

otra cosa, por el momento, sino á la medicación, al tratamiento paliativo.

Muy poco tengo que decir acerca de los comprendidos en las 3ª, 4ª y 5ª categorías,

Los de la 3ª clase es decir aquellos en que el tumor invade el cuerpo, indican con toda claridad la extirpación total del útero y anejos.

Los de la 4ª clase, es decir cuando el neoplasma invade la vagina, serán operables siempre que pueda comprenderse en la extirpación todo el tejido enfermo.

Pero aquellos cuya propagación llega al tejido celular ó ganglios, no son susceptibles de cura radical; el tratamiento paliativo será todo lo que pueda aplicárseles.

México, 1º de Marzo de 1899.

T. Noriega.

Breves consideraciones acerca del prolapso de la matriz, desde el punto de vista de su tratamiento.

El prolapso de la matriz es una afección que se presenta con frecuencia en la práctica ginecológica y ocupa, por este motivo, un lugar importante en la Patología uterina.

Su etiología, el mecanismo de su producción y su tratamiento, han dado tema á largas y acaloradas discusiones en el seno de las principales Academias extranjeras de Cirugía, así como en los Congresos de Ginecología que se han reunido en estos últimos años.

La conducta que se debe observar en los casos de prolapsos completos, complicados ó nó, con cistocele ó con rectocele, es el principal asunto de este imperfecto trabajo, que necesita de toda vuestra benevolencia, y la cual, si no os la pido, es porque cuento ya con ella, supuesto que es inseparable cualidad de vuestra notoria ilustración.

Comprendo por prolapso uterino el descenso más ó menos completo de la matriz, que se acompaña en la mayoría de casos con el de la vejiga (cistocele) y en no pocos casos con el del recto (rectocele). Y como muy á menudo los medios que sirven de contención al útero, al sufrir los primeros efectos de la pérdida de su resistencia, la hacen sen-

tir en la extremidad inferior de la vagina, que siendo la parte más débil desciende, este descenso vaginal precede y en seguida acompaña á la procidencia de la matriz. Por esta razón los profesores Trelat y Pozzi reunen este conjunto patológico con el nombre de prolapso de los órganos genitales.

Los autores más caracterizados admiten tres grados en el prolapso. En el primero, que llaman descenso simple, el cuello del útero llega hasta el piso perineal, pero queda oculto en la cavidad vaginal; en el segundo, que denominan semi-prolapso el cuello aparece en la ventana vulvar, entreabriendo los labios que la limitan; en el tercero ó prolapso completo, todo el útero ha franqueado la vulva y queda fuera de la cavidad pelviana, formando un tumor revestido por la vagina invertida y como suspendido de los órganos genitales externos.

Esta división es enteramente teórica y bien podemos, colocándonos en el punto de vista clínico, admitir sólo dos variedades del prolapso; completo ó incompleto, según que el útero se halle ó no fuera de la vulva.

Por creerlo de importancia, para apreciar las indicaciones que cada caso reclama, recordaré brevemente las principales causas aceptadas como capaces de producir el prolapso uterino, y que se dividen en predisponentes y ocasionales. Entre las primeras, las unas son inherentes al útero; otras se refieren á los medios de fijación de este órgano, al estado de la vagina, del períneo y aún al de las paredes abdominales.

Hart y Trélat han comparado los prolapsos genitales á las hernias en general y en verdad que esta comparación es justa, con la sola diferencia de que, en las hernias comunes, los órganos desalojados de su sitio habitual por la presión intra-abdominal (tubo digestivo y epiplón) son esencialmente móviles; y en el prolapso, los órganos son fijos y forzosamente conservan los medios de fijación fisiológica, puntos con tendencia á retenerlos al nivel de sus adherencias profundas; y que al ceder, los hacen sufrir deformaciones mas ó menos apreciables. Pero el proceso de su formación es análogo al de las hernias y la vagina representa al canal herniario.

Dos condiciones se requieren para que el desalojamiento se produzca: pérdida de resistencia de los medios de fijación de la matriz y fuerza capaz de sacarla de su situación normal.

Las causas inherentes al útero son numerosas. Enumeraré como prin-

cipales todas las circunstancias que aumentan el volumen y el peso de este órgano: la hipertrofia simple, las flegmasías crónicas, la retención de líquidos normales ó patológicos en su cavidad; los neoplasmas, especialmente los *fibromiomas* que con tanta frecuencia le afectan, el embarazo y finalmente la *subinvolución* uterina.

Se menciona como causa frecuente del prolapso, la pérdida de tonicidad y el relajamiento de los ligamentos que fijan al útero en su situación normal; pero esta insuficiencia es á su vez ocasionada por causas que se deben investigar, y creo la principal, el trabajo del parto cuando ha sido laborioso, mal atendido ó muy repetido. Scanzoni dice que de 114 prolapsos que ha tratado, sólo 15 mujeres eran *nuliparas* y ningún autor deja de admitir que el parto en las condiciones que acabo de mencionar, no sea una de las causas más frecuentes del prolapso. Hay también uniformidad en los más autorizados ginecólogos en admitir, como causa que debilita los medios de fijación ó ligamentos del útero, la falta de tonicidad de las paredes abdominales y la desaparición de la grasa contenida en el tejido *areolar* pelviano, lo que se observa con frecuencia en la vejez ó en las mujeres que al pasar la edad crítica, se adelgazan por enfermedades crónicas ó diatésicas. Barnes da gran importancia á estas causas.

La causa determinante principal, es el esfuerzo bajo todas sus formas.

Sintetizando la cuestión, se puede admitir con el profesor Trélat, que los prolapsos son preparados por una insuficiencia, congénita ó adquirida de los medios de fijación de la matriz y de la vagina y provocados por el aumento de la presión intra-abdominal durante el esfuerzo. Que esta insuficiencia puede ser congénita, lo demuestran las observaciones auténticas de prolapsos en las vírgenes, ocasionados por esfuerzos violentos; pero en la generalidad de casos la debilidad ó insuficiencia de los ligamentos es adquirida y el parto las produce.

Merecen especial mención entre los traumatismos que producen los partos laboriosos, las desgarraduras del períneo y la suspensión de la *involución* uterina; pero es preciso no olvidar, que independientemente del traumatismo del parto, hay mujeres en quienes los ligamentos de la matriz, muy distendidos, hipertrofiados y más ó menos reblandecidos bajo la influencia de la gestación, no recuperan su grado de tonicidad normal después del parto, ya por que han abandonado la cama prematuramente, ya porque se han entregado á faenas pesadas, ó bien

sin causa apreciable y tan sólo porque sus tejidos son de mala calidad. ¡Cuántas mujeres después de ocho ó nueve partos conservan sus paredes abdominales resistentes, tensas, con su firmeza juvenil, y en cuantas otras vemos que después de un solo parto les quedan flojas, relajadas, sin firmeza alguna! El útero grande, aumentado considerablemente de peso; la vagina amplia y desplegada, la vulva entreabierta y los ligamentos, sin la firmeza normal! A no dudarlo, este estado se debe á la mala condición de sus tejidos y es independiente del traumatismo puerperal, pues sería una verdadera excepción que el primer parto dejara estas huellas si ha sido bien atendido.

La retroversión uterina es tambien señalada como causa predisponente para que la matriz descienda y abandone su situación fisiológica, y se comprende sin grande esfuerzo de imaginación que mientras conserve su anteversión normal y su eje forme con el de la vagina un ángulo casi recto, no puede deslizarse por el conducto vaginal y el prolapso no se produzca. La cara anterior del cuerpo del útero descansa sobre la vejiga, la que á su vez encuentra sólido apoyo en el plano *aponevrótico* situado inmediatamente arriba del músculo elevador, que forma un diafragma resistente á dicho sistema *aponevrótico*, mientras conserve su integridad, y este punto de sostén hace el descenso del útero casi imposible. Con la retroversión los ejes del útero y de la vagina se corresponden y la matriz se puede deslizar con facilidad á causa del esfuerzo, hasta quedar fuera de la vulva.

Bosquejadas las causas que determinan los prolapsos genitales, puedo abordar la delicada cuanto difícil cuestión de las indicaciones terapéuticas que cada caso reclama; indicaciones que deben estar siempre en armonía con el mecanismo anátomo-patológico de su producción, con las complicaciones, grados, etc.; supuesto que este conocimiento nos lleva al diagnóstico patogénico, brujula segura que nos conducirá á su vez á una acertada terapéutica. Si el períneo está desgarrado y en tal virtud es insuficiente para servir de sostén á los órganos pelvianos, la indicación es clara y precisa; hay que restaurarlo, reconstruyendo por una *colpoperineorratía* adecuada, un plano de segura resistencia para sostener el tabique recto-vaginal, y capaz de luchar contra la tendencia al descenso ó desalojamiento. Si la vagina se halla amplia y relajada, sin tonicidad, se deben substraer las partes exuberantes de sus paredes; y si los ligamentos de la matriz han perdido su tonicidad y están alargados, la

ciencia posee medios adecuados para devolverles su brevedad normal, entre otros el procedimiento de Alexander. El hecho práctico es que cuando el útero no se encuentra fijo en su situación normal, que es la excavación pelviana que ha abandonado, debemos llevarlo á ella y restablecer todas las condiciones que aseguran su estabilidad y fijeza naturales

Se trata de realizar por medio de la terapéutica restauradora, tan adelantada actualmente, la devolución á los órganos expulsados todas sus condiciones normales. Este ideal ¿es siempre realizable? Encontramos úteros de tal modo deformados y modificados en su textura; vaginas amplificadas, desplegadas, esclerosadas; músculos tan atrofiados ó degenerados, que creo muy difícil volverlos á su integridad normal ó repararlos por medio de operaciones autoplásticas por más ingeniosas que sean. Tampoco conozco medios capaces de volver su potencia á músculos atrofiados ó degenerados, ni creo factible obrar sobre todos los ligamentos del útero á la vez, para devolverles sus dimensiones y resistencia naturales; y menos fácil me parece restituir la solidez que han perdido á las *aponevrosis* profundas del períneo, y conseguir que el tejido celular que une á los órganos desalojados y que ha sido atirantado ó desgarrado, recobre su resistencia y vitalidad fisiológicas.

Estas imposibilidades materiales deben ser bien conocidas y justamente apreciadas, pues la mejor conducta ante nuestra real impotencia, es saberse abstener de operaciones sangrantes inútiles, y quizá por medio de un aparato adecuado se proporcione alguna mejoría, aunque jamás curación definitiva, conformándonos en elegir para nuestra paciente lo que realmente se debe en su beneficio, entre todo lo que se puede. Pero no debe ignorarse que esos casos son raros y que en la gran mayoría el cirujano presta reales servicios á quienes se confían á sus cuidados científicos, procurándoles curaciones radicales, ó cuando menos alivio duradero que les haga menos penosa la vida, con operaciones apropiadas, bien combinadas, hábilmente ejecutadas y adaptando siempre el acto operatorio á la extensión de las lesiones. Mas para seguir una conducta juiciosa, en armonía con la honradez profesional, se debe tener el apoyo de un diagnóstico exacto y completo del estado de los órganos desalojados, del grado de desalojamiento, de sus complicaciones y, en una palabra, de todas las circunstancias que en él concurren y lo caracterizan.

Más felices que nuestros antepasados, estamos en posesión de un arsenal quirúrgico enteramente adecuado á los órganos ó regiones que hay que atacar; de procedimientos sencillos que á la vez que seguridad y facilidad de ejecución, nos permiten obtener reunión primitiva ó inmediata de las heridas quirúrgicas, por medio de suturas apropiadas, condición que garantiza el buen éxito de toda operación autoplástica; y finalmente, la estricta observancia de la antisepsia nos ha permitido agrandar el círculo de las intervenciones, sin que nuestras operadas corran los peligros operatorios que en épocas no lejanas pero anteriores á la antisepsia, causaban tantas víctimas.

Aunque sólo os he hablado de la terapéutica operatoria, no rechazo en lo absoluto el uso de los pesarios, pero si creo que el verdadero tratamiento de prolapsos genitales completos ó incompletos es esencialmente quirúrgico y se podría prescindir del numeroso y variado surtido de aparatos, algunos en verdad muy ingeniosos, que formaban el arsenal ginecológico de los antiguos; reservar los más sencillos que suelen prestar algun servicio paliativo, y del resto sólo conservar un recuerdo como curiosidad histórica ó prueba del ingenio de sus inventores. Los casos en que suelen aún emplearse son la excepción y los creo limitados á las procidencias parciales, si las paredes vaginales no están muy flojas y el perineo es contráctil y resistente. Y aun en este supuesto, sus servicios que son sólo temporales, nos los proporcionan los más sencillos, como el simple anillo.

Pero cuando un prolapso existe, ningún pesario, por adecuado y bien colocado que se le suponga, logra la curación ni siquiera detener los progresos de la afección.

Hay en esta ilustrada Academia honorables ginecólogos que seguramente os dirán que la historia de las enfermas que han usado pesarios es siempre idéntica: se les ha colocado uno apropiado y experimentan un alivio por desgracia pasajero; vuelven después de un tiempo más ó menos largo quejándose de que ya es insuficiente porque ha aumentado la relajación de la vagina y se les tiene que poner otro más grande que corre la misma suerte; hasta que de decepción en decepción llega un momento en que no hay uno á propósito, ó porque los dolores que despierta sobre las ulceraciones que ha ocasionado son insoportables, ó por lo que es más frecuente: por ser inútil, supuesto que ya no logra sostener á los órganos desalojados. A las desgraciadas de cuya buena fe se

ha abusado, engañándolas al hacerlas consentir en que se les cura y halagándolas con acariciar ilusiones que jamás verán realizadas, se les hace perder la oportunidad de conseguir su curación radical por un procedimiento quiza sencillo y siempre sin peligros, cuando se practica por hábil ginecólogo; ó se las sentencia á soportar indefinidamente un padecimiento lleno de incensantes molestias que hacen su vida insoportable.

Entre los muchos casos que podría detallar de propalapsos llegados á un grado extremo por tan irracional tratamiento, sólo mencionaré en cuatro palabras el mas reciente para no abusar de vuestra benévola atención: La señora M. G. de R. edad de 32 años, me solicitó el 3 de Febrero del presente año en el Hotel de Iturbide. Se queja de un tumor que ha salido por la vulva y que le ocasiona incesantes dolores, exacerbados por los frotamientos y presiones de los muslos en cada movimiento que hace. El tumor está formado por el útero, la vejiga y la vagina invertida, y es el sitio de ulceraciones fungosas y sangrantes al menor frotamiento, y que dan una secreción de mal olor. Esta enferma me aseguró que durante tres años soportó pesarios de varias formas y tamaños, hasta que no se encontró en la ciudad de su residencia otro adecuado. Que al principio de su padecimiento sólo sentía un peso incómodo en la región hipogástrica, y que hasta dos años después de usar pesarios empezó el tumor á aparecer en la vulva. Que á pesar de su constancia para llevar los pesarios, su enfermedad ha continuado aumentando, hasta no permitirle ningún movimiento, por los sufrimientos que estos le ocasionan y por las hemorragias que la vienen debilitando. Hay desgarradura extensa del perineo.

Le propuse practicar la extirpación total de la matriz, y sus anexas, acortar la pared anterior de la vagina y restaurar el perineo; pero no admitió mi proposición y regresó á su tierra.

Ahora bien; esta señora habría conseguido su curación en tiempo oportuno por operaciones sencillas y sin peligro alguno. Si no se somete á una operación radical, ¿cuál es su porvenir?

(Concluirá).
