele, desde luego bastante raro y debido a un prolapso aislado de la pared

inferior de la uretra, la tumefacción está situada en la parte anterior, inmediatamente por debajo del meato urinario, con el cual parece continuarse; raramente excede del volumen de una nuez y está constituido por un divertículo de la uretra que comunica con este canal por un orificio mas o menos angosto o por un ensanchamiento de su pared inferior; es menos reductible que el cistocele comun y menos sensible a la influencia de la presión abdominal; a su nivel la mucosa está a menudo espesada y el cateterismo de la uretra permite darse cuenta de sus relaciones exactas. Es frecuentemente doloroso; la cavidad diverticular se vacia mal, se infecta, a veces se llena de cálculos y puede hacerse purulenta.

Todos estos caracteres lo hacen diferir sensiblemente del prolapso genital ordinario y del cistocele comun, y para reconocerlo de los prolapsos genitales de algunas afecciones, quiste de la vagina, pólipos uterinos, inversión uterina, basta un poco de atención.

La aparición brusca del prolapso genital, es excepcional. El prolapso se establece lentamente, progresando sin cesar.

El prolapso sobrevenido en mujeres jóvenes a consecuencia de un parto, es posible detenerlo manteniendo a las enfermas en el reposo absoluto desde que acusan las primeras sensaciones de pesadez y que se constata cierto relajamiento de las paredes; bajo la influencia de un reposo prolongado, de lavages astringentes, de masages, etc., se ve desaparecer estas perturbaciones que constituyen una simple amenaza. Pero, por lo general, los tejidos ceden cada vez mas, las paredes se deprimen poco a poco y el descenso se produce irremediamente; por cuyas razones, es una de las afecciones ginecológicas que reclama mas imperiosamente un tratamiento eficaz.

Es indudable que muchos prolapsos se podrían evitar si, despues del parto, las enfermas

permanecieran mayor tiempo acostadas. Pero las condiciones sociales en que se encuentran las obligan a abandonar el reposo mucho antes que la involución uterina haya terminado, y, cuando el prolapso está constituido, solo resta el empeño de curarlo o a lo menos de aliviarlo.

El tratamiento quirúrgico es el único medio eficaz de curación del prolapso genital, pero, no siempre es aplicable porque es rechazado por las enfermas, y, entonces es necesario aliviarlas por otros medios.

Hay enfermas que, por su edad, su obesidad, el estado de sus vísceras, las perturbaciones cardíacas, la diabetes o la albuminuria, no se encuentran en condiciones de sufrir una operación por una afección en que la vida no está amenazada.

Entre los diversos tratamientos médicos citaremos los pesarios e hysteróforos; todos ellos tienen por objeto evitar la caída del útero tomando un punto de apoyo sobre los tejidos vecinos o por el contrario sobre un cinturón.

Su forma es muy variable, pudiéndose admi-

tir que, por ella, tienen sus indicaciones especiales, siendo los más empleados el de Dumontpallier, en forma de anillo, el de Grail y Hewit, el de Sims, el de Schulze, etc.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, deben emplearse métodos que devuelvan al elevador su dirección y su acción a fin de obtener un resultado eficaz; para lo cual se han empleado procedimientos muy numerosos denominados colpoperineorrafias.

Todos ellos, mas o menos modificados, derivan del procedimiento de Simon, simplificado por Hegar, que tiene por principio el avivamiento de una superficie triangular, practicado sobre la pared posterior de la vagina, la escisión de ese triángulo y la reconstitución del periné, reuniendo todos los tejidos fibrosos y musculares en un solo plano por medio de la aguja de Emmet; como último tiempo reunir sobre la línea media los elevadores y constrictores.

Es posible que se efectúe una buena reconstrucción por medio de este procedimiento, puesto que, en un gran número de casos, la aguja car-

ga una buena porción de la masa muscular y es precisamente debido a esto que las colpoperineorrafias dan buenos resultados, cuando alcanzan a suturar a los elevadores y aproximan sus bordes, por lo que, todos los partidarios de la colpoperineorrafia, sin sutura especial de los elevadores, recomiendan hundir profundamente la aguja de Emmet y cargar todo el tejido posible a fin de reunir todos los músculos del periné.

Esta reunión de los tejidos profundos constituye la parte principal de la intervención, sin lo cual solo se hace una reconstitución que no puede sostener al útero, y, por lo tanto, afectada de recidiva mas o menos próxima.

Otro tanto puede decirse del procedimiento de Lauwson-Tait, para el tratamiento de las desgarraduras del periné. Pero, desgraciadamente, estas operaciones no siempre realizan la reconstitución de los músculos, puesto que, en los prolapso consecutivos a grandes desgarraduras que interesan a toda la inserción pre-anal del músculo pubo-vaginal, los elevadores pueden estar separados de la línea media a tanta distancia, que

la aguja no los alcance o que solo cargue algunos haces insuficientes para fijar el resto del músculo; con lo que, el resultado será que la sutura se habrá practicado solamente sobre tejido fibroso, devolviendo tan solo por algún tiempo su dirección normal a la pared posterior de la vagina, aparentando un periné grueso y resistente, pero, incapaz de restablecer la acción de los elevadores y de evitar la reaparición de los accidentes que se ha querido suprimir.

Aun cuando los elevadores sean cargados ampliamente y sean comprendidos en las suturas, la perineorrafia no constituye una operación plenamente satisfactoria, puesto que, no pone a los músculos en contacto íntimo, sino que los deja separados por una masa mas o menos considerable de tejido fibroceluloso, poco elástico, y no contractil, que se dejará distender mas tarde, con lo que se reproducirá la separación de los elevadores y la reproducción del prolapso.

Por lo tanto, dadas estas condiciones, desde que la perineorrafia solo actúa uniendo a los elevadores, cargando algunos haces de estos mús-

culos con ayuda de una aguja que atraviesa todo el espesor del periné, es preferible, en lugar de intentar reunirlos a ciegas, descubrirlos y suturarlos a cielo abierto.

Hay que tener en cuenta que el prolapso genital es una verdadera eventración del periné, y, por lo tanto, se le debe practicar el tratamiento habitual de las eventraciones, es decir, que no se debe limitar a incidir los tegumentos y luego reunir ciegamente con una sutura todos los planos, sino que se debe diseccionar hasta que se encuentren los diversos elementos que constituyen la pared y suturarlos entre sí. Esta es la única manera de hacer una obra durable.

De lo cual se deduce que solo será eficaz el procedimiento que diseque el periné para investigar todos los elementos musculares y aponeuróticos que puedan sostener al tabique recto-vaginal y reunirlos en la línea media por una serie de suturas cuidadosamente practicadas plano por plano.

Desde Goubaroff que indicó por primera vez la importancia que tienen los elevadores, hasta

hoy, no se ha dejado de insistir sobre la necesidad imprescindible de suturarlos sistemáticamente, aproximando sus bordes internos, en el curso de la perineorrafia como tratamiento de los prolapso genitales.

La mayor parte de los autores que han estudiado recientemente esta cuestión, aconsejan que se practique la sutura de los elevadores, previo desdoblamiento del periné, sin efectuar ninguna escisión de la pared posterior de la vagina, pues, esta escisión, tiene el inconveniente de abrir la vagina y de exponer la herida operatoria a ser infectada por los agentes microbianos de este conducto, a las secreciones lo que compromete el resultado operatorio, agrava el pronóstico y no es compatible con una reunión por primera intención.

A esto debe oponerse el hecho de que, si la resección de la pared vaginal es tan peligrosa, no se pueden explicar los sucesos obtenidos empleando el procedimiento de Hegar.

Si en algunos casos ha habido supuración, es debido, sin duda, a una falta de técnica, en

la cual no se han observado las dos condiciones necesarias para obtener buenos resultados: desinfectar previamente la vagina y solo operar despues de haber cuidado las lesiones de metritis, cuando existan; además practicar las suturas con gran cuidado, de manera a obtener una reunión tan exacta como sea posible, sin dejar espacios muertos donde puedan formarse hematomas facilmente infectables.

Por otra parte, la resección de una parte de la pared vaginal posterior, presenta ventajas incontestables, pues, si no se practica el afrontamiento de la mucosa vaginal con la piel es muy dificultoso, por ser aquella exuberante, al punto que aun cuando se haya resecado un colgajo transversal, esta pared queda muy ancha y se pliega, dando un resultado poco satisfactorio.

Si no se reseca la vagina, la sutura de los elevadores reconstituye muy bien, por debajo de la pared vaginal posterior, un arco muscular que la sostiene e impide que se deje deprimir, pero, siendo esta pared exuberante, siempre tendrá tendencia a deslizarse por encima del apoyo muscu-

lar, reproduciendo la afección, aunque mas no sea en parte.

Tan es peligroso este deslizamiento que se ha preocupado de remediarlo pasando los hilos de la sutura profundamente, en el espesor de la pared vaginal, de manera de fijarla al rafe muscular e impedir que descienda.

Esta modificación, es evidentemente mas satisfactoria que la simple sutura de los elevadores, pero los resultados que dan las diversas variedades de colpoperineorrafias en el tratamiento de los prolapsos, deben inspirar inquietudes sobre la solidéz de esta fijación de la pared vaginal.

Mas bien que ingeniarse en suspender una pared laxa, es mas simple resecar la porción exuberante y estrechar el conducto vaginal.

Esta resección, bien hecha, tiene además la ventaja de devolver a la vagina su dirección y sus dimensiones primitivas, de tal manera que la pared posterior queda en contacto con la pared anterior, prestándole un punto de apoyo mas inmediato, y, sosteniéndola exactamente, se opone a todo cistocele, tanto mas cuanto que, siendo

traccionadas hacia atrás las paredes laterales de la vagina por las suturas, la pared anterior queda fuertemente estrechada y compensada su distensión.

Si la pared anterior forma un cistocele por su relajamiento considerable, se ha aconsejado completar la intervención practicando una segunda sutura de los elevadores por delante de la vagina, previo desdoblamiento del tabique vesico-vaginal.

La miorrafia anterior de los elevadores constituye una intervención bastante delicada, mucho más que la miorrafia posterior, porque el elevador es mucho más superficial hacia atrás de la vagina que hacia delante, por lo que, cuando estos músculos están poco desarrollados, su investigación requiere un desdoblamiento completo del tabique vesico-vaginal, cuando no resulta imposible encontrarlos, como ha sucedido en ciertos casos.

Si la miorrafia anterior es practicada sola, resulta una operación insuficiente, que no reconstituye el periné, no devuelve a la pared posterior su dirección y su solidez normales, y, por consi-

guiente, no puede curar un prolapso. Por el contrario, si se le combina con una colpo-perineorrafia, con sutura de los elevadores, resulta inútil, a lo menos en la gran pared posterior, restituyendo a la pared anterior su punto de apoyo normal, basta casi constantemente para impedir el prolapso de esta última.

Dado el caso que la pared anterior está relajada, puede naturalmente practicarse la colpo-rrafia anterior, pero, esta operación será casi inútil en la mayor parte de los casos, si se practica al mismo tiempo que la miorrafia posterior la resección de un amplio colgajo triangular sobre la pared posterior de la vagina, pues, los hilos traccionan hacia atrás a las paredes laterales y anterior, quedando suprimida la laxitud de la pared anterior y corregido casi siempre el cistocele.

Volviendo a la miorrafia anterior, hacemos notar que, tiene el inconveniente de modificar la dirección normal de las fibras del elevador y de disminuir por consiguiente el sosten que este músculo presta a la pared posterior. En efecto, los

elevadores no tienen ninguna inserción inferior por delante de la vagina, solo forman un arco tendido entre las dos ramas del pubis, que sostiene a la pared posterior traccionándola hacia arriba y adelante, y, si se les sutura hacia atrás de la vagina, se reconstituye este arco y se refuerza su acción. Por el contrario, la sutura practicada por delante de este conducto, transforma esos músculos en un anillo que rodea a la vagina, del cual parten dos bandas musculares que se fijan al pubis.

Esta disposición es tal vez mas favorable al sosten y a la proyección hacia arriba y adelante de la pared posterior de la vagina.

Ahora bien, sabemos que el resultado operatorio depende del buen estado y de la dirección de esta pared, y, por lo tanto, la miorrafia anterior es inútil y de resultados inferiores a la sutura de los elevadores por detras de la vagina.

Por todas estas razones, la colpoperineorrafia combinada con la sutura posterior de los elevadores, resulta la operación de elección para los prolapsos consecutivos a las desgarraduras musculares.

Algunos días antes de practicarla, se deberá limpiar cuidadosamente la vagina por medio de repetidos lavages, y, si existen lesiones de metritis, lo que es muy frecuente, tratarlas y esperar su curación, de manera que las secreciones sépticas del útero no desciendan a la vagina. Luego se prepara a la enferma como para toda intervención.

Esta puede dividirse en seis tiempos:

INCISIÓN CUTÁNEA.— Se practica una incisión concava hacia delante, que pase transversalmente por detras del limite posterior de la horquilla y siga el borde cutáneo-mucoso de la vulva, hasta el borde externo del labio mayor, a la manera de Lawson-Tait-Doleris, para la perineorrafia por desdoblamiento, pero, prolongada hacia delante, de manera que se facilite la investigación de los elevadores y que permita una movilización mas completa de la pared posterior.

DESDOBLAMIENTO DEL TABIQUE RECTO-VAGINAL.
—Despues de haber incindido la piel, se incinde el rafe y el cuerpo perineal, de manera que la vulva y el ano queden separados. Se colocan cua-

tro pinzas, dos hacia atrás sobre la piel, cerca del ano y dos hacia delante sobre la pared vaginal, a la altura de las extremidades de la incisión. El ayudante tracciona con las pinzas y de ese modo aleja la vulva del ano; entonces, con un dedo cubierto con una gasa puede desprenderse de cada lado el tejido celuloso que separa la vagina del recto, quedando aislada una banda de tejido fibroso que une las paredes de los dos órganos.

La sección de este repliegue fibroso, constituye el tiempo mas delicado de la operación, a pesar de lo cual, no es necesario introducir un dedo en el recto, como ha sido aconsejado, bastando traccionar suficientemente la pared vaginal hacia delante y seccionar con tijeras la cinta recto-vaginal bien al ras de esta pared, lo mas lejos posible del recto.

Cuando la cinta recto-vaginal ha sido seccionada completamente, se penetra en el espacio desprendible peri-rectal, que se reconoce facilmente por sus paredes lisas, blancas, como si estuvieran recubiertas por una serosa.

Una vez en este espacio, es fácil con un dedo o con las tijeras romas, desprender la pared vaginal de la rectal, justamente al nivel del fondo de saco de Douglas que se descubre en el fondo de la incisión, bajo la forma de un rodete transversal blanco que hace relieve.

INVESTIGACIÓN DE LOS ELEVADORES.—Terminado este aislamiento, es fácil encontrar a los elevadores, basta traccionar fuertemente la vagina hacia delante y el ano hacia atrás, para descubrir los músculos bajo forma de dos cintas que se dirigen de adelante hacia atrás, de la pared lateral de la vagina hacia el recto. Es frecuente encontrar estas cintas muy separadas y casi adheridas de cada lado a la pared pelviana. Una vez puestos en descubierto los músculos, es bueno pasar en cada uno una seda gruesa que atraviese todo el espesor, formando dos ansas que no se anudan y que servirán más tarde como hilos directores para disponer los músculos en la dirección que sea necesaria; además, facilitan mucho la sutura de la pared vaginal y la de los elevadores; una vez terminada la operación se

retiran las sedas antes de suturar la piel.

ESCISIÓN DE UN SEGMENTO TRIANGULAR DE LA PARED VAGINAL POSTERIOR Y SUTURA DE ESTA PARED.—Desprendida la pared vaginal y muy tendida por medio de las pinzas, se estirpa con tijeras un segmento de esta pared en forma de triángulo, cuyo vértice llegue hasta el fondo de saco recto-vaginal y la base responda casi al límite anterior de la incisión cutánea; no debe temerse en efectuar una amplia resección, pues, la pared vaginal es muy extensible y siempre permitirá reunir las paredes laterales, remediándose al relajamiento de la pared anterior, traccionándolas hacia atrás.

Una vez terminada la escisión, se reconstituye la pared posterior de la vagina por medio de una serie de puntos con catgut, colocados muy cerca unos de otros y pasados bastante lejos de los bordes de la incisión.

Si la incisión ha sido suficiente, a medida que la sutura reconstituya la pared posterior, esta sube por delante de la pared anterior, contra la cual debe ponerse en contacto. Los últimos

puntos deben ofrecer cierta dificultad para aproximar los bordes de la incisión y solo poderlo conseguir levantando mucho las comisuras, de tal manera que la vulva no mire hacia abajo, sino directamente hacia delante.

SUTURA DE LOS ELEVADORES.—Reconstituida la pared posterior se reúne los elevadores, para lo cual lo mejor es hacer dos planos de sutura, uno profundo que adose la cara interna de los elevadores hasta cierta altura y otro superficial que una los bordes de los dos músculos.

La sutura profunda es grandemente facilitada por las ansas de seda pasadas en el espesor de la masa muscular, la cual traccionada hacia fuera y arriba hace accesible la cara interna del músculo, pudiéndose entonces cargar fácilmente una buena parte de la cara interna, uniéndola con la del lado opuesto con tres o cuatro puntos con catgut.

Puede hacerse una sutura puramente muscular, pero, entonces es preferible pasar hilos en forma de V, que, después de haber atravesado uno de los elevadores, cargan el rodete formado

por la sutura de la pared vaginal, antes de atravesar al elevador del lado opuesto. Estos hilos en número de tres o cuatro, deben ser cada vez mas superficiales a medida que se van colocando mas cerca de la vulva. Observando esta precaución, se consigue que la pared posterior de la vagina conserve su rol mas favorable de sosten, lo que resulta, una vez cerrados los hilos, de la tracción que sufre esa pared hacia arriba y atras, hallándose por lo tanto adosada al plano muscular subyacente sin ninguna tendencia a descender. En cambio, si las suturas son independientes, resulta que entre la pared vaginal y el músculo subyacente persiste siempre un espacio muerto, en el cual facilmente puede formarse una hematoma.

A fin de evitarlo se aconseja pasar puntos en 8 que penetren en la pared vaginal a la derecha de la sutura mediana, atraviesen de la profundidad hacia la superficie al elevador del lado izquierdo, despues de la superficie hacia la profundidad al elevador del lado derecho y salga atravesando la pared vaginal a la izquierda de la sutura mediana.

Sea cualquiera el método que se emplee, el plano profundo de sutura se completa con cuatro o cinco puntos transversales, que unan el borde inferior de los elevadores por encima de la sutura profunda.

SUTURAS SUPERFICIALES.—Por encima de las suturas musculares, se cierran los tegumentos del periné, pasando una serie de hilos transversales, de manera que se vaya reuniendo de atrás hacia delante la incisión perineal.

Uno que otro de esos hilos se debe pasar profundamente, de manera a comprender en la sutura al borde inferior de los elevadores y adosar íntimamente la piel contra el plano muscular subyacente, evitando así la formación de un hematoma subcutáneo, aunque a veces estos hilos profundos tienen el inconveniente de impedir un afrontamiento exacto plegando la piel.

Para evitar este defecto, se puede anudar los hilos sobre un pequeño rollo de gaza colocado por encima de las suturas superficiales.

1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

1898

1899

1900

OBSERVACIONES CLÍNICAS

I

Hospital Alvear—Sala XXVI—Cama I.

Servicio del Dr. Piccardo

T. N. de M. 40 años—Italiana—Casada—
Profesión chalequera.

Diagnóstico: Cistocèle, Desgarradura del periné, Insuficiencia del elevador del ano.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: No recuerda haber tenido enfermedades en la infancia. A la edad de trece años tuvo su primer regla, que se presentó acompañada de dolores en el bajo-vientre, grandes pérdidas sanguíneas y de duración de tres á cuatro días. A la edad de catorce años se casó, siendo sus reglas iguales á la primera y periódicas en su aparición. Tuvo once hijos, sus embarazos á término y los puerperios apireticos. Dos

murieron de teranos a los siete días de haber nacido.

Se casó por segunda vez, no habiendo tenido hijos de este segundo matrimonio. Las reglas continuaban siempre muy abundantes.

Enfermedad actual: Data desde cinco años atras.

Despues del último parto notó una secreción abundante que le aparecia en los labios de la vulva, secreción de color amarillo que le mancha la ropa, sus reglas aparecian adelantadas y muy abundantes, sufría dolores en el bajo-ventre y ardores al orinar.

Debido a este estado acudió al hospital Rivadavia, donde le prescribieron lavajes y óvulos, con cuyo tratamiento mejoró algo, por lo que suspendió sus curas.

Al poco tiempo se sintió como al principio, ademas fuertes dolores de cabeza, chuchos, etc., por lo que se decide a hospitalizarse.

Estado actual: Ingresa con una ligera bronquitis.

Corazón: Tonos normales. *Pulso* 96, rítmico, buena tensión.

Aparato digestivo: Constipación desde que se inició su enfermedad.

Aparato genital: Vulva entreabierta; desgarradura del periné, la pared anterior de la vagina está prolabada, el elevador del ano es insuficiente; hay ligero rectocele.

Poco despues de ingresada se interviene, anestesia eterea, se practica una colporrafia anterior, colpo-perineorrafia posterior con miorrafia del elevador del ano.

Sonda vesical permanente.

Cuatro dias despues se retira la sonda. Las suturas estan limpias.

Se da de alta curada.



II

Hospital Alvear —Sala XXVI—Cama 21.

Servicio del Dr. Piccardo

M. L. de 30 años—Italiana—casada—Profesión q. d.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión en la infancia. No recuerda cuando menstruó y sus reglas continuaron hasta que se casó en las siguientes condiciones: sin dolor, abundantes, de cinco a ocho días de duración, periódicas. Se casó a los 18 años. A los diez meses tiene un embarazo a termino, así como un segundo, puerperio normales. Sus reglas continuaron en las mismas condiciones.

Enfermedad actual: Hace proximamente cuatro años, nota pequeños dolores en el bajo vientre, sus reglas comienzan a hacerse irregulares adelantandose muchos días con dolores durante el

derrame, pero este sintoma no era constante. Flujo blanco en gran cantidad.

Practicando baños y lavajes, consigue que el flujo cesara, pero, el dolor persiste y aumenta con la micción.

Estado actual: Buen estado general; apetito escaso; no hay constipación.

Organos internos normales, excepción hecha de su aparato genital.

Pulso: 82, regular, ritmico, buena tensión.

Exámen genital: Vulva entreabierta, periné desgarrado, ligero cisto y rectocele; el cuello uterino se encuentra descendido.

Se interviene, anestesia general eterea.

Se practica colporrafia anterior, colpoperíneo-rrafia con miorrafia del elevador.

Se da de alta curada.

III

Hospital Alvear—Sala XXVI—Cama 23.

Servicio del Dr. Piccardo

R. D. de R. de 29 años—Argentina—Casada—q. d.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: No recuerda haber tenido enfermedades propias de la infancia.

A los trece años tuvo su primera regla, de tres días de duración y algo dolorosas. A causa de un accidente después de dos o tres menstruaciones, estas desaparecieron durante tres meses, apareciendo movimientos coreiformes generalizados que le duraron cuatro o cinco días.

A los 26 años se casó; tuvo dos hijos. El primer puerperio fué febril. El segundo embarazo fué normal así como el puerperio.

Enfermedad actual: Después del último parto, notó una sensación de peso en el bajo vientre en cualquier posición que se colocara, dolor que

se exacebaba con los esfuerzos. Sufre de constipación habitual.

Estado actual: Buen estado de nutrición.

Aparatos circulatorio, digestivo respiratorio y nervioso normales.

Aparato genital: Vulva entreabierta, desgarradura incompleta del periné, cistocele, rectocele; prolapso del útero.

Raquianestesia.

Colporrafia anterior, colpoperineorrafia. Mioirrafia del elevador.

Se deja sonda permanente.

Dada de alta curada.

P. I. PAITA.



BIBLIOGRAFIA

Piquaud y Renaud Hue. El elevador pubo-vaginal y los prolapsos genitales.

Treub. Mecanismo del prolapso genital.

Forge. Patología externa.

Faure y Siredey. Tratado de ginecología.

Testut y Jacob. Anatomía topográfica.



Buenos Aires, Junio 15 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José T. Molinari, al profesor titular Dr. Samuel Molina y al profesor suplente Dr. Osvaldo L. Bottaro que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º. de la "Ordenanza de exámenes".

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario.

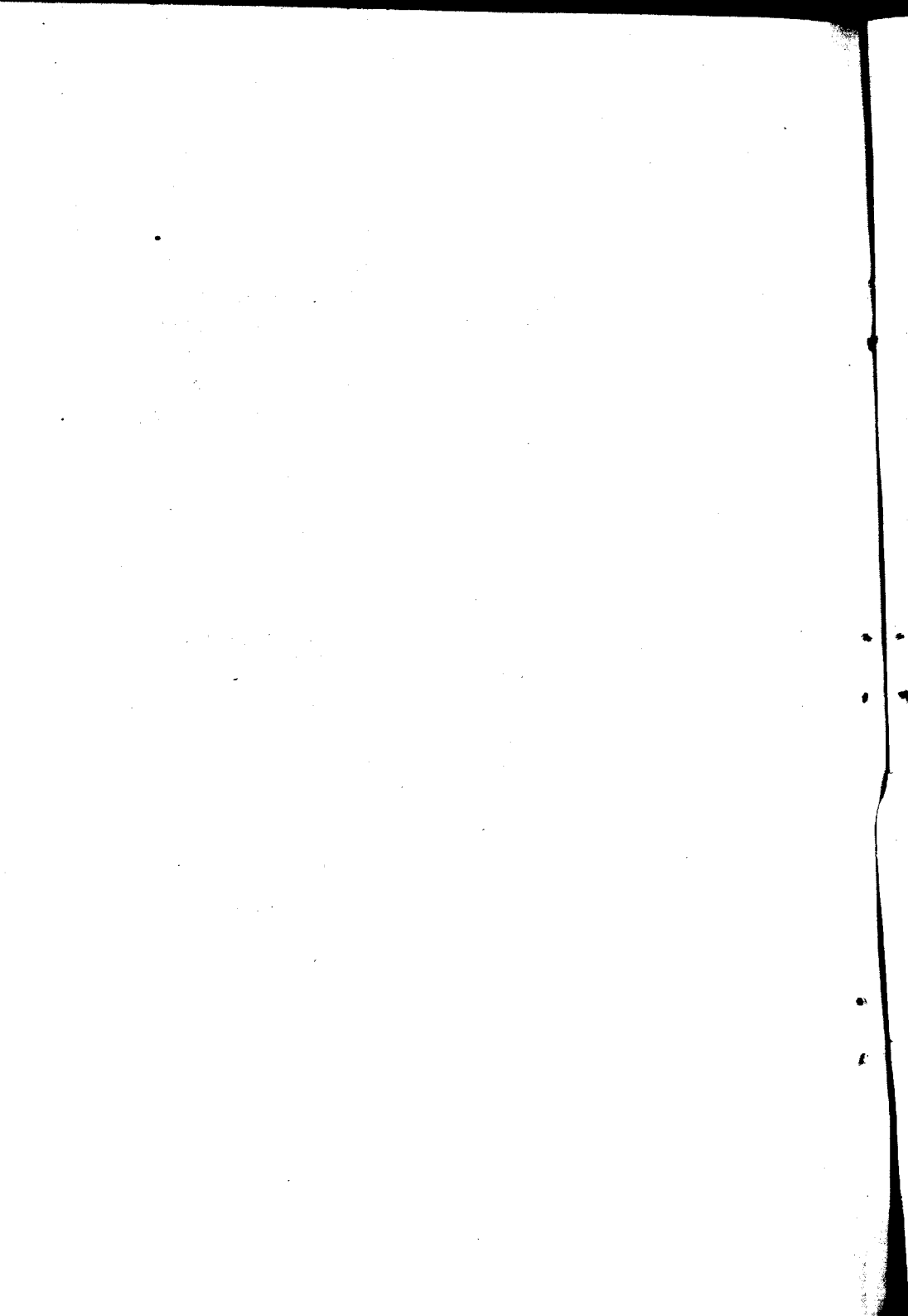
Buenos Aires, Junio 28 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta No. 3166 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento profilático de las desgarraduras del periné.

José T. Molinari

II

Complicaciones de la preñez en el prolapso uterino.

Sannel Molina

III

Criterio clínico quirúrgico que determina la elección entre la colpoperineorafia o la histerec-tomia vaginal, en las mujeres con prolapso com-pleto del útero.

Mismo criterio para la elección de la anes-tesia.

Oswaldo L. Bottaro

