

GINECOLOGIA.

Algunas consideraciones sobre el origen de los prolapsus vagino-uterinos y su tratamiento quirúrgico.

AL revisar mis apuntes correspondientes á las enfermas asistidas durante el año de 1895 en la policlínica ginecológica que hará un año aproximadamente tengo establecida en esta ciudad, me encontré con un número crecido de prolapsus vagino-uterinos (16 veces sobre 150 enfermas), y en vista de esta frecuencia relativamente alta, he creído oportuno dar publicidad á la pequeña estadística que á ese respecto pude formar. No es mi propósito entrar aquí en grandes discusiones sobre el origen de los prolapsus genitales y la relación causal que entre sí tengan el prolapso vaginal y el uterino, ni tampoco me propongo hacer un estudio prolijo de las operaciones más adecuadas para cada clase de prolapso: mi único objeto es aprovechar esta oportunidad para discutir ante esta honorable Sociedad algunos hechos clínicos que pude observar en mis enfermas, y que tal vez no carezcan de importancia práctica.

Para empezar con la frecuencia de los prolapsus genitales observados—la que fué de un 10 $\frac{2}{3}$ por ciento—diré de antemano que las mujeres que acuden á mi “Consultorio gratuito para enfermas de la cintura” se reclutan casi en su totalidad de la clase baja de nuestra sociedad (criadas, cocineras, niñeras, molenderas, lavanderas, etc.), de modo que este hecho bien averiguado nos autoriza á deducir que la situación social desventajosa en que están colocadas nuestras enfermas debe contarse entre las causas esenciales para el desarrollo del prolapso.

Al efecto he tenido especial cuidado de indagar en cada caso los días que las enfermas guardaban cama después de su parto, y llegué á sacar como término medio 4 á 5 días: creo por demás insistir sobre las consecuencias funestas que forzosamente tiene que acarrear contra la falta de higiene puerperal, pues parece indiscutible que el útero púerpero, de por sí más pesado que en estado fisiológico, tiene que sufrir una dislocación en algún sentido ú otro, ya sea hacia atrás, ya sea hacia abajo. Los ligamentos suspensores uterinos (ligamentos redondos y sacro-uterinos) y muy parti-

cularmente los ligamentos anchos, se encuentran aún en el estado hiperplásico postpuerperal y son incapaces de retener al órgano engrosado, siendo el resultado inevitable de un descuido de esta importancia un descenso del útero en mayor ó menor grado. Natural es que mientras más partos tenga una mujer colocada en estas circunstancias sociales, mayor será también el riesgo de adquirir con el tiempo un prolapso genital: concuerda con estas consideraciones el hecho de que el 75 por ciento de mis enfermas (12 sobre 16) había tenido cuando menos cinco partos cada una, siendo el promedio entre todas ellas el de ocho partos por enferma.

Del otro lado no suele ser el prolapso la consecuencia inmediata de un parto, por laborioso que haya sido,¹ sino se necesita por lo común de cierto tiempo para la evolución de la enfermedad, debiéndose considerar en términos generales al prolapso genital como un atributo de la edad avanzada.

Las edades que presentaban mis enfermas eran las siguientes:

Una tenía 19 años.

Cuatro de 40 á 50 años.

Once de 50 á 70 años.

Apuntadas que dejo las influencias que ejercen sobre el desarrollo de un prolapso genital la posición social de la enferma,² la multiplicidad de los partos y la edad avanzada, excuso entrar en más detalles á ese respecto por creer que todos los médicos estamos de acuerdo en este particular.

No sucede así con la laceración perineal, pues algunos están acostumbrados en ver en ella una condición esencial para el origen del prolapso, mientras que otros le conceden una influencia muy secundaria, y en vista de esta divergencia de opiniones estudiaré en lo sucesivo con detención el papel que juega el perineo en el desarrollo del prolapso.

Veamos en primer lugar lo que nos enseña en este particular la pequeña estadística que tengo el honor de agregar:

Encuentro anotado un perineo virginal dos veces.

Idem ídem ídem normal, 5 veces.

Idem ídem ídem rupturado en primer grado, 3 veces.

1 Entre las 16 enfermas observé una única de edad relativamente corta (19 años), en la cual el prolapsus ha sido consecuencia del primer parto.

2 Para aclarar más la situación, diré que en mi clientela privada, á la cual pertenecen señoras de la clase acomodada, no observé más que un tres por ciento afectado con prolapso genital.

Idem ídem ídem en segundo grado, 4 veces.

No encuentro descripción alguna, dos veces.¹

Antes de seguir en mi exposición creo prudente definir lo que entiendo bajo la descripción empleada en la estadística que nos sirve de estudio.

Poco tengo que decir respecto de un perineo virginal, pues bastante clara es la expresión. Bajo un perineo normal en una mujer parida entiendo un perineo que si bien está algo relajado por los partos anteriores, sin embargo ha conservado intacta su configuración anatómica. Bajo ruptura perineal en primer grado entiendo aquella que ha trozado únicamente el frenulum de la comisura posterior; bajo ruptura en segundo grado, entiendo la ruptura perineal propiamente dicha, es decir, aquella en que el cuerpo perineal quedó lacerado en mayor extensión, sin que la ruptura haya llegado á invadir la pared rectal. Las rupturas en tercer grado son en fin, aquellas que penetran hasta el rectum.

Explicadas que dejo mis definiciones del estado que guardaba en mis 14 enfermas el perineo — dejo de un lado las 2 enfermas respecto de las cuales no hice ningún apunte — resulta luego un hecho extraño: de las 14 mujeres que presentaban un prolapso genital, únicamente 4, es decir únicamente el 28 por ciento tenía una laceración profunda del perineo, mientras que el 72 por ciento restante tenía un perineo normal ó casi normal.

¿Cómo concuerda este hecho clínico con la opinión generalmente admitida que la laceración perineal debe de considerarse como una de las causas principales del prolapso?

Esta divergencia absoluta entre los hechos prácticos y las teorías vigentes, mucho me han dado que pensar, y hoy día no vacilo en declarar que es un error el creer que la ruptura perineal de por sí predispone á un prolapso.

Sé perfectamente bien que esta opinión que acabo de expresar está en pugna con las que hoy día dominan en esta materia, pero juzgo de mi deber manifestar con sinceridad que efectivamente creo que se atribuye en la actualidad al perineo, con respecto al origen del prolapso genital, un papel más importante de lo que en realidad le corresponde.

Invertiendo ahora las cosas, ya que la ruptura perineal no provocó un prolapso sino únicamente en un 28 por ciento de los casos, me parece

¹ Al haberseme pasado dictar el estado que guardaba el perineo, puedo asegurar que no presentaba laceración de importancia, porque en este caso me hubiera fijado con toda seguridad en ella.

indicado estudiar la cuestión bajo otro punto de vista, y pregunto ¿cuáles son las garantías que da un perineo intacto en caso de prolapso inminente?

Formulada así la cuestión resulta de mi estadística que las 14 enfermas de cuyo perineo tenemos datos exactos, 7 lo tenían en un estado absolutamente normal, lo que á su vez quiere decir que en el 50 por ciento de los casos, el perineo *á pesar de estar intacto* no pudo evitar el prolapso.

Vemos pues, en contra de las ideas reinantes, que el perineo de un lado no es en sí causa suficiente para originar un prolapso, mientras que del otro tampoco es garantía suficiente en su contra.

Sin embargo, no desconozco en lo absoluto la utilidad de un perineo resistente, y encontrando una laceración perineal de mayor intensidad, siempre he juzgado oportuno corregirla; pero creer que una simple perineorrafia es el mejor tratamiento para los prolapsus, me parece tan distante de la verdad como el creer que una laceración en sí provoca el prolapso, ó un perineo normal de por sí lo evita.

No es tan sencilla la cosa como parece ser al primer golpe de vista, y además de la influencia, por cierto secundaria, que pueda ejercer un perineo normal, otras deben ser las causas que mantienen al útero en su lugar fisiológico, y éstas son en primer lugar los ligamentos suspensores uterinos y ante todo el envoltorio fibroso-elástico que cubre casi en su totalidad á la matriz; los ligamentos anchos. El útero normalmente colocado, es decir en anteflexión ligera, no necesita más para mantenerse en su posición fisiológica, y funcionando con absoluta regularidad los ligamentos susodichos, poco ó nada importará el estado que guarde el perineo.

Pero cuando estos ligamentos uterinos pierdan su elasticidad á consecuencia de repetidos partos, cuando el útero se encuentra en retroflexión, cuando la presión intraabdominal periódicamente aumentada por la acción de los músculos compresores del abdomen, en vez de ejercer su influencia sobre la pared posterior del útero anteflecto, lo hace sobre el fundus y la pared anterior del órgano retrofecto, entonces existen á no dudar, todas las condiciones propicias para que el útero sea empujado hacia abajo y adelante sobre el plano inclinado que forma la vagina: y aun en este caso, poco ó nada importará el estado del perineo, pues para llegar el útero á encontrar apoyo en el punto más bajo de su descenso, que es el perineo, ya ha tenido que bajarse hasta atrás de la vulva.

Pero antes de que descienda un útero hasta la vulva por más insuficientes que sean sus ligamentos intraperitoneales, todavía tiene que vencer una serie de obstáculos que todos se encuentran diseminados en un órga-

no, en el cual hasta ahora bien poco se han fijado: *en la vagina*, y ésta, en mi concepto, es la que después de los ligamentos suspensores del útero, representa en el mecanismo de los prolapsus el papel más importante.

Supongamos una relajación de los ligamentos redondos y de los ligamentos anchos, resultará una retroversión del útero; supongamos más una relajación de los ligamentos sacro-uterinos, resultará un descenso uterino; para que resulte un prolapsus del útero necesitamos provocar un *deslizamiento de toda la vagina*, la que deberá empezar arriba para seguir hasta abajo, pues únicamente así puede descender el útero.

El tercio superior de la vagina se encuentra fijado á la duplicatura del Douglas que la cubre en su parte posterior; el tercio medio de la vagina se encuentra fijado en la cara superior de la fascia que cubre el levator ani y algo más bajo en la fisura del mismo músculo, el cual atraviesa; el tercio inferior en fin, es el único que tiene un apoyo directo sobre los músculos que componen el perineo: necesita pues el útero para descender hasta la vulva, vencer en primer lugar las adherencias entre vagina y Douglas, después aquellas entre vagina y fascia pelvis, y en última instancia aquellas entre vagina y perineo: únicamente así se verifica el prolapso vaginal-uterino.

Por fortuna son muy resistentes estas adherencias y se hace preciso la concurrencia de varios factores para producir un despegamiento más ó menos pronunciado de la vagina de sus puntos de fijación: descuidos inmediatamente después del alumbramiento cuando la vagina aun no se ha recobrado de las distensiones enormes sufridas inter partum; múltiples partos que se suceden con cierta frecuencia sin dar tiempo al organismo de reponerse de las fatigas pasadas, y al fin la edad avanzada con su cortejo de relajación senil de todos los órganos.

Considerando desde este punto de vista las cosas, comprenderemos cuán insignificante es el papel que representa el perineo en el mecanismo del prolapso, y ya nos parecerá un enigma, cuando vemos que á veces se verifica un prolapsus á pesar de un perineo intacto, otras veces acompañado de una laceración perineal enorme, y otras todavía en personas que ni siquiera han parido: *las condiciones esenciales para el prolapso las buscaremos ya no en el perineo, sino en el deslizamiento de la vagina, ya sea que se verificó en múltiparas bajo las contracciones expulsivas del útero, ya sea en nulíparas de edad avanzada bajo la presión intra-abdominal obrando sobre un útero retrofecto.*

Al insistir tal vez más de lo necesario sobre la poca importancia que

realmente tiene el perineo en cuanto á causa determinante para el prolapso genital, creo obedecer á una necesidad práctica, pues de ello se desprende como consecuencia ineludible lo ilógico que es el proceder de aquellos cirujanos que creen corregir un prolapso esencialmente con una perineorrafia

Estos señores suelen empezar con una amputación enérgica del "cuello hipertrofiado" con el fin de reducir en peso y tamaño el órgano caído; en seguida se hace de paso una colporrafia posterior combinada con una perineoplastia muy cuidadosa que restablece á su antiguo estado el perineo destinado á dar "sostén" al útero repuesto en su lugar. Los resultados todos parecen por de pronto satisfactorios, pero con el tiempo resulta el perineo insuficiente para detener al útero nuevamente caído, y finalmente se reproduce en muchas ocasiones el prolapso: otros operadores son más felices á pesar de haber seguido el mismo plan operatorio. En manos de ellos resulta el perineo "suficientemente fuerte" para detener la caída del útero, y sin embargo también ellos tienen que registrar de vez en cuando un fracaso.

La explicación de esta inseguridad operatoria para mí no es otra que la siguiente: Siendo por parte de estos operadores la mira esencial la oclusión de la vulva por medio de la perineorrafia, no se ataca el mal de raíz, y el resultado depende en resumidas cuentas de una circunstancia muy secundaria en el plan operatorio: de la colporrafia. Aquellos cirujanos que por costumbre más bien que por convicción se extienden hasta el tercio medio de la pared posterior vaginal ó más alto todavía, casi siempre tienen resultado satisfactorio, mientras que aquellos que igualmente sin idea preconcebida á ese respecto, se limitan al tercio inferior de la vagina, no obtienen más que fracasos.

Como ilustración de las ideas que acabo de expresar, citaré primero un caso de prolapso operado conforme á las reglas reinantes, y con un resultado completamente negativo; luego otros tres casos que operé de distintas maneras y todos con un éxito completo.

I. Se trataba en el primer caso de una anciana de 65 años (núm. 1 de la Estadística), afectado con un prolapsus vagino-uterino completo, cistocele, alargamiento del cuello (cavidad uterina midió 9 centímetros), y ruptura perineal en segundo grado. Después de la amputación del cuello hice una colporrafia posterior limitada al tercio inferior de la vagina y una perineorrafia muy enérgica que me daba un perineo bastante alto. La cicatrización se verificó por primera intención, siendo la temperatura más

alta de 37.2; las suturas perineales se quitaron al 10º día y al 17º día salió la enferma aparentemente curada. El útero se encontraba muy alto, la cavidad uterina reducida á 6 centímetros, la vagina angosta, nada de cistocele, el perineo fuerte y resistente.

A los cinco meses principios de un nuevo prolapso, y hoy día—12 meses después de la operación —necesitamos de un pesario para retener el útero en la vagina. *El perineo hasta la fecha se ha conservado intacto.*

II. En el segundo caso se trataba de un prolapso vagino-uterino de la misma magnitud como el anterior (núm. 9 de la Estadística), acompañado de cistocele, rectocele, hipertrofia del cuello (cavidad uterina 9 centímetros), una erosión del tamaño de una moneda de 50 céntimos, y ruptura perineal en segundo grado. El cuadro estaba completo. Con el fin de cicatrizar la erosión del cuello—en vez de desinfectarla en el momento mismo de la amputación con el Paquelín—introduje á la vagina taponos con glicera y tanino, los que á la vez retenían al útero en su lugar colocándolo en mejores condiciones circulatorias. A los ocho días de este tratamiento había desaparecido la ulceración y había *quedado reducida la cavidad uterina de 9 á 7 centímetros.* Me abstuve pues de la amputación proyectada y practiqué una vagino-fijación según el método alemán sin ocuparme del perineo: es decir, después de haber abierto el fondo de saco anterior separé la vejiga de la pared anterior uterina hasta llegar á la placa vésico-uterina, abrí en este lugar la cavidad peritoneal, corté por el ojal peritoneal el cuerpo uterino y lo suturé abajo de la vejiga á la pared anterior de la vagina con 8 suturas de Jilkowin. La convalecencia fué satisfactoria, temperatura más alta 37.8, cicatrización por primera intención. El resultado de la operación fué una anteversión completa del útero, con el cuello rechazado hacia atras en el fondo de saco posterior. En este caso me abstuve intencionalmente de suturar la pared vaginal posterior despegada á su base fisiológica, y me prometí estudiar la acción de la vagino-fijación sola sobre el deslizamiento vaginal. El éxito completo premió mi atrevimiento. El movimiento de vástula imprimido al cuello por la anteversión forzada y permanente del cuerpo uterino, hizo que éste arrastrara tras de sí las partes más bajas de la pared posterior, borrando á la vez los pliegues de la mucosa despegada y extendiéndola lisamente sobre su antigua base. El prolapso no se reprodujo, la cavidad uterina mide 6 centímetros, el perineo todavía está lacerado, no hay síntomas por parte de la vejiga, ha desaparecido la cisto y rectocele; en una palabra éxito completo todavía nueve meses después de la operación.

III. En el tercer caso se trataba de un prolapsus del útero fuera de la vulva, complicado con cistocele y una ruptura perineal en segundo grado. Se practicó la ventrifijación de Olshausen con el más feliz resultado: temperatura más alta 37.0; cicatrización por primera intención. Han pasado ocho meses de la operación, y el prolapso no ha vuelto á producirse, *á pesar de persistir la laceración perineal bastante extensa.* (Núm. 2).

IV. En un cuarto caso de prolapso de la pared posterior vaginal y descensus del útero, procedí del modo siguiente: Abrí en el fondo de saco posterior el Douglas y suturé el tercio superior de la vagina directamente á la pared rectal, obliterando así la plica Douglasii distendida. Esta *retro fijación rectal del fondo de saco posterior* puso el útero en anteflexión, corrigió el descensus tanto del útero como de la vagina. Sin embargo no ha transcurrido mas que un mes de la operación y no hay que prejuzgar del resultado final, aunque me parece seguro el éxito más completo.

El procedimiento empleado en los tres últimos casos ha sido en cada caso distinto, pero una cosa tienen todos ellos común, y es la abstracción completa que se ha hecho del perineo, mientras que en el primer caso se ha tomado todo el empeño posible para restablecerlo.

En este primer caso hubo un fracaso completo, y en los tres otros un buen éxito: luego creo que tengo derecho para deducir que en la curación operativa de los prolapsus el estado perineal representa un papel muy secundario, y que para obtener un resultado seguro es necesario llenar otras condiciones que son las esenciales.

Que se practique una ventrifijación ó una vaginofijación, que se haga una retro fijación rectal ó una colporrafia posterior muy alta, el objeto que se busca y que se logra es el mismo: restablecer de nuevo la profundidad normal de la vagina y fijarla á la vez en el punto más alto posible, ya sea indirectamente como sucede en las primeras dos operaciones, ya sea directamente como en las dos últimas: procediendo metódicamente de ese modo creo que en cada caso podremos garantizar el resultado de la operación.

No quiero concluir este artículo sin decir unas cuantas palabras sobre la llamada "hipertrofia del cuello." Ya dejé consignado en mi segundo caso, cómo la reposición del órgano caído y la aplicación de tapones de glicerina habían bastado para reducir en ocho días la cavidad uterina de 9 á 7 centímetros. Igual reducción notable (de 10 á 7 centímetros) pude observar en el caso núm. 10 después de un tratamiento análogo durante 10 días; y en el caso séptimo se verificó en circunstancias parecidas una re-

ducción tan exagerada (de 10 á 5 centímetros), que yo mismo no quedé convencido sino después de haber rectificado la medida por varios reconocimientos en diferentes días.

Resulta pues la llamada hipertrofia del cuello en la mayoría de los casos debe considerarse como un edema duro originado por las condiciones pésimas en que se encuentra el órgano en prolapso con respecto á su circulación: basta reponerlo y procurar á la vez una decongestión activa por medio de taponos con glicerina para ver desaparecer como por encanto la "hipertrofia" que parecía autorizarnos á una amputación del cuello.

Al concluir este insignificante trabajo para el cual pido la indulgencia de los señores Académicos, reasumo todo lo anteriormente dicho en las tesis siguientes:

I. Lo que mantiene fisiológicamente al útero en su lugar, son:

1º Los ligamentos suspensores uterinos: ligamento redondo, ligamento ancho, ligamento sacro-uterino.

2º Las adherencias múltiples de la vagina con los tejidos subyacentes: el Douglas, la fascia pelvis, el levator ani, y finalmente el perineo.

II. Las causas esenciales para el prolapso son sucesivamente las siguientes:

1º Relajación de los ligamentos suspensores uterinos.

2º Deslizamiento total ó parcial de la vagina de su base fisiológica, las que á su vez son directamente causadas:

1º Por la frecuencia de los partos.

2º Por los descuidos durante el puerperio.

3º Por la edad avanzada con su relajación patológica.

III. Colpoperineorrafias que se limitan al tercio inferior de la vagina no prestan ninguna garantía contra una recaída.

IV. En las colpoperineorrafias depende el éxito de la extensión de la colporrafia hacia arriba, siendo más seguro el resultado mientras más alto que llegue la sutura vaginal.

V. Una simple perineorrafia no hace mas que ocultar el prolapso sin curarlo.

VI. Aun en casos de ventrifijación, vagino-fijación, ó retrofijación, es conveniente practicar á la vez una colporrafia posterior alta para mayor seguridad.

VII. La amputación del "cuello hipertrofiado" es inútil en la mayoría de los casos, pues para la reducción del órgano edematoso basta generalmente la simple reposición acompañada de taponamiento y la glicerina.

Febrero de 1896.

DR. PAGENSTECHER.

Número	Página.	Edad.	Partos.	Perineo.	Tratamiento.	DIAGNÓSTICO CLÍNICO.	CAVIDAD UTERINA.		Remisiónes.
							Antes.	Después.	
1	11	65	7	R. 2°	Colpo Perineorf.	Prolapsus uteri et vaginae ante....	9	6	Negativo.
2	54	55	3	R. 2°	Ventrixfix.	" " " "	10	.....	Completo.
3	75	50	7	R. 2°	Pesario.	" " " enorme....	11	.....	Rehusó operación.
4	85	77	8	Normal.	Pesario.	" " " "	9	.....
5	89	40	9	R. 1°	.....	" " " "	8	.....	No volvió.
6	101	19	1	Normal.	.....	" " " "	12	.....	No volvió.
7	121	61	4	Normal.	Pesario.	" " " "	10	5	
8	132	66	6	R. 1°	.....	" " " "	9	.....	No volvió.
9	12	50	9	R. 2°	Vaginofix.	Prol. uteri et vag. anter. et post....	9	7.6	Está curada.
10	26	54	5	Normal.	Pesario.	" " " "	9	.....
11	130	58	11	.....	.....	" " " "	9	.....	No volvió.
12	24	50	11	.....	.....	Prol. vag. ant. Descens ut. retrof....	.....	.....	No volvió.
13	129	40	14	1°	.....	" " " "	.....	.....
14	7	45	7	Normal.	Colpo Perineorf.	Descens. uteri; Elong colli.....	14	.....	Está curada.
15	60	60	6	Normal.	.....	" " " "	8	.....	No volvió.
16	27	55	0	Virginal.	Pesario.	" " " prolap. vag. ant....	6	5	