

GINECOLOGIA.

Breves consideraciones acerca del prolapso de la matriz desde el punto de vista de su tratamiento. (*)

(CONCLUYE.)

Hablando ayer con mi inteligente compañero y amigo el Dr. Mendizábal acerca del abuso de los pesarios, me decía que había visto á una persona que después de llevar por más de dos años uno, éste se había incrustado de tal modo en las paredes vaginales, que su extracción fué obra laboriosa, pero el prolapso no fué mejorado.

Podemos resumir el tratamiento de las dos variedades que he admitido:

En el prolapso incompleto y como medio temporareo ó paliativo, un pesario y de los más sencillos, el de Odge, de Meis y Dumont-Pallet, después de haber colocado los órganos en su lugar y tan sólo en los casos que he señalado.

La profilaxis de los prolapsos se refiere al tratamiento racional del parto y del puerperio; y, dado el importante papel que todo traumatismo puerperal desempeña en la etiología, debemos procurar que se conserve la integridad del perineo, observando estrictamente los procedimientos de protección que para evitar su desgarramiento en el momento de la salida del feto recomiendan los profesores Tarnier ó Pinnard. Se debe vigilar que la matriz verifique su involución fisiológica y conseguir que toda púérpera permanezca en su cama y con la mayor quietud posible, prefiriendo el decúbito lateral al dorsal que favorece las retroversiones, todo el tiempo necesario para que el órgano gestador y sus ligamentos recobren sus condiciones normales. Ninguna precaución en este asunto es exagerada, y menos tratándose de señoras predispuestas.

Como ya creo haber demostrado que una curación radical sólo puede realizarse con la terapéutica quirúrgica, mencionaré los procedimientos que me han dado mejores resultados, pues dada la índole de este trabajo, no debo entrar en descripciones que os son bien conocidas.

La restauración del perineo tratándose de prolapso incompleto, si se encuentra desgarrado, se consigue con operaciones sencillas y sin peligro por alguno de los procedimientos de *colpoperinorrafia*, de Fritsch, de Trelat, de Lawson Tait, de Martín, y que esté más en relación con la extensión de los desórdenes que se debe reparar. Reducir las

(*) Véase la página 317 de este volumen.

dimensiones de la vagina, en el supuesto de que sus paredes presenten dimensiones patológicas, se consigue con reseca la porción sobrante y darle dimensiones adecuadas por la *colporrafia*, sea anterior, sea posterior, ó reunidas, y aun en determinadas circunstancias, asociadas á la amputación del cuello del útero si éste se encuentra hipertrofiado. En toda *colporrafia* se debe procurar que la porción reseca tenga dimensiones apropiadas; y si se le da la forma ovalar, que á no dudarlo es la mejor, hacer que la extremidad inferior llegue hasta el tubérculo uretral y no vacilar en comprenderlo en la resección si se le encuentra también hipertrofiado. Antes de apretar los puntos de sutura se debe realizar una hemostasis completa para evitar que la sangre, depositándose detrás de la línea de reunión, evite la cicatrización por primera intención, comprometiendo así el éxito operatorio. En caso de prolapso ligero de la pared posterior, he obtenido buenos resultados por las cauterizaciones con el termo-cauterio.

No tengo experiencia personal acerca de los resultados inmediatos y definitivos que se consigan por el acortamiento de los ligamentos redondos; pero teóricamente, no vacilo en creer que el método Alexander combinado, ya con la *colpoperineorrafia*, ya con la amputación del cuello uterino, tenga indicaciones muy aceptables.

Como es muy frecuente que la endometritis crónica coexista con los prolapsos genitales, se principiará la ó las operaciones restauradoras que se juzguen indicadas, por el legrado de la mucosa patológica, que llena, no sólo la formal indicación de quitar una membrana *enferma* para reemplazarla por una *sana*, supuesto que debemos procurar que se desarrolle en un medio *aséptico*, sino que á la vez favorece la reunión *primitiva* de las heridas quirúrgicas *no bañándolas con secreciones patológicas, siempre sépticas*.

En los prolapsos completos, cuando los órganos desalojados han permanecido mucho tiempo fuera de la excavación pélvica, que han perdido todo derecho de domicilio en su residencia habitual; cuando la mucosa vaginal que los reviste está degenerada, gruesa, esclerosada, callosa, ulcerada, fungosa, y estas soluciones de continuidad bañadas por secreciones fétidas é icorosas, ¿cuál es el mejor tratamiento?

A mi juicio, la histerectomía vaginal total combinada con la resección de la porción excedente de la pared anterior de la vagina y de la restauración del piso perineal, es el mejor tratamiento de estos prolap-

sos inveterados, y creo los procedimientos de Doyen y de Pozzi al abrigo de todo reproche.

La histeropexia se recomienda también como un medio de obtener la curación de los prolapsos genitales completos; y con toda evidencia, si se trata de paciente que se encuentre en la edad genital y que el tumor sea fácilmente reductible, se deberá preferir, asociándola con la reparación del perineo, pues en la generalidad de estos casos este tabique se halla más ó menos desgarrado. Quizá cuando la prociencia esté complicada con cuerpos fibrosos de la matriz ó quistes de los anexos, la fijación del pedículo en la herida después de la extirpación del útero en el primer supuesto ó del quiste en el segundo, sería un medio aceptable; pero yo no vacilaría en dar la preferencia aun en estos casos á la histerectomía total, abdominal ó vaginal, según el volumen del tumor, el número y extensión de sus adherencias, etc. Pozzi dice, y ciertamente que con sobrada razón, que "desde el punto de vista teórico, como desde el punto de vista práctico, la histeropexia no puede ser una operación suficiente por sí sola sino en casos relativamente raros en que el útero, no aumentado de volumen, está sólo descendido." Además, la literatura ginecológica nos muestra muchas observaciones dignas de todo crédito, en las cuales las adherencias se han desgarrado seguramente por el peso de las vísceras abdominales sobre el fondo del útero, ó bien se han extendido y atirantado deprimiendo la pared abdominal á que se adhieren, y en ambos casos el prolapso se ha reproducido.

La extirpación total de la matriz con colporafia anterior y colpoperineorrafia no merece estos reproches; constituye un procedimiento seguro para obtener una curación radical en estos casos, antiguamente considerados como incurables y de gravedad no mayor que la de la histeropexia, gravedad que ha notablemente disminuido con los perfeccionamientos de la antisepsia.

El día 28 del mes pasado tuve oportunidad de practicar esta operación con la inteligente colaboración de mi sabio maestro el Señor Profesor Don Francisco de P. Chacón y de mi distinguido compañero el señor Dr. Gregorio Mendizábal, en una señora que presentaba un antiguo prolapso genital completo complicado con cistocele y que se había resistido al empleo de pesarios de tamaños progresivamente mayores y aun á la reunión de las paredes vaginales según la técnica de Le Fort.

El éxito que hemos obtenido es una prueba elocuente en pro de los resultados que se pueden realizar en casos que, como el presente, habían burlado á la operación autoplástica, en apariencia bien indicada.

La señora á quien me refiero es de 59 años, viuda, de temperamento linfático, constitución débil y sin antecedentes hereditarios dignos de mencionarse.

Se estableció su menstruación á los catorce años y continuó con entera regularidad apareciendo cada mes; se casó á los veintidós años, se hizo embarazada tres meses después y parió en debido tiempo un niño sano y robusto. El parto, aunque muy dilatado, terminó espontáneamente; el puerperio fué fisiológico y la paciente se levantó á los quince días, sintiéndose enteramente bien; llevó una vida activa, y no obstante su buena posición se dedicaba á faenas pesadas; y después de un período de tiempo que no puede fijar, sintiendo algunos dolores en las regiones hipogástrica y lumbar y un peso incómodo en la vulva, consultó á un médico que le aconsejó y aun colocó un pesario que produjo una mejoría pasajera y fué substituido sucesivamente por otros de mayor tamaño siempre que el anterior no era suficiente. Las molestias y dolores iban en aumento no obstante los pesarios que llevó mucho tiempo; y llegó un momento en que ocurrió á uno de nuestros más distinguidos cirujanos, quien le propuso un tratamiento quirúrgico con la esperanza de proporcionarle un alivio definitivo. Fué aceptada tan racional proposición, y hace trece años que le fué practicada con resultado inmediato halagüeño, pues á los veintidós días de operada estaba enteramente cicatrizada la herida y dada de alta la enferma.

Regresó á Pátzcuaro (lugar de su residencia), pero á los seis meses empezó á sentir por segunda vez sus antiguos padecimientos, que tenía bien conocidos, y á los dos años el antiguo tumor salía triunfante de la vulva á despecho de un tabique hábilmente formado en la vagina por asociación de sus paredes según el procedimiento de Le Fort.

Decepcionada por el resultado definitivo de la operación, se decidió á sólo sostener el tumor por medio de algodón esterilizado y por un vendaje en forma de T.

La continua agravación de sus padecimientos la obligaron á abandonar sus propósitos, y á fines del año próximo pasado me consultó. Encontré al examinar la región genital que la vulva era amplia y estaba ocupada por un tumor de forma cónica, cuya extremidad superior

más ancha, se continuaba sin transición con la mucosa vulvar. En su extremidad inferior se veía el orificio externo del útero. El cuello no formaba ninguna eminencia aislada y se continuaba sin transición apreciable con la vagina invertida, engrosada y cuyo epitelio estaba notablemente modificado, presentando un aspecto semejante al de la piel. Al rededor del orificio, estaba ulcerada y fungosa, y sangraba al tocarla.

La vejiga acompañaba á la pared anterior del útero y llegaba hasta muy cerca de la extremidad inferior del cuello, con el que conservaba sus relaciones anatómicas.

El cuerpo perineal no presentaba su firmeza y resistencia normales y si bien la piel no estaba alterada, el tacto rectal y vaginal practicado simultáneamente, hacía conocer que los músculos habían sido desgarrados y estaban degenerados.

Como se ve, estábamos frente á un prolapso genital completo, complicado con prociencia de la vejiga, muy antiguo y que ha resistido á un tratamiento quirúrgico racional.

Mi convicción fué que la histerectomía vaginal total combinada con la resección de las paredes anterior y posterior de la vagina hasta darle á este conducto dimensiones apropiadas, era el único recurso de que se debería esperar la curación radical.

Consulté mi opinión con los expresados Drs. Chacón y Mendizábal, quienes la aceptaron, pero la señora no se decidió en esa época y hasta mediados del mes anterior se resolvió en atención á sus penosos y progresivos sufrimientos.

La practiqué, como he dicho, el día 28 de Abril, y fué ejecutada de la manera siguiente: tomé el cuello con dos pánzas de garfios, bien colocadas al nivel de cada comisura; atraje con ellos el cuello hacia arriba y adelanté y dividí la mucosa vaginal en todó su espesor y en dirección transversal. Con fuertes tijeras seccioné la pared posterior del cuello en la parte media hasta encontrar el pligüe peritoneal recto-uterino que tambien piqué con las tijeras y desgarré con el dedo. El fondo del útero quedó visible y lo atraje en retroversión á través del ojal peritoneal. Continué la sección de la pared posterior de la matriz hasta dividir el fondo y encontrando muy salidas las adherencias que unían toda la cara anterior á la vejiga, emprendí una muy laboriosa cuanto cuidadosa disección, sirviéndome mucho el cateterismo que practicaba el Sr. Chacón con sonda de hombre de fuerte curvatura, para calcular la

distancia á que de dicha sonda se encontraba á cada paso el pico de mi tijera y evitar herir la vejiga, lo que llegué á conseguir. Terminado el aislamiento de la matriz hice la sección mediana de su cara anterior hasta el límite del cuello, exagerando progresivamente la retroversión, y dividí de dos golpes de tijera el fondo del saco vaginal anterior. El útero quedó dividido en dos mitades, dió muy poca sangre y procuré aislar el cuello lo más que pude de sus conexiones con los bordes inferiores de los ligamentos anchos. Hice dar á cada mitad uterina un movimiento de rotación de media circunferencia, y los ligamentos anchos tomaron una forma de cordón con diámetro de centímetro y medio; machaqué con pinzas de presión progresiva la parte de cada ligamento situada fuera de los anexos, y coloqué una ligadura doble por transfixión al nivel de los puntos pediculizados.

Coloqué la vejiga en su sitio fisiológico; levanté las asas intestinales que en estos momentos aparecieron por los esfuerzos que hacía la paciente debido á que empezaban á disiparse los efectos del cloroformo, agente que fué necesario volver ó hacer inhalar, y tomé los colgajos anterior y posterior del peritoneo pélvico que suturé en forma de jareta; fijé á ambos lados del orificio en que quedó convertido el peritoneo pélvico, los pedículos de los ligamentos anchos que lo obturaron; seccioné los ligamentos fuera de las ligaduras; toqué las superficies de sección con solución fenicada al 5 por 100 y apreté la jareta quedando bien cerrado el peritoneo pelviano.

Hice la reducción de la vagina resecaando de las paredes anterior y posterior las partes sobrantes, circunscribiendo por dos incisiones en cada una un colgajo en forma de triángulo de base superior para asegurar así el acortamiento de la bóveda vaginal; avivé la horquilla y suturé los bordes sangrantes para dar mayor solidez al piso pelviano. Toda esta laboriosa intervención duró poco más de dos horas. El despertar de tan prolongada anestesia fué fácil y sin el gran trastorno que ocasionan las grandes dosis de cloroformo que se tienen que administrar en estos casos.

Creo inútil asegurar que la enferma fué preparada para esta operación conforme á los preceptos clásicos, es decir, que por purgante adecuado se desocupó el tubo digestivo; que se le dió un baño general antiséptico un poco antes de la operación; que durante la cloroformación se desinfectó minuciosamente la región vulvo-perineal con solución al 1/4 1000 de bicloruro de mercurio; que las piezas para curación, instrumentos, ligaduras, compresas, ropas, etc., fueron objeto de rigurosa

asepsia y que en nuestras personas observamos con escrupulosidad todos los preceptos de la anti-sepsia.

El período de reparación fué apirético y desde el cuarto día todas las funciones se verifican con entera regularidad.

El Doctor Mendizábal la observó al décimo cuarto día y pudo apreciar que la curación es completa; el fondo vaginal se encuentra enteramente cicatrizado; la vagina tiene forma y dimensiones apropiadas; la tonicidad es buena y la vulva presenta dimensiones y aspecto normales.

Presento los órganos estirpados que, como se vé, tienen dimensiones casi fisiológicas; sólo las porciones resecaadas de la vagina están gruesas y esclerosas, con una consistencia fibrosa y la que reviste el cuello, está ulcerada y fungosa.

El completo éxito alcanzado en nuestra enferma ¿podría haberse obtenido sin esta intervención radical?.....

Teníamos ya la triste experiencia que la operación restauradora que parecía más en armonía con el grado de prolapso, había fracasado; y á mi juicio, lo único que debía hacerse en su beneficio fué la operación que practiqué. Si alguna vacilación tuve, ésta se dispó desde que me ví apoyado por tan autorizadas opiniones.

México, Mayo 10 de 1899.

Dr. Alberto López Hermosa.

LA ENSEÑANZA MEDICA.

EL PLAN DE ESTUDIOS EN NUESTRA ESCUELA N. DE MEDICINA.

Un tema de extraordinaria importancia traigo ahora, señores académicos, á vuestra consideración. Tiene el asunto varios aspectos; pero yo me limitaré á tratarlo científicamente ciñéndome al criterio pedagógico, puesto que de pedagogía médica son todas las cuestiones á que me referiré.

La polémica periodística puso ya en conocimiento del público y de todos vosotros, por consiguiente, las amplias y tremendas objeciones que se han hecho al plan de estudios que para la carrera de médico-