

paso á una gran cantidad de pus fétido, verdoso y bien ligado. Semejante evacuación puede realizarse por la vejiga ó el intestino.

*Flegmón difuso de la pelvis.*—Los fenómenos de septicemia aguda, cubren aquí todo el cuadro de los signos locales.

Los calofríos son intensos, el termómetro marca temperaturas de 40° y 41°, el delirio es casi constante, la piel seca, la orina concentrada y escasa, los sudores fétidos y raros. El estado general es tifoideo grave.

La muerte sobreviene rápidamente en medio de estos signos de intoxicación sobreaguda. El diagnóstico podría ofrecer ciertas dificultades si se desconocen los datos anamnésticos.

El pronóstico varía con la naturaleza de la infección.

El edema inflamatorio seroso, no pone en peligro la vida: es una lesión relativamente benigna, cuyo pronóstico depende de la afección causal.

El flegmón circunscrito es grave, y puede causar la muerte durante la violencia de su invasión, sea por septicemia ó por embolias sépticas desprendidas de las venas pélvicas.

El absceso de la pelvis, es aún más grave: puede producir la muerte por peritonitis, por septicemia aguda ó por intoxicación crónica.

El flegmón difuso de la pelvis, es rápidamente mortal. La infección es sobreaguda, y el organismo, sin defensa, no resiste mucho la virulencia de tan tremenda intoxicación.

#### TRATAMIENTO.

El edema inflamatorio seroso reclama una intervención suave y delicada. El reposo en el lecho, las irrigaciones vaginales calientes y débilmente antisépticas, los purgantes ligeros y la desinfección rigurosa del endometrio, son, por lo común, suficientes para facilitar su reabsorción.

Si el edema supura, si el flegmón se desarrolla, hay que calmar las manifestaciones intensas de la inflamación con irrigaciones vaginales emolientes, con cataplasmas calientes en el abdomen; con pequeñas lavativas laudanizadas, etc., etc.

Una vez constituido el absceso, hay que preocuparse por dar salida al pus.

Los abscesos pélvicos pueden alcanzarse, haciendo la incisión por la vagina ó por el abdomen.

Multitud de procedimientos existen para evacuar y canalizar estos abscesos, siendo todos muy conocidos. No deseo entrar en la discusión de ellos, porque mi opinión es fácil de conciliar con todos.

Los abscesos pélvicos deben abrirse siempre por el camino más corto. La incisión será precoz, á fin de evitar la formación de fistulas orgánicas.

Sucede algunas veces que el pus no forma una cavidad única y amplia, sino que se infiltra en los espacios del tejido celular. El útero parece entonces aprisionado por una especie de esponja empapada en pus.

La simple incisión del tejido celular paramétrico ó paramétrico, no basta para dar salida á la supuración, que necesita de una brecha amplia. El sacrificio del útero se impone.

La histerectomía es el único recurso que puede salvar á la enferma, y su aceptación en estas circunstancias está decidida ya por todos los ginecólogos.

En cuanto al flegmón pélvico difuso, su marcha formidable, su evolución rapidísima, quita al Cirujano tiempo de obrar. La histerectomía y la seroterapia, combinadas, son los recursos superiores para resistir tan desastroso adversario.

#### V

#### PROLAPSUS GENITAL.

La Sra. Soledad Silva es una mujer como de 58 á 60 años, robusta, bien constituida, que sufre desde hace más de diez años de un enorme prolapsus genital.

Actualmente viuda, ha tenido once partos, la mayor parte de ellos distócicos, y de los que no pocos han reclamado intervenciones serias.

En su hernia están comprendidos: el recto, la vejiga, el útero, la vagina, y parcialmente los anexos.

La masa es casi irreductible. La mucosa vaginal keratinizada y gruesa, ofrece mucha resistencia á la introducción del útero en



la pelvis, y una vez lograda ésta, se reproduce casi con la violencia de un resorte, el prolapsus.

Durante la reducción del útero, la enferma acusa marcado malestar.

Las perturbaciones de la micción y de la defecación, son muy acentuadas.

La pared abdominal anterior está sumamente adelgazada, y á su través se observan fácilmente los movimientos peristálticos del intestino. Entre la multitud de pliegues y de arrugas que la surcan, se puede percibir una cicatriz lineal, exactamente sobre la línea media, que partiendo de la sínfisis púbica, recorre una extensión como de diez centímetros y termina un poco abajo del ombligo. Esta cicatriz corresponde á una histeropexia abdominal, que hice á esta señora durante la primera semana del mes de Junio de 1897.

La fijeza abdominal del útero, hecha por mi procedimiento de decorticación uterina parcial, combinada con la colpo-perineo plastía, había fracasado.

La vida laboriosa de la Señora Soledad Silva<sup>1</sup> se ha suspendido: es persona que vive de su trabajo, y los crueles sufrimientos que su prolapsus le causa, la obligan á una vida sedentaria, imposible para ella. El día 10 de Julio de 1898, cuando vino á mi consulta, sus primeras palabras fueron estas: *Doctor, córteme Ud. esto, por Dios.*

La hago admitir en mi sala PASALAGUA del Hospital "Morelos" y el día 27 de ese mismo mes de Julio, la opero de histerectomía abdominal total, por mi procedimiento, y de colpopexia ligamentosa. Me acompañaron mis amigos los Doctores NUMA TORREA y ANGEL RODRIGUEZ y mis practicantes los Sres. FELIPE ORTIZ y ANTONIO VALDES ROJAS.

Los resultados de la operación fueron excelentes y la Señora Soledad Silva salió completamente curada del Hospital, el día 15 del siguiente mes de Agosto.

Con esta observación son dos las que tengo de prolapsus genitales irreductibles, curados por la histerectomía abdominal total, combinada con la colpopexia ligamentosa; y ante ellas ocurreseme emprender el estudio de los recursos con que contamos para la curación de los prolapsus uterinos, que *á priori* han de parecer infieles desde que me he visto obligado á abandonarlos,

<sup>1</sup> Estoy autorizado por la Señora Silva para anotar y publicar todo su nombre.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

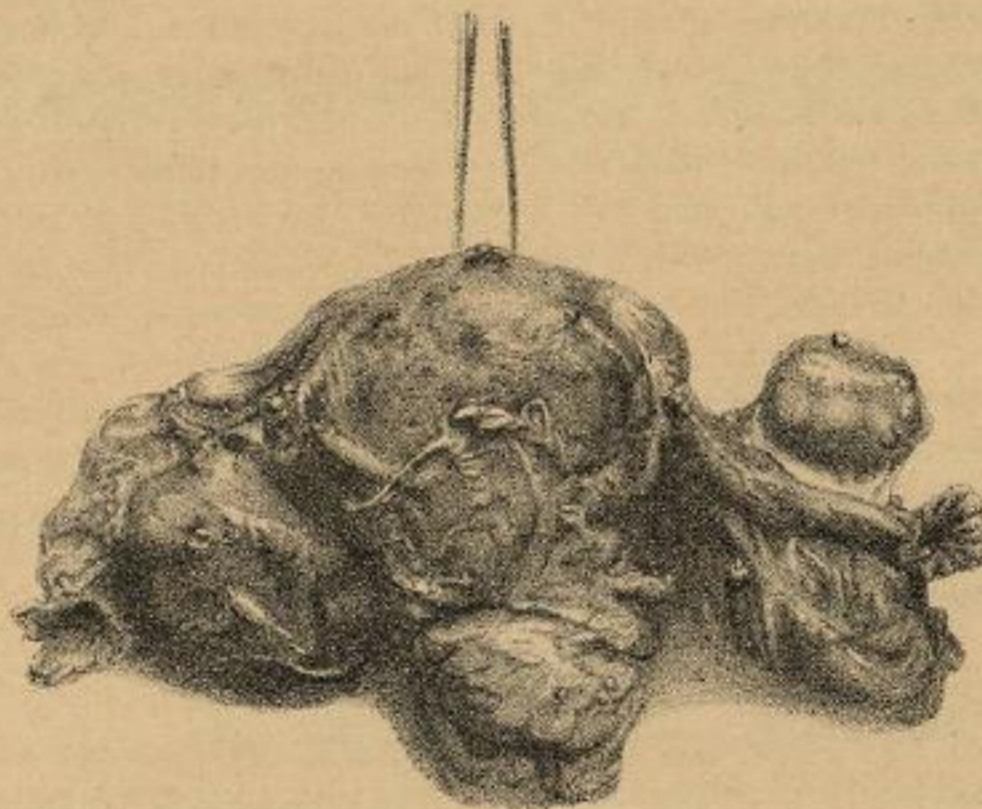


Fig. 36.—Lesiones del proceso que designo por Ooforo-metro-salpingitis purulenta.—Histerectomía abdominal total por mi procedimiento.  
CURACION.



recurriendo á una intervenci3n tan seria y tan formal como la histerectomía.

Llama la atenci3n el crecido número de procedimientos preconizados para el prolapsus genital, y sin deducir de esta gran variedad que no haya ninguno fiel y seguro, podemos sospechar que sea el prolapsus el que reconozca diversas formas, y que haya muchos prolapsus y no un prolapsus.

Esta variedad de prolapsus trae imbibita la existencia de la variedad en los tratamientos.

Pero antes de emprender la revisi3n de las operaciones dirigidas á curar los prolapsus genitales, voy á permitirme recordar que ni soy el primer Cirujano que recurre para estos casos á la histerectomía, ni tampoco los Ginec3logos modernos merecen la prioridad de un método tan radical, tal vez demasiado radical.

El útero salido de la vulva, parece ofrecerse por sí mismo al filo del cuchillo de los Cirujanos, y los operadores de todas las épocas no han resistido á la tentaci3n de suprimir ese estorbo con uno ó dos golpes de tijeras ó con dos ó tres vueltas de un constrictor metálico ó elástico.

Los principios de la histerectomía están oscurecidos por las catástrofes frecuentes en los prolapsus uterinos y desde las épocas pre-históricas de la Cirugía, hasta nuestra era Moderna, aunque modificando la técnica y mejorando las estadísticas, la Terapéutica de los prolapsus no ha podido borrar de sus indicaciones la ejecuci3n de la histerectomía.

En los tiempos modernos fué CHOPPIN el Cirujano que más ange dió á la histerectomía por prolapsus, ejecutando con todo conocimiento y deliberada intenci3n, la resecci3n del útero caído; y recomendando en 1867, *la histerectomía vaginal para combatir el prolapsus uterino simple*.

Los hechos se multiplicaron, las estadísticas comenzaron á formarse, y hoy se publican con alguna frecuencia observaciones de amputaciones del útero por prolapsus, más ó menos complicados. Dan fe de esto, los escritos de PATTERSON, de MAC COSH, de KRUG, de FRISTCH, de HUNTER, de TAYLOR, de BEVERLY, de EDEBOHLS, de KEHRER, de WINWARTER, de KALTEMBACH, de SKUTSCH, de POZZI, de CODAVILLA, de CE, de CLARKE, de HAHN, de BAUMGARTNER, de RIEDEL, de MARTIN, de MÜLLER, de ASCH, de QUÉNU, de HARTMAN, de DU BOUCHET, de ZOLOTNITZKY, de PRIEUR, de BELLIKAUD, de LECOMPTÉ, de LANIQUE, de KIEL y de otros varios.

Todos estos documentos formales forman nuevas estadísticas



y abren sobre bases experimentales, sólidas, las modernas discusiones sobre la histerectomía en los prolapsus del útero, fijando sus límites y asentando sus indicaciones.

*La vagina* es un conducto músculo-membranoso extendido entre la vulva y el útero. Da paso á la sangre menstrual, á los líquidos secretados por el útero, al feto durante el parto, y es el órgano de la copulación en la mujer.

La vagina tiene una dirección sensiblemente paralela al eje del estrecho superior; es decir que es oblicua de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante.

El *eje de la vagina* no es rectilíneo, sino que describe una doble curvatura, asemejándose á la letra *S* itálica. Como esta forma es idéntica en sus dos paredes, pueden estas fácilmente aplicarse una con otra, con toda exactitud.

La curvatura superior corresponde al fondo de la vejiga, la inferior al trayecto de la uretra, y el punto central al cuello de la vejiga, en la cara anterior de la vagina. En la posterior corresponden el fondo de DOUGLAS y el ámpula rectal, respectivamente.

Esta forma especial del eje de la vagina se ve admirablemente en los cortes anatómicos de PIROGOFF y de SCHULTZE.

El eje vaginal forma con el eje del útero un ángulo agudo, cuyo vértice ve hacia la concavidad del sacro y cuya abertura corresponde á la sínfisis del pubis.

La *longitud* media de la vagina, desde el orificio vulvar hasta el cuello uterino, es de seis y medio centímetros. (E. RAIMOND.) Si se suman los fondos vaginales, se obtienen siete y medio para la pared anterior y ocho y medio para la posterior.

La *pared anterior* está en relación con la vejiga, de la cual la separa un plano de tejido celular denso, constituyendo el *tabique vésico-vaginal*. En la mitad inferior de la vagina y sobre la misma cara anterior existe el *tabique uretro-vaginal*, zona de íntima unión entre la vagina y la uretra.

La *pared posterior* está en relación, de arriba hacia abajo, con el peritoneo, en una extensión de uno ó dos centímetros—este peritoneo está separado de la vagina por una capa de tejido celular muy flojo, y constituye, al reflejarse sobre la cara anterior del recto, el *fondo peritoneal recto-vaginal* ó *fondo de Douglas*—y más abajo, directamente, con la cara anterior del recto y con el espacio triangular que constituye el *perineo*.

El recto está unido con la vagina, en una pequeña extensión,

por medio de tejido conjuntivo, bastante flojo, que constituye el *tabique recto-vaginal*.

Los *bordes laterales* de la vagina están en relación, de arriba hacia abajo, con la parte más inferior de los ligamentos anchos, con los vasos uterinos, con el tejido celular de la pelvis, con la aponeurosis perineal superior, con las fibras internas del músculo elevador y con el bulbo de la vagina.

La *superficie interna* de la vagina está surcada por arrugas transversales, de profundidad y número variables, que ofrecen, hacia la parte media de las caras anterior y posterior, un engruesamiento, cuya serie constituye las *columnas anterior y posterior de la vagina*.

La configuración de la superficie interna de la vagina es digna de un estudio atento, pues indica desde luego la disposición, tanto de la musculación del órgano como de sus medios de fijeza y de sus ligamentos propios, que concurren á la estabilidad de los órganos próximos, y en particular á la del útero.

Comencemos por la *pared anterior*. Fué PAWLICK el que ha dejado una descripción mejor de ella, pues que la estudió muy particularmente á fin de determinar la situación exacta de los uréteres. De la vulva al cuello uterino se encuentra: el meato, luego un tubérculo alargado, cubierto de pliegues transversales, que corresponde al trayecto vaginal de la uretra y que cesa bruscamente atrás del ligamento triangular, en un punto que corresponde al cuello de la vejiga. En este mismo nivel se encuentra una especie de brida transversal ó pliegue resistente, denominado *ligamento transversal del cuello de la vejiga*. Este ligamento está situado, según CHARPY, á dos centímetros atrás de la sínfisis del pubis y á una altura, aproximada, de la mitad de esa articulación, en su cara posterior.

Atrás de este pliegue ó ligamento transversal existe una superficie triangular de vértice anterior y de base posterior, que corresponde á la base de la vejiga, y más particularmente al *triángulo vesical*. Esta superficie se la conoce con el nombre de *triángulo de Pawlick*. A los dos ángulos posteriores de este triángulo corresponden los orificios vesicales de los uréteres, y al pliegue saliente que indica la línea de reunión de estos dos orificios y que forma la base del triángulo de PAWLICK, se le llama *ligamento inter-urético*. Este ligamento se prolonga lateralmente hasta confundirse con la aponeurosis profunda de la pelvis, constitu-



yendo lo que podría designarse: *el ligamento transverso superior ó pre-cervical de la vagina*.

Este ligamento está situado á tres centímetros adelante del cuello, según HART, más cerca según SIMÓN. E. RAIMOND hace notar que esta distancia varía según el mayor ó menor desarrollo del fondo vaginal anterior; por consecuencia, según que la mujer haya tenido ó no hijos.

Más atrás aún está la superficie correspondiente al fondo de la vejiga.

Hay, pues, en la cara anterior de la vagina, puntos de verdadero apoyo para este órgano: estos puntos corresponden á dos fajas transversales que son, el *ligamento transverso anterior del cuello de la vejiga y el ligamento transverso posterior pre-cervical*.

La *pared posterior* de la vagina ofrece menos interés: precediendo de la vulva al cuello se encuentra: 1º Una superficie triangular de base anterior, cuyo vértice corresponde á la columna posterior de la vagina; 2º La saliente del elevador del ano, y 3º Una superficie lisa, deprimida, generalmente vasta en las múltiparas y pequeña en las nulíparas.

Por su extremidad superior la vagina se inserta al cuello uterino, confundiendo más ó menos bien con él.

Las fibras longitudinales musculares de la vagina constituyen, como ya vimos, dos haces gruesos, tanto en la cara anterior como en la posterior, que llevan el nombre de *columnas*.

La *columna posterior*, la más importante, se divide al llegar al cuello uterino en tres haces de fibras musculares.

Un haz anterior que se pierde en el espesor del cuello uterino formando una curva de concavidad anterior.

Un haz mediano, que sigue la cara posterior del útero, mezclándose con las fibras propias del órgano y

Un tercero y último haz que sigue la dirección primitiva, confundiendo con las fibras del ligamento útero-sacro.

La *columna anterior* termina también por otros tres grupos de fibras musculares.

Un grupo se dirige hacia adelante y se arroja sobre la vejiga.

Otro continúa la dirección de las fibras longitudinales musculares del útero, confundiendo con ellas, y

Un tercer grupo, constituyendo una curva hacia abajo, va á mezclarse con el tejido del labio cervical uterino anterior.

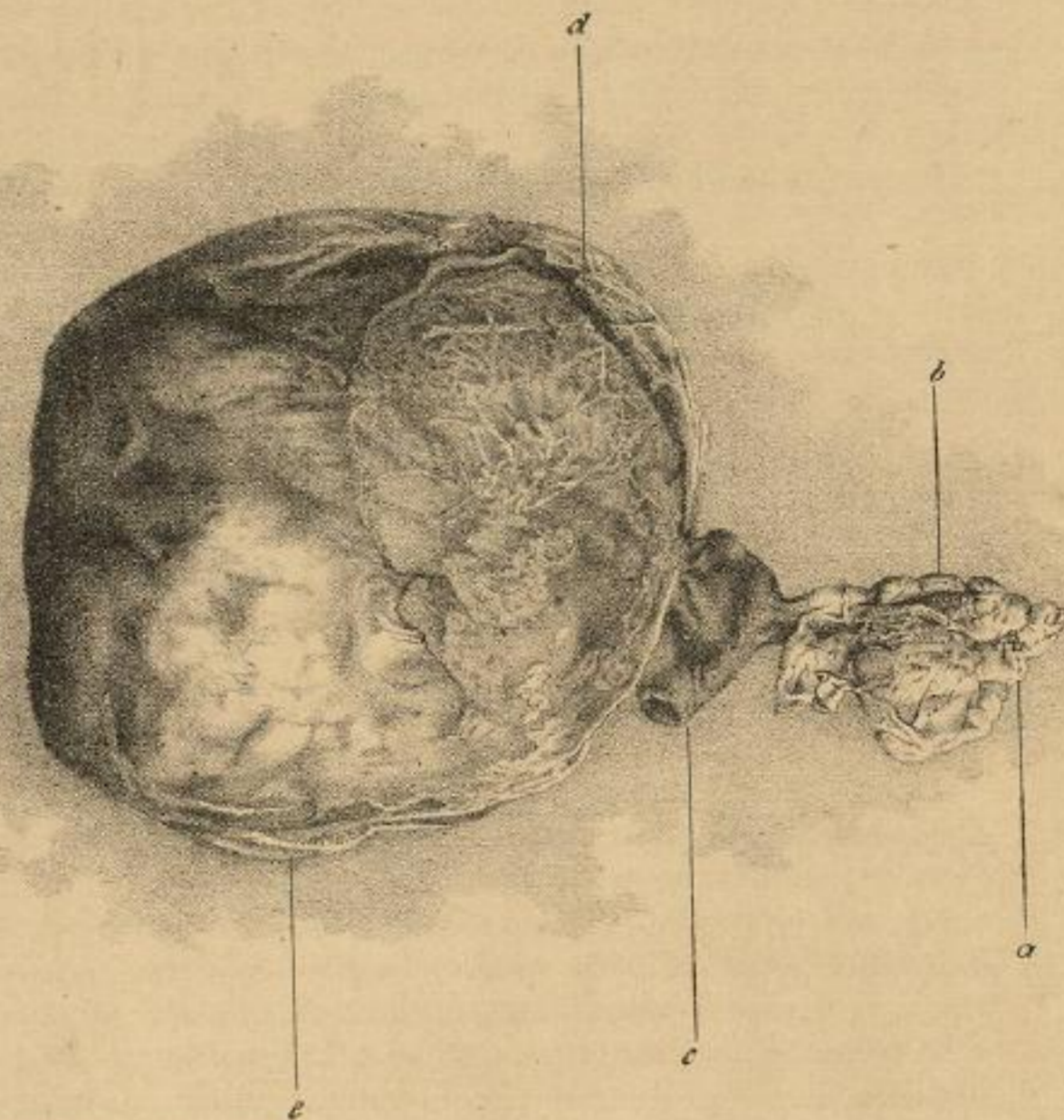


Fig. 37.—Gran quiste wolffiano intraligamentoso izquierdo, operado por histerectomía abdominal.

- a. Ovario derecho, con los vestigios de otro quiste wolffiano que se desgarró durante las maniobras para la conservación de la pieza.
- b. Trompa del lado derecho, que medía doce centímetros.
- c. Cuerpo del útero.
- d. Trompa izquierda, que medía veinticuatro centímetros.
- e. Cuerpo del gran quiste izquierdo, cubierto de multitud de adherencias epiplóicas é intestinales.

## CURACION.

Véase la pág. 224.—María O.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA



Estas fibras musculares longitudinales de la vagina, terminan hacia abajo, insertándose parte en las ramas isquio-púbicas, parte en las aponeurosis del periné y en el espesor de los pequeños labios.

Las fibras musculares circulares de la vagina forman anillos gruesos y profundos, perpendiculares á la dirección de las fibras longitudinales.

Hacia arriba se continúan con la túnica muscular circular del útero.

Hacia abajo forman, al rededor del orificio vulvar, una especie de anillo grueso, llamado *esfínter liso* de la vagina.

LUSCHKA ha descrito en la mujer y KOBELT en los animales, un segundo esfínter, formado por fibras musculares estriadas, que constituiría el *constrictor profundo de la vagina*.

Más aún que la constitución anatómica de la vagina, nos interesa estudiar sus medios de fijeza:

Estos son:

- I. Ligamentos musculares y aponeuróticos.
- II. Tabiques fibrosos.

La extremidad superior de la vagina está, según hemos visto ya, íntima y sólidamente unida con el cuello uterino. DELBET,<sup>1</sup> ha demostrado, con fortuna, que los ligamentos útero-sacro no son sino parte de una aponeurosis con inserciones mucho más extensas, llamada *aponeurosis sacro-recto-vaginal*.

Esta aponeurosis muy resistente, se inserta sólidamente hacia atrás en el sacro, enviando algunos prolongamientos hacia el recto, la vagina y el útero. Son muy particularmente las fibras que nacen de la porción inferior del sacro, las que contorneando el recto, alcanzan la vagina y la fijan enérgicamente.

Según FARABEUF, estas fibras son las que dan y sostienen su dirección normal á la vagina.

En su mismo libro, DELBET demuestra que existen hacia la cara anterior del útero, una serie de ligamentos que unen el pubis, la vejiga, la vagina y el útero. Estos ligamentos constituyen: los *ligamentos pubo-vésico-útero-vaginales* de FARABEUF, pues que según este autor, sería sobre la vagina donde se insertarían los más poderosos de ellos.

<sup>1</sup> «Traité des suppurations pelviennes.» DELBET.



En su extremidad inferior, la vagina atraviesa el perineo, terminando al nivel de la aponeurosis media de él, y confundiéndose íntimamente con ella. (CHARPY.)

Los bordes laterales están sostenidos en su lugar y tendidos sobre sí mismos, por las fibras vaginales del músculo *elevador del ano*.

La importancia que en Ginecología tiene este músculo, me obliga á detener por un momento nuestro estudio sobre la estática vaginal, para ocuparnos de él.

#### MUSCULO ELEVADOR DEL ANO.<sup>(1)</sup>

I. HISTORIA.—Este músculo ha sido particularmente estudiado en el hombre, por SAPPÉY, RICHTER y TILLAUX, olvidando que si son importantes sus relaciones con la próstata, no lo son menos sus relaciones con los órganos genitales de la mujer.

SIMS, sospechaba ya la existencia de este músculo, cuando escribía:

“No he hecho la disección de tal músculo, porque estoy seguro que algún anatómico la hará y lo describirá; pero multitud de veces he sospechado su existencia. Yo le he atribuido una función: la de comprimir con fuerza, en cierto momento, el orificio cervical uterino contra el glándula.”

SAVAGE, había mostrado también que la constricción de la vagina no era debida únicamente al *constrictor cunni*; sino que había otro músculo, el *músculo pubio-coccigeo*, que concurría á ella. Este músculo pubio-coccigeo, no es otro que el haz púbico del elevador del ano.

HILDEBRADT, da una descripción análoga á la de SAVAGE.

BUDIN, cree en la existencia de un pequeño músculo entre la vagina y el recto.

No es sino después de los trabajos de SKENE y de DICKINSON, y sobre todo de las investigaciones de DOLERIS, que se conocen bien la estructura, inserciones y funciones del músculo elevador del ano.

II. DESCRIPCIÓN.—El elevador del ano es un músculo simétrico, casi horizontal. Tiene en su forma general el aspecto de una herradura, en cuya curva se encierran la uretra, la vagina y el recto. Su límite exterior está formado por una línea quebrada,

1 CH. LEFÉVER.— Une forme commune de stérilité féminine.

compuesta de segmentos rectilíneos y simétricos, que dibuja los contornos de la superficie interna de la pelvis.

Su posición es casi horizontal, cuando la mujer está de pie; sin embargo, es un poco oblicuo de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, puesto que la punta del coxis es un poco más alta que el borde inferior de la sínfisis del pubis.

III. INSERCIONES.—El elevador del ano se inserta:

1º Sobre la cara posterior del cuerpo del pubis, á uno y otro lado de la sínfisis, más cerca del borde superior que del inferior.

2º Sobre la cara interna de la espina iliaca.

3º Sobre el arco tendinoso que se extiende entre las inserciones anteriores, y que no es más que un engruesamiento de la aponeurosis del músculo obturador interno, y

4º Por medio de la aponeurosis pélvica al estrecho superior de la pelvis.

El haz muscular principal, para nosotros, es el haz púbico.

Este haz nacido en el pubis, se dirige directamente hacia atrás; en su trayecto cruza la vagina, para alcanzar sobre la línea media, el haz que viene del lado opuesto, después de contornear el recto.

Durante el cruce de las fibras musculares púbicas con la vagina, algunas fibras se separan del resto del músculo y se insertan sólidamente á la vagina.

Como se ve, este músculo, aun cuando ofrece apoyo á la vagina, no le da tanta resistencia como los autores menos modernos han creído. DOLERIS ha hecho á este respecto, minuciosas investigaciones sobre estos datos anatómicos, y ha comprobado la exactitud de ellos.

Finalmente, la vagina se halla sostenida lateralmente, también, por las aponeurosis de la pelvis, que constituyen la *vaina hipogástrica* de DELBET, y por los *ligamentos cardinales*.

La cara anterior de la vagina está sostenida:

1º Por los ligamentos ya antes descritos.

2º Por sus adherencias con la vejiga y con la uretra.

La cara posterior de la vagina se sostiene:

1º Por el tejido celular que le une al fondo de Douglas.

2º Por las fibras retro-vaginales del elevador del ano, y

3º Por sus conexiones con el recto.



En resumen: la vagina está sostenida por ligamentos propios, por inserciones musculares y por conexiones con los órganos vecinos, vejiga, uretra y recto, que son órganos estables, y que por consecuencia determinan la estabilidad de la vagina.

*La vagina es un órgano fijo.*

Siendo la vagina un órgano fijo, su situación estable le permite ofrecer al útero un punto sólido de apoyo.

Este punto no es el único que concurre á la estabilidad del útero, sino que intervienen en ella: *medios de suspensión, medios de dirección y medios de resistencia.*

*El resultado favorable á estos medios de suspensión, dirección y resistencia, en su lucha contra la pesantez y contra las presiones abdominales que el útero sufre, constituye la estabilidad del útero.*

Si algún medio de estos se destruye, el útero seguirá la dirección de la fuerza resultante entre las presiones y las resistencias, y se realizarán las *flexiones, las versiones, las posiciones ó los prolapsus*, según la dirección de la resultante.

Estos medios de estática uterina, son:

I. *Medios de suspensión:*

- Los ligamentos redondos.
- Los ligamentos pubo-cisto-útero-vaginales.
- Los pliegues peritoneales vésico-uterino y recto-uterino.

II. *Medios de dirección:*

- Los ligamentos anchos y
- Los ligamentos útero-sacros.

III. *Medios de resistencia:*

- La vagina y
- El perineo.

Algunas veces se asocian los dos factores y se tiene un aumento en las presiones que sufre el útero, á la vez que una disminución en sus medios de sujeción.

Estos casos serían frecuentes en ciertos neoplasmas voluminosos de la pelvis, que perturban la nutrición del útero y de sus ligamentos, á la vez que elevan enormemente la presión abdominal. Son los quistes del ovario y los fibro-miomas, lo que gozan

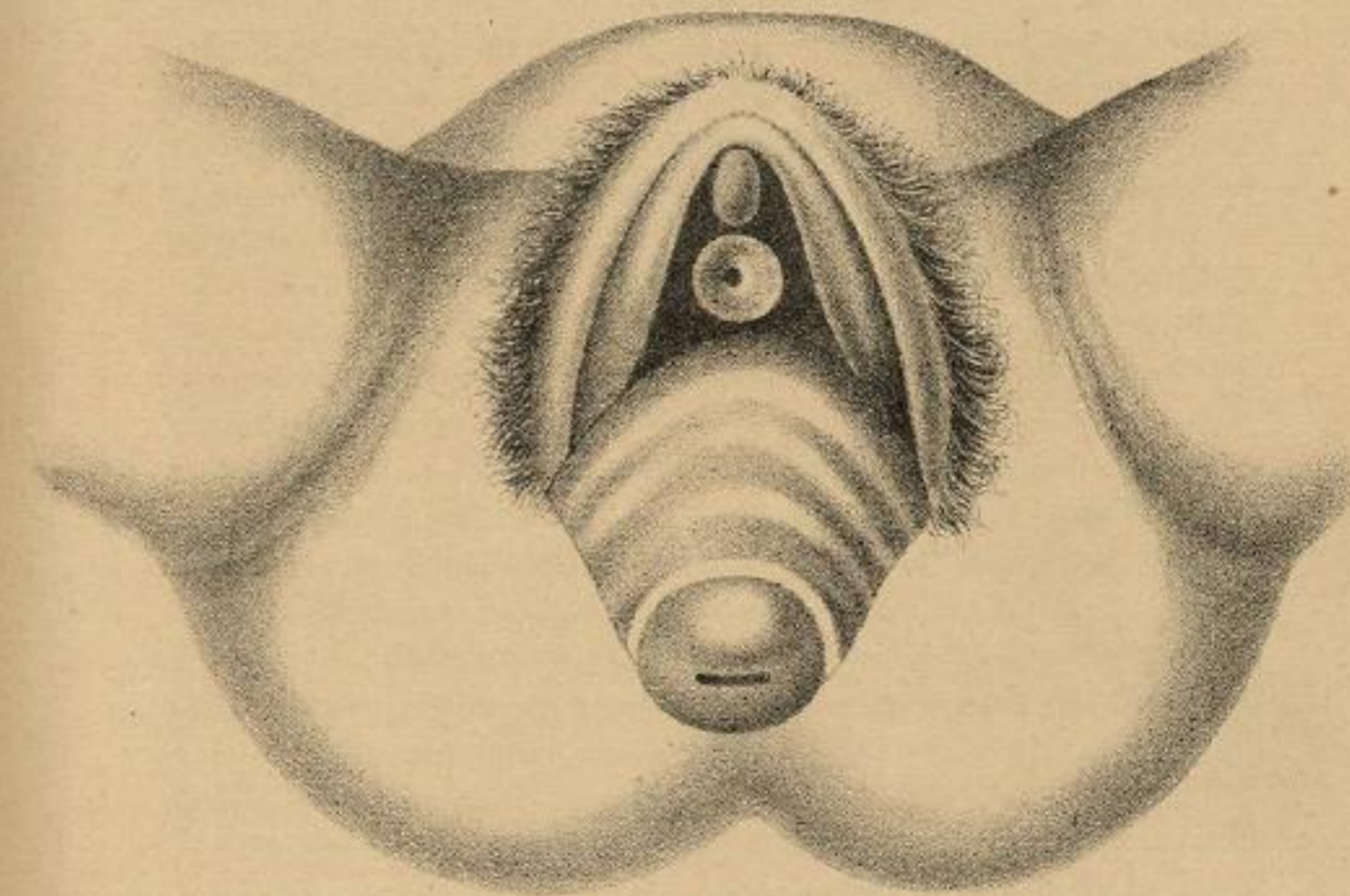


Fig. 38.—Prolapsus uterino completo.



de peor reputación en este sentido. En Veracruz, pude observar y operar un caso de prolapsus completo e irreductible del útero, provocado por la caída total del hígado, en la cavidad de la pelvis.

La posición normal del útero en la pelvis ha sido muy debatida, atribuyéndosele todas las direcciones imaginables.

Estas divergencias se explican, recordando que casi todas las investigaciones se han emprendido en el cadáver, en el cual los órganos están tan sujetos á variaciones en su forma y dirección.

Pero las laparotomías en las mujeres vivas han permitido conocer, á pesar de la movilidad del útero, que éste se halla en anteversión, á la vez que una ligera desviación de su eje se manifiesta al nivel de la unión del cuello con el cuerpo, bajo la forma de una pequeña ante-flexión.

El útero descansa principalmente en la vagina, y más aún sobre su cara anterior, no obstante que al estado de reposo las dos caras vaginales parecen formar un solo tabique músculo-membranoso.

Pero de esta actitud normal, el útero se desvía incesantemente, bajo múltiples influencias. Los cambios de actitud son suficientes para movilizar el útero en la pequeña amplitud que sus medios de fijeza le permiten. Los órganos vecinos que le rodean, le imprimen también cambios en su actitud, bien sea por modificaciones propias de ellos, plenitud ó vacuidad; bien sea por transmisión de fuerzas nacidas en puntos lejanos, presiones abdominales, esfuerzos torácicos, etc.

El útero es un órgano que goza de cierta movilidad normal.

Pero al estado fisiológico de él y de sus medios de fijeza, la tonicidad y la elasticidad de los ligamentos, lo vuelven á su posición normal, en cuanto la fuerza impulsiva cesa.

Que los ligamentos pierdan su facultad de tensión, que el útero se altere en su estructura ó que los planos de resistencia á las fuerzas se modifiquen, y el útero podrá tomar variadísimas posiciones, y estas posiciones serán permanentes.

Si estas variaciones se hacen en relación con el gran eje del útero, se verificarán las *versiones*, las *flexiones* y las *posiciones*; si se hacen en relación con el eje transversal ó pequeño eje, se realizarán los *descensos* ó *prolapsus* y las *elevaciones*.

Son los prolapsus los que más nos interesan.



Se dice que hay *prolapsus* de un órgano, cuando este se haya abatido del plano de su posición normal.

Como quiera que el *prolapsus* del útero, es excepcional que no se acompañe del *prolapsus* de los demás órganos que constituyen el aparato genital de la mujer, trompa, ovarios y vagina, se tiene la costumbre de designar la caída del útero por la frase de *prolapsus genital*.

El *prolapsus* genital se halla íntimamente unido con la *cistocele*, la *rectocele*, y aun con la *elitrocele* y la *uretroccele*.

El *prolapsus* genital es una afección de las más frecuentes.

Antes de estudiar las causas que lo producen y de analizar las teorías patogénicas de su desarrollo y evolución, conviene buscar cuál es su frecuencia. Esta debe verse *en sus relaciones respecto á las diversas edades de la vida y á las diversas condiciones sociales de la mujer*.

FRECUENCIA DEL PROLAPSUS UTERINO, SEGUN LAS DIVERSAS EDADES DE LA VIDA.—El *prolapsus* uterino congénito, que en un tiempo se negara, está hoy perfectamente admitido, desde la publicación de las observaciones últimas.

En la literatura ginecológica, se conocen once casos únicos de *prolapsus* uterino congénito.

He aquí la enumeración de ellos:

I. SCHULTZ.—*Prolapsus uteri congenitus* (*Verhandl. d. Verpfälz. Aerzte*, 1556, Kaiserlautern p. 48. 1857).

II. OVISLING N.—*Prolapsus uteri completus hos et nyfodt Barn* (*Norsk Mag. f. Laege vidensk. 4 R. IV. p. 265. Christiania, 1889*) et *Arch. f. Kinderh. XII, p. 81, Stuttgart, 1890-91*).

III. SCHAEFFER.—*Bildungs anomalien weiblicher Geschlechtsorgane*. (*Arch. f. Gynäk. XXXVII p. 244. 1890*).

IV. K. HEIL.—*Ein Fal von angeborener Prolapsus uteri et vaginae incompletus* (*Arch. f. Gyn. XLVIII p. 155. 1894*).

V. RÉMY.—*Spina bifida. Ulcerations peri-anales. Prolapsus complet des organes genitaux internes* (*Arch. de Tocol. XXII p. 904. 1895*).

VI. KRAUSE.—*Kilka slow o mezkim* (*Gaz. lekarska XVI p. 1223 Warszawa. 1896*).

VII y VIII. BALLANTYNE ET THOMPSON.—(*The Ame. Journ. of Obst. XXV p. 61. Febr. 1897*).

IX. RADWANSKI.—(*Münch. med. Wochen., núm. 2. 1898*).

X. DOLÉRIS.—*Prolapsus congénital combiné, etc. La Gynecologie, núm. 3, p. 220. 1898*.

XI. HANSEN.—*Prolapsus uteri totalis, bei einer Neugeborenen* (*Münch. med. Woch. 1897. p. 1040, núm. 38*).

Todas estas observaciones son idénticas en este punto: *el prolapsus uterino coincide con la espina-bífida*.

DOLÉRIS, tiende á admitir que en estas diez observaciones de *prolapsus* genital congénito, la etiología de la afección es doble, y que las condiciones mecánicas anormales, por una parte, y el defecto de inervación de la extremidad inferior del tronco, por otra, contribuyen á la vez para la producción del desalojamiento uterino.

La verdad es que tanto la etiología como la patogenesia del *prolapsus* genital congénito, son aún poco conocidas, y que este punto de Ginecología necesita nuevas observaciones y nuevos análisis para quedar bien definido.

El *prolapsus* genital en las mujeres jóvenes y vírgenes, se observa también raras veces.

Lo mismo sucede en las mujeres nulíparas, aunque no sean vírgenes. Se conocerán únicamente 20 ó 30 casos de *prolapsus* en nulíparas. WEINBERG, SCANZONI, LIEBMANN y STEPKOWSKI, citan algunos casos de esta naturaleza.

Los autores emiten diversas teorías, para la explicación de la prociencia uterina en las mujeres nulíparas.

BARNES, admite los violentos accesos de tos, las caídas sobre los isquions y las presiones sobre el útero, por tumores intrapélvicos.

MAC CLINTOCK, publica tres casos de *prolapsus*, debidos á esfuerzos en la defecación, producidos por lesiones rectales.

SCHUCH, observó un caso debido á una hipertrofia considerable del útero.

WEST, atribuye estos *prolapsus* á la elasticidad anormal de los ligamentos uterinos, á las metritis catarrales crónicas, á los flujos menstruales abundantes, y en fin, á las inflamaciones crónicas del útero.

DE SCANZONI, cree que la presión constante de la vejiga distendida puede provocar el *prolapsus* en las niñas.

KLINGE, dice que muchas religiosas, en los conventos, presentarían esta caída del útero, como consecuencia de la actitud en pie y á sus cantos frecuentes.



BEIGEL, atribuye el prolapsus á la masturbación femenina y á los accidentes graves que ocasiona.

FR. STEPKOWSKI, en el servicio de FR. NEUGEBAUER, en el Hospital Evangélico de Varsovia, observó un caso de prolapsus uterino en una niña de 25 años, en la que coincidían una gran amplitud de la pelvis y una larga serie de esfuerzos rudos.

KRAUSE, FRITSCH, VEIT, MATLAKOWSKI, LEHR, y otros varios autores, describen casos análogos.

De todos estos casos se deduce, que el prolapsus genital en las niñas, se acompaña, casi siempre, de pelvis viciosas, pelvis cifóticas, aplastadas y estrechas; que el aumento rápido de las presiones intra-abdominales, sobre todo cuando coincide con accidentes de retro-desviación uterina, tiene poderosa influencia en la caída del útero; y que ciertas lesiones nutritivas del útero, verdaderas trofoneurosis pélvicas, contribuyen con frecuencia á realizar ese resultado.

La procidencia uterina en las nulíparas, es, sin embargo muy rara. Sobre 28,000 enfermas observadas por FR. NEUGEBAUER, sólo ha observado *siete* casos de esta naturaleza; sea 1 caso por 4,000 mujeres.

Muy frecuente es el prolapsus genital en las múltiparas, pues la preñez y el parto predisponen singularmente para esta afección, como veremos más adelante.

La edad en que con más frecuencia se observa en México el prolapsus genital, sería, según PAGENSTECHER, entre los 50 y los 70 años; después entre los 40 y los 50, y en tercer lugar de los 30 para abajo.

En cuanto á la frecuencia en los partos, el mismo Cirujano PAGENSTECHER, observó que el 75% de su estadística se refería á enfermas que habían tenido más de cuatro partos, siendo el promedio de partos en estas, el de ocho.

La mayor parte de estas enfermas se han descuidado durante el período de la involución uterina: por término medio han abandonado la cama, 4 ó 5 días después del alumbramiento.

FRECUENCIA DEL PROLAPSUS UTERINO, SEGUN LAS DIVERSAS CONDICIONES SOCIALES DE LA MUJER.—Todos los autores de Ginecología están acordes en que esta afección se encuentra mucho más extendida entre las mujeres de la clase pobre, que entre las de la clase acomodada. Esta frecuencia no podría explicarse sino por

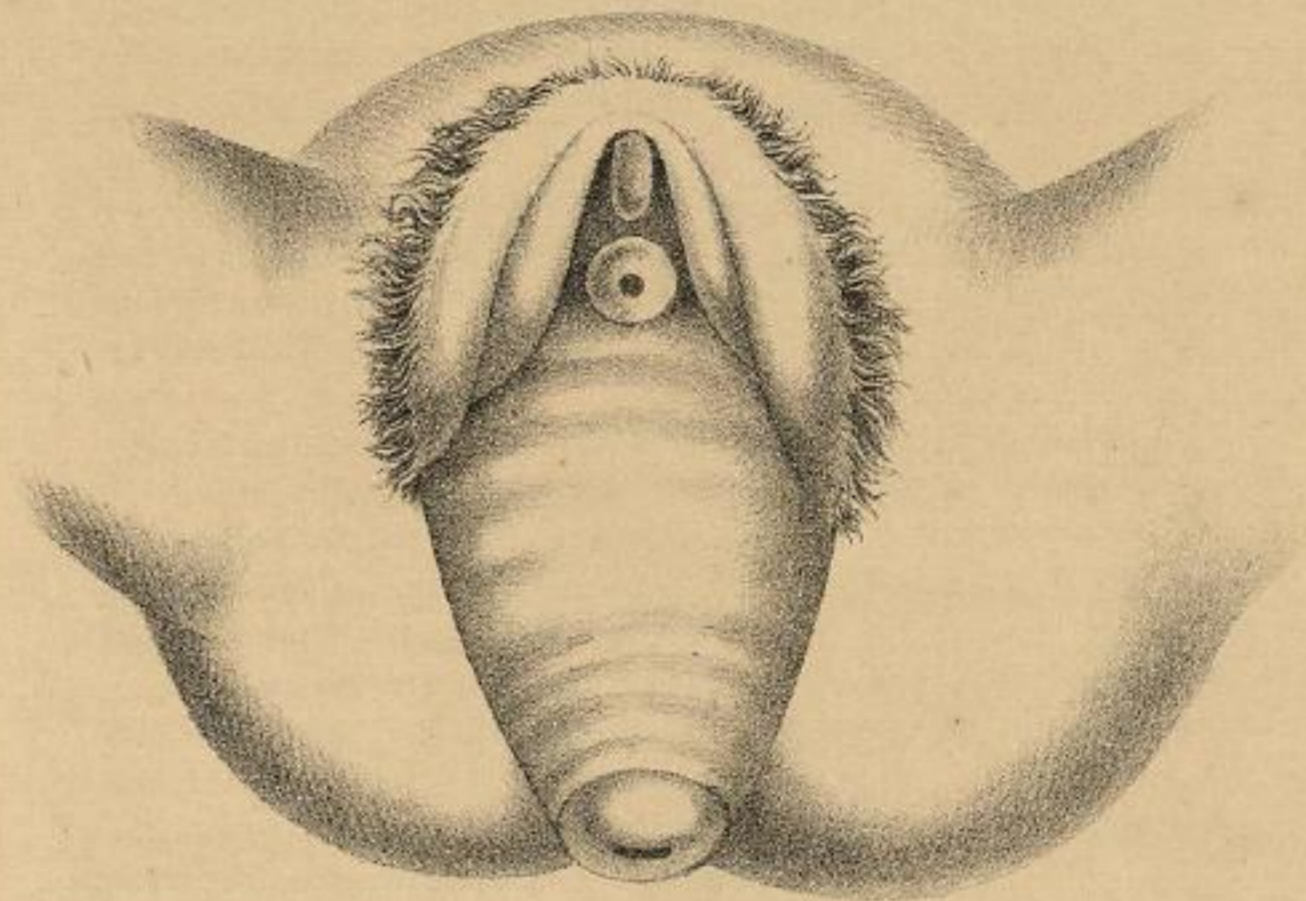


Fig. 39.—Prolapsus uterino, completo.



la naturaleza penosa de los trabajos á que las mujeres pobres se entregan y por la falta de cuidados y asistencia esmerada en los períodos puerperales.

Tanto en mi clientela particular, como en los hospitales que asisto, he podido convencerme de la realidad de este hecho.

En el "Consultorio gratuito para enfermas de la cintura," que el Dr. PAGENSTECHER tiene establecido en la Ciudad de San Luis Potosí, observó en su policlínica del año de 1895, 16 prolapsus uterinos en 150 enfermas.

Las mujeres que acuden á ese Consultorio, son todas de la clase social pobre: cocineras, lavanderas, molenderas, etc., etc., y estas cifras del prolapsus, que equivalen á un 10% por 100, indican bien la frecuencia de esta enfermedad en esa clase trabajadora y pobre.

La frecuencia del prolapsus genital, en las mujeres que necesitan de su trabajo corporal para vivir, puede tener cierta influencia en las diversas indicaciones del tratamiento de esta afección.

Nos queda aún por estudiar el modo de formación de los prolapsus genitales y su evolución. Esta patogenesia de una interpretación fácil en ciertos casos, ha sido en otros motivo de discusiones que duran aún. Así, he creído conveniente establecer aquí ciertas distinciones.

a.—Hay una primera categoría de prolapsus, la más extensa y quizá la principal que se halla íntimamente ligada con la preñez y el parto.

b.—Hay otra, un poco menos importante, que se caracteriza por su falta de relaciones con la preñez y

c.—Una última, que es de carácter excepcional, y reconoce un origen congénito.

El estudio de estas diversidades etiológicas, particularmente de las dos primeras, será para nosotros de gran importancia para la interpretación de las verdaderas indicaciones terapéuticas.

#### PROLAPSUS GENITAL ORIGINARIO DE LA PREÑEZ Y EL PARTO.

La preñez y el parto obran de diversas maneras en la producción de los prolapsus genitales: ya disminuyen la elasticidad y la resistencia de los ligamentos, ya modifican la estructura pro-