



**TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSUS GENITALES  
FUNDADO EN SU PATOGENIE.**

---

Trabajo presentado por su autor en el Concurso abierto por la Academia  
Nacional de Medicina para proveer una plaza vacante  
en la sección de Ginecología.

---

La pared inferior del vientre, piso pélvico, músculo-membranosa como la anterior de la misma cavidad, es atravesada en el hombre: por la uretra y el recto; en la mujer: por dichos conductos más la vagina que pasa entre ellos.

Si la uretra y el recto son los caminos que recorren los productos de las secreciones renal é intestinal; la vagina, en la pubertad, es el canal por donde se expelen los detritus del molimen menstrual y en el parto, de paso al feto y membranas y líquidos que lo envuelven. El acto de la cópula que conduce á la generación se verifica también allí. Se ve, pues, á qué importantes funciones presiden ó concurren los canales que atraviesan el piso pélvico: los unos para la conservación del individuo, el otro para la reproducción y la conservación de la especie. Y como según la ley fisiológica de que todo órgano corresponde á su función, tenemos que la estructura del piso pélvico ó perineo, debe corresponder á la multiplicidad de actos diferentes á que está destinado, de los que uno, el parto, parece destruir su estática, dejándolo inhábil para soportar la presión abdominal; pero la feliz disposición de su mecanismo, hace, que excepto accidente, el perineo recobre sin obtáculo su potencia para el desempeño de las otras funciones á que está destinado, de las que, el sostenimiento de las vísceras abdominales; no es la menor.

Sin embargo, es frecuente en la mujer que ha llegado al augusto nombre de madre, ver su estática perineal destruida, las vísceras haciendo saliente al exterior, y aunque raro, la núbil, no está exenta del mismo accidente: lo que entraña perturbaciones graves para el individuo y la especie. Y el por qué de esto no es difícil de adivinar: si el perineo [piso pélvico], al igual de las otras paredes del vientre soporta la presión interna, la complejidad de sus funciones en la mujer, le predispone á las hernias más que á ninguna otra pared, no obstante su mara-

villosa estructura; que hernias y no otra cosa, como el primero, lo dijo el Dr. Hart, son: la salida de las vísceras por el trayecto vaginal, propiamente hablando, convertido entonces en canal. Porque, la vagina, al estado normal, es un trayecto y no una cavidad, como la representan las figuras de la mayor parte de los atlas. La pared anterior de la vagina se adapta á la posterior, un espacio virtual las separa, pronto á convertirse en un espacio real si un cuerpo cualquiera se inicia en él, mucho más si se pone en condiciones la mujer, de que el vacío, resultado de la coalescencia de las paredes vaginales, desaparezca; de manera que el aire precipitándose en su cavidad, ayude al vacío peritoneal y al peso de las vísceras, tal cual pasa en la semi-pronación: un dedo que deprima hacia atrás la horquilla, basta para que el segmento pélvico anterior, retenido solo por el vacío vaginal, al desaparecer éste, sea arrastrado por la gravedad de las vísceras y se precipite hacia adelante: la presión atmosférica favoreciendo el empuje visceral. El segmento pélvico posterior se deja deprimir con más facilidad, por la dicha desaparición del vacío vaginal y la actuación de la presión atmosférica.

Aprovechando estas modificaciones de presión, puede practicarse el reconocimiento de las paredes vaginales y del cuello uterino, usando como valva: los dedos índice y medio izquierdos que, en la semipronación, deprimen el segmento perineal posterior. (Barbour.)

Es pues, la vagina, un trayecto que atraviesa la pared abdominal inferior, así como el otro trayecto, el inguinal, atraviesa la pared abdominal anterior, y uno y otro dan lugar á hernias y lo que quirúrgica y patológicamente se diga del uno puede aplicarse al otro, haciendo las modificaciones correspondientes á su estructura y funciones.

He aquí cómo deben entenderse la constitución del trayecto vaginal y del perineo:

La sínfisis púbica hacia adelante; las ramas descendentes del pubis y ascendentes de los isquión, tuberosidades isquiáticas y grandes ligamentos siáticos, á los lados; y el cóxis hacia atrás: son los límites del piso pélvico, exteriormente representado por el espacio comprendido entre la inserción interna de los muslos á la pelvis; el cuyo espacio, además de la piel y fascias subcutáneos, está constituido por tres aponeurosis y capas musculares poderosas.

La aponeurosis superficial del perineo, colocada encima del último fascia-subcutáneo, se inserta á las ramas descendentes del pubis, y ascendentes de los isquion, en su labio externo; y da vainas á los músculos isquio-cavernoso, constrictor de la vagina y transverso superficial del perineo, al nivel del borde posterior del cual se refleja para continuarse con la aponeurosis media.

El esfínter vaginal se continúa hacia atrás con el esfínter del ano en

forma de ocho, y al contraerse simulan una faja muscular extendida del coxis al clitoris y que cierra los orificios de los dos conductos dichos.

El esfínter anal, está íntimamente adherido á la piel y entrecruzándose con el elevador del ano, contribuye á formar los pliegues radiados del ano.

La aponeurosis media ó de Carcason, compuesta de dos hojas, contiene en su interior el esfínter uretral y es atravesada por la uretra y la vagina á la que da su principal punto de apoyo. Esta aponeurosis, se extiende hacia atrás hasta el recto, según mis disecciones; y lateralmente hasta un poco debajo de la unión de las ramas ascendentes de los isquion y descendentes del pubis, insertándose en el borde de estas ramas y adelante en el arco púbico.

La inserción de la tercera capa muscular, músculos elevador del ano é isquio coxigeo, es compleja: hacia adelante al pubis un poco encima de su borde inferior; atrás al coxis; lateralmente á los ligamentos siáticos y á un arco aponeurótico que, pasando sobre la aponeurosis del obturador interno y uniéndose con ella, va de la cara interna y borde inferior de la sínfisis púbica á la espina siática. De los diferentes puntos de inserción mencionados, se dirigen las fibras musculares á la extremidad inferior del recto y cara posterior de la vagina, formando un diafragma atravesado por los conductos mencionados.

Los músculos de Wilson é isquio-coxigeo, apenas merecen tenerse en cuenta en el estudio que hacemos de la estructura perineal.

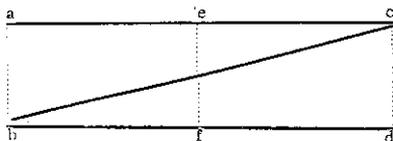
La aponeurosis profunda, fascia pélvica, cubre la cara superior del músculo elevador del ano y está separada del peritoneo por el tejido subperitoneal. Entre el elevador del ano hacia adentro; el isquion y el obturador interno, cubierto por su aponeurosis, hacia afuera, hay un espacio lleno de grasa: hueco isquio-rectal, cuya grasa se continúa con el tejido celular subcutáneo, quedando este espacio cerrado por sola la piel, que como un puente pasa del transverso superficial del perineo, sobre el isquion y el borde inferior del gran glúteo.

El piso perineal así constituido, queda, por la abertura de la vagina, naturalmente dividido en dos partes: segmento perineal anterior y segmento perineal posterior. La vagina se extiende de la abertura himeneal al cuello uterino sobre el que se inserta; su dirección es oblicua de arriba á abajo y de atrás á adelante. En su trayecto entra en relación por su pared anterior de arriba á abajo: 1º Con la vejiga, á la que se une laxamente, tabique vagino-vesical; y 2º Con la uretra, con la que contrae adherencia íntima, tabique uretro-vaginal. Hacia atrás, la pared vaginal anterior, está en relación con su congénere, la pared vaginal posterior, y por el intermedio de ella, con el segmento perineal posterior, al que desborda en una pequeña extensión, de manera que la hor-

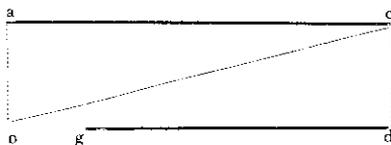
quilla, límite anterior del segmento perineal posterior, corresponde al borde inferior del ligamento subpúbico ó poco menos.

Las relaciones de la pared vaginal posterior, de arriba á abajo, son las siguientes: 1° el peritoneo, parte anterior é inferior del fondo de Douglas; 2° el recto con el que se une laxamente, tabique recto-vaginal, y 3° con el cuerpo perineal, verdadera columna de apoyo del perineo, cincha músculo-membranosa, que contrabalancea la presión interna. En un corte antero-posterior tiene una forma triangular, limitada hacia adelante por la vagina, atrás por el recto y abajo por la piel. Entran en su estructura la mayor parte de los elementos perineales: además de la piel y las fascias, parte de la aponeurosis superficial, los transversos cutáneo y profundo del perineo, la aponeurosis media y el elevador de la vagina, de manera que el cuerpo perineal se inserta en verdad, donde los músculos y aponeurosis del piso pélvico.

La pared abdominal inferior, no obstante ser interrumpida en su continuidad por trayectos que van del interior al exterior, y de los que la vagina es el más importante en lo que se refiere á disminución de solidez por su disposición y fenómenos que en él se verifican, queda herméticamente cerrado por los segmentos perineal anterior y posterior; que pueden esquematizarse así: un corte antero-posterior del perineo ó piso pélvico, representaría un paralelepípedo ó más bien un segmento de corona atendiendo á la proyección perineal: si se divide el paralelepípedo por una diagonal que representaría la vagina, la parte superior del paralelepípedo sería el segmento perineal anterior, y la porción infe-

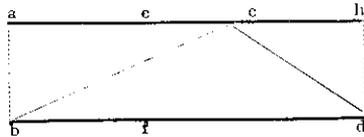


rior el segmento perineal posterior. a b c e a: representarían el segmento perineal anterior: sínfisis púbica, ligamento subpúbico, uretra y vejiga. d c b f d: el segmento perineal posterior. b c: la vagina. a b, y c d: las visagras sobre las que giran los batientes, segmentos perineales, a b c a y d c b f d; cuando un cuerpo se introduce por la vagina: b c. La presión abdominal ejercida en e, deprime el segmento a b c a, y lo hace



descender en la dirección e f. Si el segmento d c b d, cede el perineo comba, proyección perineal, y la vagina b c, deja ver una parte de

su pared anterior que desborda la horquilla; y si la presión es excesiva ó el perineo se encuentra debilitado, la porción de la pared anterior b g, será más extensa y llegando á los límites en que solo la vejiga y la apo-



neurosis media forman todo su espesor, hace hernia, arrastrada por el empuje visceral ni más ni menos que los intestinos, cuando falta el sosten de la pared abdominal anterior, al nivel del canal inguinal, sea por ensanchamiento del anillo inguinal externo ó por igual debilitamiento del interno.

---

Las consideraciones que anteceden pueden aplicarse al recto, con la diferencia que hay que invertir los términos: el sacro equivaliendo al pubis y la parte recto anal, á los tejidos blandos del segmento anterior del perineo; el cuerpo perineal, quedando adelante del ano.

Como se ve en la figura adjunta: b, vulva. bc, vagina. d, ano. d c, recto. a b, sínfisis púbica. h d, sacro. a b c a, segmento perineal anterior. d h c d, porción recto-sacra del segmento perineal posterior. b c d b, cuerpo perineal.

Los desalojamientos del recto son poco frecuentes: por la mayor extensión de la pared huesosa, sacro y coxis; la fuerza de los esfínteres y la estrechez y disposición del trayecto anal.

---

El perineo sostiene además de la tantas veces citada presión abdominal, las vísceras huecas, vejiga, útero y recto, que desembocan á los canales ó trayectos que lo perforan. Me ocuparé de una manera casi exclusiva del útero, por requerirlo así el plan reducido de la materia que estudio. La matriz tiene la forma de una pera y mide de 7 á 8 c., en su mayor diámetro exterior. En su extremidad más delgada, que es la inferior; se inserta la vagina; quedando en la cavidad de este conducto el hilo de la pera, hocico de tenca, abertura vaginal de la cavidad uterina, y un segmento de dicha extremidad inferior, cuello uterino.

Si la vagina se inserta al útero, no es esta inserción, en verdad, la que lo sostiene, sino el perineo donde está comprendida la vagina; la que por su desigual longitud é inserción de sus paredes sobre el cuello, (la anterior más corta y más abajo insertada que la posterior, que es también más larga), le da dirección, á la que contribuye el aparato suspensor del útero. Esta dirección es: la de anteversión con ligera anteflexión

que es la más propicia para que el útero pueda permanecer en su lugar y ejecutar los movimientos que, la flojedad de los tejidos que lo rodean, le permiten, al ser solicitado por las vísceras huecas, vejiga y recto, entre las que está colocado y ser al mismo tiempo útilmente sostenido por el perineo. Acostado el útero por decirlo así, hundiéndose su gruesa tuberosidad en el lecho cóncavo que le forma la pared posterior de la vejiga al apoyarse sobre la anterior de la misma cavidad en el estado de vacuidad; y adaptando la concavidad de su cuerpo á la convexidad vesical en el estado de repleción; movimientos permitidos por la lasitud del perimetrio y la elasticidad del aparato suspensor, el que constituido por fibras musculares lisas y fibras conjuntivas, está revestido por la serosa peritoneal.

El peritoneo que cubre los  $\frac{2}{3}$  de la cara anterior del útero, pasa sobre la cara posterior de la vejiga, formando el fondo peritoneal véscico uterino y pasa por encima de los ligamentos que del cuello uterino van á los lados del cuello de la vejiga y de allí al borde inferior de la sínfisis púbica: ligamentos véscico-uterinos y pubio-vesicales.

La cara posterior de la matriz está en su totalidad cubierta por el peritoneo, que se avanza aún sobre una porción de la pared vaginal, reflejándose sobre el recto y constituyendo el fondo recto-uterino y cubre dos ligamentos de suma importancia, que del cuello de la matriz, van al sacro: ligamentos sacro-uterinos, abrazando al recto en su camino.

Al dirigirse el peritoneo lateralmente del fondo de la matriz hacia la pelvis, cubre los órganos del borde superior del ligamento ancho; los que afectan una disposición radiada, al partir del cuerno uterino. En medio se encuentra la trompa de Falopio, cuyo pabellón contorneado, está dirigido hacia atrás, donde se encuentra el ovario; el que se une á la trompa por el repliegue tubo-ovárico, al útero por el ligamento útero-ovárico y á la pelvis, por el ligamento infundíbulo-pélvico. Hacia adelante de la trompa se encuentra el ligamento redondo.

Las arterias, venas, vasos linfáticos y nervios que se dirigen á la matriz y sus anexos ó que de allí salen, están comprendidos en el espesor de los ligamentos anchos, cuyas caras anterior y posterior, son tapizadas por el peritoneo que de las caras correspondientes de la matriz, se dirige lateralmente hacia la excavación pélvica.

El borde inferior del ligamento ancho, está en relación con el fascia pélvica y contiene la arteria uterina y el ureter. El borde interno del ligamento ancho, comprendiendo la porción vertical de la arteria uterina, se pone en relación con los bordes de la matriz desprovistos de peritoneo, y el borde externo, con la parte lateral de la excavación pélvica.

El útero, queda así suspendido; sus ligamentos son como los tirantes de un globo que se infla: le sostienen y dirigen si trata de desviarse; pero el verdadero punto de apoyo se lo presta el perineo; hundido éste,

el globo uterino se precipita y solo que sus tirantes presenten una resistencia inusitada, la caída puede ser impedida ó cuando menos retardada.

El piso pélvico, no obstante los canales que lo atraviesan, presenta al estado normal, una resistencia que contrabalancea con éxito las presiones que como resultante de las fuerzas internas, allí vienen á tomar un punto de apoyo, y para que las vísceras hagan hernia por esta parte, se necesita que se reúnan las condiciones, que no importa en qué pared ventral son indispensables para su producción.

Las condiciones que presiden á la producción de las hernias y á su curación radical, como lo dejo sentado en mi trabajo: "Un procedimiento para la curación radical de las hernias," presentado en el 3er. Congreso Médico Mexicano de Guadalajara, son las siguientes:

Por la facilidad de movimientos de la masa intestinal, las presiones en el interior del vientre se reparten conforme al principio de hidrostática de la igualdad de presión ó de Pascal, y las paredes de la caja ventral están sometidas á idéntico empuje proporcionalmente á su superficie y cualesquiera que sea su posición.

Al estado normal las paredes del vientre están constituidas para soportar la presión dimanante del peso visceral y del esfuerzo, por lo que en su estructura además de la aponeurosis, entran masas musculares poderosas.

El equilibrio entre la resistencia, pared abdominal, y la potencia, empuje visceral, puede ser destruido: primero por aumento de la potencia, la resistencia siendo la misma; segundo, por disminución de ésta, aquella permaneciendo invariable; tercero, por disminución de la resistencia y aumento de la potencia (tumores).

El caso y sus modalidades en que la resistencia aumenta, la potencia siendo la misma ó disminuye, no ha sido estudiado, pero tal vez ayude á la explicación de ciertos hechos hasta ahora oscuros en su patogenie.

A la 1ª categoría pertenecen: la salida del epiplón é intestino por los orificios herniarios, en las hernias llamadas por esfuerzo; aunque no poco contribuye en ello, una predisposición, debilidad congénita, de la pared abdominal.

En el 2º género de casos se colocan: a. la salida de los órganos ventrales debida á una disposición congénita, persistencia del canal peritoneo-vaginal. b. A la ruptura de la pared por traumatismo: hernias del epiplón, intestino, bazo, etc., c. Por distensión exagerada de la pared abdominal: eventración á consecuencia de partos repetidos.

En la 3ª modalidad es indudable que la presión crónica, si se me permite expresarme así, producida por el crecimiento continuo de los tumores, repele las vísceras y debilita las paredes, expulsando algunas ve-

ces aquellas de su recipiente: tal es el caso que presenté en el 3er. Congreso Médico Mexicano, de prolapsus uterino por quiste del ovario, en que la ovariectomía y la hysteropexia abdominal anterior, justificando la teoría, el resultado autorizó una vez más la práctica.

Ahora bien, los prolapsus genitales, como ya lo he dicho, no son sino hernias que tienen lugar por el piso pélvico, á través de canales y orificios naturales: vagina vulva; ó accidentales: desgarraduras del perineo; y las consideraciones que anteceden, son del todo aplicables á la salida de la vagina, útero, anexos y recto.

La hernia genital se verifica: primero, cuando ejerciéndose un esfuerzo la potencia interna sobrepasa la resistencia opuesta por el perineo: hernia por esfuerzo, lo que indica un vicio congénito del perineo, que debilita su estructura sin que aparentemente lo parezca; tales son los casos citados por Muler de Nueva-York, Trelat y Budin de París, de hernias genitales en vírgenes, en el momento de hacer un esfuerzo para levantar un fardo pesado. Sin embargo, este género de hernias por debilidad congénita de la pared abdominal inferior, que guarda al exterior el aspecto normal, no es ni con mucho frecuente, y sí lo es en los casos de la segunda categoría de producción de las hernias.

A. La disminución de la resistencia perineal es debida á un vicio de conformación que pudiéramos comparar á la persistencia del canal peritoneo-vaginal, por el desequilibrio que produce en los factores de la potencia y de la resistencia, por ampliación del trayecto, destrucción de su oblicuidad, agrandamiento de sus orificios, y que en el perineo se traduce: por la situación viciosa de la vulva, su abertura exagerada, la delgadez del cuerpo perineal, poca oblicuidad y pequeñez del trayecto vaginal. La vulva situada muy abajo, la horquilla, su límite posterior, anterior del cuerpo perineal, no corresponde á la parte más resistente del segmento perineal anterior por la interposición del ligamento subpúbico, como al estado normal, sino atrás de él; de manera que una parte más ó menos grande del piso pélvico, queda reducida en el espacio comprendido entre la horquilla y la proyección del ligamento subpúbico, á la pared vaginal anterior reforzada solo por la vejiga y algunas fibras de la aponeurosis media. A esto se añade la disminución de oblicuidad y longitud del trayecto vaginal y la delgadez del cuerpo perineal antes citada.

Las vírgenes, que se encuentran en estas condiciones, pero ante todo las nulíparas, en quienes las relaciones sexuales por la destrucción, del himen y la tonicidad muscular, agrandando la amplitud vaginal, han acentuado y exagerado dicha disposición, son propensas y frecuentemente se verifica en ellas el descenso de los órganos genitales internos, durante el esfuerzo.

B. Dicha propensión se lleva al máximo si un parto complica este

estado desgarrando el perineo, y puede decirse que toda mujer que se encuentra en tales condiciones, padecerá de prolapsus genital y si ya se le encuentra constituido, examinando la paciente, se hallarán reunidos los elementos del enunciado del problema, que da por resultado el prolapsus genital.

A la asociación de las circunstancias mencionadas, puede reunirse aún el cambio de dirección de la matriz, que poniéndose en retroversión ó solamente enderezándose, se insinúa en el trayecto vaginal, separando los batientes perineales; el peso de la matriz en subinvolución ó crónicamente inflamada, sufriendo la hipertrofia de su cuello, contribuye con mucho á la verificación del fenómeno herniario.

Sin embargo, diariamente vemos mujeres con el perineo desgarrado de años atrás y en las que el prolapsus genital no ha tenido lugar ó es tan insignificante, que apenas puede tenerse en cuenta: lo que parece estar en contradicción con lo que dejo sentado.

Examinense estas mujeres, de las que es un bello ejemplo la enferma que ocupaba la cama n.º 5 de cirugía de mujeres, en el hospital de Jesús (1897). Desgarro del perineo al 2.º grado, un delgado puente separaba la nueva vulva del ano; siete años han pasado desde que tuvo el hijo causa del accidente y excepto una endometritis y ligero cistocele, no ha tenido otras perturbaciones. Su oficio es recamarera, estando casi todo el día de pie, levanta colchones, cajas, camas y demás objetos pesados del menaje de una casa.

Examinándola se veía la situación de la vulva muy adelante; la cicatriz llegaba á la extremidad posterior de los grandes labios y venía á formar el límite anterior del cuerpo perineal, avanzándose hasta muy cerca del borde inferior de la sínfisis púbica; el trayecto vaginal medía 7 c. y su dirección era oblicua; el tabique recto-vaginal, intacto y más grueso que al estado normal. La parte de la pared vaginal anterior, comprendida entre la desgarradura y la proyección del borde posterior del ligamento de Carcassonne: era de un centímetro; lo que quiere decir que esta mujer después de la desgarradura del perineo, se encuentra en las mismas condiciones de aquellas que con una situación viciosa de la vulva, traen una predisposición congénita á las hernias perineales.

Semejante á este caso es el de la Sra. N. de P. que operé el 1.º del presente. Desgarro casi completo del perineo, por aplicación del forceps; datando de 8 años; el descenso de los órganos genitales era insignificante.

C. Después del parto y con predilección en las múltiparas, en las que la distensión exagerada y repetida de los tejidos del perineo y del aparato suspensor, destruye su tonicidad, relajando las paredes y medios de sostén; y el aumento de peso de los órganos internos por el he-

cho mismo de la preñez y una incompleta involución después del parto, favorece al máximo las posiciones viciosas de la matriz y el prolapsus de los órganos internos; hallándose en tales casos frecuentemente las desgarraduras del perineo ó del tabique recto vaginal.

3° Por último, los neoplasmas desarrollados en los anexos como el cistoma ovárico, objeto de mi comunicación antes citada, en que había un prolapsus de la matriz; tumores del mesenterio ú otros que viniendo á empujar la matriz desviada de antemano en la posición favorable para su descenso, enderezamiento ó retroversión, la hacen insinuarse en el trayecto vaginal separando los segmentos perineales.

Los tumores que toman asiento sobre el útero mismo, rara vez lo hacen descender y por el contrario, lo arrastran en su séquito ó lo hacen formar parte del mismo neoplasma: fibromiomas, cistofibromas y cánceres del órgano.

---

He aquí como el prolapsus genital se verifica, su mecanismo teniendo las variantes que su modo de producción implica.

Una vez roto el equilibrio entre la potencia, peso visceral, esfuerzo; y la resistencia, piso pélvico modificado en su estructura; los órganos genitales hacen hernia, rápidamente: hernia aguda por esfuerzo; ó lenta, paulatinamente: hernia crónica; es esta última por ser más frecuente, la que con especialidad consideraré en su desarrollo.

El espacio existente entre el límite anterior del segmento pélvico posterior y la proyección del borde posterior del ligamento subpúbico, siendo de cierta extensión por los motivos antes señalados, la pared abdominal inferior queda constituida en esta parte por el tabique véscico-vaginal y el espesor de la pared superior de la vejiga, sobre la que reposa la matriz; dichos órganos son insuficientes para soportar la presión interior y se dejan arrastrar al exterior. Es la vagina por su pared anterior, la que primero se presenta, arrastrando consigo la vejiga: cistocele. La matriz es desde luego desalojada por el restiramiento que la vagina hace sobre su cuello, enderezándose y cayendo en retroversión, que como hemos visto son las posiciones más favorables para us descenso por su insinuación en el canal vaginal.

El constante empuje visceral y disposición favorable de la matriz en retroversión para el prolapsus, con poco que ella esté aumentada en su peso, subinvolución uterina, fibromioma uterino, ó que su aparato suspensor, laxo ó poco resistente no la detenga, la matriz sigue la dirección de la tracción vaginal y aparece en la vulva arrastrando consigo los anexos, los ovarios precipitándose en el fondo de Douglas y la pared vaginal posterior que la sigue en su descenso, pronto la aventaja y hace eminencia en la vulva, rectocele, yustaponiéndose á la hernia vaginal anterior, antes que el hocico de tenca se perciba en el vestibulo

vulvar. Dicho fenómeno es promonitor, cuando una desgarradura intersticial del tabique recto-vaginal, con integridad del cuerpo perineal, ha abierto la escena del prolapsus por un rectocele; pudiendo, por poco que la integridad del cuerpo perineal esté afectada, entrañar una secuela inversa en la sucesión de los fenómenos: rectocele, atirantamiento por intermedio de la pared vaginal posterior del cuello uterino y del útero mismo que endereza ó retrovierte, descenso de la matriz que lleva por delante la pared vaginal anterior, cistocele.

Cistocele y rectocele, pueden á un tiempo iniciarse y entonces es cuando el prolapsus es más rápido en su evolución.

Sucede á veces que el aparato suspensor resiste, la matriz en ligera retroversión, se sostiene sin descender ó descende poco á pesar del atirantamiento de que es objeto su cuello; atirantamiento que se acentúa de día en día por razón de la presión, que á través de las paredes vaginales ejerce la gravedad visceral, el cistocele y á veces el rectocele; yendo á más tal estado de cosas, produce una congestión crónica por compresión de los plexos venosos, la que predispone á la inflamación, que siendo común en la mucosa uterina, facilita su extensión á sus paredes, metritis parenquimatosa, con predominancia en el sitio en que el trauma crónico, produce un *minoris resistentie*, cuello uterino; y de aquí las hipertrofias de este órgano, (Huguier); que serán inter-vaginales ó supra-vaginales, según que la tracción sobre el cuello, se ejerce por la pared anterior, la posterior ó las dos. Se vé por lo expuesto, que dichas hipertrofias del cuello del útero, deben entrar entre los prolapsus, y no formar un capítulo especial en las afecciones ginecológicas.

Iniciada la hipertrofia, el cuello es el que descende, el fondo uterino permanece en su sitio ó ligeramente abatido como antes dije; formándose entonces entre las paredes vaginales que ejercen tracción y el cuello que crece, una combinación de acciones que termina por poner al exterior el cuello uterino hipertrofiado, cubierto por las paredes vaginales invertidas y engruesadas por la estasis y la inflamación crónica.

La mujer M. que ocupaba la cama n° 5, en el servicio de Ginecología en el Hospital de Jesús, y que operé el 1° de Agosto, (1897), tenia un enorme cistocele, haciendo esfuerzos se veía desplegar la pared vaginal anterior como un globo del tamaño de la cabeza de un feto, un rectocele pequeño por desgarradura intersticial del tabique y desgarradura del perineo sin comprender el esfínter. El hocico de tenca se veía á tres traveses de dedo de la vulva; el cuello uterino, cubierto, no se percibía por no haber propiamente hablando fondos vaginales; el fondo del útero ocupaba con poca diferencia su lugar normal. El histerómetro penetraba 14 centímetros. Un escurrimiento de mucosidades visco-

sas y las manchas rojizas de los labios del cuello desgarrado hacia la izquierda, indicaban el padecimiento inflamatorio del endometrio.

La operación de que me ocuparé después, dejó á la paciente que tiene 56 años, y ejerce el oficio de cocinera, en condiciones de poder evacuar sus ocupaciones sin ninguna molestia, como me lo ha atestado en estos últimos días.

La parametritis y las inflamaciones plásticas de los anexos, anquilosando el útero, lo sostienen y no lo dejan descender aun cuando el perineo esté anchamente desgarrado y que las paredes vaginales hagan prolapsus. En tales condiciones se hallaba la enferma que ocupaba la cama n° 4 en el servicio antes citado, del hospital de Jesús (1897). Multípara, su último parto data de 10 años, fué distócico y hubo que aplicar el forceps, desgarrándose el perineo hasta cerca del ano. Infección puerperal que se terminó por un absceso del ligamento ancho que se abrió en la vagina, y producciones plásticas del parametrio. Matriz en retroversión. Metritis parenquimatosa y salpingitis de la misma naturaleza; ovarios esclero-quísticos y todos los órganos internos englobados en exudados pélvicos. Con el tiempo, por la desgarradura perineal, empezó á hacer hernia la pared vaginal anterior y la vejiga; poco la pared posterior. Actualmente, durante el esfuerzo, se ve descender la pared vaginal anterior, haciendo una hernia considerable fuera de la vulva entre los muslos, como un globo de 10 c. de diámetro. No obstante la enorme tracción ejercida sobre el cuello uterino, éste quedaba á más de 4 c. de la vulva.

Ejerciendo tracciones con la pinza de abatimiento sobre el cuello uterino, el órgano no descendía, permanecía en su sitio.

Por las consideraciones que anteceden, venimos en conocimiento que, los prolapsus genitales son hernias que se verifican á través del trayecto vaginal, cuyo punto de sostén principal, no único, es el cuerpo perineal; y así como en la curación radical de las hernias inguinales, es la pared interna el objeto de nuestra principal atención, por ser ella la que sostiene preferentemente el empuje visceral, y no descuidamos la pared externa ni la resección del saco, que también contribuyen á su sostén, (como lo demuestro en mi comunicación sobre la materia en el 3<sup>er</sup> Congreso Médico de Guadalajara); así no despreciaremos los otros elementos que entran en la constitución del trayecto vaginal: pues el piso pélvico resiste la presión interna proporcionalmente á su superficie.

\*  
\* \*

El tratamiento tiene pues que satisfacer principalmente, las indicaciones resultando de los descalabros perineales, dejando el piso pélvico en las condiciones fisiológicas ó que más se le aproximen; y como en la hernia inguinal hay que reforzar el canal cuando está debilitado,

ó rehacerlo si falta, las mismas operaciones deben emprenderse para la reconstitución del canal vaginal.

En el caso más simple, debilitamiento del piso pélvico por vicio de conformación ó falta de integridad del cuerpo perineal, desgarradura incompleta, que la pared anterior no hace saliente ó es apenas sensible su hernia, que la matriz misma desciende apenas: la perineorrafia basta para corregir todos los accidentes, previa la raspa uterina, si existe, como es frecuente, la inflamación del endometrio.

No pasaré en revista los procedimientos empleados para la perineorrafia, pues puede decirse que todos los que ejercen en Ginecología, tienen el propio. Bien aplicados la mayor parte son buenos y en primera línea se colocan el de Lawson-Tait, que prima por la rapidez de la disección y colocación de las suturas; obteniendo la reunión aun cuando no hayan sido muy rigurosas las condiciones de asepsia.

El de Martín, perineauxesis, que es el ideal en cuanto una vez practicada la sutura, con catgut, lo que requiere el conocimiento de los adelantos modernos para evitar la infección, permite no volverse á ocupar de la paciente ni molestarla quitando las suturas.

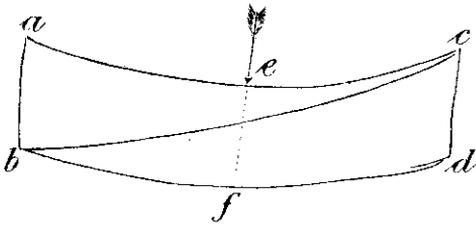
Los de Emmet, Hegar, y Simpson, son igualmente buenos, prefiriéndose entre estos el de Emmet, por dejar todas las suturas sobre el cuerpo perineal, evitandó el contagio por la vagina.

Estudiando los procedimientos precedentes, habiéndolos visto practicar muchas veces á Martin, el propio; á Landau el de Lawson-Tait; á Pozzi la modificación que ha hecho del procedimiento de Tait; á Bouilly el de Hegar y en Nueva York el de Emmet; habiendo yo mismo en la clínica del Profesor Landau en Berlin, hecho varias veces el procedimiento de Tait y viendo la facilidad de ejecución y sus buenos resultados, me hice el propósito de modificar los procedimientos dichos, reuniendo por decirlo así, en uno, las cualidades de todos y á la unión fácil é ideal de Martín, quise añadir la disección rápida y sencilla de Lawson Tait modificada de la manera que luego indicaré.

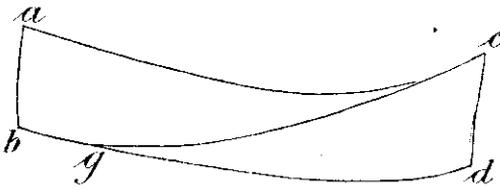
La perineorrafia, último ó único tiempo en la operación del prolapso, la practico así:

Tomadas las precauciones que la asepsia requiere: *primero*, en el caso de desgarradura incompleta del perineo, se apoya fuertemente sobre el límite anterior del cuerpo perineal con el índice y medio izquierdos, la paciente estando colocada en la operación de la talla, se descubre el nivel inferior de la columna vaginal posterior, la que se coge con una pinza de abatimiento que se da á un ayudante. Viendo en seguida el límite inferior de los pequeños labios, hasta donde llega el límite inferior de la desgarradura, se coge á la vez con pinzas de abatimiento ó de forcipresura y se tira de ellas, poniéndolas horizontalmente (Fig. 1ª). Un pliegue se forma constituido por la mucosa y piel. Con un cuchillo

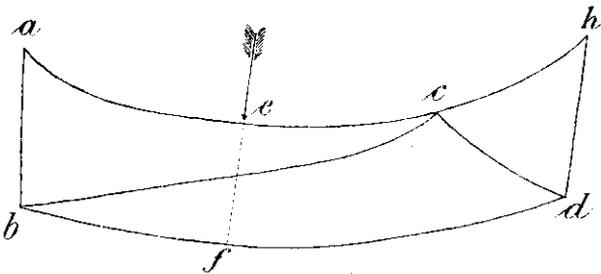
N<sup>o</sup> 1.



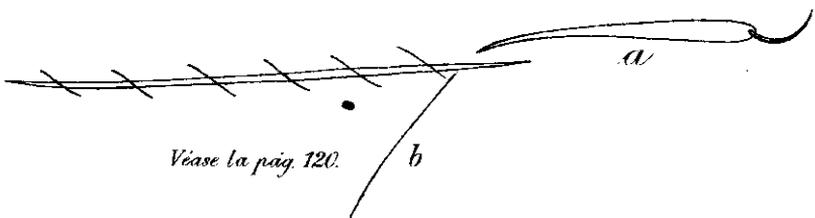
N<sup>o</sup> 2.



N<sup>o</sup> 3.



N<sup>o</sup> 4.



Véase la páig. 120.

delgado se corta una correjuela de tegumentos procurando no seccionarla por completo hasta que se haya disecado en toda su extensión. (Fig. 1ª). Esta manera de hacer es expedita y rápida. Siempre estirando de las pinzas, dos ó tres pasadas de escalpelo sobre la herida seccionan la aponeurosis y músculos superficiales. El dedo en la herida cuida de no perforar el recto dirigiendo el filo hacia la pared vaginal (Fig. 2ª). Pasadas las capas superficiales es sumamente fácil continuar la disección con solo el dedo. La disección llegará hasta el nivel de la extremidad inferior de la columna vaginal posterior, que sostiene una pinza de abatimiento como antes dije. Para disecar así, apenas si son necesarios tres minutos.

La disección terminada reviste la forma de una pirámide cuadrangular, su base correspondiendo al perineo y su vértice al nivel de la extremidad inferior de la columna posterior de la vagina; sus paredes son constituidas, las posteriores: por el cuerpo perineal avivado; las anteriores por la cara cruenta de la pared vaginal desprendida por la disección. Al unirse los ángulos laterales, las paredes anteriores por su coalescencia solo forman una línea. La coalescencia de las paredes posteriores es más importante, es la parte principal, la que restaura el cuerpo perineal, la de las anteriores se puede considerar como accesoria y aun se cortarían de un tizeretazo sino furere ventaja el conservarlas porque así no se pierde tejidos y en caso de fracaso, las cosas quedan siempre mejor que antes.

Para efectuar la yustaposición de las paredes triangulares de la pirámide hueca formada por el desdoblamiento del cuerpo perineal, pongo un primer punto de sutura que penetrando en la unión del  $\frac{1}{3}$  izquierdo con los dos  $\frac{2}{3}$  derechos de la bisectriz horizontal de la pirámide (Fig. 3), sale á poca distancia cogiendo profundamente los tejidos cuidando de no perforar el recto, vuelve á penetrar, aunque más superficialmente por la proximidad del recto, sale al nivel del vértice y recorre un camino contrario al anterior. Un segundo punto de sutura se coloca en las mismas condiciones debajo del anterior, á  $\frac{1}{2}$  centímetro de distancia: y un tercero á igual distancia que el primero del segundo y paralelo á ellos.

Es solamente entonces que se anudan los cabos del primer punto y que se cortan los hilos, si los puntos han de ser separados ó se estira sobre el cabo final si continuos. (Figs. 3ª y 4ª). Se sueltan todas las pinzas y se aproximan las piernas de la paciente. La parte profunda del perineo está restaurada: la base cuadrangular es rómbica al presente.

El cabo final lo tiene restirado un ayudante, mientras una sutura continua de abajo arriba en surjete (fig. 4ª), restaura las capas superficiales del cuerpo perineal, aproximando primero los planos cutáneos y

después los mucosos. El último punto de sutura de este plano, en lugar de permanecer submucoso en toda su extensión, atraviesa en la última parte de su trayecto la mucosa, y en seguida sin aflojar un momento el cabo de la puntada que precede como anteriormente y en sentido inverso de arriba á abajo, se sutura primero la mucosa vaginal, que hace saliente en la vagina, y después la piel del perineo: el resultado final es el de la fig. 5ª.

A paso y á medida que la operación ha ido llegando á su fin, las piernas de la paciente se han ido aproximando hasta quedar juntas y se mantienen en esta posición por un vendaje.

La sutura, la hago, cuando estoy seguro de todas las precauciones que exige la asepsia, con catgut; el que á su vez debe merecerme confianza por su preparación y resistencia.

La seda estéril, me sirve cuando no tengo catgut, ó que la enferma nerviosa é inquieta temo no guarde el conveniente reposo y rompa el catgut al tercero ó cuarto día, que ya se ha reblandecido.

Los puntos de sutura los coloco en tal caso en un solo plano, como los hilos de plata en el procedimiento de Lauson Tait: los hilos perdidos en varios planos, como en mi procedimiento de sutura para las paredes del vientre, no siendo aquí aplicables por estar expuestos á una fácil infección.

*Segundo:* la desgarradura es completa; la vagina y el recto se comunican, hay aún fistulas recto-vaginales (fig. 6).

El tratamiento solo difiere del anterior en la sutura del recto, el avivamiento siendo semejante. La sutura de la mucosa vaginal cuando la desgarradura no es muy alta, no es indispensable.

Cogiendo los límites de la cicatriz en las partes laterales cerca del borde inferior de los pequeños labios, con pinzas de abatimiento de dos ganchos, se las dispone estirándolas horizontalmente y se hace hasta donde es posible la sección de la correjuela cutáneo-mucosa de que hablé en el caso de integridad del recto, respetando el borde posterior del ano y completando con el escalpelo ó las tijeras, lo que falte para la incisión del borde cicatricial vagino-rectal y vagino-perineal (fig. 7).

Se principiará la disección por el borde vagino-perineal y en seguida sobre el vagino-rectal, separando las dos capas del tabique. La disección roma por medio del dedo, facilita la maniobra sosteniendo los bordes por medio de pinzas de forcipresura ó de abatimiento.

Disecados el tabique recto-vaginal hasta pasar el límite superior de la desgarradura y el plano vagino-perineal hasta el nivel inferior de los pequeños labios, se sutura la pared anterior del recto de manera que los hilos de catgut ó seda no penetren en su cavidad.

Muchos procedimientos se han imaginado con este objeto, los de

Lauestein, Landau, Martin, son buenos y los he visto dar excelentes resultados. El que yo sigo es semejante al de Lauestein: una sutura continua al catgut á la Lembert. Un poco encima de la desgarradura del recto, se anuda la hebra de catgut; en seguida hundiendo la aguja á medio centímetro hacia afuera de la extremidad superior del borde de la desgarradura, se saca á uno ó dos milímetros de éste; se hunde luego á dos milímetros afuera del borde opuesto y se saca tres ó cuatro milímetros más lejos. Se cuida de no perforar la mucosa rectal, para lo que el índice izquierdo colocado en el recto, servirá de referencia; observando de no retirar dicho dedo hasta que no queden concluidas las suturas de la pared rectal y del esfínter; para no infectar la herida. Con el mismo objeto de no ensuciar la herida y tener su índice pronto para cualquiera necesidad, es útil revestirlo de un dedo de caucho.

Llegado á la extremidad inferior de la desgarradura y suturados los ángulos correspondientes al ano, se anuda el catgut para independar esta sutura del resto.

Se procede incontinenti á la sutura ó reconstitución del esfínter externo del ano: para lo que me sirvo del procedimiento de Martin: Se hunde la aguja de arriba á abajo un poco adelante del diámetro transversal del ano y como á un centímetro del borde mucoso, se saca cerca de este borde después de haber cogido un buen espesor de tejidos; se practica el paso de la aguja de una manera inversa del lado opuesto y se anuda. Uno ó dos puntos más, dispuestos de la misma manera, completan la restauración del esfínter. Se continúa con un surjete alargado Lembert, hasta el nivel de la extremidad inferior de la columna vaginal posterior si existe, ó hasta 4 ó 5 c. del ano, si ha sido comprendida en la desgarradura.

La vagina desgarrada, se sutura con un surjete.

En este momento la operación se encuentra en las mismas condiciones de las desgarraduras incompletas del perineo y puede continuarse la restauración del piso perineal, como ya dije, sirviéndose de catgut, seda ó alambre de plata.

El sostenimiento de la sutura al catgut, por medio de puntos de seda ó plata, como lo ví hacer á Pozzi, no es indispensable; pero puede usarse con ventaja en los casos de desgarraduras amplias. Entonces antes de las suturas profundas con catgut, se pasan tres ó cuatro hilos de seda ó plata á la Lauson Tait; se sutura luego con el catgut como dejo dicho y se termina anudando los hilos de plata ó seda.

Con una sonda se vacía la vejiga y si la enferma lo tolera, es útil dejar permanente una sonda de caucho. Se amarran las piernas encima de las rodillas y de los tobillos y se deja á la paciente tomar, acostada, la posición que más le agrade.

Como alimento acostumbro dar los 4 ó 5 primeros días leche, café

con leche y yemas de huevo en Jerez. El 5° ó 6° día, ministró un purgante salino, (30 gramos de sulfato de sosa), y cuando viene la gana de obrar hago poner una lavativa, para facilitar la expulsión de las materias sin dolor y sin que lastimen el esfínter.

Se asea la región con solución de cianuro de mercurio al 1 por 1500, despues de cada deposición.

Los días siguientes la alimentación es moderada y de preferencia azoada para evitar la frecuencia de las deposiciones.

El 9° ó 10° día, doy otro evacuante salino tomando las precauciones dichas.

Para la fecha los hilos de catgut ya se reabsorbieron y los de seda ó plata se retiran.

La reunión es completa, el perineo reparado manifiesta la vulva en las condiciones de antes de efectuarse la desgarradura; el cuerpo perineal resistente, revela su forma triangular introduciendo un dedo por la vagina y otro por el recto.

Según la extensión de la reparación y el estado de las vísceras, permito que la paciente abandone el lecho al fin de la 2ª ó 3ª semana. Deben cuando menos transcurrir dos meses para hacer algo del menaje de la casa; más de cuatro para las relaciones conyugales y de un año para levantar cosas pesadas. Prescripciones sujetas á variación con el estado social de la paciente, además de las consideraciones dichas.

\*  
\* \*

Las fistulas recto-vaginales, si son bajas, quedan comprendidas en el desdoblamiento perineal y al repararse el perineo se corrige la fístula: pero si son altas, las condiciones varían y se necesita de toda la sutileza del cirujano para aplicar el medio más adecuado de curación. Solo diré de una manera general, que los procedimientos de autoplastia por deslizamiento y desdoblamiento, son los mejores. (Walcher, Fritsch, Le Dentu). En caso de fístula cerca del cuello uterino, Segond, propone el deslizamiento de la pared anterior del recto y su resección debajo de la fístula: lo que constituye una operación difícil y no exenta de peligros.

Con la desgarradura más ó menos extensa del perineo ó conformación viciosa, coincide: 1° un cistocele cuyas dimensiones varían del tamaño de un huevo de paloma al de una cabeza de feto á término. La pared vaginal anterior distendida, se ha adelgazado y separado sus pliegues. 2° El útero ha descendido hasta la vulva ó queda colgando al exterior, ó retenido por el aparato suspensor ó por adherencias anómalas, el cuello gigante asoma en la vulva y arrastra las paredes vaginales.

En la 1ª variedad se asociará la perineorrafia de la colporrafia anterior, cuya extensión será proporcionada al cistocele y cuya forma se sujetará á la variedad de prolapsus uterino.

Cuando no se hace ninguna operación para fijar la matriz por posición viciosa y aun cuando se haga, si la pared vaginal anterior es corta: uso yo el avivamiento ovalar, el gran eje extendido del tubérculo vaginal anterior á cerca de tres centímetros del cuello uterino; el eje transversal varia con la magnitud del cistocele, término medio de 4 á 7 c. raramente más nunca menos. Como Martin, el avivamiento lo practico quitando el espesor de la mucosa vaginal de la siguiente manera: Una pinza de dos ganchos coje la columna vaginal anterior cerca de su terminación á dos centímetros del meato; un ayudante la estira hacia arriba, la paciente estando colocada en la posición de la talla.

Una segunda pinza coje la columna anterior cerca del cuello uterino; el ayudante ó una mano del cirujano la estira hacia abajo. Los límites extremos del avivamiento quedan señalados, el cuchillo recorre la línea media procurando limitarse al espesor de la mucosa, recordando que la vejiga, previamente vaciada, está en inmediata relación. Se disecciona la mucosa de uno y otro lado, en la extensión de 2 á 4 c. Cuando el avivamiento es grande, téngase la precaución de no aislar los uréteres en la parte inferior. Los colgajos semielípticos que resultan de la disección, se les corta con las tijeras.

El fondo del avivamiento queda constituido: por la pared vesical, la aponeurosis media y una parte del tejido submucoso vaginal, que es más ó menos denso según el sitio: firme en los  $\frac{2}{3}$  anteriores, laso en el posterior. La sutura es ventajoso hacerlo con catgut, por razón de que no se lastimará á la paciente, pues no hay necesidad de quitar suturas: el catgut se reabsorbe y cae solo. Además las probabilidades de infección son menores, estando seguros de la esterilización del catgut, aun cuando por accidente (que se debe siempre evitar), una puntada haya penetrado en la vejiga.

Para no cometer tal falta, se tomarán con la aguja las capas superficiales hundiéndola dos ó tres milímetros y sacándola á cada centímetro ó menos para volverla á hundir á distancia igual; de esta manera se harán dos ó tres planos de sutura si el avivamiento es extenso, con uno basta si el mismo es pequeño.

Se empieza la sutura por la parte superior del avivamiento, cogiendo la mucosa de uno y otro lado y anudando el catgut, una de las puntas, la que no lleva la aguja, se la hace tener por el ayudante, sustituyendo la pinza superior. Si se han de hacer varios planos de sutura, se introduce la aguja hacia adentro del borde mucoso, y cogiendo pequeñas porciones de tejido para no penetrar en la vejiga como ya dije, se sale en un punto simétrico del lado opuesto hacia dentro del borde

de la mucosa. Así se continúa hasta el fin en que la aguja, en lugar de coger simétricamente los tejidos del fondo del avivamiento, coge la mucosa y en seguida de abajo á arriba cogiendo los dos bordes de la mucosa y el fondo actual del avivamiento, se termina en la parte superior el surjete anudando los cabos formados por el hilo doble que va en la aguja y el cabo libre del catgut. (Véase la figura relativa).

a.—Hilo doble y

b.—Cabo libre.

se anudan para terminar un surjete.

Con seda ó plata se pone un solo plano de suturas entrecortadas; con la primera puede emplearse el surjete que hace ganar en rapidez y no presenta dificultades para quitar la sutura.

En las suturas en surjete con seda ó entrecortadas con seda ó plata: se cogen los bordes mucosos, el fondo y uno ó dos trabéculas de las partes laterales para no dejar espacios vacíos cuando se anudan los hilos. Es bueno si se ha servido del alambre de plata, cubrir sus extremidades con una munición machacada para evitar la irritación de los tejidos.

Por mi parte, yo no uso más que catgut ó seda, y se exceptúan algunos casos de perineorrafia, nunca empleo el alambre de plata.

\*  
\* \*

Para la hipertrofia del cuello, el procedimiento de Macwalld ó de Schederer, según el estado de la mucosa del cervicis, me ha dado excelentes resultados aun para la hipertrofia supra-vaginal.

\*  
\* \*

Si la pared posterior de la vagina ha descendido, se la estrecha á la manera de Martín, por dos pérdidas de substancia laterales, cuyos límites internos son los lados de la columna vaginal posterior, los inferiores el límite superior de la perineorrafia, los superiores y externos variando con el grado de distensión de la pared vaginal.

O bien una pérdida de substancia ovalar semejante á la de la pared anterior.

Se suturan dichas pérdidas de substancia de preferencia con catgut en uno ó dos planos.

Hasta ahora, sólo me he ocupado de la restauración y estrechamiento del canal vaginal, haciendo algo parecido al procedimiento que sigo para la reconstitución del trayecto inguinal.

La perineorrafia es la principal de esta asociación de operaciones, como principal es el papel del perineo; pero no siempre basta como tampoco es el perineo solo el que sostiene el empuje visceral.

En la mayoría de los casos se realizan las condiciones en que la perineorrafia sola ó acompañada de elitorrafia anterior y algunas veces de la posterior y la amputación del cuello, de la que casi siempre la raspa uterina es un obligado y todo practicado con anestesia local para simplificar son: el remedio; pero entónces interviene poco ó nada el aparato suspensor, si no es que su relajación, después de la restauración perineal, facilita la circulación y contribuye á la desaparición de los fenómenos congestivos de los órganos pélvicos.

La primera operación de este género con anestesia local, la practiqué en el servicio de cirugía de mujeres del Hospital de Jesús en el invierno de 1897.

La enferma que ocupaba la cama núm. 6, múltipara de 42 años, tenía además de una eventración que permitía ampliamente la palma de la mano entre los músculos rectos, una desgarradura del perineo que alcanzaba los límites del ano, con prolapsus uterino, matriz libre, cistocele y rectocele, desgarradura del cuello y endometritis concomitante.

Acompañado de los practicantes del servicio, A. Villarreal y E. León; inyecté unos tres centímetros cúbicos de solución esterilizada de cocaína al uno por ciento conforme la técnica descrita por mi joven amigo el Dr. A. Lozano en su tesis profesional, que tuve el honor de inspirarle, fundándose en hechos recogidos en mi práctica hospitalaria. La anestesia del endometrio fué completa así como la del cuello uterino, pudiendo practicar incontinenti la raspa uterina y la traquelorrafia bilateral.

Dos centímetros cúbicos más de solución anestésica me bastaron para la inyección intersticial que me facilitó la corrección del cistocele y de cuatro á cinco para la perineorrafia: 25 minutos fué la duración de todas estas operaciones. Las consecuencias operatorias inmediatas, de la mayor bondad; las posteriores hasta el tiempo en que pude seguir á la paciente, igualmente satisfactorias.

Después he repetido, valiéndome de la anestesia local, algunas de las operaciones plásticas vaginales, cervicales ó vagino-perineales, el grado de anestesia siendo variable con la excitabilidad de las pacientes y con el grado de eretismo uterino ó de inflamación del órgano, pudiendo decir que los tejidos densos, adherentes, las matrices pequeñas y densas son menos accesibles á la anestesia que las mucosas flojas, poco adherentes, prolapsadas y matrices libres, grandes y en subinvolución.

Con anestesia clorofórmica las operaciones plásticas vagino-perineales, hechas según los procedimientos que dejó descritos, ganan mucho en rapidez y los Dres. Peña y Leal, de Monterrey, se recuerdan de una distinguida cliente en quién en 35 minutos practiqué la raspa

uterina, amputación del cuello uterino, (Markwald) colpografía anterior y colporringografía.

Y los doctores que me honran con su asistencia á mi servicio del Hospital Morelos, han visto varias veces como la perincorráfia y otras operaciones plásticas, son rápidas con los procedimientos que empleo, no habiendo tardado jamás en la asociación de todas ellas, más de 60 minutos y una perineorráfia terminada en cinco minutos.

\*  
\* \*  
\*

Tal sucede si la matriz es libre, más si está fija por adherencias y en retroflexión ó retroversión; una intervención se impone, que es el resultado de este vicio de posición y que tiene por objeto desprenderla y ponerla en condiciones que más la aproximen al estado normal. La celiotomía vaginal anterior, acompañada del desprendimiento de la matriz y su fijación á la vagina, (Dührssen, Martin,) ó á la vejiga (Mackenrodt) satisfacen dicha indicación terapéutica, que es independiente de las operaciones del prolapsus genital; pero que en el caso necesitan asociarse combinándose.

Dos operaciones practicadas con el más feliz resultado inmediato y posterior, la una en Monterrey y la otra en el Hospital Morelos de esta capital, dan un apoyo brillante á la manera de tratar los prolapsus con desviación uterina ó adherencias, y ponen de manifiesto el gran partido que puede sacarse de la celiotomía vaginal anterior, operación nueva y casi desconocida entre nosotros.

La Sra. Q., multipara de 48 años, cliente de mi amigo el Dr. Peña, de Monterrey, padecía de tiempo atrás de un prolapsus uterino con retroflexión libre del cuerpo, el cuello asomándose ampliamente en la vulva, con colpocele anterior y desgarradura extensa del perineo, comprendiendo el esfínter anal. El frotamiento del útero prolapsado sobre una venda que la paciente usaba para que el órgano no saliera completamente, habían ocasionado una grande ulceración sobre el cuello y pared vaginal anterior.

Tomadas las precauciones de aseo de la vagina y demás ritos de asepsia que habitualmente empleo, operé en Monterrey á la Sra. Q. el 7 de Abril de 1898, acompañado de los Dres. D. Peña y A. Leal y el Sr. Tamez, estudiante de medicina.

Hice primero la raspa uterina y después la resección de la ulceración sobre la pared vaginal anterior, amputando al mismo tiempo el labio anterior del cuello uterino; suturado éste, amputé y suturé el labio posterior, dejando abierto el espacio donde residió la ulceración, al que dí una forma oval 0.06 de ancho por 0.10 de largo para corregir el cistocele previamente, aprovechando la excisión vaginal para hender, rechazando la vejiga, el fondo vesico-uterino, extrayendo por allí la ma-

triz y los anexos que reconocidos sanos fueron dejados en su lugar y el cuerpo uterino fijado de la siguiente manera:

Un primer punto de sutura con seda, fué colocado en la parte más superior del avivamiento vaginal, comprendiendo los bordes del avivamiento la porción de peritoneo desprendida de la vejiga y una parte de la superficie peritoneal de revestimiento de la cara anterior del útero y de sus fibras musculares correspondientes, procurando quedar muy lejos de la cavidad uterina; el 2<sup>o</sup> punto, á 2 centímetros del primero no comprendió el peritoneo vesical, pero sí el uterino y sus fibras musculares subyacentes y los bordes vaginales; el 3<sup>o</sup> á igual distancia que el primero del segundo comprendió los bordes vaginales y una porción del músculo uterino colocada debajo de su revestimiento peritoneal y siempre sin llegar á la cavidad uterina. Puntos superficiales intermedios é inferiores comprendiendo solo los bordes vaginales, acabaron de cerrar el avivamiento vaginal.

La colporrafia bilateral posterior y la perineorrafia con hilos de seda acabaron la operación que duró 55 minutos.

Corregidos con el sondeo repetido dos veces con intervalo de doce horas, los accidentes de parálisis vesical, todo marchó hacia la curación con la benignidad que dan las intervenciones asépticas; y el Dr. Peña, que se encargó de la enferma, quitó al quinto día los puntos que penetraban hasta el peritoneo, y el décimo, los restantes.

Todo reunió por primera intención. Lavados bi-cuotidianos con solución débil de  $1 \times 3000$  de cianuro de mercurio, mantuvieron siempre limpia la vulva é inyecciones diarias ó terciadas, según las necesidades evitaban la acumulación de las secreciones vaginales: un filtro de gasa y algodón sobre la vulva constituía la curación.

La curación ha persistido; el prolápsus corregido, así como las molestias que originó.

2<sup>a</sup> observación. Por recomendación de mi apreciable amigo y compañero el Dr. Velázquez, admiti en mi servicio del Hospital Morelos, el 29 de Junio de 1898 á Rosa Flores, múltipara, de 32 años, que ocupó la cama número 33 y cuya historia recogió el practicante de mi servicio, Sr. Pacheco.

Su último hijo databa de seis años; parto distósico, presentación de cara, aplicación de forceps, niño muerto, desgarrándosela el perineo; fiebre algunos días, dolores en el vientre.

Cuando se levanta de la cama 21 días después, sufre del bajo vientre dolores en las piernas; el trabajo le es imposible durante algún tiempo. Con sacrificio se entrega á sus ocupaciones y es incomodada desde entonces por un peso ó cuerpo extraño que le parece tener en la vagina; flujo blanco, reglas abundantes y fuertes dolores durante la menstruación.

Ultimamente, estas perturbaciones yendo en aumento, ha sentido un estorbo en la vulva, que sale un poco fuera y que ella puede introducir con el dedo. Es estreñida y no ha sufrido otras afecciones que se refieran á su padecimiento directa ó indirectamente.

Al examinarla ví desde luego, entre los labios, el cuello del útero exulcerado, con moco pus en el hocico de tenca; el prolapsus de la pared vaginal anterior no muy grande, el esfuerzo la hacia aumentar de tamaño arrastrando un poco más la matriz al exterior. Desgarradura del perineo sin comprender la márgen del ano y no habiendo tampoco incontinencia de gases ó materias.

La exploración bi-manual revelaba la matriz poco aumentada de volumen, los ovarios crecidos y duros, en el derecho las irregularidades de su superficie denotaban bien la existencia de pequeños quistes.

El no poder reducir en su lugar la matriz, que solo medía 8 centímetros de cavidad y el no haber colpocele posterior, hizo presumir adherencias largas sobre la cara posterior de la matriz.

El diagnóstico anunciado á las personas que me hicieron el honor de asistir á la operación el 13 de Julio de 1898, Dres. Regino González, Rafael Norma, Rafael Silva, Velázquez Uriarte, Martínez Garza y varios estudiantes de medicina, fué: prolapsus genital complicado de endometritis, ovaritis micro-quística y parametritis posterior, y el programa de la operación el siguiente: raspa uterina, celiotomía vaginal anterior, tratamiento de las adherencias y micro-quistes, vagino fijación, colporrafia anterior y perineorrafia.

Ninguna dificultad tuve para abrir el fondo peritoneal anterior, después de la disección de la mucosa vaginal en la extensión de dos y medio centímetros de uno y otro lado de la línea media para preparar la resección al terminar la celiotomía y operaciones contingentes, Al sacar el fondo de la matriz á través del ojal vaginal, tropecé con las dificultades inherentes á las adherencias flojas que la retenían hacia atrás, y en el fondo, con el epiplón. Después de la matriz extraje los anexos, primero los del lado derecho y en seguida los del lado izquierdo, puncionando los quistes y resecaendo en cuña una porción esclerosada del ovario derecho, suturando luego la pérdida de substancia. Reconocidas sanas las trompas, reintegré los órganos en su sitio y fijé la matriz á la vagina, resecaendo ésta en la porción disecada para corregir el cistocele. Concluí la operación con la colpoperincorrafia, usando en todo catgut esterilizado por procedimientos antisépticos.

Duró la operación 50 minutos. La curación consistió en un simple filtro de algodón esterilizado sobre la vulva.

De las consecuencias operatorias solo diré que veinte días después era dada de alta, habiendo todo cicatrizado sin presentarse la menor complicación y los hilos de catgut caídos por sí solos al hacer los lavados

vaginales cotidianos, que desde el tercer día de la operación fueron instituidos, usando en cada uno de ellos las precauciones que el caso requería.

El Dr. Velázquez me dice haber visto últimamente á la paciente y haberla encontrado enteramente curada.

\*  
\* \*

La matriz en retroversión no adherente no da lugar á ningún síntoma si está sana. Las perturbaciones que se registran en estas condiciones son debidas más que á la retroversión á la metritis concomitante. Por lo tanto, en dichos casos, trátase la endometritis y déjese el útero en su posición, seguros de que la enferma sanará: pues desviaciones uterinas sin dar lugar á ningún síntoma, las encontramos todos los días.

\*  
\* \*

El útero y el aparato suspensor libres; el perineo íntegro en su constitución, ha sido forzado y la matriz hace saliente al exterior por el aumento crónico de la presión interna: como en el caso del quiste del ovario de cuya observación hablé antes. El perineo y los ligamentos suspensores obligados, por decirlo así, á ceder, solo esperan la sustracción de la vis á tergo para recobrar su posición ó que se las ponga en condiciones que sus reparaciones puedan hacerse sin obstáculo: la histeropexia abdominal anterior, me parece satisfacer el desideratum: quitando el neoplasma se practica complementariamente la histeropexia.

\*  
\* \*

Cuando el prolapus genital es total, crónico, incoercible ó difícilmente reductible, las paredes vaginales y la matriz hipertrofiadas; se aconseja hacer la histerectomía, Leopold, Kehrer, Fritsh, Pozzi, Landau; pero deben al mismo tiempo practicarse las operaciones plásticas vaginales y perineales, para la restauración del perineo y trayecto vaginal, que de lo contrario sería suprimir solo la hernia de la matriz, quedando la de la vejiga, recto, intestinos y epiplón: cual sucedió en un caso que ví operar al profesor Landau, que hechas las suturas de las paredes vaginales en su porción superior, donde se desprendió el cuello uterino para extraer la matriz, formaban con el esfuerzo una saliente tan considerable como antes de la operación.

Extirpar la matriz sin practicar las operaciones plásticas perineo-vaginales, equivale en una hernia á reseca el epiplón y dejar el saco.

Y fundado en las razones que anteceden, practiqué en una enferma que se encontraba en la sala de Cirugía de mujeres del Hospital González (Monterrey), con prolapsus genital, total, crónico, hipertrófi-

co é incoercible, con degeneración esclero-quística de los ovarios y debilidad mental, la castración útero-ovárica vaginal y plástica vaginoperineal, que motivó una conferencia sobre la materia, que di en la Escuela de Medicina de dicha capital, accediendo á la invitación de los profesores de dicha facultad y médicos del Hospital González.

El resultado inmediato fué bueno, el prolapsus se corrigió, las paredes vaginales reducidas no hacían saliente, el canal restaurado recobró sus dimensiones normales, obturando su fondo por una sutura entrecortada y el cuerpo perineal restaurado con suturas metálicas.

La operación laboriosa por lo esclerosado de los tejidos; de disección difícil, sobre todo en la talla de los colgajos vaginales, cuya resección dejó una extensión cruenta, oval, de 12 por 7 centímetros sobre la pared vaginal anterior, pues la masa prolapsada, colgando entre los muslos durante el esfuerzo, tenía las dimensiones de una cabeza de niño.

La extirpación de la matriz la practiqué según mi procedimiento: extrayéndola previamente por la abertura del fondo peritoneal anterior, y ligando en seguida los ligamentos anchos debajo de los anexos, con fuertes hilos de seda y fijando los pediculos á la herida vaginal.

Terminé este complexus operatorio por la colporrafia bilateral posterior y la perineorrafia con hilos metálicos.

Una hora 20 minutos duró la intervención operatoria.

La operada se recobró perfectamente del traumatismo y todo marchó sin inconveniente hasta el quinto día, en que habiéndose descuidado la enfermera, la paciente se quitó la curación y fué por su pié á tomar agua en el lavabo de la habitación en que se encontraba.

Dado el estado de debilidad mental en que la enferma se hallaba, era difícil hacerla guardar quietud, y desde el sexto día, los hilos perineales comenzaron á estrangularse, lo que me hizo soltar el de en medio.

Desde el décimo día se empezaron á dejar sentir los fenómenos de la infección crónica que no llegaron á vencer los lavatorios antisépticos calientes, purgantes y otros recursos empleados por los inteligentes médicos del Hospital González, á cuya pericia encomendé á la paciente al salir para esta capital, sucumbiendo la operada á los 30 días de la operación.

Al hacer la autopsia se encontró una peritonitis con notas purulentas reducida al recinto pélvico y desunidos el fondo vaginal y el perineo.

Lo que manifiesta una vez más que todas las precauciones que se tomen para preservarse de la infección son pocas, así durante el acto operatorio, como consecutivamente, pues cuando ésta se desarrolla en



Fig. 1

*Desparadura completa del pernioe.  
a extremidad sup. h. extremidad inferior  
(Pexel)*

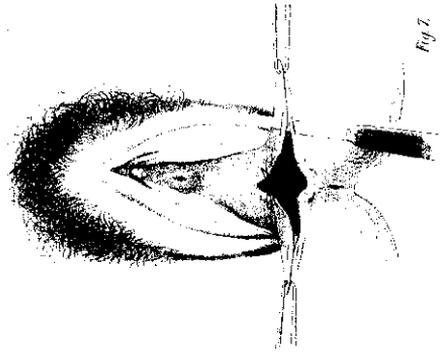


Fig. 2

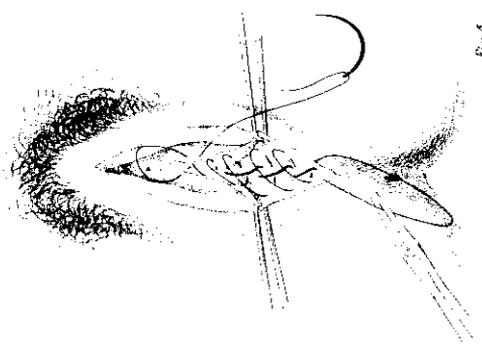


Fig. 3

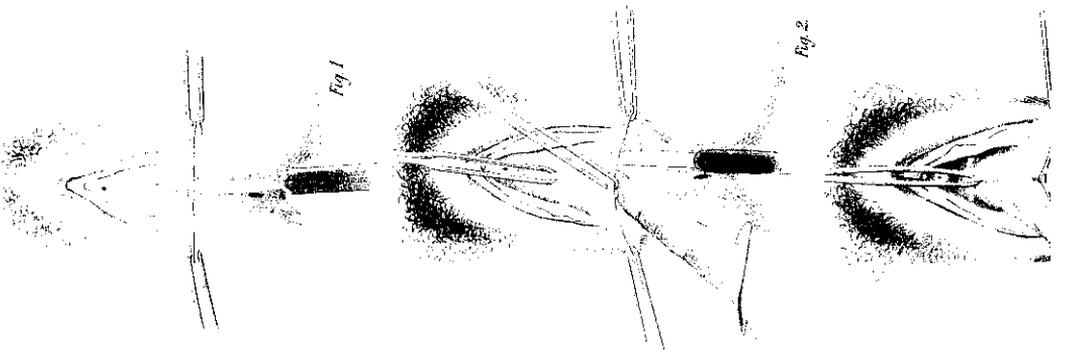
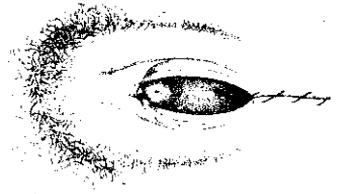


Fig. 5

las intervenciones del vientre, frecuentemente tiene un desenlace funesto.

Tal es el estado de la cuestión y aunque en la sociedad de Cirugía, el Dr. Hurtado, apoyando un trabajo del Dr. Prieto, sostuvo que la histeropexia abdominal lograba en ciertos casos de prolapsus genital en ancianas, no fui de su opinión, basado en lo que había visto en Europa y yo mismo observado de reproducción del prolapsus en dichas condiciones; sin embargo, estaba pronto á modificar mis juicios con la inspección y observación de los hechos, lo que no he tenido el placer de satisfacer; porque aún espero del Dr. Hurtado la invitación á una de sus operaciones de esta naturaleza y entretanto esto sucede, persisto en asentar que lo que dicho queda, es lo más acertado en el tratamiento de los prolapsus genitales.

J. VILLARREAL.

