

PROLAPSO UTERINO.

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA

ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

Facultad de Medicina y Farmacia,

POR

JOSÉ FERNÁNDEZ DE LEÓN,

Ex-interno del Hospital General en el Segundo Servicio de Cirugía de Mujeres, Sala de Maternidad y Casa de Salud de Señoras (1901, 1902 y 1903), Ex-Presidente de "La Juventud Médica", Ex-Delegado de la misma al primer Congreso Centro-Americano de Estudiantes, Practicante de la Policlínica de los Doctores Ortegas.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA

DE

Médico y Cirujano.

AGOSTO 1903.



INTRODUCCIÓN.

No pretendemos haber hecho un estudio acabado de la afección, objeto de nuestra tesis, y menos haber resuelto ninguno de los problemas que aún la rodean. Las escasas aptitudes de que disponemos, defraudaron nuestros deseos.

En el curso de este imperfecto trabajo hemos querido reasumir cuanto se ha dicho acerca del PROLAPSO UTERINO, insistiendo sobre la etiología, á fin de que, conocidas y justificadas las causas que lo producen, se eviten en lo posible, previniendo la afección, que en ocasiones es más seria de lo que generalmente se cree. Hacemos también algunas consideraciones, acerca de las operaciones practicadas para curarlo; y de ellas se han desprendido lógicamente las conclusiones que damos al final.

Respecto del nuevo procedimiento descrito por Dejar-din, de que nosotros no podemos juzgar los resultados, por ser tan reciente, sólo llamamos la atención de nuestros cirujanos, á fin de que lo pongan en práctica, ya que la técnica de la operación no implica ningún peligro para la enferma, y sí ofrece las mayores probabilidades de éxito, como lo demuestra su autor.

Aprovechamos la oportunidad que el acto, significativo, de nuestra investidura con el título profesional nos ofrece, para manifestar los sentimientos de respeto y gratitud que hácia nuestros maestros nos animan; y lo hacemos muy especialmente hácia el DR. D. JUAN J. ORTEGA, que nos ha distinguido, inmerecidamente, con su paternal afecto, y hácia el DR. D. JORGE AVILA ECHEVERRÍA, que nos hizo el honor de aceptar la revisión de nuestra tesis.

DEFINICIÓN É HISTORIA.

Se entiende por prolapso uterino la desviación progresiva de los órganos genitales internos, con tendencia á salir fuera de la vulva. Los autores al dar sus definiciones difieren casi todos en la forma, pero en el fondo, todos llegan al mismo fin. Realmente debiera llamarse, como lo hacen algunos, prolapso de los órganos genitales, porque no es sólo la matriz la que sale al exterior, y aún hay ocasiones en que son los demás órganos, vejiga, vagina y recto, los únicos que hacen proscidencia, quedando el útero por dentro de la vulva; pero el uso ha establecido esta denominación y sirve de excusa á la mala aplicación del nombre, la costumbre que no podemos evitar.

He aquí algunas definiciones:

“Entiéndese por prolapso de la matriz, aquella posición anómala, en la cual todo el órgano ó una parte de él, se encuentra por delante de la vulva, fuera de los órganos genitales externos.” (Veit). Para Berry Freland, el prolapso uterino, es “un desplazamiento hácia abajo, del tejido grasoso retropubiano, de la vejiga, de la uretra, de la pared anterior de la vagina, del útero y de la pared vaginal posterior.”

“Hay prolapso cuando el útero en totalidad está situado debajo del plano que ocupa normalmente”, dice Terrillón.

Richelot, en su “Cirujía del Utero”, publicada el año próximo pasado, define el prolapso en general, diciendo: “prolapso es una afección caracterizada por el relajamiento de las paredes vaginales, su descenso progresivo, su tendencia á hacer eminencia y á perder finalmente todo derecho de domicilio en la excavación pelviana” y agrega: “el prolapso útero-vaginal es un caso particular de relajamiento de los tejidos fibrosos, que caracteriza el neuro-artritisismo.”

Y Suárez Gamboa, sin dar definición, hablando de una señora que tiene un enorme prolapso genital, dice que tiene comprendidos en su *hernia*, el recto, la vejiga, el útero, la vagina y parcialmente los anexos. La misma denominación “*hernia sacro-pubiana*” le mereció á Hart.

Poco se conoce de la historia del prolapso, y solo hace

sospechar que antiguamente se buscaba remedio al mal, el hecho de que Hipócrates conocía y usaba los pesarios para contenerlo. Job ab Me Kren en el siglo XVII llamaba "falsas caídas del útero" á las hipertrofias del cuello de la matriz.

En 1860 Hugier presentó una memoria á la Academia, sobre "alargamiento hipertrófico del cuello" en la que negó en absoluto el prolapso. Fué combatido por Depaul.

FRECUENCIA.

No es una afección rara, sino por el contrario, con mucha frecuencia se presentan en las clínicas mujeres á quienes los sufrimientos morales y materiales ocasionados por el prolapso, obligan á buscar remedio para su mal. Como luego veremos al tratar de la *Etiología*, es más frecuente entre las clases pobres de la sociedad, debido al género de ocupaciones á que se dedican las mujeres que deben ganar con su trabajo material el pan de sus hijos.

No se presenta igualmente en todas las edades, y según una estadística de Pagenstecher, citada por Suárez Gamboa, en México es más frecuente en las mujeres que están entre 50 y 70 años; menos, entre 40 y 50 y por último, las mujeres de 30 y menos. El número de partos, también tiene grandísima influencia en el desarrollo de la afección de que tratamos, observándose que es más frecuente entre las que han tenido más de cuatro hijos. Según Pagenstecher, 75 % de las mujeres observadas por él, estaban en esas condiciones, habiendo abandonado el lecho 4 ó 5 días después del parto.

En las nulíparas no vírgenes, se han observado pocos casos, siendo éstos, de preferencia, correspondientes á personas de edad avanzada. Tal, el caso de nuestra observación número 5. Weimberg, Scanzoni, Lietman y Stepkouski, citan casos de la misma naturaleza.

Mucho más raro es en las vírgenes, sin que hayan dejado de verse ejemplares.

Los casos que se citan de prolapso congénito, y de que solo existen once auténticos, han coincidido con la presencia de *espina bífida*. Doleris cree que en su producción han obrado dos causas: "condiciones mecánicas anormales, y defecto de innervación de la extremidad inferior del tronco." Los

casos auténticos pertenecen á los siguientes observadores: Schultz, Ovisling, Schaeffer, Heil, Remy, Krause, Ballantyne y Thompson, 2, Radwanski, Doleris y Hanssen (1).

Entre nosotros, por falta de una buena estadística, no se puede saber en qué circunstancias se presenta con mayor frecuencia; y solo podemos decir, tomando los poquísimos datos que suministran los estados de las Clínicas del Hospital, publicados en las memorias del mismo, que es muy frecuente, como puede verse por los números que damos á continuación:

AÑOS.	1 ^{er} GRADO.	2 ^o GRADO.	3 ^{er} GRADO.
1889	0	0	12
1890	0	1	4
1891	1	0	12
1892	0	0	22
1893	1	0	6
1894	0	0	13
1895	0	0	9
1896	0	3	7
1897	0	0	18
1898	1	0	19
1899	1	3	15
1900	3	10	19
1901	8	4	11

Hemos de advertir que la división que se establece en el cuadro anterior, es muy arbitraria, y que en la mayoría de los estados de donde tomamos esos números, solo se dice "prolapso uterino", sin expresar de qué grado. Esta circunstancia nos ha obligado á colocarlos en el número de los prolapsos completos, ó de tercer grado, por ser éstos mucho más frecuentes.

Durante nuestro internado en el Segundo Servicio de Cirujía de Mujeres y Casa de Salud de Señoras del Hospital General, tuvimos ocasión de observar varios casos, de que damos las principales observaciones en otro lugar.

(1) Suárez Gamboa.—Monografías de Clínica Quirúrgica.—La Histerec-tomía.—Pág. 170.

ETIOLOGÍA.

La mayor parte de los autores están de acuerdo acerca de la etiología del prolapso, pero discrepan atribuyendo mayor ó menor influencia á algunas circunstancias, según el criterio de cada cual. Las causas que lo producen son numerosas, sin que puedan atribuirse las mismas á todos ellos, pues en este caso, como en todos los casos de clínica, no se puede estudiar la enfermedad en distintos individuos, sino los individuos mismos, portadores de una enfermedad ó afección.

Entre otros, Veit, exclusivista en extremo, admite como única causa del prolapso, la retroversión-flexión de la matriz, siendo en concepto de él, las demás causas, muy raras. Cree y sostiene que el puerperio, y la involución uterina, aunque sea interrumpida, no tienen mayor influencia en su producción. A propósito, se dedicó durante el año de 1887 á hacer investigaciones y experimentos en la Clínica de Olshausen, Halle, continuando más tarde en Breslau. De ellos dedujo que en las mujeres que abandonaban el lecho 4 ó 5 días después del parto, la regresión de los órganos genitales estaba acabada, y éstos tenían su volumen normal al cabo de 10 días, mientras que en las mujeres que permanecían en la cama 10 ó 12 días después del parto, dichos órganos, al cabo del mismo tiempo, eran más gruesos y pesados. Advierte que solo hizo experiencias en mujeres que voluntariamente dejaban la cama. La estación de pié, dice, pronuncia la anteversión de la matriz, porque durante ella la presión abdominal se ejerce sobre la cara posterior de la misma; así, se acentúa el ángulo que dicho órgano forma normalmente con la vagina, y en esta actitud, la mujer está menos expuesta al prolapso que en el decúbito dorsal, en que el fondo de la matriz cae á una posición intermedia ó á la retroversión, en cuyo caso es muy fácil que se produzca aquel.

Enteramente en desacuerdo están estas ideas, respecto de la involución de los órganos genitales, con las de la mayoría de los autores, que sostienen que dicha involución se verifica mejor, guardando el reposo necesario durante el puerperio.

Es cierto que la retroversión es una de las causas del prolapso y que la mayor parte de los úteros caídos están en retroversión, retroflexión ó retroversión-flexión; pero eso no

autoriza á tomar las desviaciones como principal causa productora.

Nosotros admitimos con Lavadie Lagrave y Legueu, *causas predisponentes y causas determinantes*.

1º—CAUSAS PREDISONENTES. Comprendemos en este grupo, todas aquellas causas que han debilitado el organismo, colocándolo en un estado de *locus minoris resistentia*. Entre éstas, hay *causas generales y locales*. Son las primeras: la clorosis, la anemia, el artritismo, la menopausa, las profesiones penosas. En éstas está comprendida la herencia de que habla Dosán (1). Las causas predisponentes locales, son: deformaciones congénitas, embarazo, parto, involución uterina, hipertrofia del cuello, rasgadura del periné y retrodesviaciones.

¿Cómo obran estas causas en la producción del prolapso? Debilitando los medios de fijeza de la matriz y reduciendo sus medios de contensión.

LAS CAUSAS GENERALES obran sobre todo el organismo. Richelot en su comunicación al *Congres français de chirurgie, 1896*, dice: "el origen del prolapso debe ser buscado en el estado diatéxico de la mujer"; y en su *Chirurgie de l'utérus*, hace notar que la jaqueca, el eczema, dolores articulares, neuralgias, constipación, várices, etc, son los pequeños males que sobreviven á la afección, lo cual da á las enfermas aire de familia, y marca su temperamento (2). Debida seguramente al artritismo, es la enteroptosis de Glenard, que traduce el desorden general de la nutrición y se manifiesta por la producción de hernias, prolapso, desplazamientos de las vísceras fijas del abdomen: el riñón, el hígado, y el bazo. Ya se comprende que dicha diátesis está llamada á desempeñar el mayor papel en la producción del prolapso de la matriz.

LA CLOROSIS Y LA ANEMIA, enfermedades manifestadas desde luego por debilidad general, gozan también de un papel importante en su producción.

La *menopausa* hace perder su tonicidad normal á los tejidos, que se atrofian, pierden sus fibras musculares, y se

(1)—Suárez Gamboa.—Monografías.—Pág. 178

(2)—Richelot.—Chirurgie de l'utérus.—Pág. 177.

dejan invadir por degeneraciones de diversa naturaleza. De ahí la predisposición orgánica de las personas de edad avanzada. Para Veit, el vicio viene de la edad fecunda.

LAS PROFESIONES PENOSAS son las que suministran mayor número de enfermas á prolapso. Es fácil comprender cómo esas profesiones se hacen causa predisponente en las mujeres que lavan, aplanchan, cocinan ó son cargadoras de cestos y otros objetos pesados. Los esfuerzos á que su misma profesión ú oficio las obliga, encuentran en ellas, en la mayor parte de las veces, un terreno preparado de mucho tiempo atrás. Pobres y mal nutridas, sin tiempo para dedicarse á su salud y algunas veces ni aun á su aseo personal, esas gentes, escrofulosas, anémicas, pasan la vida en el trabajo sin preocuparse de sus dolencias. De manera que en ellas, no solo los esfuerzos á que las obliga la profesión, y que veremos más tarde, sino toda una multitud de circunstancias, obran para producir el prolapso, afección tanto peor soportada para esa gente, cuanto que sus necesidades aumentan si falta su trabajo material.

LAS CAUSAS PREDISPONENTES LOCALES obran también debilitando, no ya todo el organismo, sino los medios de suspensión y de contención de los órganos genitales internos.

LAS DEFORMACIONES CONGENITALES de la pelvis y de los órganos contenidos en ella; las dimensiones de la vulva y del periné, la inclinación misma de la pelvis, la cortedad de las paredes vaginales, son causas que influyen, ayudadas por otra ú otras de las muchas á que se atribuye la afección. Kuler insiste sobre la inclinación de la pelvis y asegura que cuando es horizontal el estrecho superior, la mujer está más predispuesta que en ninguna otra modalidad.

La influencia del EMBARAZO ha sido afirmada por algunos que, como Trelat, sostienen que puede ser causa de prolapso la gestación misma. Es evidente que las modificaciones que dicho estado fisiológico imprime al organismo materno, son mucho mayores del lado de los órganos genitales; éstos se distienden, se ablandan, pierden gran parte de su elasticidad, y se relajan. Cuando los embarazos se repiten, mayores son las modificaciones sufridas por dichos órganos, y mayores también, las probabilidades del descenso uterino. El periné no escapa á la influencia de la gestación,

y su resistencia va siendo menor cada vez que se presenta aquella.

EL PARTO es entre los factores etiológicos de la producción del prolapso, el más importante desde muchos puntos de vista. Los traumatismos que produce, aún cuando sea normal y fácil, son bastante serios para crear una probabilidad; y á esto agregamos que en las primíparas, por bien asistidas que sean, el simple paso de la cabeza fetal, distiende y forza un conducto normalmente estrecho, y produce desgarraduras subcutáneas cuando ménos, que debilitan la resistencia de los esfínteres y del piso perineal, que ya no será suficiente para soportar el peso de los órganos contenidos en la cavidad del abdomen. Con mayor razón, si el parto es laborioso y ha necesitado, para terminarse, de la práctica de una operación cualquiera: aplicación de forceps, versión, etc. El parto, dice Doleris, obra desgarrando cualquiera de los dos diafragmas musculares que debe atravesar el feto para ser expulsado al exterior. El primero, situado al nivel del cuello uterino, rodeado del aparato ligamentoso y muscular, que insertándose por su periferia sobre los contornos de la pelvis, constituye el *aparato suspensor de la matriz y la vagina*; y el segundo, que lo forma el periné, y que constituye, con relación al útero, el *aparato de sostén y apoyo*. Las desgarraduras del último, las veremos adelante.

La *involución ó regresión genital*, predispone también al prolapso cuando es interrumpida en su terminación. Los grandes cambios efectuados en la matriz durante la gestación: hipertrofia é hiperplasia, congestión, etc. etc., no pueden desaparecer con la misma prontitud con que la matriz expulsa el producto de la concepción. Muchos días son necesarios para que el trabajo de regresión se efectúe, pues los fenómenos se suceden lentamente. El peso del útero que inmediatamente después del trabajo varía entre 800 y 1.200 gramos, cae á 750 al cabo de cuatro horas (Spiegelberg); al cabo de una semana es de 500 gr. y de 200 á los quince días. Solo al cabo de cinco ó seis semanas tiene el útero su peso normal (40 á 60 gramos). El volumen está en la misma relación y disminuye con la misma lentitud, de tal modo, que hasta el undécimo día, ha llegado al nivel de la sínfisis pubiana. (1)

(1) —Rivemond Dessaignes—Precis d'obstetrique, pág. 543.

En algunas mujeres, la involución se efectúa en pocos días, y puede ser exagerada, al extremo de hacer el útero mucho más pequeño de lo que era antes de la gestación. Muchas veces también puede no apreciarse el volumen de la matriz, que aumentada, está oculta detrás de la sínfisis. Esto explica los casos citados por Veit, á que hicimos referencia al principio de este capítulo.

Pero por regla general, la involución no se termina, fisiológicamente, sino después de 5 ó 6 semanas *post partum*. No es difícil explicar entonces la predisposición ó producción del prolapso, que crean las faltas de higiene en este período delicado de la vida genital de las mujeres. Útero aumentado de volumen y de peso, paredes vaginales congestionadas, vulva agrandada, periné traumatizado, hé ahí el cuadro que se presenta. Si falta el reposo necesario para que los órganos vuelvan á su estado normal, y á todas estas circunstancias se agregan las presiones abdominales ejercidas mediante los esfuerzos que haga la mujer, tendremos completa la etiología.

La *hipertrofia del cuello uterino* que ha sido diversamente interpretada por ginecólogos ilustres, no tiene, en realidad, la influencia que Hugier le atribuía. Para algunos, dicha hipertrofia no es más que el resultado de las tracciones ejercidas por las paredes vaginales *caídas*, sobre el cuello, al nivel de sus inserciones. Cruveillier, Duplay et Chaput, Hegar y otros, opinan así, y todos tienen como muy rara su existencia. Para otros, como Veit, la hipertrofia que se encuentra en muchos prolapsos completos, es el resultado de la compresión de los vasos, el estancamiento de sangre y la producción de un edema duro; estas lesiones secundarias, dan al cuello un aspecto de hipertrofia que generalmente no tiene, lo cual se demuestra por los exámenes microscópicos practicados, y el hecho de que llevando la matriz á su sitio, restableciéndose por consiguiente la circulación, el cuello vuelve á sus dimensiones normales (1). Sin embargo, no niega en absoluto, que pueda producir el prolapso, hallándose la lesión neta. Ciertamente, aunque la mayoría de las veces la lesión es secundaria, puede encontrarse primitivamente y constituir una predisposición. Estos casos son muy raros.

(1)—Veit—Enciclopedia de Ginecología, Tomo I, pág. 180.

Las *rasgaduras del periné*, producidas durante el período de expulsión del feto, cuando no han sido reparadas oportunamente, producen la más frecuente de las predisposiciones locales.

Es verdad que para ésta, como para todas las otras causas enumeradas, es preciso que obre otro factor; pero ninguna de aquellas expone más que la rasgadura perineal, puesto que muchas cuentan entre sus coadyuvantes esta causa. Agranda las dimensiones de la vulva que se hace flácida y se deja distender fácilmente, disminuye las dimensiones del periné, que no puede resistir á las presiones abdominales, ni al peso de los órganos genitales internos.

Las *retro-desviaciones*, á que Veit hace jugar el principal papel en la producción del prolapso, son ciertamente una causa de él; pero no se observa éste, como quiere el ginecólogo de Leiden, todas las veces que se producen aquellas. Si así fuera, habría de atribuirse una influencia exagerada, como lo hizo Schultze, al papel de los ligamentos anteriores en el sostenimiento de la matriz.

Los ligamentos anteriores son muy extensibles; lo prueba el hecho de dejarse traer hasta cerca de la vulva, practicando la histerectomía vaginal; al contrario los ligamentos útero-sacros, que gozan de mayor energía y resisten mejor á las tracciones ejercidas sobre el cuello. Con todo, no debe creerse que su alteración puede producir el prolapso, relajando la pared vaginal anterior y acercando, como acerca, la inserción útero-vaginal á la inserción pelviana. Si los ligamentos desempeñasen tal papel, se verían prolapsos uterinos sin cistocele, con mucha más frecuencia de la que se vé comunmente (1). En 33 observaciones, Duplay y Chaput solo han visto 7 casos.

2º—CAUSAS DETERMINANTES. Las causas determinantes de la producción del prolapso, pueden reducirse á una: *la presión intra-abdominal*. Esta es en resumen, la causa determinante de todos ó de casi todos los prolapsos. Esta presión puede manifestarse en el momento de hacer un esfuerzo: toser, vomitar, levantar un fardo ó trasto pesado; durante la defecación, cuando la mujer es constipada, en la

(1)—Lavadie Lagrave y Legueu—Traité Médico Chirurgical de Ginecologie, pág. 445.

práctica de ejercicios rudos: lavar, apluchar, moler, etc., etc.; ó bien sin que se haga esfuerzo brusco, en cuyo caso la presión abdominal obra solo durante la respiración, en el momento de la espiración.

A veces no es, ni el esfuerzo brusco, ni la lentitud con que obra la respiración: es un tumor desarrollado en la cavidad abdominal, el que, adquiriendo dimensiones más ó menos grandes, presiona sobre la matriz directa ó indirectamente, y obliga á dicho órgano á desviarse y á salir fuera de la pelvis.

Esta es la etiología de los prolapsos en la mayor parte de los casos, en todas las mujeres múltiparas. En cuanto á las nulíparas y vírgenes, algunas solamente de las causas mencionadas se pueden invocar para la explicación del fenómeno. En las primeras, sin dejar de tener en cuenta las causas predisponentes generales, Barnes atribuye su producción á violentos accesos de tos y á presiones ejercidas por tumores; Mac Clintock, á los esfuerzos en la defecación y lesiones rectales; Schuch, los pone siempre bajo la dependencia de la hipertrofia del cuello; West, á la elasticidad anormal de los ligamentos, á los flujos menstruales abundantes, á las metritis crónicas catarrales; Descanzoni, culpa á la presión constante de la vejiga destendida; Klinge, dice del prolapso producido en las religiosas, que se debe á que permanecen de pié mucho tiempo y á sus frecuentes cantos; Beigel, lo atribuye á la masturbación. Stepkouski observó en el Hospital Evangélico de Varsovia, Servicio de Neugebauer, el caso de una niña de 25 años, cuya vulva tenía una amplitud exagerada. En resumen: los vicios congénitos, las profesiones, las presiones abdominales.

En las vírgenes, solo se explican por los vicios de nutrición de los tejidos, por la diátesis, considerándose entonces como una enfermedad general de manifestación particular. (Tuffier). También se ha observado después de enfermedades que destruyen la resistencia del organismo: Reynier, observó dos casos después de fiebre tifoidea y uno después de pérdida exagerada de fuerza nerviosa, en una mujer débil. Siempre el esfuerzo obra, hallando la predisposición, y se citan varios casos en que el prolapso se ha producido súbitamente. Tal es el caso de Mundé. (1)

(1)—Mundé.—An. de Ginecol y de Obstetricia.—1888.—citado por Lavadie La-grave et Legueu.—Pág. 444.

PATOGENIA.

Si se tiene en cuenta la multitud de causas capaces de producir el prolapso de los órganos genitales, parece racional creer que la manera como se produce dicha afección, es distinta para cada una de ellas. Mas nó obran aisladamente esas causas, sino que se asocian y se completan; de ahí que la manera de verificarse la desviación de los órganos, hasta su salida al exterior, pueda interpretarse fácilmente, con solo tener presentes las causas que en cada caso han debido obrar.

Por regla genral, es la mucosa vaginal anterior, la que, obligada por una cualquiera de las fuerzas citadas, y con terreno preparado por alguno de los vicios congénitos ó adquiridos de que hicimos relación en la *Etiología*, se muestra primero en la vulva, trayendo consigo la vejiga, que le está íntimamente unida por tejido conjuntivo difícil de separar. A medida que aparece en la parte anterior de la hendidura vulvar la mucosa vaginal, el esfínter se relaja y se deja distender con mayor facilidad. Si las causas que han producido esta primera fase persisten, si la presión abdominal continúa empujando la matriz y plegando la mucosa vaginal, ésta, acentúa su salida fuera de la vulva y sigue arrastrando la vejiga. Los desórdenes de la micción vienen entonces á contribuir con los esfuerzos que la mujer hace para vaciar su vejiga, á la producción del prolapso total. Si la orquilla no se encuentra íntegra ó si la constipación ha obrado como un factor en la producción de los fenómenos anteriores, la mucosa vaginal posterior sale también, plegándose en su parte inferior, separando los pequeños labios, distendiendo la orquilla y arrastrando muchas veces la pared anterior del recto. Queda así constituido el rectocele. Nada más á propósito para la caída total de la matriz, que la presencia de estas dos afecciones precursoras: el cistocele y el rectocele. Las materias fecales se depositan, endurecidas, en el divertículo formado por la pared anterior del recto arrastrada, y entonces la constipación más y más tenaz, obliga á la enferma á hacer mayores esfuerzos para desocupar su intestino.

Las demás causas entran en juego á la vez, y los ligamentos, flácidos y relajados, dejan de sostener la matriz en su sitio, ó bien las presiones abdominales se ejercen sobre

el fondo y la cara anterior de la misma, que se halla en retroversión, teniendo su eje en la misma dirección del eje de la vagina, y el descenso se continúa sin interrupción hasta que aparece el cuello en la vulva, formando la segunda fase del prolapso. Más tarde, la matriz sale completamente de una manera lenta ó rápida, quedando constituido el prolapso total.

No siempre la pared posterior de la vagina se invierte comenzando su salida por la parte superior de la misma, en cuyo caso no existe el rectocele. (Obs. Números 1 y 5.)

Es raro, pero se ha observado algunas veces, la salida del útero sin que lo preceda la salida de ninguna de las paredes vaginales. En estos casos, el prolapso es debido especialmente á la laxitud de los ligamentos y al desprendimiento de las adherencias que normalmente existen entre la matriz, la vagina y la vejiga. El cuello aparece entonces en la vulva, pudiendo quedar por mucho tiempo así, con tal que no se agreguen otras causas, á las ya existentes, para hacer completa la salida de la matriz.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Antes de describir las lesiones y modificaciones á que dá lugar el prolapso uterino en la situación de los órganos genitales externos é internos, no nos parece demás recordar brevemente y sin entrar en detalles de ninguna especie, la situación de dichos órganos, y los medios de fijeza de que disponen para guardar el equilibrio en la cavidad pelviana, sin cesar amenazado por las presiones transmitidas á través de las asas intestinales, en los esfuerzos musculares y aún por la sóla respiración.

El aparato genital interno de la mujer, está compuesto de los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. Como anexos se describen ordinariamente, el aparato de suspensión, glándulas, vasos y nervios.

Lo único que á nosotros nos importa conocer, es la forma y situación de dichos órganos, especialmente del útero y la vagina, y sus medios de fijeza.

Cuando la pared abdominal está anchamente abierta, basta una ojeada rápida, sobre la entrada de la pelvis, para ver las relaciones que afectan los distintos órganos contenidos

en la excavación. Todos ellos están recubiertos por el peritoneo que los une entre sí, y los fija más ó menos sólidamente á la pelvis.

En un corte practicado transversalmente por debajo del estrecho superior, se vé que el peritoneo, adosándose á sí mismo, fuera de los bordes laterales del útero, forma un tabique á cada lado de este órgano, que de ahí, se dirige á la derecha y á la izquierda, hácia las paredes de la excavación. El útero pues, está enclavado entre dos hojas peritoneales.

Un corte ántero-posterior de la misma excavación pelviana, muestra que el peritoneo, descendido de la cara posterior de la pared abdominal anterior, pasa sobre el vértice y cara posterior de la vejiga, tapizando también sus caras laterales; de ahí va á la cara anterior de la matriz, formando el fondo del saco vésico-uterino, al nivel de la parte superior de la porción supra vaginal del cuello del útero.

Se ve claramente, que el bajo fondo de la vejiga está desprovisto de peritoneo y de relación inmediata con la parte inferior del cuello, al que está unido por tejido conjuntivo compacto.

De la cara anterior del útero, el peritoneo pasa sobre su fondo hasta la cara posterior, recubriendo también parte de la cara posterior de la vagina, en una extensión de 3 centímetros más ó menos; ahí se refleja nuevamente, formando el *fondo de Douglas ó recto uterino*, y cubriendo la pared anterior del recto.

Esto, en la parte mediana de la excavación; en las partes laterales, el peritoneo se adosa, formando repliegues que constituyen los ligamentos de que hablaremos adelante.

Los ovarios, en número de dos, están situados en dos repliegues del peritoneo, que constituyen los ligamentos anchos, ocupando precisamente el ángulo diedro posterior de dichos ligamentos, y unidos al útero, hácia adentro, por cordones fibro-musculares, llamados ligamentos *útero-ováricos*; á la trompa correspondiente, hácia afuera, por los pequeños ligamentos *tubo-ováricos*; á la columna vertebral, hácia atrás, por los ligamentos *redondos posteriores ó lumbares*.

Los oviductos, situados á los lados del útero, con el cual se continúan, están alojados en la aleta media de los ligamentos anchos. Hácia adentro, desembocan al nivel de los

cuernos del mismo; hácia afuera, dan inserción á los ligamentos *infundículo-pelvianos é infundículo-ováricos*.

El útero está situado, al estado de vacuidad, en la mujer adulta, en la excavación, sobre la línea media, teniendo delante la vejiga, detrás el recto y á los lados los ligamentos anchos. En su parte inferior, cubierto por la vagina. Su forma, es de una pequeña pera aplastada de delante atrás, cuya extremidad superior es más ancha; un extrangulamiento, llamado istmo, separa la parte superior (cuerpo), de la inferior (cuello). En el estado normal, en una mujer vírgen ó nulípara, la dirección del eje coincide con el eje de la pelvis: de *arriba abajo* y de *delante atrás*, formando un ángulo abierto adelante, con el eje de la vagina. Diversas circunstancias, como plenitud exagerada de la vejiga ó del recto, pueden hacerlo variar en ciertos límites.

Los medios de fijeza los constituyen los ligamentos. Estos en número de 4 pares, son:

1°—LOS LIGAMENTOS ANCHOS, cuya dirección es casi vertical, están constituidos por las dos hojas peritoneales, que se extienden de los bordes del útero á las paredes de la excavación. El borde exterior de cada uno, está desdoblado en la parte inferior, en relación con la aponeurosis del músculo obturador interno y se continúa con el peritoneo pelviano. El borde interno, toma la configuración del borde externo del útero; es más aparente que real. El borde inferior, llamado base, está en relación con la aponeurosis perineal superior; allí, las hojas que lo constituyen, se separan, continuándose aisladamente con el peritoneo pelviano y conteniendo entre ambas, los uréteres, los vasos uterinos y tejido celular que se continúa con el que rodea el cuello. El borde superior, libre, constituido por el pliegue que forma la hoja anterior al convertirse en posterior, forma repliegues ó aletas en que se alojan órganos importantes, que son: en la aleta anterior, el *ligamento redondo*; la superior, es una lámina triangular extendida del ovario á la aleta de la trompa, que envuelve, (*meso-salpinx*); la posterior, más corta, rodea el ligamento del ovario y el hilo del mismo, sin envolver la glándula.

2°—LOS LIGAMENTOS REDONDOS, formados de fibras musculares lisas y de fibras de tejido conjuntivo, se insertan un poco debajo de la trompa, en la unión de la cara anterior y del borde lateral del útero, por una parte, y por otra, penetran en el canal inguinal, al cual adhieren las fibras,

insertándose otras en el pubis y yendo por último las otras, después de atrevezar el orificio externo del canal, á perderse en los grandes labios. Su longitud es de 12 centímetros, en la mujer adulta, y su diámetro, de 6 milímetros en su origen, disminuye progresivamente.

3°—LOS LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS, se dirigen, de la cara posterior del útero al sacro, por dentro de las articulaciones sacro-iliacas; en el útero se insertan en la parte supravaginal del cuello. Están compuestos de fibras musculares, de que algunas se continúan con fibras del útero y de la vagina; además, contienen fibras elásticas, tejido celular, vasos y nervios, cubiertos por repliegues del peritoneo llamados *pliegues semi-lunares ó falciformes de Douglas*.

4°—LOS LIGAMENTOS VÉSICO-UTERINOS, son repliegues del peritoneo, que encierran fibras musculares y van de la vejiga al útero.

La vagina, canal músculo-membranoso, que une el útero á la vulva, mide por término medio 6 ó 7 centímetros de longitud, siendo su pared posterior un centímetro más larga que la anterior. Su eje no es enteramente rectilíneo y presenta dos curvaduras, la primera inferior, de concavidad posterior, correspondiente á la ampolla retal, y la segunda, superior de concavidad anterior, correspondiente á la salida del cuello uterino; en cuanto á su dirección, con relación al eje del cuerpo, es de abajo arriba y de delante atrás; cuando la mujer está de pié, es casi vertical.

Sus medios de fijeza son: arriba, el útero, al cual se inserta; abajo el periné; á los lados, el conjunto de vasos que la nutren y tejido célula-grasoso; por delante está unida á la vejiga y á la uretra, por detrás al recto, sobre todo en su parte inferior.

Presentes estas nociones anatómicas, examinemos las modificaciones sufridas por los órganos que toman participación en el prolapso. Mas, forzoso será hacer una división, puramente teórica, puesto que en la práctica no se encuentran aisladas las lesiones que vamos á describir; es necesaria para la mejor comprensión de ellas.

CISTOCELE.—Está caracterizado por la presencia en la hendidura vulvar, hácia su parte anterior, de un tumor blando, depresible, glóbulo, recubierto por la mucosa vaginal, seca, rosada y que forma pliegues transversales que se borran cuando la mujer hace un esfuerzo. La vejiga que es arrastrada por la pared de la vagina, forma un di-

vertículo que se llena de orina y que se vacía difícilmente á pesar de los esfuerzos que se ve obligada á hacer la enferma portadora de la afección. Consta pues, la vejiga, de dos porciones, una situada detrás del pubis, y otra que es la arrastrada por la pared vaginal. La uretra sostenida en su parte anterior por el ligamento triangular, sigue su dirección hácia arriba, mientras que la parte posterior, arrastrada también con la vejiga, toma una dirección distinta hácia abajo, de lo cual resulta un dobléz que en muchos casos dá lugar á fenómenos de retención. Duplay y Chaput, han creído que el desplazamiento de la vejiga, trayendo consigo los uréteres, puede ocasionar el desplazamiento de los riñones, pero es más fácil admitir, que dicho desplazamiento se produce por la misma causa general que produjo el de la vejiga.

Algunas veces se encuentra hipertrofiada la porción media del cuello uterino, no pudiéndose afirmar si dicha hipertrofia ha sido la principal causa del cistocele, ó si este último ha producido aquella, por las tracciones ejercidas sobre la parte del útero en que se inserta.

RECTOCELE.—La pared posterior de la vagina sale algunas veces bajo forma de una eminencia transversal que llena la parte posterior de la vulva, y constituye *el colpocele posterior*. Esta salida, que se produce en las mujeres multíparas y cuando la orquilla se ha rasgado, no es muy frecuente. Cuando dicha salida se efectúa, arrastrando también la pared anterior del recto, constituye el *rectocele*, cuyos caracteres damos en seguida.

Se presenta en la vulva una eminencia transversal que en los esfuerzos que hace la mujer, se aumenta y distiende la parte posterior de la hendidura vulvar. Está constituida por la pared anterior del recto que forma un simple divertículo ó una cavidad, recubierta por la mucosa vaginal. Esta afección se presenta rara vez, pues aún cuando el prolapso del útero se produzca, la pared posterior de la vagina, por la laxitud de sus conexiones con el recto, se deja arrastrar fácilmente por el cuello de la matriz, que hace descender el fondo de saco posterior, pero dejando dicha pared vaginal posterior adherida en su parte inferior. La mucosa de la vagina que recibe el recto, es seca en ocasiones, aunque algunas veces puede estar bañada por el líquido moco-purulento que viene del cuello; plegada transversalmente y siempre adherida detrás de la orquilla, cuando ésta existe.

PROLAPSO UTERINO.—Ya al tratar de la definición, expresamos algunas ideas respecto de la denominación de *prolapso uterino*, dada sin razón al prolapso de los órganos genitales, y advertimos que siguiendo el hábito establecido, lo llamaríamos de la misma manera.

El verdadero *prolapso uterino* consiste en la salida total del útero fuera de la vulva, con inversión de las paredes vaginales. Ha sido costumbre describir al prolapso tres grados, y en casi todos los tratados de Ginecología encontramos dicha división; pero las lesiones de los dos primeros están en íntima relación con las del cistocele y rectocele que hemos descrito. La diferencia de un grado á otro, sólo se aprecia por la situación del cuello, que en el *primer grado* se encuentra apenas descendido; generalmente se observa en el principio del cistocele vaginal. En el *segundo grado*, el cuello aparece en la vulva, sin franquearla, entonces el cistocele está más acentuado y puede haber rectocele. Aunque es raro, puede aparecer el cuello sin que á su descenso hayan precedido las lesiones de cisto y rectocele. Esto ocurre en la edad senil.

El prolapso de *tercer grado*, *prolapso completo*, *precipitación ó caída total* de la matriz, como se ha llamado, es el único cuyas lesiones, bien que ligadas á las de los grados anteriores, merecen una descripción especial.

El prolapso uterino total, no implica una inversión total de la vagina. Cuando el útero está atrofiado, la inversión es parcial, aunque la matriz haya descendido completamente.

Las lesiones que se observan en este grado de dislocación, son las siguientes:

Fuera de la vulva, se encuentra un tumor de volumen variable, piriforme, teniendo su parte más gruesa abajo y la más delgada hácia arriba. Recubierto por todas partes por la mucosa vaginal de que aún se ven los pliegues transversales, pero que pueden desaparecer cuando un esfuerzo distiende más el tumor. Esta mucosa, seca, rugosa, epidermizada, á veces se descama; presenta una coloración rosada, á veces blanquesina, un tanto anemiada, sobre todo en la parte inferior, en que la presión misma del tumor ejerce una vaso constricción; otras veces cambia su color normal por un tinte negruzco, como ocurre en las *negras*, (1) y en la mayor

(1)—Diccionario de C. C. Médicas.—5a. Serie-T. 2.—pág. 35.

parte de los casos, por dificultad de la circulación venosa, toma una coloración violacea. La falta de glándulas de la mucosa vaginal, (1) explica la sequedad de la misma. A menudo se encuentran cerca del cuello uterino, una ó varias ulceraciones superficiales, sangrientas, recubiertas de moco ó de membranas de neo-formación. (Observación número 1), debidas á los frotos exteriores.

En el extremo inferior del tumor se vé el orificio del cuello, cuyos labios se han borrado por la distención, haciendo ectropión la mucosa del mismo, en muchos casos. En la base del tumor, puede penetrar el dedo en un surco que la rodea, que es más profundo hácia atrás, y que demuestra que nunca está totalmente invertida la mucosa vaginal. Las paredes de la vagina se hallan alargadas cuando el prolapso es antiguo, dicho alargamiento, es producido por el peso del útero. El peritoneo, que normalmente se refleja sobre la cara anterior de la matriz, sin llegar á la vagina, llega á cubrirla en algunos casos, quizá por un desplazamiento producido entre ella, la vejiga y la cara anterior del útero.

Este se encuentra, en la mayoría de los casos, aumentado de volúmen (en mujeres de edad fecunda), desviado hácia atrás en gran parte de ellas, y aumentado de peso poquísimas veces. Las dimensiones cambian sin embargo notablemente, pues Terrillón ha visto algunos que medían hasta 18 c. m. de longitud; el aumento pertenece casi en exclusivo al cuello, á que Hugier atribuyó tanta importancia etiológica. Esta hipertrofia, como dijimos en otra parte, es generalmente secundaria, ocasionada por las tracciones de la vagina por una parte, y del aparato de suspensión por otra. En la mayoría de los casos, no existe, naturalmente la hipertrofia, siendo el aumento de volúmen del cuello debido á la congestión y al edema consecutivo, producidos por el estancamiento sanguíneo. Legendre (2) dice: "la tensión de los ligamentos anchos durante el prolapso uterino, da lugar á la compresión de las venas hipogástricas, así como se produce la de las venas del cuello, por la tensión de la fascia cervical, cuando se echa fuertemente hácia atrás la cabeza. De esta manera se mantiene la congestión del útero y demás órganos pelvianos." De esta congestión y de las muchas pro-

(1)—Testut.—Anatomie Humaine.—T. 4.º—pág. 468.

(2)—Citado por Thomas. —Enfermedades de las mujeres—pág. 301.

babilidades de infección á que está expuesta la mucosa uterina cervical, resulta una metritis concomitante que contribuye en gran parte á la hipertrofia cervical. En nuestras observadas no hemos encontrado la hipertrofia.

La vejiga presenta las mismas lesiones que en el cistocele, aunque más pronunciadas. El fondo desciende más, y la uretra posterior forma un ángulo más agudo con la anterior, que en el cistocele sólo. Por esa misma razón se vacía con mayor dificultad y la formación de cálculos, es la consecuencia lógica.

Los uréteres, por efecto del mismo descenso vesical, se alargan y se hacen más extensibles; preparan el terreno á la infección. Feré en 6 autopsias, ha encontrado lesiones urétero-renales de distención y de infección, en prolapsos antiguos y mujeres ancianas. (1)

El recto, que rara vez se deja arrastrar en el prolapso, merced á que las conexiones que lo unen á la vagina, son laxas, presenta en caso de adherencias anormales, las lesiones del rectocele, más pronunciadas. Entre la cara posterior de la matriz y la anterior del recto, se insinúa el fondo de Douglas, en que pueden acumularse azas intestinales, constituyendo el *enterocele vaginal posterior*, el cual es mucho más frecuente, que el *enterocele vaginal anterior*.

LOS LIGAMENTOS ANCHOS, adelgazados y distendidos, vistos por arriba, presentan el aspecto de dos cuerdas tensas que retienen los cuernos de la matriz; llevan hacia atrás los ovarios y las trompas, que quedan al borde de un embudo cuyo fondo es el mismo que el fondo de Douglas. Los *ligamentos útero-sacros*, según las investigaciones de Duplay y Chaput, en vez de presentarse tensos, parecen cuerdas aplastadas y poco salientes. Los *ligamentos redondos*, están generalmente atrofiados, pero no en relación con el descenso, sinó con la edad de la enferma.

El peritoneo que tapiza el fondo de la matriz, puede hallarse al nivel de la vulva ó fuera de ella, según las dimensiones de aquella y la salida que haga (2). Fritsch sostiene que el peritoneo parietal nunca se desplaza más allá de la línea innominada. Cuando la vejiga no procidente, distendida, llega sobre la cara anterior del útero en retro-versión-

(1)—Lavadie L. y Leguen.—Traite Médico Chirurgical de Ginecologie.—pág. 482

(2)—Terrillón.—Ginecologie.—pág. 32

flexión, se pone en contacto con el recto, y puede contraer adherencias con él. Esto dificulta ó imposibilita la reducción.

Las alteraciones del piso pelviano, son constantes y acentuadas. La vulva siempre agrandada, presenta rasgaduras más ó menos extensas en su extremidad posterior, en la mayoría de los casos. El periné, debilitado, ha perdido su resistencia; esto en casi todas las observaciones.

El músculo elevador del ano, cuyos caracteres sólo han podido verse en el cadáver, se encuentra pálido, adelgazado y atrofiado, como la mayoría de los músculos; es evidente que él y su aponeurosis, han perdido toda tonicidad y resistencia.

SÍNTOMAS.

No es posible al tratar de la sintomatología, hacer una separación neta, de los síntomas que corresponden á cada uno de los distintos grados del prolapso, de los de las otras afecciones: cistocele y rectocele, que en realidad no son sino las primeras fases de la caída de la matriz. Sin embargo, como nuevos desórdenes aparecen á medida que el prolapso se hace completo, describiremos aquellos sucesivamente, procurando relacionarlos á las lesiones que los han producido. No olvidamos también, que teniendo la afección de que tratamos, diversos orígenes, debidos en la mayoría de los casos á lesiones orgánicas generales, ayudadas de lesiones locales, los síntomas tienen que ser *generales y locales*. Mas aún, si recordamos que muchas lesiones predisponen y producen, por acción refleja, trastornos de la salud general.

El prolapso puede producirse súbitamente, con ocasión de un esfuerzo exagerado, aun en mujeres nulíparas ó vírgenes, cuyos órganos genitales no presentaban ninguna alteración aparente. De ello se han presentado varios casos, cuyas observaciones, relacionadas por autores fidedignos, no pueden dejar ninguna duda. Algunos han sido citados ya en el curso de este trabajo. Indudablemente el terreno se hallaba preparado por una predisposición orgánica cualquiera; y aún admitiendo que en algunas ocasiones los órganos hubieran comenzado á descender, pasando desapercibido dicho descenso para la pacien-

te, no por eso lo brusco de la caída total, podría negarse. Mundé cita el caso de una niña, en la que un violento esfuerzo hizo aparecer el prolapso. Dutauzin, relaciona otro caso de una mujer embarazada, en la que el esfuerzo para levantar un fardo pesado, la produjo el prolapso. (1) Martín señala otro, en que la mujer, al 7º día del parto hizo un esfuerzo para defecar, y el prolapso se produjo con dolores agudísimos y colapso consecutivo. Otro caso del mismo Martín, se efectuó á los 6 meses del parto, y él pudo notar la presencia de un derrame sanguíneo como resultado de la ruptura de vasos. En todos ellos, se producen fenómenos graves. (2)

El PROLAPSO CRÓNICO, como le llaman algunos autores, que se produce lentamente y de que las pacientes no se perciben sino por los desórdenes generales que causa, ó cuando el cistocele comienza á distender el esfínter de la vulva, se manifiesta lo mas á menudo por un conjunto de síntomas generales, que ha hecho decir á Richelot: "esas *ptósicas*, esas degeneradas, se cuentan entre las que dan el mayor contingente de desórdenes psíquicos de que abusivamente se ha hecho responsable á la Cirujía." (3)

Entre los síntomas *generales*, casi todos de orden reflejo, debemos mencionar: palpitaciones, insomnios, crisis histeriformes, hipocondría, neuralgias faciales, intercostales, ciáticas; digestiones difíciles, vómitos tenaces, dispepsias, constipación. El carácter de la mujer que padece prolapso, se vuelve insoportable, es iracible, exitable, miedosa. A veces hasta la dilatación del estómago toma parte, con todos sus trastornos.

Los signos *subjetivos*, se caracterizan por tirones que la mujer siente en la región lumbar ó lumbo-sacra, en los pliegues inguinales, en el bajo vientre; pesantez en el periné y en la región coxígea. Esas sensaciones se acentúan á medida que el prolapso aumenta. Si la mujer toma la posición horizontal, se atenuan ó desaparecen.

Los *desórdenes urinarios* son los primeros en presentarse y casi nunca faltan; consisten, cuando el cistocele es poco pronunciado, en sensación de quemadura al final de la micción, deseos frecuentes de orinar, etc. A veces incontinencia de orina debida á la insuficiencia de la uretra y de la

(1)—Lavadie L. y Legueu.—Obra citada, pag. 444.

(2)—Gran Tratado de Cirujía.—Tomo VIII, pag. 533.

(3)—Richelot.—Chirurgie de l'utérus, pag. 184.

vagina, incontinencia que puede simular una fístula vésico-vaginal, (observación de G. Marchant.—Lavadie L. y Leguen). La *polakiuria* puede ser puramente de orden reflejo, producida por la presión ejercida por el útero desviado, sobre la vejiga. En ocasiones traduce la retención que comienza, y es de orden mecánico. Cuando las enfermas padecen retención de orina, se parecen á los prostáticos en el primer período. Tienen necesidad de ejercer presiones más ó menos fuertes sobre la vejiga y de adoptar posiciones extrañas para orinar.

La incontinencia ocasionada por la plenitud vesical, se efectúa por rebalsamiento.

La menstruación no sufre alteraciones generalmente, pero á veces se observan reglas más abundantes y duraderas. Algunos casos se han visto también, en que después de la menopausa se producen hemorragias periódicas.

Los *signos físicos* varían naturalmente con el grado de la afección, encontrándose en el cistocele, el tumor que dimos á conocer al tratar de la anatomía patológica, y en el rectocele, la salida de la mucosa vaginal posterior, con todos los caracteres señalados antes.

Cuando el prolapso de la matriz es de *primer grado*, se encuentran las lesiones anteriormente citadas, ó más á menudo, solo del cistocele; el cuello uterino ha descendido, sin mostrarse en la vulva.

En el prolapso de *segundo grado*, se encuentran los mismos síntomas que en el grado anterior, un poco más acentuados, y el cuello aparece en la vulva, entre el cistocele y el rectocele, ó sólo.

En el *tercer grado*, ó prolapso completo, el tumor está pendiente por delante y en medio de ambos muslos, es fácil de reconocer por su forma y demás caracteres apuntados y sobre los cuales no insistimos por temor de caer en repeticiones inoportunas.

Hemos de advertir que no todas las enfermas soportan de igual manera su prolapso, ni todas las lesiones están en perfecta relación con los síntomas generales. Hay enfermas que con un cistocele poco pronunciado, sienten trastornos generales capaces de impedirles el menor trabajo.

Tal ha ocurrido en las enfermas de que damos en seguida las observaciones, que nos son personales, y que fueron recogidas durante nuestro internado en el Servicio de Mujeres á cargo del Dr. Ortega.

OBSERVACION N° 1.

M.... T...., lavandera, de 24 años, de esta ciudad y residente en San José (Puerto), ingresó al Hospital General el 15 de Junio de 1902, á curarse de los órganos genitales.

Refiere que hace tres meses, tuvo un parto normal y á término, sin complicación de ninguna especie. Tres días después dejó la cama para dedicarse, el *cuarto día*, á sus ocupaciones habituales. Dos días mas tarde, en el momento de orinar, sintió dolor agudísimo al nivel de la región lumbar, que se irradiaba hacia el pliegue inguinal derecho; al mismo tiempo la sensación de algo extraño en la vulva, pesantez en el periné y tenesmo vesical. Los loquios que dos días antes se habian suspendido, reaparecieron, moco-purulentos. Tuvo deseos de defecar, y no lo consiguió sino con gran dificultad, persistiendo la constipación por algunos días.

Orina muchas veces durante el día, y pocas durante la noche; la sensación de pesantez del periné y los tirones de los pliegues inguinales y del hipogastrio, desaparecen por la noche, mientras guarda la posición horizontal.

Algunas veces ha sentido palpitaciones; con frecuencia vomita, sin que parezca estar mal del estómago; tiene neuralgias faciales é intercostales con mucha frecuencia. Muy á menudo tiene ideas tristes y teme que su afección tenga graves consecuencias para su salud general; no tiene deseo de trabajar; querría estar siempre en la cama.

Antecedentes personales: paludismo, (tuvo intermitentes cotidianas hace 5 meses); hereditarios: su padre murió paralítico, en el Asilo de la Piedad.—No suministra otros datos.

Sus reglas principiaron á los 15 años, y siempre han sido normales. Ha tenido dos hijos, siendo el último el nacido hace tres meses. Después del primer parto, que fué normal, á término y sin complicaciones, estuvo en la cama 8 días, al cabo de los cuales emprendió sus trabajos diarios, sin consecuencias de ningún género. El primer hijo nació hace 8 años.

Todos sus órganos y aparatos son normales y funcionan bien.

EXPLORACIÓN CLÍNICA.

Con toda la apariencia de una mujer sana, sin deformidad física ninguna.

Examinados los órganos genitales, se ve: la vulva entreabierta, y en ella, haciendo eminencia al exterior, la mucosa de la pared vaginal anterior, plegada transversalmente, seca y lisa hacia la parte superior (la enferma en el decúbito dorsal), húmeda, bañada en moco-filante y espeso hacia su parte inferior. La orquilla íntegra, distendida por la presencia del tumor, extendido desde la parte anterior hasta la posterior de la hendidura vulvar. Arrodillada la enferma, ó de pié, sale más y arrastra consigo el útero, cuyo hocico de tenca aparece en los labios de la vulva hacia atrás, cerca de la orquilla. El fondo de saco anterior se borra al aparecer el cuello de la matriz en los labios, y sobre la mucosa se extiende, desde el orificio externo del mismo, hasta 4 centímetros adelante, una ulceración superficial, irregular, de bordes rojos, cubierta en parte por una membrana blanquecina y bañada por el mismo moco que sale del orificio del cuello. El fondo de saco posterior ha descendido, pues estando en la vulva el cuello y haciendo el tacto, el dedo solo penetra 4 ó 5 centímetros. El tacto rectal, demuestra la presencia del fondo del útero por delante de la pared anterior, y vacía la excavación. No hay rectocele; la histerométría da 6½ centímetros de longitud para toda la cavidad de la matriz.

Haciendo un esfuerzo, la mujer, se abomba más el tumor, y presionando con los dedos sobre él, siente deseos de orinar, aunque no sale ninguna gota de orina.

DIAGNÓSTICO: Cistocele vaginal y prolapso de segundo grado.

TRATAMIENTO.—Con el objeto de hacer un tratamiento quirúrgico formal, como está indicado, se procedió previamente á tratar la ulceración de la mucosa, haciendo curaciones antisépticas y cauterizaciones con tintura de yodo.

El 21 de Julio, previas antisepsia y anestesia clorofórmica, en la posición de Trendelenburg, se procedió á practicar la histeropexia abdominal.

Se dejó una zonda permanente en la uretra.

La enferma se levantó el 5 de Agosto, previo examen. La matriz, fija y alta; haciendo *pujar* á la enferma, con el dedo apoyado en el cuello uterino, se siente el choque de las azas intestinales sobre la pared posterior de la matriz; no se produce el cistocele. La herida abdominal, está completamente cicatrizada.

En esta mujer el prolapso se produjo por la falta de involución del útero y sus anexos después del segundo parto, y fué el cistocele vaginal el que principió la escena.

Se produjo muy rápidamente, sin que pueda decirse que *fué agudo*, porque antes de aquel día y debido al género de trabajos de la enferma, y á su constitución débil, el descenso había empezado sin que ella se apercibiese.

Esta mujer no tenía rasgadura del periné; pero sus tejidos eran flácidos, la orquilla extensible, la vulva grande.

OBSERVACION N° 2.

S..... H....., de San Luis Potosí, y residente en Cobán, cocinera, de 34 años de edad, ingresó al Hospital General á curarse de los órganos genitales, el 11 de julio de 1902.

Refiere que hace un año, al hacer un esfuerzo para levantar del suelo un trasto pesado, fué presa de agudo dolor al nivel de la región lumbo-sacra, dolor irradiado hasta el pubis y á los pliegues inguinales; al mismo tiempo sintió pesantez en los órganos genitales externos y la sensación de un cuerpo extraño en la vulva. Desde ese momento un abundante flujo sanguíneo se produjo, que continuó por espacio de un mes. Esto la obligó á guardar cama 8 días, pero hubo de dejarla para dedicarse de nuevo á sus ocupaciones. El tumor que hacía salida al nivel de la vulva, siguió creciendo, y con él, los desórdenes de la micción que, insignificantes al principio, se acentuaron con el crecimiento del cistocele vaginal. Los dolores lumbo-sacros y en la raiz de los muslos, y la sensación de peso, que se han aumentado día por día, impiden á la enferma dedicarse á sus ocupaciones.

Ha sido siempre bien reglada. Ha tenido 6 hijos; el primero hace 18 años y el último hace 4. Todos sus partos han sido normales y los niños han nacido á término. Después de cada parto ha permanecido en la cama nueve días, pero no emprendía sus trabajos sino 40 más tarde; la última vez dejó la cama al tercer día, dedicándose á sus ocupaciones. Desde entonces siente con frecuencia dolores en la región sacra, y sus reglas son dolorosas.

El aparato respiratorio presenta signos de tuberculosis pulmonar incipiente; el digestivo, enteritis crónica. Los demás bien.

Al examen clínico, se demostró con todos sus caracteres, la presencia de cistocele y rectocele; haciendo esfuerzo, aparece el hocico de tenca en la vulva. La histerometría da 6 centímetros de longitud para la cavidad de la matriz. El periné mide $2\frac{1}{2}$ centímetros; está rasgado.

Diagnóstico: cistocele y rectocele vaginales.—Prolapso de 2º grado.

Tratamiento: colporrafia anterior y colpo-perineorrafia.

Los días siguientes de la operación, se practicaron irrigaciones vaginales mañana y tarde con una solución boro-sublimada. No hubo elevación de temperatura.

Se había decidido hacer en una segunda sesión la histeropexia abdominal; pero la enferma dejó el Establecimiento.

A veces ocurre que las enfermas llevan entre ambos muslos la matriz, sin preocuparse de ello y sin sentir ningún trastorno general. Fuera de los desórdenes locales á que dá lugar y á los que las portadoras llegan á habituarse, nada las inquieta y algunas, conformes con sus padecimientos, sólo buscan la manera de atenuarlos, conteniendo su prolapso por medio de una venda. Ejemplos de esa *tolerancia*, vemos en las enfermas de las observaciones que á continuación relatamos, y que también son personales.

En la observación núm. 3, la enferma sentía dolores y estaba atormentada moralmente, pero á pesar de ello continuó trabajando durante dos meses después de la salida total de su matriz.

OBSERVACION N° 3.

P.... A...., cocinera, de 20 años, residente en esta ciudad, ingresó al Hospital el 15 de Julio de 1902, á curarse de los órganos genitales.

Refiere que hace un año, tuvo un parto á término, en el cual se rasgó su periné, que fué inmediatamente suturado. Estuvo 10 días en la cama, y dos días después de levantada, comenzó á ocuparse en sus oficios ordinarios. Los loquios habían cesado completamente cuando se levantó; un mes más tarde tuvo *flujo mocopurulento* Dos meses y medio habían transcurrido, más ó menos, desde el parto, cuando principió á sentir algo que la *molestaba* en la vulva; dolor y sensación de pesantez en la región lumbar y al nivel de ambos pliegues inguinales. Paulatinamente aumentaba el cuer-

po que aparecía en la parte anterior de la vulva y las micciones se hacían más frecuentes y dolorosas. La defecación, difícil, necesitando hacer esfuerzos, para efectuarla. En cada esfuerzo la vulva se abría más y la salida de la mucosa vaginal se acentuaba.

Hace tres meses sufrió una caída sobre la región coxílea, produciéndola atroces dolores en la región sacro-lumbar y saliendo totalmente la matriz, que quedó pendiente entre ambos muslos. Colocada en el decúbito, pudo reducirla con facilidad, pero tan luego como se ponía de pié ó hacía un pequeño esfuerzo, volvía á salir, causándola sensación muy desagradable de vacío en la pelvis, tirones en las regiones inguinales y aún en la vulva y el periné. Sin embargo, después de 4 ó 5 días, los dolores y las molestias fueron atenuándose, y aunque atormentada moralmente por su afección, continuó trabajando hasta dos meses más.

No puede dar ningún dato que haga luz sobre sus antecedentes hereditarios; sus antecedentes personales, se reducen á cefalalgia frecuente, abarcando una mitad indistinta de la cabeza.

Sus reglas, que principiaron á los catorce años, han sido regulares aunque escasas. Se continuaron durante la lactancia del niño (único) que se menciona antes.

Todos sus órganos y aparatos funcionan bien, y son normales.

EXPLORACIÓN CLÍNICA.

De pié, y con los muslos juntos, se vé por delante de ellos y pendiente de la vulva, el tumor globuloso y de forma cónica que hace la matriz completamente caída. La mucosa vaginal anterior que ha arrastrado consigo la vejiga, es lisa, seca y descamada; el pliegue del fondo de saco anterior, está borrado; el hocico de tenca en la extremidad inferior del tumor, muestra la mucosa del orificio externo del cuello invertida hácia el exterior y recubierta por moco-pus; el fondo de saco posterior, borrado; la mucosa vaginal posterior, lisa también. Reducido el tumor, se ve la vulva agrandada y abierta; la orquilla presenta una hendidura mediana y se notan cerca de ella, cicatrices, seguramente debidas á las suturas aplicadas con motivo de la rasgadura de que hicimos mención. El periné, 3 centímetros de longitud. El tacto rectal demostró que había sido arrastrada la ampo-

lla, con la mucosa vaginal. En el decúbito, el tumor se mantiene reducido, pero sale nuevamente al menor esfuerzo de la enferma: la tos es suficiente para ello.

DIAGNÓSTICO: Prolapso completo de la matriz.

TRATAMIENTO: El 21 del mismo mes, previa anestesia clorofórmica y antisepsia de las regiones abdominal y genital, se procedió á hacer la ventro-fijación ó hysteropexia.

Se dejó una sonda permanente.

El día 6 se examinó de nuevo á la enferma, que en la posición horizontal parece enteramente bien, pero haciendo un esfuerzo, la vulva se entreabre, y el cistocele se reproduce, causando las mismas molestias; hay también un principio de rectocele. La cicatriz de la pared abdominal, está perfectamente cicatrizada. La matriz, fija.

La enferma pide su alta el 12 del mismo mes.

El 11 de junio de 1903, ingresa de nuevo al Establecimiento, trayendo su prolapso completo.

Refiere que tres meses después de su salida del Hospital, sintió las mismas molestias y los mismos fenómenos de antes; el tumor aumentaba de volumen con cada esfuerzo, y no tardó mucho en caer completamente.

Se preparó, y previa anestesia, se procedió á hacer una nueva ventro-fijación. Al abrir la cavidad se encontró una brida que iba de la pared abdominal á la cara anterior de la matriz, de una longitud como de 10 ó 12 centímetros; adherencia producida por la primera hysteropexia. Esta vez se procedió disecando un rombo peritoneal sobre la cara anterior y fondo de la matriz, y en todo lo demás, como de ordinario: haciendo las suturas de la pared del útero con tres hilos de catgut grueso, lo mismo que la de la herida, profundamente; la piel, suturada con crin de Florencia.

El 12 la enferma pudo levantarse, estando la matriz bien fija. Sin embargo, la vulva continúa entreabierta y estando de pié la enferma, se nota un principio de cistocele que se aumenta al menor esfuerzo.

La operación fué incompleta, y para hacer un verdadero beneficio á la enferma, se decidió hacer una colporrafia anterior combinada con colpo-perineorrafia, las cuales operaciones fueron practicadas el 20 de julio (1903.)

La enferma está en curación.

En esta mujer se produjo el prolapso lentamente,

aunque parece que la salida fuera de los órganos genitales externos, fué brusca y ocasionada por una caída.

La rasgadura del periné, suturado quizá en malas condiciones, no se reparó como era debido, y la hendidura vulvar quedó agrandada, el periné reducido y débil para sostener el peso de las vísceras, sobre todo, de los órganos genitales cuya involución no se había terminado cuando la enferma se dedicó á sus ocupaciones.

Es probable que después de la última intervención la enferma quede curada de su prolapso, pues sus lesiones parecen ser puramente locales.

OBSERVACION N° 4.

T.... C...., de 34 años, molendera, múltipara, ingresó al Establecimiento el 29 de diciembre de 1902, á curarse de los órganos genitales.

HISTORIA: hace cinco años, tuvo un parto normal y sin accidente alguno; guardó cama 6 días y al cabo de ellos, emprendió nuevamente sus ocupaciones; 3 ó 4 días más tarde sintió pesantez en los órganos genitales, tirones en el hipogastrio y en la región lumbar; con mucha frecuencia náuseas y á veces vómitos; dolor de cabeza y neuralgias faciales; un cuerpo en la vulva que á cada paso se comprimía y se hacía el sitio de dolores más ó menos agudos. Esto la impedía dedicarse á sus ocupaciones y aún marchar. En la estación de pié sus sufrimientos se aumentaban y sentía grande alivio en la posición horizontal. Como su pobreza la obligara á volver á sus ocupaciones, tomó éstas cuando los síntomas generales se atenuaron; pero en cambio el tumor de los órganos genitales aumentaba de volumen, los deseos de orinar, con tenesmo, se hacían más frecuentes.

Ingresó al tercer Servicio de Cirugía, donde la sometieron al siguiente tratamiento: reposo, inyecciones antisépticas y taponés vaginales empapados en glicerina. Permaneció 6 días en la Sala, sintiéndose mejorada, y pudo llegar á Escuintla, lugar de su residencia; pero á los 3 días de estar en su casa, los mismos padecimientos se mostraron con la nueva salida completa de la matriz.

Hace 4 meses tuvo un segundo parto, habiendo durado los dolores por espacio de 48 horas más ó menos. El niño nació vivo, de vértice; en la expulsión de éste, se produjo una rasgadura perineal. Durante el embarazo el útero se redujo, y

sintió grande alivio, hasta el extremo de creerse curada definitivamente. Después del parto, estuvo 15 días en la cama, sintiéndose completamente bien. Al levantarse, nueva reproducción del prolapso con todo su cortejo sintomático.

ANTECEDENTES: La enferma dice haber padecido de reumatismo. Su padre sufrió una *desvinzadura* (hernia inguinal); una hermana suya, que murió *repentinamente*, tuvo también prolapso completo de la matriz, después de tener 3 hijos.

Sus reglas, que principiaron á los 12 años, fueron normales hasta que se produjo la afección, después de lo cual, aunque regulares, han sido dolorosas y abundantes. No ha habido constipación.

Por el examen directo, es fácil diagnosticar un *prolapso completo de la matriz*. Tumor pendiente de la vulva, rosado, liso, en cuya extremidad inferior está el hocico de tenca. La mucosa vaginal anterior, y la posterior, se continúan sin demarcación con la del cuello de la matriz; los fondos de saco están borrados. Reducido el tumor, lo que se efectúa con facilidad, se pueden ver, la orquilla y el periné rasgados, el último en una extensión como de 2 centímetros, estando los bordes de dicha rasgadura, cicatrizados aisladamente, es decir, agrandando la longitud de la hendidura vulvar que queda abierta, flácida y pronta á dar paso al útero. Este mide 5½ centímetros al histerómetro. El recto no fué llevado con la pared vaginal.

TRATAMIENTO: Colporrafia anterior, colpo-perineorrafia y más tarde histeropexia. Dichas operaciones fueron practicadas en dos distintas sesiones. Los días siguientes no hubo fenómenos que llamaran la atención.

La enferma salió curada el 26 de enero, llevando fija la matriz y reducida la hendidura vulvar.

En esta mujer, cuyo prolapso produjo desde el primer momento una multitud de desórdenes, se explica la caída de la matriz, por la falta de involución uterina después del primer parto; pero es evidente que antes que todo, contribuyó á producirlo la predisposición orgánica hereditaria que se deduce de sus antecedentes; además, la causa determinante fué la dedicación á sus trabajos rudos sin guardar el reposo necesario después del primer parto.

La rasgadura del periné en el segundo parto, se explica teniendo en cuenta la mala asistencia á que se someten esas mujeres durante sus partos, y la propensión de los tejidos.

La enferma de la observación núm. 4 se ha quejado de dolores en los lomos y en las regiones inguinales, pero pudo dedicarse durante mucho tiempo á sus ocupaciones, á pesar también, como la anterior, de su prolapso completo.

La enferma de la observación núm. 5, de 54 años de edad, sólo experimentó durante 7 años que llevó su cistocele, ligeros desórdenes de la micción; después, cuando la matriz salió totalmente, fué cuando sus dolores se aumentaron y la polakiuria se estableció.

He aquí la observación á que aludimos.

OBSERVACION N° 5.

Doña Agustina N., de 54 años, de Guatemala—trabaja en una tienda—ingresó al establecimiento (Casa de Salud), el 18 de Junio de 1902, á curarse de los órganos genitales.

Historia.—Refiere que hace 10 años más ó menos, empezó á sentir en la vulva un estorbo al andar, que progresivamente se fué aumentando, produciéndose también durante la estación de pié; las micciones se hacían más frecuentes y la cantidad de orina expulsada en cada vez, desminuía. Hace tres años sintió que el cuerpo que le causaba ese estorbo, hacía salida fuera de la vulva. Las micciones más frecuentes aún, turbaban su sueño, y la obligaban durante el día á abandonar sus ocupaciones mayor número de veces. Al mismo tiempo sentía dolor en la región lumbar y peso en el hipogastrio; dolores, aunque pasajeros, al nivel de la raíz de ambos muslos. La salida de la matriz más y más pronunciada, al extremo de contenerse con mucha dificultad dentro de la vulva, en la posición horizontal.

Antecedentes hereditarios.—Sus padres murieron siendo ella muy joven y no sabe que enfermedades padecieron.

Antecedentes personales.—A los 20 años padeció de reumatismo articular agudo durante varios meses, á consecuencia del cual perdió los movimientos de la articulación de la rodilla izquierda. No recuerda haber padecido ninguna otra enfermedad, ni en su infancia, ni en el estado adulto.

Reglas.—Principiaron á los 14 años, y fueron siempre regulares en los períodos, pero escasas en la cantidad. Cesaron hace nueve años.

Hijos.—No ha tenido ninguno.

Aparatos.—Todos sus aparatos funcionan perfectamen-

te bien, y no hay en ella ninguna lesión digna de notarse, fuera de la afección del aparato génito-urinario.

Exploración clínica.—Aspecto general: es de pequeña estatura, no tiene vicios de conformación, pero sí una anquilosis de la articulación de la rodilla izquierda ocasionada por el reumatismo articular.

Examen.—Los órganos genitales, vistos cuando la enferma está en el decúbito dorsal, se presentan casi normales, notándose sí, flacidez de los tejidos, ligera separación de los pequeños labios y la presencia de la mucosa vaginal anterior que llena la abertura de la vulva. Si se ordena á la enferma hacer un esfuerzo, (pujar), sale con gran facilidad toda la mucosa vaginal anterior y el hocico de tenca. Estando la enferma de pié ó arrodillada, dicha mucosa llevando la matriz, sale espontáneamente, haciendo un tumor esferoidal; la mucosa plegada transversalmente al reducirse el tumor, es lisa y seca cuando hace eminencia. El periné no tiene trazas de haber sido rasgado; la orquilla está completa, y la mucosa posterior de la vagina no hace eminencia fuera de la vulva ni en los mayores esfuerzos de la mujer. El fondo de saco anterior ha desaparecido, aún durante la reducción; el posterior también. El hocico de tenca, casi no existe, por la desaparición de los fondos de saco; cuando el tumor se manifiesta, se percibe hacia su extremidad inferior un agujero: es el orificio exterior del cuello. El histerómetro penetró con dificultad 4 centímetros.

DIAGNÓSTICO.—Cistocele vaginal y prolapso uterino de tercer grado.

TRATAMIENTO.—Previas anestesia clorofórmica y asepsia de la región, se practicó la histerectomía vaginal total (procedimiento de Doyen.) Hallando una matriz sumamente pequeña, se dejaron las ligaduras de los ligamentos anchos, como de ordinario, y se practicó en seguida una colporrafia anterior para corregir el cistocele. (Sonda de Pezzer permanente.) (Dichas operaciones fueron practicadas por el Doctor S. Ortega, el día 23 de Junio.)

La enferma, por su edad avanzada y la atrofia consecutiva de todos sus tejidos, unido á la clase de trabajos á que se ha dedicado, deja explicar perfectamente la etiología de su afección.

Algunos meses después de su salida del Establecimiento, tuvimos ocasión de verla y la salida de la vejiga se ha producido nuevamente. El fondo de saco vaginal no es

arrastrado sin embargo, quizá por las adherencias que durante el período de supuración para expulsar las ligaduras de los ligamentos anchos, se produjeron entre dicho fondo de saco y el recto.

OBSERVACION N° 6.

Doña J. . . . N. . . . , de esta ciudad, de 35 años, ingresó á la Casa de Salud de Señoras en el mes de agosto de 1902, á curarse de los órganos genitales.

Refiere que hace 5 años más ó menos, tuvo un parto á término y normal; que 5 ó 6 días después de él volvió á ocuparse en todos los oficios de su casa, como lo había hecho después de sus partos anteriores; que con motivo de movimientos bruscos que hizo, cayó al suelo, (esto 3 meses después del parto á que alude). Desde ese momento sintió fuerte dolor en la región lumbo-sacra, y en los pliegues inguinales, y una sensación de pesantez y fuerte presión en la vulva y el periné. Un tumor apareció en la vulva, entreabriéndola, las micciones eran frecuentes, y se hacían más; la constipación principió, haciéndose más y más tenaz; un flujo moco-purulento apareció á los pocos días. No tuvo fenómenos generales. Lentamente fué aumentando el tumor que salía por la vulva, que la enferma reducía fácilmente, manteniéndose así, en la posición horizontal; pero que estando de pié volvía á caer entre ambos muslos, necesitando para poder andar y dedicarse á sus ocupaciones, contenerlo con una venda que pasaba entre ambos muslos y ataba á una cinta que hacía el oficio de cinturón.

Así se mantuvo hasta que decidió venir á la Casa de Salud.

De los antecedentes de la enferma nada puede sacarse en limpio. No hay ninguna diátesis manifiesta.

Ha tenido 4 hijos, siendo el último el nacido hace 5 años. Sus reglas habían sido normales hasta que se produjo la afección; desde entonces, se han vuelto irregulares, dolorosas y escasas. El flujo, en cambio, aumentando ó disminuyendo á intervalos, ha persistido hasta la fecha.

El examen directo nos demostró que en esta enferma se trataba de un *prolapso completo de la matriz* y una *metritis crónica concomitante*. Por los datos que ella suministra, es fácil comprender que la caída completa de la matriz fué precedida de cistocele y rectocele. La vulva es

grande y sus contornos flácidos; la orquilla presenta una rasgadura que en el periné se extiende hasta 2 centímetros cerca del ano.

TRATAMIENTO: Se procedió, previa antisepsia rigurosa y anestesia clorofórmica, á practicar una colporrafia anterior y colpo-perineorrafia, y en la misma sesión se fijó la matriz por medio de una hysteropexia, á la pared abdominal.

En los días que siguieron á la operación, nada de particular: se pusieron inyecciones vaginales antisépticas á mañana y tarde.

El séptimo día, la enferma se quejó de dolor en la herida, por lo que fué examinada, encontrándose cubierta de pus, y una colección de éste debajo de la piel. Se quitaron varios puntos de sutura, y se puso una mecha de gasa yodoformada en el agujero á travez del cual se vaciaba la cavidad. El resto de la herida estaba cicatrizado completamente al décimo día, y no quedaba más que una fístula, que supuraba y por la que pudieron extraerse al cabo de varios días, dos hilos de seda, con que se hizo la sutura profunda de la pared abdominal.

A los 12 días se quitaron los puntos de las suturas vaginales, anterior y posterior.

La fístula de la pared abdominal se mantuvo durante un mes, hasta que salieron tres hilos más: los que fijaban el útero á la pared. Saliendo el último, la fístula cerró y la enferma estuvo definitivamente curada.

Un nuevo examen demostró el éxito de las operaciones practicadas, á pesar de la salida de los hilos fijadores de la matriz, lo cual se explica por la producción de sólidas adherencias entre dicho órgano y el periné parietal; tanto más sólidas, sin duda, cuanto que la supuración que eliminó dichos hilos duró largo tiempo. El piso perineal quedó perfectamente reparado, y la vulva reducida á pequeñas dimensiones.

Actualmente (mes de julio 1903) la enferma reside en Escuintla, pero su familia nos ha informado que permanece gozando de perfecta salud.

El prolapso no se ha reproducido.

La enferma de la observación número 6 tenía un prolapso total de la matriz, que mantuvo sin mayor peligro durante cerca de 5 años; su aparato de contención, (la venda) aunque

imperfecto, llenaba su oficio, y ella estaba conforme con su dolencia. Por relaciones de la familia de esta enferma supimos más tarde, que no vino voluntariamente á la Casa de Salud, sino obligada por su esposo y su madre.

Para terminar con la sintomatología, agreguemos que las mujeres de la clase acomodada, pueden soportar mejor su prolapso, porque no tienen forzosamente qué dedicarse á trabajos rudos; las gentes pobres, por sus ocupaciones, se ven obligadas á buscar más pronto los recursos de la ciencia.

COMPLICACIONES.

Entre las complicaciones á que puede dar lugar la afección que nos ocupa, debemos señalar en primer término los desórdenes de la micción que alcanzan á veces un carácter de gravedad tal, que pueden poner en peligro la vida de la enferma. La retención de orina, es el primer desorden que se nota, y es debida al ángulo que forma la uretra cuando el bajo fondo de la vejiga ha salido fuera de la vulva, según vimos al tratar de la *anatomía patológica*. Con ella, se observa á menudo la incontinencia, que se produce por rebalsamiento. La presencia de la orina en la vejiga, produce catarro vesical al principio, después, los fenómenos de estancamiento se acentúan, la orina ahí depositada se descompone y las cistitis se producen casi indefectiblemente; con ellas, todas las lesiones que las caracterizan: necrosis de la mucosa y de la pared, etc. Los uréteres se distienden y amenazan romperse muchas veces. La infección vesical asciende por ellos, puede llegar á los cálices, y constituir pielitis que en muchos casos han sido mortales. (Veit). La uremia por retención se ha observado y la señalan casi todos los autores. También se observa, y esto es más frecuente, la formación de cálculos.

Del lado de los anexos, lesiones inflamatorias cuya etiología no es posible descubrir; sin embargo, en la mayoría de ellos, esas inflamaciones de los anexos tienen su origen en las lesiones de la matriz (metritis del cuello y del cuerpo) ó en las ulceraciones de la vagina, de donde se propagan por los orificios naturales ó por los vasos linfáticos. Estas lesiones inflamatorias son: *pyosalpingitis*, *ovaritis*,

peritonitis localizadas, abscesos del ovario, de los ligamentos, de la vejiga, la matriz y del músculo uterino. (1)

La esterilidad señalada por algunos, (2) no es siempre una consecuencia del prolapso, pues se produce con frecuencia el embarazo en mujeres que han tenido completamente caída la matriz (Obs. N^o 4), y algunas veces la gestación ha tenido lugar con el útero fuera de la vulva. Esto es muy raro, y probablemente en estos casos el coito se ha efectuado sin reducir suficientemente el tumor, introduciendo el pene en el cuello de la matriz. Lo más á menudo, el tumor es reductible y el coito, efectuado como de ordinario, produce el embarazo durante el cual el útero se reduce espontáneamente, sobre todo en los últimos meses, dando un gran descanso y verdadero alivio á la mujer. Mas no siempre la gestación llega á término, y se observa el aborto á los 4 ó 5 meses. El parto es siempre difícil en una mujer cuyo útero presenta las lesiones que produce el prolapso (cuello aumentado de volumen, duro, etc.), y casi siempre hay que recurrir á la extracción mecánica cruenta. El prolapso vuelve á producirse después del parto.

Se ha señalado á veces la presencia de tumores de diversa naturaleza; pero éstos, en vez de ser complicaciones, pueden haber sido causa, y si complican realmente las lesiones, no son absolutamente producidos por ellas.

DIAGNÓSTICO.

No se tropieza con muchas dificultades para hacer el diagnóstico del prolapso de los órganos genitales. Los datos suministrados por la enferma son suficientes para hacerlos sospechar la afección de que se trata; y si agregamos el examen directo, basta una ojeada rápida para que aquel quede confirmado. Sin embargo, no debemos contentarnos con un examen superficial y rápido; es preciso averiguar el grado en que dicho prolapso se halla, la presencia del cistocele sólo ó acompañado de rectocele, el estado de los ligamentos, del periné, de los órganos vecinos; las lesiones concomitantes; en fin, hay que darse cuenta de la etiología y aún de la patogenia de la afección en cada caso particular.

(1)—Veit—Enciclopedia de Ginecología—pág. 193, T. I.

(2)—Trillón—Clinique Chirurgicale—pág. 32.

Por más que la confusión de un prolapso uterino total, con un tumor cualquiera sea muy difícil, es preciso confesar que ha habido quienes lo confundan con quistes de la pared vaginal y con pólipos del cuello, que algunas veces salen hasta al exterior. La presencia en la extremidad del tumor de un agujero, que es el orificio externo del cuello de la matriz, la continuidad de este mismo tumor con la vagina hasta la vulva y la existencia del surco de pequeñas dimensiones que lo rodea en la vulva misma, evitan toda confusión. Además los síntomas y los fenómenos precursores, alejan toda idea de quiste ó de pólipo.

En caso de hipertrofia sola, del cuello, la presencia de los fondos de saco y la histerometría, dando un aumento sin descenso, probarían la naturaleza de la afección.

El cateterismo de la uretra, por la dirección que toma la extremidad de la sonda, demuestra la presencia del cistocele, y el tacto rectal suministra suficiente certeza respecto de la formación del rectocele.

MARCHA Y PRONÓSTICO.

No se ha visto nunca un prolapso que comienza, retroceder espontáneamente; siempre las lesiones y los cambios efectuados en los órganos afectados, tienden á acentuarse. Y se comprende, puesto que las causas que obraron en el principio de la afección, siguen obrando, mientras los recursos del Médico ó Cirujano no aparten aquellas causas ó contrarresten sus efectos perjudiciales. Aunque cause pocos desórdenes generales ó locales al principio, al final las complicaciones se acercan y constituyen un verdadero peligro para la vida de las pacientes.

El *pronóstico* por todas estas razones, debe ser *reservado*.

En cuanto á las consecuencias lejanas de las operaciones, de que trataremos inmediatamente, depende, no solo de la oportunidad de la intervención y de la ó las operaciones practicadas, sino del estado general de las enfermas y de la causa que ha predominado en la producción del prolapso.

TRATAMIENTO.

Dividiremos con Lavadie Lagrave y Legueu, el tratamiento, en *profiláctico, paliativo y radical*, concretando-

nos únicamente á mencionar los medios que se ponen en práctica para los dos primeros y describiendo algunas de las más importantes operaciones con que cuenta el último para la curación de una afección que, á más de incomodar sobre manera á las enfermas, puede traer, como hemos visto, serias complicaciones, que el ginecólogo tiene el imprescindible deber de evitar con su oportuna intervención.

El tratamiento *profiláctico*, en que Richelot no cree, tiene gran importancia en todas aquellas mujeres que aún padeciendo alguna predisposición orgánica, están en el caso de resistir por medio de una buena y bien dirigida higiene, á la producción del prolapso. Casi todos los ginecólogos están de acuerdo en recomendar á las mujeres sanas, ciertas precauciones que, observadas por ellas estrictamente, disminuirán las probabilidades de la caída de la matriz. Estas prescripciones son: *el reposo en el lecho*, lo menos durante *3 semanas*, á las parturientas, con el fin de no interrumpir la regresión de los órganos genitales y de que las presiones no se ejerzan sobre la matriz, que en estas condiciones, desciende con la mayor facilidad; después de levantada la mujer, no debe usar corsé ú otro aparato que constriña el torax ó el abdomen, ni hacer esfuerzos, para lo cual procurará por medio de enemas, evitar la constipación que muchas veces se vuelve tenáz después del parto.

Al tocólogo ó á la comadrona toca también buena parte en la profilaxia del prolapso, pues una buena asistencia durante el trabajo, evitará la rasgadura del periné, sobre todo en las primíparas, en que se produce dicho accidente con más frecuencia; con ello, se suprime la causa más segura de la afección. Cuando no se haya podido evitar que se produzca, el partero debe proceder inmediatamente á la reparación de las lesiones, haciendo una buena sutura del periné; y la comadrona está en la obligación de llamar un Cirujano que repare lo más pronto posible el desperfecto, cerrando así la puerta de salida á los órganos genitales internos.

El tratamiento *paliativo ó médico*, se ha usado antiguamente como único recurso contra la afección, y desde Hipócrates hasta hoy, se han puesto en práctica una multitud de medios más ó menos eficaces por el momento, pero que nunca han logrado gran cosa contra ella, que tiende siempre á aumentar mientras no se hagan desaparecer las causas que la han producido.

La principal indicación de este tratamiento consiste, en

reducir el prolapso cuando es completo, y mantenerlo reducido por medio de un aparato. Los aparatos que se emplean con tal objeto, llamados *pesarios*, y cuya utilidad ha sido afirmada y negada en distintas épocas, son en realidad ineficaces y á veces nocivos. Cuando el periné ha conservado alguna tonicidad, pueden dar buenos resultados (Pozzi); pero es muy raro que el prolapso se produzca en esas condiciones. Además, como para que dichos aparatos llenen su objeto, es preciso que se apoyen en la vagina y sobre el periné, contribuyen á disminuir la resistencia de éstos, y la poca utilidad que prestan al principio, llega á convertirse en amenaza al cabo de algún tiempo.

Mejores son los histeróforos, que sostenidos por tallos metálicos de formas apropiadas, vienen de la cintura en que los mantiene una faja y penetran en la vulva, llevando en su extremidad un pequeño anillo ó una cubeta en que se hace descansar la porción intravaginal del cuello. Estos aparatos sostienen mejor que los pesarios; pero como ellos, llegan á hacerse insoportables. Ni unos ni otros nos merecen descripción.

El masaje, practicado por Thure Brandt, y con el que Veit asegura haber visto curar un caso de prolapso parcial y al cual Schuata y F. von Preussen atribuyen buenos resultados, es para Martín un método que sólo consigue acentuar las desviaciones y aprontar la caída de los órganos. Nosotros opinamos como éste último, pues creemos racional pensar que las maniobras puestas en práctica para efectuarlo, distienden los ligamentos y los relajan más. Hoy que la Cirujía cuenta con medios más eficaces, para los casos curables, sólo pueden admitirse estos recursos, en las personas en que por una causa cualquiera, esté contraindicada la intervención quirúrgica.

La electroterapia se ha empleado también, y hé aquí lo que respecto á ella dice Brivois en su *Manuel d'electrotherapie Gynecologique*, página 278: "En el descenso de la matriz, la faradización metódicamente empleada dá algunos resultados. No tengo la pretensión, lo mismo que Tripier, de quien tomo estas líneas, de curar por la faradización las caídas del útero ni los descensos marcados. Sin embargo, se puede ensayar este tratamiento antes de decidirse por una operación seria. Las indicaciones que se llenarán son: disminuir el peso de la matriz, hacer recobrar su tonicidad perdida á los ligamentos y haces musculares de la vagina."

Los norte-americanos, mantienen la reducción de la manera siguiente: colocan á la mujer en la posición *genu-pectoral*, en una *chaise longue*, durante 10 minutos, varias veces por día, según se pueda soportar; durante los intervalos la mantienen en decúbito dorsal, con la cabeza baja. Según Skene, este método es superior á los pesarios. (1)

Se emplean tambien, sin atribuirles gran acción paliativa, las inyecciones vaginales antisépticas y astringentes, los taponamientos con algodones empapados en glicerina; inyecciones subcutáneas de ergotina, etc., etc.

Todos estos medios, lo repetimos, son ilusorios y si algunos de ellos alivian los sufrimientos de las pacientes, dicho alivio es temporal y se consigue muchas veces á costa de maniobras más ó menos desagradables.

El *tratamiento quirúrgico* es el único que debe emplearse todas las veces que no se presenta una contraindicación formal, y en que, estudiadas las causas que han producido la afección, no resulte la probabilidad de un fracaso. Es evidente que cuando los tejidos son flácidos y atrofiados, cuando está disminuida la resistencia vital, las operaciones no darán los resultados apetecidos. En la observación N° 5, tenemos un ejemplo de ello: la enferma, de 54 años, con su diátesis artrítica manifestada por un reumatismo antiguo, tuvo su prolapso sin ningún traumatismo de los órganos genitales. Se practicaron las operaciones indicadas, y se aliviaron sus padecimientos; pero actualmente el cistocele se ha reproducido y continúa sufriendo los mismos desórdenes locales que sufría antes de las operaciones. De ahí, que deba preceder un estudio juicioso de la enferma y de las causas que han producido la afección en cada caso particular, á todas las intervenciones quirúrgicas, que no por inofensivas en sí, dejan de presentar peligros, si algún detalle técnico se escapa al cirujano ó á sus ayudantes. Además, hay que tener presente, que si en los prolapsos antiguos se reúnen todas las causas ayudándose unas á otras, en los recientes, es posible discernir cual ha contribuido más poderosamente á producir la caída de la matriz y proceder al tratamiento, llenando la indicación que se presente. "Pretender curar un prolapso de *fuerza*, robusteciendo el piso perineal, es exponerse á un fracaso operatorio, tan segu-

(1)—Lavadie L. y Leguen, Loc. cit.—pág. 489.

ra é inevitablemente, como si se tratara de combatir un prolapso de *debilidad*, reforzando los ligamentos suspensorios del útero," dice Suárez Gamboa, hablando del tratamiento de la afección.

En este trabajo cuyas dimensiones tienen forzosamente que ser reducidas, más por fuerza de las circunstancias que por propia voluntad, no analizamos cada caso particular, concretándonos únicamente á describir las operaciones que en la actualidad se practican para curar las distintas fases del prolapso. Tampoco entramos en detalles respecto de cada uno de los procedimientos que existen para cada operación.

Al final haremos algunas consideraciones sobre las operaciones empleadas.

Como una novedad en el tratamiento quirúrgico, describiremos en detalle la *ligamentopexia* de Beck, modificada por Dejardin. Dicha descripción la tomamos de "Les Archives provinciales de Chirurgie," correspondientes al mes de abril próximo pasado.

Colporrafia anterior. Fué Sims quien la vulgarizó en 1865, habiendo sido su inventor Gerardin, que propuso para el tratamiento del cistocele, la resección, al bisturí, de una porción de la pared vaginal, suturando en seguida los bordes de la herida.

Siguiendo á Richelot, describiremos el procedimiento de Hegar que consideramos el mejor.

Colocada la mujer en la posición de la talla y previas antisepsia y anestesia; vaciadas las cavidades vesicales y rectal, etc., se procede de la manera siguiente:

Se coloca una pinza-herina en el labio anterior del cuello uterino y con ella se baja la matriz, quedando la pared vaginal fuera de la vulva; otra pinza se fija cerca del meato urinario; ambas se confían á un ayudante que se encarga de poner tensa la pared sobre que se va á operar. Con un bisturí, y ayudado de una pinza de dientes de ratón, se traza una incisión ovalar que circunscribe netamente el colgajo que se debe sacrificar, y que interesa todo el espesor de la mucosa. Se comienza la disección por el borde superior y de fuera adentro; debe tenerse mucho cuidado con la vejiga que está íntimamente unida á la pared vaginal. Generalmente no hay que hacer ligaduras.

Para cerrar el óvalo cruento, lo mejor es hacer un sorjete con crin de Florencia, empezando por la parte más

próxima al cuello y anudando en la extremidad de la crin un tubito de hule, que después nos servirá de guía cuando se trate de quitar el hilo, y facilitará dicha operación, pues bastará cortar el nudo que lo sujeta y tirar de la otra extremidad de la crin, previa sección del nudo final. Después de terminada la sutura, una inyección vaginal con un líquido antiséptico á 35° ó 40°, basta para cohibir la hemorragia, insignificante por lo demás. Se rellena la vagina de gasa yodoformada. El hilo se retira 10 ó 12 días mas tarde; durante ellos, dos irrigaciones al día son indispensables.

Colporrafia posterior. El procedimiento de Hegar, es también el más recomendable contra el *rectocele*. He aquí en qué consiste.

Posición de la mujer, la misma que para la colporrafia anterior; las mismas precauciones de antisepsia y anestesia, etc. Se coloca un par de pinzas-herinas en la orquilla, á los lados de la línea media, y un ayudante tira de ellas en sentido contrario para tender la comisura posterior de la vulva. El cirujano traza su colgajo, ó bien solo la base de un triángulo cuyos lados subirán sobre la cara posterior de la vagina hasta cerca del cuello; esta base, en la línea de separación de la mucosa vaginal y la piel del periné. Se disecciona con el bisturí en una extensión de 2 ó 3 centímetros, después se hace la separación con el índice derecho, evitando lesionar la pared del recto y abrir el fondo de saco peritoneal.

La sutura se practica con puntos separados y crin de Florencia, empezando por el vértice del triángulo y teniendo cuidado de comprender en ellos, el tejido celular que rodea el recto, para no dejar "espacios muertos". Las extremidades de los hilos de esta sutura, no se cortan al ras; los sostiene por medio de pinzas un ayudante, mientras se anudan las demás, y al final, se unen todas, se anudan juntas, y se introducen en la vagina. Una inyección antiséptica que se repite á mañana y tarde los días siguientes, termina la operación. Se puede rellenar de gasa yodoformada la vagina; no es necesario.

Esta operación es una verdadera *colpo-perineorrafia* porque á la vez estrecha la vulva y refuerza el periné.

Histeropexia. Describiremos el procedimiento de Czerny, por parecernos fácil y de resultados positivos. Consiste en la fijación de la matriz á la pared abdominal por medio de una sutura que comprenda dicha pared y la capa superficial de la pared uterina.

Abierta la cavidad abdominal sobre la línea media, como en toda laparotomía, se busca el fondo de la matriz que se trae hasta cerca de la herida operatoria por medio de pinzas-herinas ó de Museux; se pasa en seguida una aguja enhebrada con catgut grueso, que comprenda la aponeurosis y el peritoneo, la pared anterior, cerca del fondo, del útero y luego el peritoneo y la aponeurosis del lado opuesto. Se anudan los dos ó tres hilos colocados así, sin ejercer gran tracción sobre la matriz. Encima se sutura la pared abdominal. Para mayor solidez, debe hacerse dicha sutura en tres planos (peritoneo, músculos y piel).

Operación de Alquie-Alexander-Adams ó acortamiento extra-peritoneal de los ligamentos redondos.

Esta operación inventada por Alquie, fué practicada después por los otros dos cirujanos, que la sacaron del olvido.

He aquí en qué consiste, según la práctica indicada por Alexander.

Se traza una incisión de 5 centímetros de longitud, paralela á la arcada de Falopio; se busca con el índice el punto correspondiente al anillo inguinal externo y se disecciona con precaución para poner á descubierto los pilares; se incide una lámina celulosa que se extiende entre ambos; se aparta el ramo genital del nervio génito-crural, y se busca con la sonda acanalada el ligamento redondo, que aparece bajo la forma de un cordón rosado que se aplana en su extremidad inferior.

Se pasa entonces al otro lado, y se hace lo mismo que en el primero.

Un ayudante endereza ó sube la matriz. El cirujano tira de ambos ligamentos, previa ruptura de sus adherencias al canal; los fija á los pilares y hace un sorgete, para cerrar el orificio externo del canal inguinal de cada lado, cortando el sobrante de los ligamentos en una extensión de 6 á 10 centímetros. Una curación aséptica termina la operación.

Ligamentopexia. Operación de Beck, modificada por Dejardin. He aquí el procedimiento descrito por este último:

"Precauciones antisépticas, posición de Trendelenburg, anestesia. Una incisión sobre la línea blanca abdominal, de 12 á 15 centímetros; así se ve mejor y se opera más rápidamente. Antes de abrir el perineo, se escinde sobre el borde interno, la vaina de los músculos rectos del abdomen, de manera que queden libres estos bordes y se desdoble la vai-

na. Abierto el peritoneo, se eleva el fondo del útero con una pinza de Museux, ó con un hilo que se quitará más tarde.

Se dará cuenta de los anexos, y se va á buscar los ligamentos redondos, que se aíslan. Para esto se pasa una pinza armada de un hilo, bajo el ligamento redondo de cada lado, muy cerca de su entrada en el canal inguinal; el ligamento se liga en su extremidad periférica, se corta por fuera de la ligadura, y se eleva. Se enuclea en seguida de su aleta peritoneal, con la ayuda de una sonda acanalada, sobre toda su longitud, hasta el cuerno uterino. Se traen los dos ligamentos, desprendidos, fuera del vientre. Se puede, como lo hace Spnielli, unirlos sobre la cara anterior del útero, por medio de algunos puntos de sutura con catgut ó seda, para formar un solo cordón; yo no lo hago.

Se procede entonces á la sutura de la incisión abdominal y á la fijación de los ligamentos redondos á esta pared. Se hace de la manera siguiente: se sutura la incisión en dos planos, uno comprendiendo el peritoneo, la mitad inferior de la vaina y del músculo recto de cada lado, pero teniendo cuidado de dejar un agujero, más virtual que real, por donde salen del vientre los ligamentos redondos; esto, tan alto como haya sido posible elevar el útero, sin peligro de ruptura de dichos ligamentos. Se cierra así completamente el piso profundo hasta el extremo superior de la incisión. Los ligamentos salen por un agujero bastante estrecho para darles paso frotando, y se alojan, dirigidas hácia arriba, en un lecho músculo aponeurótico.

Se procede entonces á la sutura del plano superficial y á la fijación de los ligamentos. Para esto, se pasa la aguja curva (de Emmet), á travez de la hoja superficial de la vaina y de la mitad superior del músculo recto de un lado; se atraviesan los dos ligamentos redondos en la mitad de su espesor, (como lo hace Cittadini, en el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos); después, la mitad del espesor y la hoja superficial de la vaina del músculo recto del otro lado. Se colocan así, cinco puntos de sutura, comprendiendo además de la pared, los ligamentos redondos, cuyo exceso inútil reseca. La sutura llega hasta el ombligo. Los ligamentos se hallan pues, suturados á los músculos, y alojados bajo la aponeurosis. Debajo, se sutura completamente la pared músculo aponeurótica. La piel, con crin de Florencia."

Histerectomía vaginal.—(Procedimiento de Pozzi.)

Se comienza por circunscribir un colgajo triangular sobre la pared vaginal anterior, cuyo vértice corresponde á la vecindad del meato urinario, distando de él 2 ó 3 centímetros. La base comprende el cuello uterino y se confunde con la base de otro pequeño triángulo que se traza sobre la pared vaginal posterior; ambos forman un rombo alargado, de delante atrás. Quedan así dos colgajos vaginales, los cuales se disecan con tijeras, teniendo cuidado de no herir la vejiga. Cuando ambos están pendientes delante y atrás del cuello, se está en las condiciones ordinarias de la histerectomía vaginal. Se disecciona la vejiga y á medida que el cuello se hace libre, se incide la cara anterior de la matriz, fijando pinzas cerca de la incisión, y bajando por medio de ellas, el fondo de la misma. Si se encuentran dificultades, se abre el fondo de saco de Douglas, se introducen los dedos de la mano derecha, se deprime el fondo de saco vésico-uterino, y se incide con facilidad. En seguida se ligan los ligamentos anchos con seda gruesa (1). No queda más que cerrar la herida vaginal que resulta. Pozzi lo efectúa en tres planos sobre la vejiga, con catgut, y hácia atrás solo coloca algunos puntos separados.

La operación se termina como todas las histerectomías.

CONSIDERACIONES

ACERCA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Sabido es que el cistocele y el rectocele, no son más que las primeras fases de la caída total de la matriz; de manera que corrigiendo aquellas, evitaremos que se produzca ésta.

Sin embargo, aquí como al tratar de la anatomía patológica, conviene hacer la división que antes hicimos, porque así podrán llenarse mejor las indicaciones, en cada una de las fases de la afección que se presenten en la práctica.

(1)—El Dr. Ortega, no corta al ras las ligaduras de los ligamentos anchos, sino que deja las extremidades bastante largas para que pasen á travez de la sutura del fondo de la vagina, con el objeto de extraer dichas ligaduras, fácilmente, cuando se hayan esfacelado los muñones, evitando así las fístulas á que daba lugar la eliminación tardía de los hilos.

Si el prolapso es de *primer grado* ó el cistocele existe sólo, debe ser tratado por la colporrafia anterior, (procedimiento de Hegar), cuya técnica hemos descrito. Preferimos este procedimiento, por considerarlo de fácil ejecución y de resultados satisfactorios.

La suspensión de la vejiga, ó *cistopexia*, que Ferrier hizo conocer á la Academia en 1890, por medio de las tres observaciones, de Vlaccas, Dumoret y Tuffier, no da los resultados que se buscan, y la vejiga cae nuevamente á pesar de su fijación á la pared abdominal, si una colporrafia no viene en su ayuda corrigiendo la verdadera causa de la afección, es decir, estrechando la pared vaginal anterior.

Como quiera que siempre ó casi siempre que el cistocele se produce, el periné es defectuoso, la *helitrorrafia anterior* sólo, tampoco llena el objeto que se propone, si no se completa con una operación que lo restaure. Esta operación es la *colpo-perineorrafia*, de que nos ocuparemos en seguida.

En cuanto al *rectocele*, que rara vez existe solo, y que en muchas ocasiones puede faltar, es tratado indiscutiblemente por la *colpo-perineorrafia*, para la cual existe una multitud de procedimientos.

Hemos dado la preferencia al procedimiento de Hegar, por parecernos sencillo y rápido; pero no excluimos absolutamente, los no menos buenos y prácticos de A. Martin, el de Bouilly (modificación del de Hegar), y el de Doleris que es una verdadera *perineoplastia*. Pozzi emplea el procedimiento de Lawson Tait, modificado.

El avivamiento posterior, es una verdadera resección, que debe comprender todo el espesor de la pared vaginal; si se reseca superficialmente, se deja á la vagina toda su amplitud y la probabilidad de salir, por el relajamiento de sus paredes. No importa absolutamente que los bordes de la sección sean irregulares; no importa que dichos bordes no se afronten por haber resecado gran parte de la mucosa; la reunión se efectúa siempre, contribuyendo á ello la antisepsia que se emplee. Lo que importa más que todo, y que debe procurar el cirujano, es la total resección de la mucosa sobrante, sobre todo, en mujeres "cuya vagina no ha dicho la última palabra." (1) Es preciso que los puntos de sutura

(1)—Richelot.—Chirurgie de l' uterus.—pág. 207.

comprendan todos los tejidos que se encuentran á los lados y delante del recto, para crear una masa espesa que constituya un nuevo periné; es preciso que la pared posterior se acerque mucho á la anterior de la vagina, y que los últimos puntos no puedan hacerse, sin elevar la comisura y estrechar la vulva. Estas son las condiciones necesarias é indispensables para que la *colpo-perineorrafia* llene su objeto.

Entramos ahora á la parte más importante de la cuestión: el tratamiento del *prolapso completo*. Pocas afecciones han necesitado de la invención de tantos procedimientos, como el prolapso de los órganos genitales, lo cual prueba que ninguno de ellos ha producido la curación radical.

Hoy, después de ensayos que han sido otros tantos fracasos para cada una de las operaciones propuestas, la mayoría de los autores están de acuerdo en que ninguna de ellas cura aisladamente la afección. I se comprende. Si recordamos la etiología del prolapso, nos será fácil conocer la causa de aquellos fracasos y la razón que ha inducido á los ginecólogos á asociar las operaciones con el fin de obtener mejores resultados. No todos los prolapsos se corrigen con las mismas operaciones, ni todos ellos se curan. Cuando en la caída de la matriz han influido causas puramente locales, y no se observan todos aquellos males que manifiestan un estado general diatéxico, que recuerda la enteroptosia de Glenard ó el neuro-artritisismo de Richelot, entonces son las operaciones, bien practicadas, las que han de curar radicalmente la afección. Pero cuando la mujer tiene diátesis manifiesta y sus tejidos, degenerados por la misma, no pueden reaccionar después de las intervenciones, no se curará seguramente, y solo podemos emplear los recursos puramente paliativos de que hablamos en otro lugar.

Nunca insistiremos bastante sobre este punto, que consideramos de capital importancia, ni recomendaremos demasiado el estudio de cada caso particular, á fin de aplicar el tratamiento más adecuado, sin exponer á la enferma á la práctica de una operación inútil, y que para nosotros puede ser un fracaso clínico y quirúrgico.

Analícemos ahora los resultados de las distintas operaciones que hemos descrito.

Para Richelot, con poquísimas excepciones, todos los prolapsos se curan merced á la doble colporrafia cuyas condiciones precisas hemos señalado. "Aplicando esos principios, hemos tenido 10 ó 12 por ciento de recidivas; y aún la mayor

parte de las que hemos podido seguir, han curado por una colpografía secundaria, tanto, que se puede decir hoy que los casos verdaderamente incurables—contando las mujeres obesas, ancianas, de gran flacidez y relajamiento desesperante—se han vuelto excepcionales,” dice él mismo, alabando la bondad de su procedimiento. Pero bien, ¿cuando en una mujer se ha producido el prolapso á causa de la falta de involución genital, que es lo más frecuente, puede corregirse la afección solo estrechando la vulva y reforzando el periné, por medio de la colpografía y de la colpo-perineorrafia? Creemos que nó. Ciertamente es que toman gran participación las dimensiones de la vulva, con ó sin rasgadura del periné y las presiones abdominales; pero el aparato de suspensión, ¿no se halla también relajado y flácido, y en muchos casos, no desempeñando otro papel que el de aumentar el peso de la matriz, que acabará por distender el esfínter inferior de la vagina produciendo nuevamente el cistocele con todo sus síntomas y consecuencias? Evidentemente. Las estadísticas dicen mucho en favor de la doble colpografía, pero no autorizan á la sistematización de Richelot. Dorff, asistente de Hegar, de 63 operadas que pudo observar más tarde, dice que 53 estaban curadas (algunas hasta 10 años después) (Pozzi). Landfried, sobre 60 casos operados por colpo-perineorrafia con ó sin amputación del cuello, da 47 curaciones y 13 recidivas. Niedergall ha relacionado 110 casos de prolapso, tratados por colpografías simples ó dobles, —algunas con amputación del cuello—70 por ciento se pudieron seguir y en ellos, 34 operaciones dobles dieron 20 curaciones definitivas, es decir, 85,29 por ciento; la colpografía anterior simple, dió 77,7 por ciento de curaciones (28 sobre 36). (1)

En cuanto á las operaciones de suspensión de la matriz (Operación de Alexander é hysteropexia), sus resultados son precarios contra el prolapso; al contrario tratándose de retro-desviaciones, en cuyos casos su eficacia es innegable. Lo mismo ocurre con todos los procedimientos de fijación ó acortamiento de los ligamentos. (De Wiglie, Ruggi, modificado por Delagenier, Bode, Polk, etc.)

La gastro-hysteropexia ó gastro-hysterorrafia, que fué practicada por primera vez por Lawson Tait, en febrero de 1880, consiste en suturar la matriz á la pared abdominal anterior.

(1)—Lavadie L. y Legneu.—pág. 495.

Existen muchos procedimientos para practicarla. Nosotros solo consideramos aceptables los de Leopold, Czerny y Terrier, que fijan el útero por la parte mediana de su cara anterior.

Más que por prolapsos, se ha practicado por retro-desviaciones, y en estas últimas ha dado los mejores resultados.

No podemos contar dicha operación sino como auxiliar de las que se practican sobre el periné; ineficaz cuando se pretende curar un prolapso total con ella sola. Nuestra observación núm. 3 nos dá una prueba. La matriz quedó fija á la pared abdominal, y no descendía á pesar de los esfuerzos hechos; pero como no se practicó ninguna operación sobre la mucosa vaginal, ni sobre el periné, la adherencia que se formó hubo de distenderse por el peso de los órganos y por las tracciones ejercidas por el cistocele con que salió la mujer, del Establecimiento. Lo mismo ocurrió á una enferma de Olshausen, que vió reaparecer muy pronto su afección. Müller que la ha practicado 12 ó 15 veces, solo ha obtenido malos resultados. Fehling en 3, tuvo un fracaso. Kelly niega formalmente su valor. Sin embargo Dumont cita 8 éxitos en 11 operaciones.

Cuando se practica esta operación para corregir un prolapso de tercer grado, puede obtenerse éxito durante algún tiempo, pero la recidiva es la consecuencia, aunque lejana en muchas ocasiones.

Dejardin (de Lieja, Bélgica), hace una distinción de las mujeres portadoras de prolapsos, según que estén en la edad fecunda ó que hayan llegado á la menopausa. En las primeras, practica la *ligamentopexia*, que hemos descrito y en las segundas, la misma operación, pero combinada á la hysteropexia. Describe así su procedimiento para el último caso.

“Se sacan los ligamentos del vientre, y se confían á un ayudante. Se sutura entonces la incisión abdominal en dos planos, como antes: uno, comprendiendo el peritoneo, la mitad inferior de la vaina y el músculo recto; otro, la mitad superior de la vaina y el músculo recto de cada lado, y eso desde la extremidad inferior de la incisión, hasta el punto en que se hace la hysteropexia. Se colocan entonces tres ó cuatro hilos de seda, sólidos, á travez del útero á la manera de Terrier; el primero en la parte inferior del cuerpo; el segundo, en su parte media; el tercero, en su parte superior, muy cerca del fondo. Estos hilos abrazan, como los prece-

dentos, la hoja profunda de la vaina y la mitad del espesor de los músculos rectos, más el cuerpo del útero. Se anudan las extremidades y se cortan los sobrantes.

Se continúa cerrando profundamente el vientre, hasta la extremidad superior de la incisión, como se ha hecho debajo de la histeropexia. Los ligamentos redondos salen del abdomen por un agujero situado encima del cuerpo del útero; quedan alojados en un lecho músculo-aponeurótico y dirigidos hacia arriba.

Se procede entonces á la fijación de los mismos, reunidos. Para eso se pasa la aguja curva á travez de la hoja superficial de la mitad superior del músculo recto de un lado, se atraviezan los dos ligamentos redondos en mitad de su espesor; después, la mitad del espesor y la hoja superficial de la vaina del músculo recto del otro lado.

Se colocan así, cinco puntos de sutura comprendiendo, además de la pared, los ligamentos redondos, cuyo sobrante resecamos. La sutura se hace hasta el ombligo. Quedan los ligamentos así, suturados á los músculos y seguros bajo la aponeurosis.

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

Todas estas suturas, deben practicarse con hilos de seda y puntos separados; la piel con crin, quedando terminada la operación."

En el periódico de donde tomamos la descripción anterior, publica Mr. Dejardin, una observación que llama típica, y que prueba el éxito que ha obtenido con su procedimiento. Se refiere á una mujer de 33 años, que fué tratada por otros métodos, desde la edad de 18, habiendo sufrido siete operaciones. Nunca tuvo más de dos ó tres semanas de mejoría. Se practicó la ligamentopexia sin histeropexia, atendiendo á la edad de la enferma, y después de 2 años y medio, los buenos resultados operatorios se han mantenido. Se le propuso hacer una operación complementaria sobre el periné, y no aceptó por considerarse curada.

Dejardin cuenta con 9 observaciones más, todas han dado los mismos buenos resultados.

El autor del procedimiento cree que no podrá realizarse

la fijación del útero de una manera más sólida, sin interese el cuerpo del mismo, lo que predispone á las presentaciones viciosas (Pozzi). La ventaja del procedimiento sobre la operación de Alexander es grande é innegable, sobre todo tratándose del prolapso. La solidez de la pared abdominal no se altera absolutamente si la sutura en tres planos ha sido bien hecha y si se obtiene la reunión inmediata, que es el ideal. Si se ayuda de operaciones vagino-perineales, los resultados no podrán superarse por ninguna otra operación en los casos de prolapsos completos y rebeldes.

Nosotros no podemos decir una palabra acerca del procedimiento que acabamos de describir, pues siendo enteramente nuevo, no hemos tenido ocasión de observar ningún caso tratado por él; pero creemos que su autor aduce muy buenas razones en su apoyo, y es de desearse que las manos hábiles de nuestros maestros lo pongan en práctica, á fin de apreciar de cerca sus resultados.

En cuanto á la histerectomía vaginal, que es la única de que trataremos aquí, y que fué practicada por primera vez para curar un prolapso rebelde no complicado, por Chopin, en 1867, tenemos la creencia de que sus indicaciones que hoy difícilmente pueden justificarse, serán más restringidas á medida que las otras operaciones propuestas, combinadas, aseguren con sus resultados la curación radical.

Después de Chopin, Patterson, Corradi, Hahn, Kehler, Teuffel, Martín, Kaltembach, Richelot, etc., etc, han publicado observaciones de prolapsos tratados por la histerectomía.

En esta operación, como en todas las demás, los procedimientos se han multiplicado. Los principales son los de Quenu, que fija la pared vaginal á los ligamentos, para que retrayéndose éstos después, eleven el fondo de saco vaginal. Es una verdadera *colpopexia*. El procedimiento Fritsch, se parece mucho al anterior, pero agrega la resección de una parte de las paredes vaginales. El de Pozzi, que hemos descrito, es una modificación del de Fritsch.

¿Cuáles son las indicaciones de la histerectomía en el tratamiento del prolapso? Hé ahí el problema que debe resolver el buen juicio y la observación del práctico. Siendo ésta una operación mutiladora cuyos resultados sociales y operatorios hay que tener presentes, antes de decidirse á practicarla, debe preceder á esta determinación, un examen detenido de la enferma y de las verdaderas causas del pro-

lapso. No menos debe tenerse en cuenta la edad y el período sexual en que se encuentre la enferma.

Todas las veces que el prolapso es complicado, fuera de la metritis y del alargamiento hipertrófico del cuello; en los casos de cancer; en los casos de fibromas, que no son raros, la histerectomía se impone. La indicación es formal y absoluta también cuando se ha producido una irreductibilidad brusca con los caracteres de un estrangulamiento herniario, y que amenaza producir el esfacelo por la constricción y desórdenes circulatorios que ocasiona en la vulva.

No aceptamos la operación cuando se han formado adherencias que hacen irreductible el tumor, ni cuando la irreductibilidad es debida al edema que las fatigas han producido congestionando los órganos. En el primer caso, una operación practicada sobre el abdomen para fijar la matriz, ó mejor, los ligamentos, nos abre el camino hacia las adherencias que podemos romper cuidadosamente, y reducir el prolapso; en el segundo, el reposo en el lecho hace desaparecer la congestión, y los órganos adquieren su volumen normal.

Los casos en que puede practicarse son aquellos en que las pacientes se encuentran en la menopausa ó muy cerca de ella. (1)

Si la mujer es joven ó está en plena actividad sexual, fuera de los casos indicados, no aceptamos absolutamente este tratamiento; menos ahora que las otras operaciones, combinadas, han dado buenos resultados dejando á la mujer el derecho justo y legítimo de la maternidad. Si es una anciana que ha entrado ya á la menopausa, tampoco es aceptable, puesto que los tejidos en este período de la vida, se atrofian y se vuelven flácidos, de manera que en ocasiones, ni aún ayudada la histerectomía de colpografía, se contienen dentro de la vulva la vejiga y la vagina. (Observación N^o 5). Otras contraindicaciones, como para todas las operaciones de larga duración, son: las lesiones orgánicas del corazón, el enfisema pulmonar y las lesiones renales.

En todas las operadas ha habido necesidad de practicar sobre el periné y la vagina nuevas operaciones. Leopold, Lavadie, Müller y Martín, han visto producirse la recidiva después de la histerectomía simple; Tolonitsky, en 62 histerectomizadas encontró 23 recidivas, es decir 37 por ciento.

(1)—Lavadie y Leguen.—pág. 510.

El procedimiento de Quenu da buen éxito, pero no es impropchable; el mismo autor ha visto casos en que la mucosa vaginal salía formando cistocele. Aún los procedimientos de Fritsch y de Pozzi, cuyos resultados son indiscutiblemente superiores, dejan qué desear cuando no viene en su ayuda la reparación del periné (caso de Asch).

Examinemos ahora esas operaciones desde el punto de vista del embarazo y del parto.

En los casos en que se ha practicado la elitrorrafia sola, ninguna complicación puede sobrevenir durante el trabajo, pues dicha operación no impide absolutamente la expulsión normal del feto; pero como hemos dicho antes, es lo más probable que la afección se reproduzca, puesto que la vulva una vez mas, traumatizada y agrandada, está en las mejores condiciones para dar paso á la pared vaginal. En cuanto á la colpo-perineorrafia, puede dificultar algunas veces el período de expulsión, y exponer nuevamente á rasgaduras del periné, pero esto es lo menos frecuente; por regla general, la vulva se deja distender á pesar de su cicatriz, y si la mujer es bien asistida, pasa su parto sin ninguna dificultad. Tres operadas, por el método de Hegar, han parido sin accidente y sin puerperio patológico. (1)

La operación de Alexander no impide la gestación ni complica el parto. Doleris, Polk, Imlach, y el mismo Alexander, han visto embarazos en mujeres que habían sufrido dicha operación, llegar á término, y las han visto parir, sin ninguna dificultad. La retro-desviación no se reprodujo.

Olshausen, Sänger y Leopold temían que la histeropexia dificultara el crecimiento de la matriz durante el embarazo; por eso los dos primeros la fijan por sus bordes y no por la cara anterior. Con su procedimiento no se evitan los inconvenientes atribuidos á los métodos de fijación sobre la cara anterior, y sí se crean peligros de estrangulamiento; las adherencias son menos sólidas. Fraipont, Jacobs, Klots, Fleischelen, Howits, Routier, etc., han visto casos de mujeres operadas de histeropexia, en que se ha producido la gestación normal y han parido á término, sin ningún accidente. Algunas han abortado, pero no se ha podido atribuir la causa solo á la histeropexia; los partos prematuros se observan rara vez. El Dr. Ortega ha visto en su

(1)—Pozzi.—Traité de Gynecologie—pág. 589.

servicio de Maternidad del Hospital General, dos de sus operadas, en gestación, una de 5 y otra de 6 meses; no pudo seguir el curso de su embarazo, porque ambas dejaron el Establecimiento antes de llegar á término.

Hemos pasado por alto la amputación del cuello que algunos colocan entre las operaciones corrientes del tratamiento del prolapso y que practican como previa, todas las veces que hay hipertrofia del cuello. Esta hipertrofia está lejos de ser constante y ya hemos visto que la mayor parte de las veces, el edema duro que produce en los órganos la congestión, es lo que los observadores han tomado por hipertrofia.

Las ideas que hemos expuesto, sin la pretensión de haber hecho un juicio crítico de las diversas operaciones con que se ha pretendido curar la afección, objeto de nuestro imperfecto estudio, nos han sugerido las siguientes

CONCLUSIONES.

I.—El prolapso genital debe tratarse desde que empieza á aparecer, manifestado por el cistocele; éste se corrige perfectamente con la colpografía anterior, con tal que sea bien practicada y que se traten las causas generales que producen la afección. Para evitar las recidivas, debe practicarse una colpo-perineorrafia.

II.—Cuando el cistocele y el rectocele se presentan sin que haya notable descenso de la matriz, es decir, cuando el aparato de suspensión es normal, la colpografía y la colpo-perineorrafia combinadas y practicadas por cualquiera de los procedimientos, con tal que se reseque toda la mucosa vaginal sobrante y el periné se reconstituya lo mejor posible, dan resultados excelentes, impidiendo la caída de la matriz.

III.—Si el aparato de suspensión está relajado y la matriz ha descendido hasta la vulva, ó fuera de ella, no bastan las operaciones practicadas sobre la vagina y el periné.

IV.—Las operaciones de suspensión sólo, en las mismas condiciones, no dan resultados duraderos. (Observación núm. 3) Menos aun la de Alexander, que sólo está indicada las veces que el prolapso es producido por una retro-desviación de la matriz.

V.—La histeropexia es preferible, si se combina á las operaciones perineo-vaginales. Sólo aceptamos los procedimientos de histeropexia

mediana. Las observaciones núms. 1 y 6, nos autorizan á esta preferencia.

VI.—En cuanto al procedimiento de Dejardin, lo consideramos eficaz, pero para mayor seguridad, creemos que deben practicarse en todo caso las operaciones que conocemos, en el aparato de de contención de los órganos genitales. No podemos juzgar de sus resultados practicamente, por ser tan nuevo y no haberse presentado ocasión de que los emplee ninguno de nuestros cirujanos.

VII.—La histerectomía no encuentra aplicación en los prolapsos, sino en rarísimas veces (tumores y estrangulamientos).

VIII.—Una vez más repetimos, que el tratamiento quirúrgico, es el tratamiento de la afección; pero en los casos en que está contraindicado por cualquiera de las razones apuntadas, vale más concretarse al tratamiento médico ó paliativo, que exponerse á un fracaso.

José Fernández de León.

V. ° B. °
Jorge Avila E.

Imprímase,
J. J. Ortega.
