

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-

pia del útero, ya destruyen la resistencia y la armonía de la columna vaginal ó producen verdaderos traumatismos en el perineo, último é importante punto de apoyo del aparato de sostén de la matriz.

Véamos uno á uno estos accidentes del parto ó del puerperio:

I.—ALTERACIÓN DE LOS LIGAMENTOS.

La preñez por sí misma, por la distensión excesiva de los ligamentos, por la infiltración hiperplásica que produce en ellos, y sobre todo, las preñeces repetidas, tienen poderosa influencia en los trastornos estáticos del útero.

La distensión ligamentosa habitúa los tejidos á un estado anómalo de elongación, preparando su denutrición; y no es raro observar la caída del útero, aun en pleno estado de preñez.

Una vez terminada la involución uterina, los ligamentos quedan alargados, flácidos y sin tonicidad, permitiendo al útero que bascule hacia adelante ó hacia atrás, y que cediendo á las presiones superiores que recibe, se hunda en el eje del canal vaginal, y aun llegue hasta la vulva.

Este cambio del útero, fuera del plano normal de su eje, tiene desastrosos efectos. En tanto que el útero guarda su posición fisiológica de ante-versión ligera, *forma con la vagina un ángulo que le impide introducirse en este canal*: la parte anterior del cuerpo se apoya sobre el tabique véstico-vaginal, sobre la vejiga y sobre los ligamentos púbicos, y queda imposibilitada casi para penetrar en la cavidad de la vagina. Para que el útero pueda penetrar al canal que lo sostiene, es preciso que los dos ejes, el uterino y el vaginal, se correspondan casi. *La retro-versión uterina es una condición importante para la producción del prolapsus*. En esta posición el útero no tiene ya su base amplia de apoyo, y las presiones que sufre tienden á introducirlo en la vagina.

No solamente desviando el plano normal del útero obran los ligamentos flácidos. Las experiencias de *Kiwisch*, de *Savage* y de *Hergott*, han comprobado la energía con que los ligamentos uterinos y en particular los útero-sacros se oponen á toda tentativa de abatimiento del útero.

SCHULTZE, da una gran importancia patogénica á la elongación de los ligamentos útero-sacros, cuando dice:

“Le relâchement des plis de Douglas, cause le relâchement de

Citado por LABADIE, LACRAVE y FELIX LEGUEU, p. 448.

la paroi vaginale antérieure: il rapproche l'insertion utérine du vagin, de son insertion pelvienne. . . .”

Es excepcional que el abatimiento del útero se haga sin colpocele; por el contrario, casi siempre el prolapsus de la vagina es el primer tiempo del prolapsus del útero.

Produciendo la colpocele, es como más comunmente la relajación de los ligamentos uterinos, origina el prolapsus.

En resumen, la influencia de la preñez y del parto, sobre los ligamentos uterinos, se traduce por *la retro-desviación* y por *la colpocele*. El prolapsus uterino es la consecuencia de estos accidentes.

II.—MODIFICACIONES EN LA ESTRUCTURA DEL UTERO.

La involución uterina puede, en varias circunstancias, hacerse incompleta, y el útero quedar grueso, pesado y reblandecido.

Este peso anómalo del órgano, ejerciéndose sobre ligamentos elongados y faltos de resistencia, podría constituir una ligera caída del útero, una relajación de las inserciones vaginales superiores, y aun terminar por la formación de las primeras etapas del prolapsus genital. Los esfuerzos abdominales, la pesantez y las perturbaciones neuro-tróficas consecutivas á la dislocación uterina y á la sobredistensión de los ligamentos, harían el resto del proceso.

III.—MODIFICACIONES EN LA COLUMNA VAGINAL.

El relajamiento de los medios de fijeza de la vagina, la pérdida de sus aptitudes como columna de resistencia, la *colpocele*, en una palabra; he aquí el mayor, el más constante, el principal de los factores que contribuyen al prolapsus genital.

El estudio atento de la *colpocele*, la revisión de ese proceso mecánico que se inicia en el desequilibrio estático de la vagina y termina en la salida, brusca ó lenta del útero, fuera de la vulva, es por sí mismo el estudio verdadero de los prolapsus uterinos.

Tan excepcional es el prolapsus uterino sin colpocele, como la colpocele total sin prolapsus uterino.

E. RAIMOND, publicó un importante trabajo sobre la colpocele, del que tomaremos bastantes ideas.

Se comprende que la colpocele pueda ser *parcial ó total*.

RAIMOND, admite esta nueva división: *colpocele aparente y colpocele latente*. En el primer caso, la vagina es visible fuera de

la vulva; en el segundo sólo se percibe la hernia vaginal recomendando á la mujer que haga un esfuerzo mientras el Ginecólogo le entreabre la vulva con un espejo, ó mejor aún con una valva corta.

La preñez, y más particularmente el episodio del parto, son los focos más fecundos de colpoceles. Sin embargo, la hernia vaginal puede verificarse fuera del concurso del puerperio y constituirse por otra serie de fenómenos que estudiaremos en su oportunidad.

Antes de atender á la colpocele post-partum, véamos cómo el feto, en el transcurso del parto, lesiona dos diafragmas musculares importantes. Diafragmas que ha estudiado y descrito el Ginecólogo de París, DOLERIS.

El feto, dice DOLERIS, en el transcurso de su expulsión atraviesa dos diafragmas musculares, situados, uno al nivel del cuello uterino que se halla rodeado del aparato ligamentoso y muscular, que insertándose en su periferia sobre los contornos de la pelvis, constituye el *aparato suspensor de la matriz y de la vagina*; otro, el segundo, está constituido por el perineo, que goza en relación con el útero, de *aparato de sostén y apoyo*. Goza el perineo de esta misión de apoyo al útero, por intermedio de las paredes vaginales, de las que una, la anterior, va á fijarse inmediatamente al pubis por inserciones musculares, y la otra, la posterior, se continúa con el perineo.

Si se considera un corte vertical de la pelvis, estando la mujer en pie, las dos paredes vaginales se cubren oblicuamente como dos tejas imbricadas y superpuesta una á la otra. Resulta que estas dos especies de valvas, se prestan mutuo apoyo: la postero-inferior (*perineo-vaginal*) refuerza á la antero-superior (*vesico-vaginal*), la que á su vez descompone las fuerzas de los choques uterinos y transmite las presiones atenuadas. Todo normal, el útero suspendido de su diafragma *cérvico-ligamentoso* por una parte, y sostenido por el doble tabique *vaginal y perineal* por otra, no puede ni descender ni desviarse notablemente.

Viene el parto, un trabajo demasiado largo ó demasiado rápido, una operación, etc. El diafragma *cérvico-ligamentoso* puede desgarrarse. Lo más á menudo, la desgarradura se hace justamente sobre la inserción del aparato ligamentoso—se sabe que el cuello rígido resiste especialmente en su orificio íterno y en las cercanías de este;—es decir, que más tarde podrá haber ruptura ó destrucción del centro de resistencia de este tabique,

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

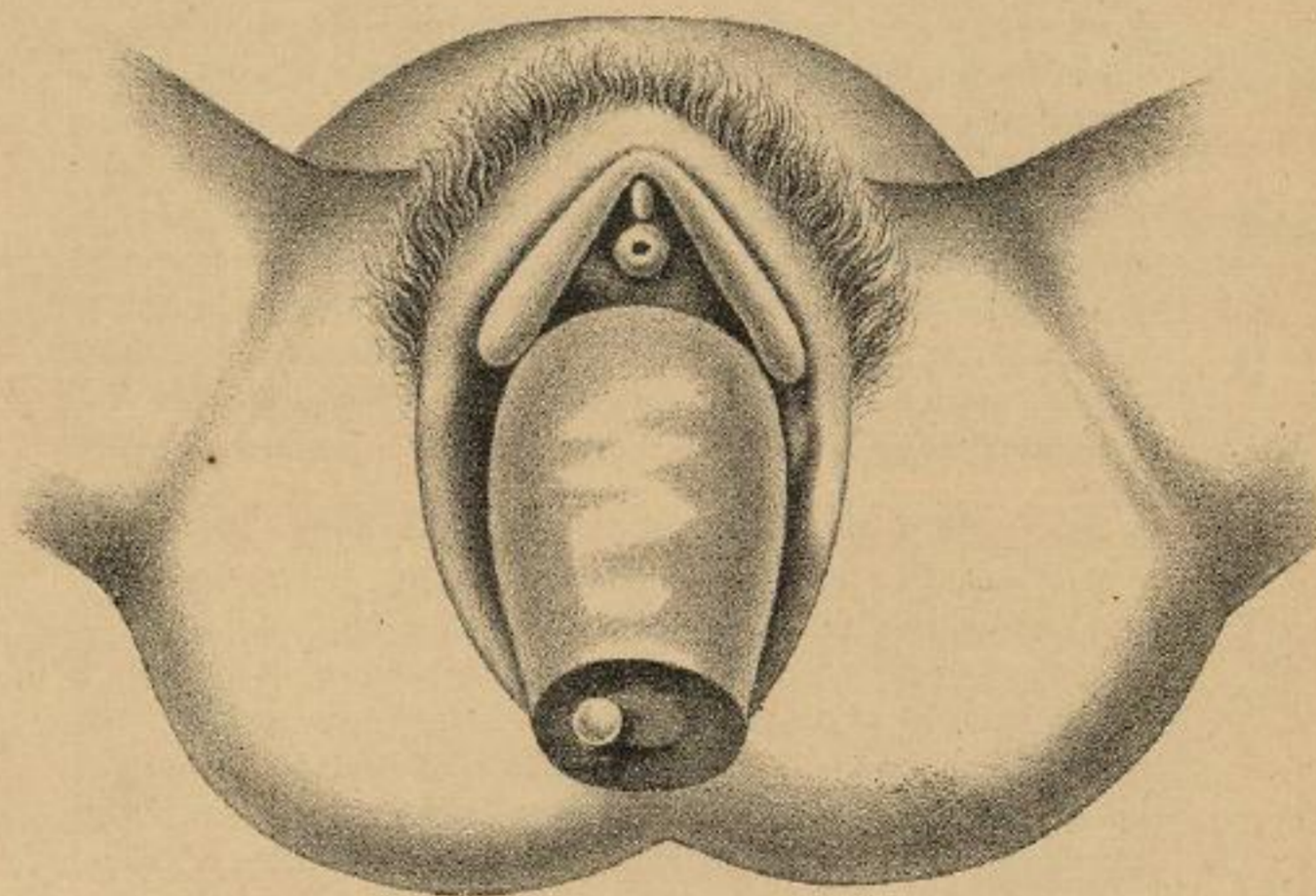


Fig. 40. Prolapsus uterino completo.

sin que, por lo demás, se encuentren huellas de traumatismo en el estado exterior del cuello.

El útero no sostenido por su parte media, se desviará ó descenderá hasta donde se lo permita la resistencia de su aparato de suspensión.

Supongamos que el diafragma superior ha sido atravesado sin perjuicio, por el feto; pero que el diafragma inferior se halla desgarrado, contundido profundamente ó destruído del todo y no reparado inmediatamente, se entiende. Son la amplitud de la vulva y la disminución notable de la cohesión de las dos valvas vé-sico-vaginal y vagino-perineal, que no siendo ya perfectamente solidarias no resisten sino muy débilmente á las presiones, las que tienden á favorecer la hernia vaginal y uterina, al través de la vulva. El recto tiende á dirigirse al exterior: la vejiga, también, no encontrando hacia abajo el cuerpo resistente del perineo, se deja arrastrar por las presiones superiores y se dirige hacia afuera y hacia abajo.

El recto ó la vejiga, ó los dos á la vez, estiran el útero y lo desvían ó lo abaten en su totalidad, haciéndolo salir fuera de la vulva.

Además, cuando el trabajo del parto es muy laborioso, suele acontecer que la vagina estira ó arranca sus inserciones con la vejiga y con el pubis, facilitando de este modo, aún más, la producción de la colpo-cistocele. El deslizamiento de la vagina sobre la vejiga, con ruptura del piso perineal, se acompaña casi fatalmente de la hernia de la vagina.

FREUND admite que las aplicaciones del forceps, producen con facilidad estos desgarramientos del tabique inter-vésico-vaginal. "El forceps, dice FREUND, contraría ó exagera el deslizamiento normal de la vagina sobre los tejidos subyacentes. Si se recuerda, en efecto, que la vagina distendida se aplica estrechamente en las cucharas hendidas del forceps, se comprenderá que pueda ser arrastrada en el sentido de la contracción, mucho más allá de sus límites normales."

Durante el período de gestación, la vagina sufre una hiperplasia y una hipermegalia de sus elementos musculares, á la vez que sus otras capas se engruesan y alargan. Supongamos ahora, que á consecuencia de alguna causa intercurrente, la involución vaginal no se hace ó se hace incompleta: tendremos un órgano dilatado, flácido y sin resistencia; es decir, una colpocele completa y total.

Si pasado el trabajo del parto, la mujer se levanta de la cama

prematuramente y se entrega á esfuerzos rudos ó á ejercicios violentos, como sucede en la clase pobre de nuestro pueblo, y como lo ha observado juiciosamente PAGENSTECHER, se comprende que muy fácilmente, no estando la matriz aún bien sostenida ni la vagina bien retraída, se producirán los descensos del útero y las hernias de la vagina.

Esta última causa es extraordinariamente frecuente y explica cómoda y fácilmente la mayoría de los prolapsus genitales que se observan en la práctica.

Acabamos de ver cómo las lesiones del piso pélvico consecutivas al parto, contribuyen á la producción del prolapsus genital. Véamos ahora cómo se produce este mismo prolapsus fuera de la acción del parto.

PROLAPSUS GENITAL NO RELACIONADO CON LA PREÑEZ Y EL PARTO.

Hemos visto, aunque ligeramente, las observaciones que actualmente se conocen de prolapsus genital congénito, y hemos tratado algunas de las circunstancias etiológicas de él: no nos volveremos á ocupar de esto, que por ahora no nos incumbe este estudio.

Cuando en una mujer que no ha tenido hijos, aunque no sea virgen, se encuentran los signos del prolapsus uterino, se puede frecuentemente invocar como causa: ó fenómenos de distensión ligamentosa, ó debilitamientos en la resistencia de la columna vaginal, ó estas dos perturbaciones reunidas.

Este estado, que podríamos considerar como *predisposición* al prolapsus uterino, reconoce tanto un origen congénito, como un vicio adquirido.

TRELAT observa, con justicia á mi entender, que no hay razón para negar la existencia de perineos defectuosos, desde el momento en que existen perineos perfectos: esta defectuosidad perineal, no solamente consistiría en la mala conformación, sino también en la debilidad ó distrofia del sistema muscular de esta región. En ciertos casos, la *herencia* parece sostener esta predisposición, según lo ha comprobado el ginecólogo inglés DOSAN, en sus investigaciones sobre ciertas familias en las que las hernias y los prolapsus eran en extremo frecuentes.

KULER, el distinguido Cirujano alemán, cree que en estos casos tenga mucha importancia la dirección del plano sobre el que la

pelvis se inclina: cuando el estrecho superior es horizontal, la presión de las vísceras abdominales se trasmite más directamente á los órganos de la pequeña pelvis, y les rechaza hacia abajo, es decir, hacia el perineo.

Las enfermedades consuntivas, la clorosis, la constipación habitual, ciertas profesiones, etc., son otras causas que también se han considerado como predisponentes á los prolapsus genitales.

Pero incuestionablemente, la *colpocele* es la etapa primera del prolapsus del útero y todas las causas que provoquen la hernia vaginal, predisponen indirectamente á la producción del descenso del útero.

Esta colpocele en las nulíparas, puede reconocer varios orígenes. Llama la atención que todas estas enfermas son de un aspecto lánguido y débil, que su aparato muscular es raquítico y sin resistencia, que son por lo común dispépticas y neurasténicas y que no es raro que presenten *ptosis* orgánicas, tales como *hepatoptosis*, *nefroptosis*, *enteroptosis*, etc., etc. Recuerdan, en una palabra, el tipo clásico del gran clínico de Lyon, el *síndrome de GLÉNARD*.

Fenómenos puramente mecánicos pueden traer la distensión de las paredes vaginales y la relajación de sus tejidos; por ejemplo, el uso inmoderado de ciertos pesarios, especialmente de los pesarios de aire; el empleo de objetos voluminosos, verdaderos *cuerpos extraños de la vagina*, cuyos usos y descripciones se encuentran en todos los tratados de Patología externa, etc., etc.

El coito, aun inmoderado, no ha sido hasta hoy considerado responsable de ninguna forma de colpocele; por el contrario, DOLERIS ha observado una señora, en la cual aparecieron signos de colpocele, durante los primeros días de su viudez. Esta colpocele se debió á la supresión brusca de sus relaciones conyugales. La simple vuelta de estas relaciones, trajo la disminución de los signos de relajación vaginal.

HUGUIER ha hecho un estudio especial sobre una afección uterina, que designa *hipertrofia supra-vaginal del cuello*, la que sería responsable de una forma especial de colpocele y de un gran número de casos de prolapsus uterino. He aquí cómo se verificaría esto: El cuello del útero se hipertrofia y se alarga hacia la vagina, puesto que el cuerpo y el fondo están sólidamente sujetos por ligamentos poderosos: al crecer el cuello uterino, arrastra sus inserciones vaginales, desprende la vagina de los órganos que la rodean—vejiga, recto—y acaba, á medida que la afección

progresa, por invertir el conducto vaginal y hacer caer el útero con la vagina, fuera de los límites vulvares.

HUGUIER causaría una revolución completa en la patología de los prolapsus uterinos, si su teoría fuese rigurosamente cierta. Sería entonces el prolapsus un epifenómeno de la hipertrofia cervical, y ésta la enfermedad misma, la causa única y directa sobre la cual se dirigiría toda la acción del tratamiento quirúrgico.

Pozzi acepta, aunque con ciertas reservas, las ideas de HUGUIER, y se declara partidario de la supresión del cuello uterino en algunos casos de prolapsus; yo considero más justas y clínicas las ideas de PAGENSTECHER, y acepto su modo de pensar, como más adelante veremos.

Hay una forma de colpocele anterior, que predispone muy especialmente á la caída del útero: es la *colpocele anterior media ó cistocele*. Esta se observa con frecuencia en las mujeres que por circunstancias especiales se ven precisadas á conservar mucho tiempo la orina en su vejiga, causándose una distensión lenta y constante.

No solamente en las nulparas, la colpocele conduce á los prolapsus genitales, sino que la flacidez de los ligamentos uterinos tiene idéntico efecto.

Estas lesiones de los medios de fijeza del útero, las conocimos ya, hablando de los prolapsus uterinos en las mujeres vírgenes.

Desde las primeras hasta las últimas etapas, el prolapsus genital avanza siempre en sus lesiones.

El prolapsus uterino no retrocede jamás.

Algunas mujeres soportan sin dificultad prolapsus uterinos enormes y viven así durante muchos años; otras, por el contrario, con pequeños grados de descenso uterino, sufren trastornos serios y llevan una vida llena de sufrimientos, que las induce á buscar constantemente su curación.

El prolapsus uterino es una afección que expone á complicaciones, entre las que hay algunas de verdadera gravedad; no es, pues, benigno su pronóstico.

Hay, en consecuencia, que procurar curarlo por todos los medios que estén á nuestro alcance, y estos medios son la consecuencia lógica é inseparable de nuestros estudios anteriores.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

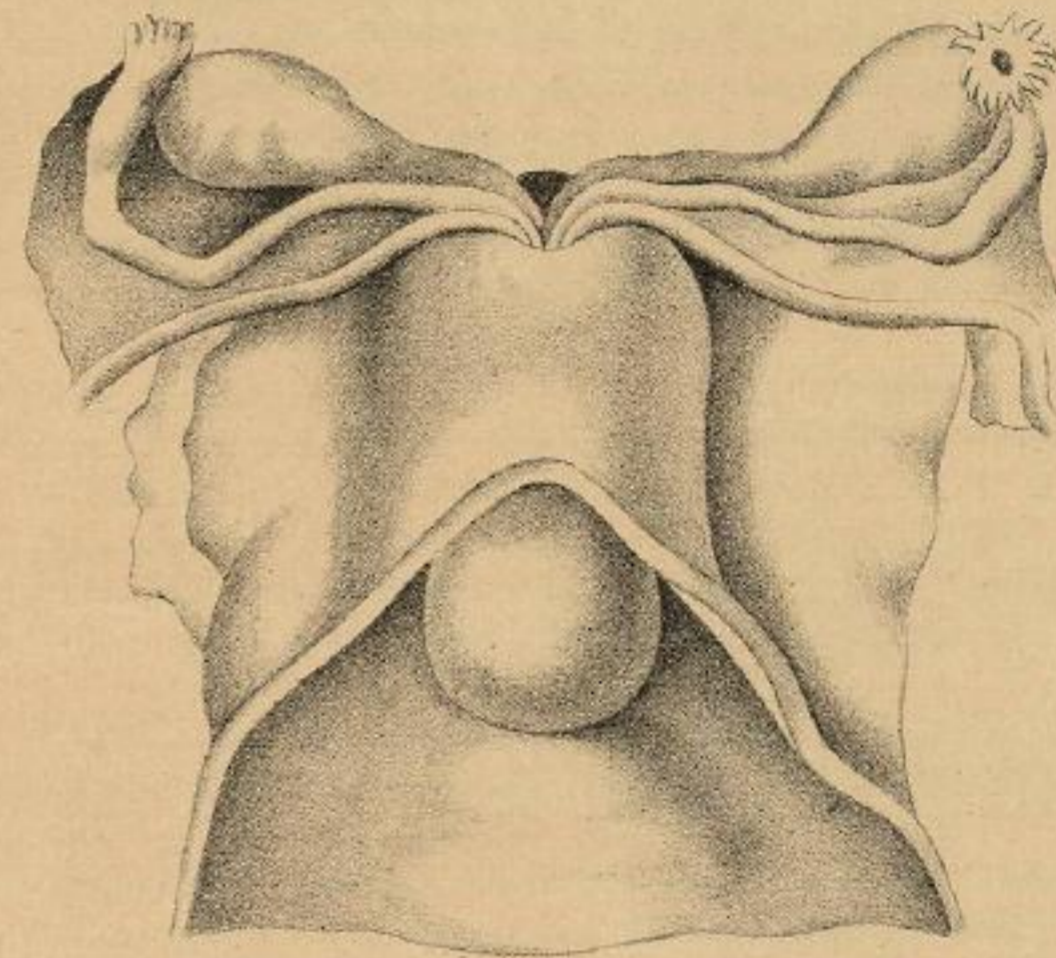


Fig. 41.—Inversión uterina.

TRATAMIENTO.

Clinicamente se pueden dividir los prolapsus en tres grados principales (GOSSELIN):

- I. *Abatimiento incompleto, sin prolapsus concomitante de los tabiques recto-vaginal y véstico-vaginal.*
- II. *Abatimiento incompleto; pero con uno ú otro de estos prolapsus vaginales.*
- III. *El prolapsus completo (precipitación), que difiere de los precedentes en que el cuello ha franqueado la vulva y se presenta al exterior.*

Se comprende que estos tres grados en la caída del útero, exigen diversas modalidades en su tratamiento.

Para el primer grado, se puede recurrir: 1º *Al taponamiento vaginal*; 2º *A los pesarios, racionalmente elegidos y colocados: el de HODGE, es recomendable*; 3º *A la electroterapia*; 4º *A la hidroterapia combinada ó no, con el masaje uterino*; y 5º *Al tratamiento de las lesiones uterinas concomitantes; metritis, sub-involución, retro-versión, hipertrofia cervical, etc., etc.*

Para el segundo grado del prolapsus, la intervención es casi siempre quirúrgica, guiándose el ginecólogo constantemente por este precepto de DOLERIS:

“Quand il y a prolapsus ou rétroversion, il est de tout nécessité d'assurer le remplacement de l'utérus dans sa position et a son niveau physiologique.”

Para obsequiar este precepto, se cuenta con dos medios:

- 1º *Restablecer el calibre del canal vaginal.*
- 2º *Restablecer la armonía de sus resistencias, estrechando las partes amplias y tendiendo las zonas flácidas.*

Se obtienen estos resultados por medio de las *colporrafias*, sean *anteriores ó posteriores*. No nos detendremos en la descripción de ellas, pues más adelante las estudiaremos; solamente recordaremos que en estas circunstancias pueden estar indicadas las

colporrafias *parciales*, particularmente la *colporrafia retro-cervical* y la *colporrafia pre-cervical* de DOLÉRIS.

Pero lo que á nosotros más nos interesa, es el estudio del tercer grado del prolapsus uterino.

Separemos desde luego el estudio de los dos grados anteriores, que si interesan vivamente á todos los ginecólogos, se hallan fuera de la mente de este libro, y ocupémonos exclusivamente de la última forma del prolapsus uterino; es decir, de aquella que se caracteriza por la salida completa y total del útero, fuera de la vulva.

Si en el curso de mi exposición empleo la palabra *prolapsus*, sola, el lector estará prevenido de que en este término, está latente la idea de prolapsus genital completo ó de tercer grado.

Considero también de suma importancia distinguir los casos de *prolapsus genitales completos, complicados*, de los de *prolapsus genitales completos, no complicados*.

Entiendo por *complicaciones* de los prolapsus uterinos, las *degeneraciones neoplásicas*, la *irreductibilidad definitiva*, la *inflamación*, la *gangrena*, la *incoercibilidad* cuando coincide con lesiones graves de la vejiga ó del recto, etc.

TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSUS UTERINOS COMPLETOS NO COMPLICADOS.

Hemos visto en lo anteriormente estudiado, que las causas del prolapsus del útero, pueden encontrarse:

- I. En sus medios de suspensión.
- II. En sus medios de dirección, y
- III. En sus medios de resistencia.

Es decir, que hay *prolapsus de fuerza*, aquellos en los cuales las presiones han vencido la tonicidad y elasticidad de los ligamentos suspensorios; *prolapsus de desviación*, aquellos que se deben al cambio de dirección del eje uterino, que se hace paralelo al eje del canal de la vagina; y *prolapsus de debilidad*, aquellos que reconocen como origen el debilitamiento de los órganos que prestan apoyo al útero, por su segmento inferior.

Esta clasificación que podría parecer *á priori* ficticia, tiene una

gran importancia clínica, particularmente en los casos de prolapsus recientes, cuando las lesiones iniciales que causaron la caída del útero, no han perturbado todos los factores de la estética pélvica.

En los prolapsus inveterados, se encuentran estas tres variedades: fuerza, desviación y debilitamiento, reunidas; y constituyen los casos más difíciles de curar.

Pero en los casos recientes, el análisis juicioso y metódico de la etiología próxima y directa del prolapsus, presta toda la seguridad clínica posible para el éxito de la intervención quirúrgica.

Pretender curar un prolapsus de fuerza, robusteciendo el piso perineal, es exponerse á un fracaso operatorio, tan segura é inevitablemente, como si se tratara de combatir un prolapsus de debilidad, reforzando los ligamentos suspensorios del útero.

Convengo en que esta distinción suele ser difícil en la práctica, y que multitud de casos ofrecerán dificultades para la investigación de su verdadera naturaleza patogénica; pero es precisamente en los problemas difíciles de Patología donde se conoce al clínico, y son en los que particularmente presentan los prolapsus donde se conoce la instrucción y el criterio de un ginecólogo.

Diariamente vemos, tanto en las clínicas como en la clientela particular de ciertos operadores, multitud de enfermas operadas de prolapsus, cuyos padecimientos se han reproducido más ó menos rápidamente. Y sin embargo, las operaciones han sido correctísimas, los procedimientos han comprobado sus ventajas en otros casos, y á primera vista parece imposible comprender cómo en unas enfermas la operación ha producido magníficos resultados, y en otras ha originado el más completo fracaso, cuando todas tenían la misma afección, el prolapsus, y todas habían sido tratadas lo mismo.

Volvemos á encontrarnos aquí, con el constante tema de mis escritos sobre Terapéutica Quirúrgica: *sistematizar en Cirugía, es dar á comprender que se desconocen los más fundamentales principios de Clínica*. Desde el segundo año de Medicina, los alumnos, aun los menos perspicaces, comienzan á convencerse de esta triste verdad: los enfermos de la Clínica, no son los enfermos de los libros. El médico no cura procesos patológicos, ni síndromas clásicos; cura enfermos, es decir, una inmensidad de individuos todos diversos, todos desemejantes, todos variando constantemente.