

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 suspensores; *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 suspensores 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.

Cuando leo en las Revistas de Cirugía el anuncio llamativo de "Nuevo procedimiento para la cura del Prolapsus genital," ó el de "Procedimiento definitivo para la cura del Prolapsus uterino," á mi pesar recuerdo que los autores y los años vienen y van, y los procedimientos *definitivos* no cesan jamás de aparecer y de olvidarse.

Hay que estudiar mucho los enfermos, hay que meditar que las enfermedades, aunque reconozcan causas iguales y se desarrollen en órganos iguales, no evolucionan en organismos idénticos, ni siguen nunca marchas idénticas. El prolapsus genital, que no es una enfermedad sino un síntoma de varias enfermedades, se ha querido reconocer siempre como una individualidad bien acentuada, se ha pretendido describirle una etiología, una patogenia, y lo que es todavía menos práctico y menos clínico, un tratamiento general!

Causa asombro la lista enorme de autores de operaciones y procedimientos clínicos, descritos contra el prolapsus uterino, y no menos asombro produce ver que ginecólogos formales, sabios y experimentados, se dedican á escribir y á publicar estos procedimientos sin tratar de sus indicaciones, sin analizar la oportunidad de ellos, sin ordenarlos clínicamente.

No está, ciertamente en mis aptitudes pequeñas, emprender tan laboriosa é importante tarea; pero procuraré ordenar un poco nuestros conocimientos de terapéutica quirúrgica para los prolapsus, estudiando en detalle, primero, los recursos de ella, y discutiendo después las indicaciones clínicas de cada uno.

I.—Recursos terapéuticos en los prolapsus de fuerza.

Estos recursos son de dos órdenes:

A.—Los que disminuyen las presiones aumentadas.

B.—Los que refuerzan los ligamentos que han cedido por el exceso de fuerza que sufren.

Veámoslos separadamente:

A.—*Diminución de las presiones aumentadas.*—Toda causa que directa ó indirectamente aumente la cantidad de fuerza que normalmente desarrolla el útero sobre sus ligamentos, está comprendida en esta sección.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

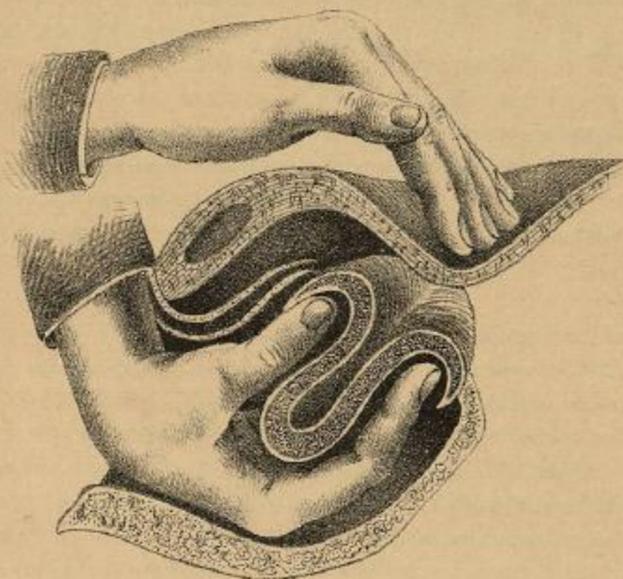


Fig. 42.—Inversión uterina. Reducción bimanual.

Estas pueden ser: el crecimiento rápido y exagerado del cuerpo del útero, el desarrollo de tumores en su segmento superior que no pasan libremente por el estrecho pélvico; la formación de tumores, sólidos ó líquidos, en la pelvis ó en el resto de la cavidad abdominal; el depósito, con alta presión, de líquidos en la cavidad abdominal; los esfuerzos de la prensa abdominal, frecuentes y poderosamente repetidos, etc., etc.

Todas estas causas ofrecen indicaciones especiales: curación atenta y racional de las metritis, miomectomía ó enucleación de tumores fibrosos, ovariectomía ó resección de tumores abdominales, punciones, tratamiento de la constipación, de la tos, de los vómitos, etc., etc.

Están aquí comprendidos, también, los casos de hipertrofia cervical supra-vaginal, la que según HUGUIER, hace gran presión sobre la vagina, arrastra sus inserciones superiores y despega las conexiones vaginales, anteriores y posteriores: estos casos deben tratarse por la *amputación supra-vaginal del cuello*.

Esta amputación puede hacerse por el método conoide de HUGUIER ó por el de SCHREDER.

Los dos son clásicos y muy conocidos.

MAC EVITT, ginecólogo norteamericano, procede en estos casos por medio del galvano-cauterio. La acción del calor, que se propaga mucho más allá de las partes puestas en contacto con el cauterio, tendría también cierta acción tónica sobre los ligamentos uterinos, al decir de este autor. Después de la operación se llena la vagina con tapones de algodón, embebidos en glicerina con tanino. Este taponamiento se renueva todos los días, haciéndole preceder de una abundante inyección vaginal, caliente. El tratamiento dura, aproximadamente, tres semanas, durante las cuales la enferma guarda cama, teniendo siempre las piernas juntas y un poco levantadas.

La amputación supra-vaginal del cuello, es una operación que se hace frecuentemente, á pesar de que suele presentar complicaciones verdaderamente graves. Una de ellas es la estenosis cicatricial del orificio del endometrio: esta estenosis puede llegar hasta la oclusión completa y producir accidentes formidables de retención uterina. No debe, en consecuencia, abusarse mucho de esta amputación; tanto más, cuanto que sus ventajas son dudosas, ó por lo menos, no tan grandes como se cree comunmente.

B.—Reforzamiento de los ligamentos que han cedido por el exceso de fuerza que sufren.

Este reforzamiento puede realizarse de dos modos:

A.—Acortando la longitud de los ligamentos redondos.

B.—Dando al útero una nueva zona de fijeza, y aliviando, por consecuencia, los ligamentos vencidos del peso que resisten.

Veamos cómo podemos realizar esto:

A.—Acortamiento de la longitud de los ligamentos redondos.—Esta es la operación conocida comunmente bajo el nombre de *operación de ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS*.

Hay tres métodos principales para hacer el acortamiento de los ligamentos redondos:

- I. Método intra-peritoneal.
- II. Método extra-peritoneal.
- III. Método vaginal.

El primero fué ideado por WYLLIE y por RUGGI; y modificado por DUDLEY. Este método es poco usado, á pesar del entusiasmo que causara cuando lo iniciaron sus autores.

Más interesante es el método extra-peritoneal, que es el que verdaderamente merece el calificativo de operación de ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS.

Técnica de la operación. ⁽¹⁾

1^o TIEMPO: Se comienza por buscar la *espina del pubis*; de cada lado de este punto, se traza una incisión oblicua hacia arriba y hacia afuera, paralela á la dirección del canal inguinal; y elevándose, en consecuencia, hacia afuera, algunos centímetros arriba del *arco de Falopio*.

La aponeurosis que cubre el músculo grande oblicuo se descubre, lo mismo que las fibras del orificio inguinal superficial. El orificio inguinal es fácil de descubrir: IMLACH aconseja buscar, para encontrarle, un pelotón adiposo que le oculta y que puede servir de *punto de mira*. DOLERIS y REID, han insistido también

1 BONNET, citado por LABADIE-LAGRAVE y LEGUEU.

sobre la utilidad de dicho pelotón. Pero LABADIE-LAGRAVE y FÉLIX LEGUEU no dan importancia á este punto, pues á su entender, basta seguir las fibras de la aponeurosis del grande oblicuo, bien descubiertas, para encontrar el anillo inguinal.

En este momento comienzan las dificultades para encontrar el ligamento redondo. Los haces fibrosos se disocian y se reparten entre el tejido celular ambiente, confundiéndose con él.

Para facilitar el descubrimiento del ligamento redondo, NIETOR propone buscar el paquete neuro vascular que constituyen el nervio abdomino-genital inferior y el ramo funicular de la arteria epigástrica, acompañado de sus venas correspondientes.

Más sencillo me parece abrir el canal, en cuyo fondo se encuentra bien constituido el ligamento redondo.

La misma maniobra se ejecuta en el canal inguinal del otro lado.

2^o TIEMPO: Tirando de cada lado sobre el ligamento descubierto, se exterioriza su porción pélvica: este trabajo se ejecuta casi siempre con facilidad.

Para facilitar el ascenso del útero, se puede ayudar la maniobra levantando el órgano con la mano ó por medio de mi sonda vaginal, colocada en el fondo vaginal posterior y fuertemente encurvada.

Se tira de los ligamentos redondos hasta que el fondo del útero levantado se haga perceptible al través de la región hipogástrica. Suele suceder que la tracción ejercida sobre los ligamentos arrastre junto con ellos una porción de su cubierta peritoneal: esto no tiene importancia.

3^o TIEMPO: Toda la porción exteriorizada del ligamento redondo, en una extensión de 8 á 10 centímetros, se corta. Una ligadura de seda fija el muñón ligamentoso: con las extremidades de este hilo de seda se sutura sólidamente el muñón contra las paredes del canal inguinal. Para hacer aun más sólida esta sutura, se pasan cuatro ó cinco puntos con otro hilo de seda, á modo de reunir íntima y ampliamente el muñón del ligamento redondo con la mayor superficie posible de las aponeurosis del canal.

Encima del ligamento fijo en su nueva posición, se rehace la pared anterior del canal inguinal.

4^o TIEMPO: POZZI recomienda sostener el útero en su nueva posición, mediante un cuidadoso taponamiento de la vagina, que debe prolongarse hasta la época en que los ligamentos contraigan suficiente resistencia en sus nuevas adherencias.

Las enfermas no se levantarán de la cama, antes de que haya transcurrido un mes, después de la operación.

Modificaciones á la operación de Alquié-Alexander-Adams.

CASATI. Una incisión curvilínea reuniendo los dos anillos: cruza las extremidades de los ligamentos cortados, y los fija á la aponeurosis por una sutura con catgut.

DURET. Incisión análoga á la anterior: hiende los canales inguinales en toda su extensión, liberta los dos ligamentos redondos; los anuda uno con otro y fija el nudo al tejido fibroso pre-púbico.

DOLERIS. Procedimiento semejante al de Duret; pero reúne los dos ligamentos debajo de los tegumentos, no por medio de herida tan amplia como la anterior.

SIGOND. Sigue un procedimiento que tiene cierta analogía con el que usa REVERDIN para las hernias. Anuda los ligamentos, haciendo aberturas en los contornos del anillo inguinal correspondiente.

LAPEYRE. Secciona longitudinalmente los ligamentos á modo de formar dos cabos, que hace pasar á uno y otro lado del orificio inguinal, perforando la aponeurosis, y luego los anuda fuertemente.

Acortamiento de los ligamentos redondos por la vía vaginal.

PROCEDIMIENTO DE EMIL BODE.—El cuello uterino bien fijo por medio de pinzas, se corta el fondo vaginal anterior inmediatamente abajo de sus relaciones con la vejiga. Despegamiento de la vejiga por medio de las tijeras de COOPER. En los casos sencillos, el fondo peritoneal vésico-uterino, se presenta inmediatamente al operador. Incisión de este fondo y fijación por medio de pinzas, de su labio vesical. Mientras el cuello se rechaza hacia atrás y hacia arriba, se introduce un dedo en la cavidad abdominal, siguiendo la cara anterior del útero, y se llega con facilidad á encontrar el extremo uterino del ligamento redondo, que se toma con una pinza. Ahora, por medio de una aguja fina, se rodea con un hilo de seda el ligamento redondo, como á un centímetro de su inserción, y se anuda fuertemente. Luego, con la misma aguja, se hace otro nudo fijo en el mismo ligamento, á 5, 6, 7 ú 8 centímetros del útero. Se mantienen estos dos hilos por medio de pinzas, mientras se colocan otros semejantes en el ligamento del lado opuesto. No falta más que tirar de los hilos, anudarlos fuertemente á modo de reunir los dos puntos fijos en los ligamentos, para obtener el acortamiento de ellos.

Sutura de los bordes peritoneales y vaginales, por medio de un hilo de catgut.

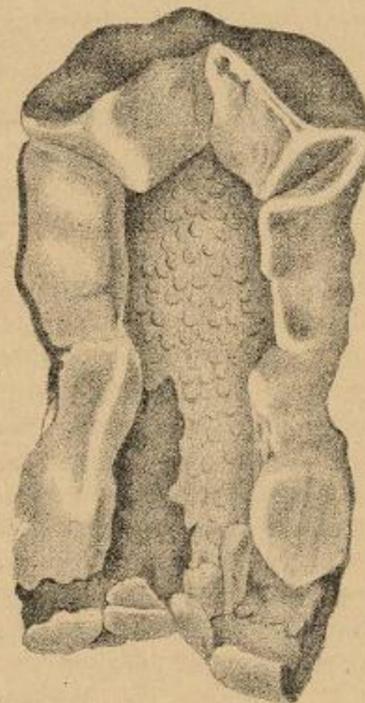


Fig. 43.—Tuberculosis del útero.

(POZZI)

B.—Creación de una nueva zona de fijeza uterina, que alivie el peso que los ligamentos vencidos soportan.

Esto se consigue por medio de la *ventri-fijación* ó *histeropexia abdominal*.

Los procedimientos de láparo-histeropexia, son variadísimos. KÖBERLÉ, KLOTZ, OLSHAUSEN y PANGER, KELLEY, LEOPOLD, CZERNY, TERRIER, CANEVA, KALTENBACK, ASSAKY, POZZI y LEGUEU, han descrito procedimientos diversos de histeropexia abdominal.

Estas distintas operaciones pueden dividirse en dos grandes grupos: *histeropexias abdominales extra-peritoneales*, CANEVA, KALTENBACK, KELLY, etc., é *histeropexias abdominales, intra-peritoneales*, POZZI, TERRIER, LEGUEU, etc.

Estas últimas ofrecen tres grupos importantes:

- I. *Procedimientos de fijación indirecta.*
- II. *Procedimientos de fijación lateral del útero,* y
- III. *Procedimientos de fijación directa y mediana del útero.*

Los procedimientos del primer y segundo grupo van siendo abandonados, más y más, en beneficio de los del tercer grupo.

He aquí cómo procedo yo:

Después de haber abierto el vientre en una pequeña extensión, busco el fondo del útero, que un ayudante ha elevado por medio de mi sonda vaginal, y lo atravieso por medio de una aguja gruesa que lleva una asa de seda fuerte.

Por medio de esta asa de seda, tiro del útero y lo traigo hasta colocar su fondo y parte de su cara anterior, en el ángulo inferior de la incisión abdominal.

Con una aguja y seda finas, suturo el borde peritoneal de la pared contra el peritoneo visceral del útero: sobre el fondo procuro que esta sutura quede algunos milímetros adentro de las inserciones tubarias.

10 . BECK.—XII Cong. Moscou.—Incisión en la línea media, se toma el fondo del útero y se saca fuera de la cavidad abdominal; acto seguido se busca uno de los ligamentos, se le aísla mediante dos incisiones superficiales de 50 m. m. de anchura y que arranca á 12 m. m. del origen uterino del ligamento, se le separa mediante una sonda acanalada; se extrae esta porción de ligamento con una aguja de aneurisma y en seguida se cosen los bordes del peritoneo, de manera que el ligamento cabalque sobre éste; se sigue suturando por abajo las aponeurosis y los músculos sobre los cuales se cose el ligamento; después se cose la piel como de costumbre. Se puede repetir sobre el otro ligamento, pero basta comunmente con un lado; la versión lateral carece de importancia. Tres casos con éxito.

De cada lado de la incisión parietal colocho tres ó cuatro gruesos puntos de catgut, que comprenden la aponeurosis abdominal, y profundamente el tejido uterino.

Hacia el fondo del útero y hacia el límite inferior de la zona que procuro fijar al vientre, paso dos hilos gruesos de seda que comprenden la piel, todo el espesor de la pared abdominal, y parte del cuerpo del útero.

Estos hilos no los anudo inmediatamente, sino que las extremidades, fijadas en pinzas, quedan á uno y otro lado del campo operatorio.

Cierro el resto de la herida peritoneal en el ángulo superior de la incisión y comienzo la sutura, por planos, en el mismo ángulo superior. Al llegar al nivel del cuerpo del útero, suspendo un momento la sutura, para decorticar rápidamente, con bisturí ó tijeras, la zona uterina comprendida entre las suturas del peritoneo parietal, que se colocaron antes, y luego continúo mi sutura músculo-aponeurótica, tomando con la aguja pequeñas porciones de la superficie avivada y sangrienta del cuerpo del útero.

Suturo la piel con crin de Florencia y termino la operación anudando sobre pequeños rollos de gasa yodoformada, los cabos de los hilos de seda gruesa que unen el útero y todo el espesor de la pared.

La enferma permanece en cama tres ó cuatro semanas: al cabo de este tiempo la ventri-fijeza del útero está suficientemente sólida.

II.—Recursos terapéuticos en los prolapsus de desviación.

Obrando sobre las retro-desviaciones del útero, es como tienen influencia estos medios sobre el prolapsus.

Comprenden, pues, todos los procedimientos aconsejados contra las retro-desviaciones uterinas, que son:

- I. *Pesarios.*
- II. *Operación de ALQUIÉ—ALEXANDER—ADAMS.*
- III. *Metro-elitrorrafia.*
- IV. *Colporrafias.*
- V. *Vagino-fixaciones.*
- VI. *Colpo-histeropexia pélvica posterior.*
- VII. *Láparo-histeropexia.*
- VIII. *Operación de RELLY y*
- IX. *La histerectomía.*

En un caso notable, el Dr. GUSTAVO PAGENSTECHE, de San Luis Potosí, recurrió con éxito á la *colpopexia rectal*; obstruyendo el fondo de DOUGLAS, corrigió una retro-versión acentuada y curó así á una enferma de prolapsus uterino por desviación.

El análisis detenido de todos estos medios, corresponde al estudio de la retro-versión uterina, y no nos ocuparemos de ellos en este lugar.

III.—Recursos terapéuticos en los prolapsus de debilidad.

Este grupo es el que posee un número mayor de procedimientos y el que ha sido más estudiado y explotado por todos los autores de Ginecología.

No me ocuparé, ni de la *episiorrafia*, ni de la *infibulación* por medio de un anillo metálico, ni de la *cauterización* de la vagina, ni de ninguno de aquellos procedimientos que si en un tiempo fueron recomendados, hoy están en el olvido más completo.

Estudiaremos los recursos verdaderamente útiles, y nuevos si los hay, que permitan obtener sólidos y seguros resultados terapéuticos.

Para ordenar este estudio clasificaremos estos recursos en

- I. *Operaciones sobre la vagina*
- II. *Operaciones sobre el perineo y*
- III. *Operaciones colpo-perineales.*

Véamos aisladamente estas operaciones:

I.—Operaciones sobre la vagina.

COLPOPEXIAS.—Desde los trabajos de PEAN, relativos á la fijación de la vagina sobre las paredes de la excavación pélvica, los autores se han preocupado por la elevación mecánica de la vagina: La *colpo-cistorrafia* de BYFORD, es la sutura de la vagina, sobre la pared abdominal, al través de la región inguinal.

GOUBAROFF y DELBET han propuesto medios particulares para obtener la elevación y sostenimiento de la vagina, preocupándose el primero por la consolidación del perineo y presuponiendo el segundo una histerectomía anterior.

Pero en tesis general, no son muy recomendables las colpo' pexias y sus resultados; aun en manos de sus propagandistas, no han sido favorables hasta hoy.

En cuanto á la *colpopexia rectal* de PAGENSTECHEK, ó *retrofi- jación rectal del fondo de saco posterior*, como su mismo autor la designa, aun no cuenta con estadística suficiente; y si bien es cierto que se ha publicado un caso feliz, no puede clasificarse aún entre los procedimientos experimentados y de confianza.

Como un medio indirecto de fijar la vagina á la pared abdominal, algunos autores, VLACCAS, DUMORET, TUFFIER y otros, no han vacilado en suturar la vejiga sobre los tegumentos de la región hipogástrica, realizando así una verdadera *cistopexia*. La cistopexia puede ser una operación complementaria de la histeropexia.

PROCEDIMIENTO DEL PROF. LAROYENNE PARA LA CISTOPEXIA.— Comprende cinco tiempos:

1^{er} TIEMPO: Desinfección del campo operatorio. Dilatación de la uretra y lavado de la vejiga.

2^o TIEMPO: Colocación de la enferma en la postura de TREN- DELEMBURG.

3^{er} TIEMPO: Laparotomía, introducción de un dedo en la ve- jiga, que se levanta hasta encima de la sínfisis del pubis.

4^o TIEMPO: Paso de las agujas¹ al través de los tegumentos y de la pared vesical, guiadas por el dedo introducido en la ve- jiga.

5^o TIEMPO: Se retiran una á una las agujas y se ligan los hi- los fijadores de la vejiga.—Sutura superficial con catgut.

PROCEDIMIENTO DE D. LOWSON PARA LA CISTOPEXIA.—Incisión abdominal mediana hasta descubrir el *fascia sub-peritoneal*: los bordes de la herida se separan fuertemente, mediante dos gan- chos poderosos.

Incisión peritoneal transversal, de cerca de 3 centímetros, co- locada á igual distancia de la sínfisis y del ombligo. Sobre cada una de las extremidades de esta incisión transversal del perito- neo, se comienzan nuevas incisiones peritoneales, que se llevan hasta los lados de la vejiga. El colgajo así circunscrito, encie- rra los ligamentos vésico-púbicos y el uraco: tirando sobre este colgajo se levanta la vejiga, con tanta más facilidad, cuanto que

¹ *Aiguilles-broches*, LAROYENNE, *La Gynecologie*, 1898, p. 275.

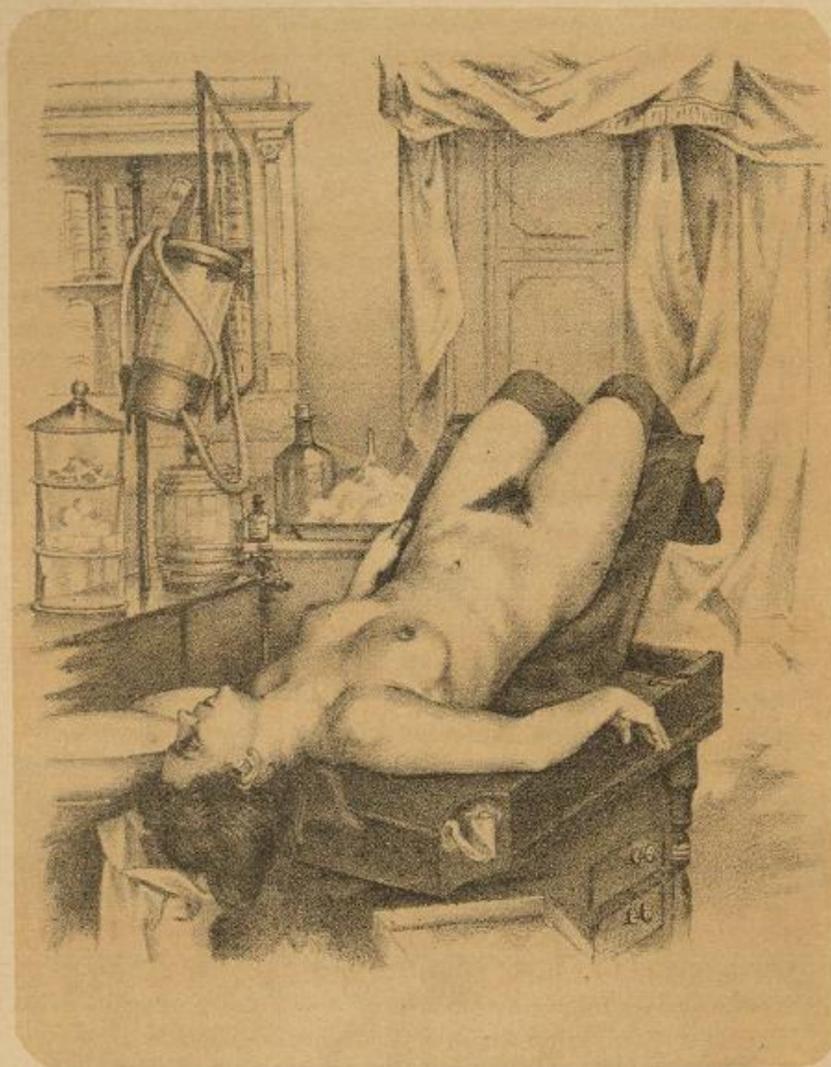


Fig. 44.—Posición de Trendelenburg, para las operaciones ginecológicas abdomi- nales.

se han aflojado previamente con el dedo sus conexiones con el pubis, y se sutura el uraco y los ligamentos vésico-púbicos sobre la aponeurosis abdominal y los músculos rectos, en el punto más alto que se desee. La vejiga puede subirse así, á voluntad del operador.

Sutura abdominal con catgut y crin de Florencia.

La cistopexia suspende la vejiga; pero no impide en el mayor número de los casos, la continuación de la colpocele anterior.

COLPECTOMIA.—MÜLLER, ginecólogo de Berna, ha recurrido á un procedimiento nuevo para la curación del prolapsus uterino, y desde 1896 á la fecha, cuenta con ocho observaciones, seguidas todas de éxito. He aquí cómo procede:

Después de haber traído el útero fuera de la vulva, traza sobre las paredes vaginales una incisión en forma de rombo, cuyo eje mayor está dirigido desde el meato urinario hasta el perineo: el cuello del útero representa el centro de este rombo. Todo el colgajo vaginal circunscrito por el trazado de la incisión, se disecciona cuidadosamente y se quita: resulta una vasta herida, en el centro de la cual se encuentra el útero. Este se rechaza fuertemente hacia el fondo de la vagina, y sobre el útero mismo se reúnen los bordes correspondientes de la herida vaginal, por medio de suturas con catgut fuerte: el útero desaparece totalmente. Queda en realidad excluido de la cavidad vaginal, por una especie de cápsula cicatricial limitada por las líneas de sutura. La vagina se halla transformada en una pequeña cavidad de tres ó cuatro centímetros de extensión.

OPERACION DE FREUND.—FREUND ha propuesto estrechar la vagina por una serie de hilos colocados en su espesor y susceptibles de desarrollar una inflamación intersticial que termine por la retracción cicatricial del conducto. He aquí su técnica:

Comienza por colocar una sutura circular, en jareta ó bolsa, muy cerca de las inserciones vaginales del cuello, con alambre fino de plata: al apretar la sutura, la vagina se frunce, el cuello uterino se eleva y queda abajo de él un anillo vaginal estrecho. Se procura no apretar demasiado la sutura, á fin de no obstruir la luz del canal.

Hecho esto, se coloca á 2 ó 3 centímetros abajo de esta sutura otra análoga: al apretarla, sube un poco más el útero.

De la misma manera se van colocando una tercera y cuarta

series circulares de suturas vaginales, que al irse frunciendo alcanzan más y más el útero y reducen el diámetro del canal. El último hilo se coloca en la entrada de la vagina, á fin de estrechar el orificio vulvar.

Este procedimiento ha sido empleado, también con éxito, por CHAPUT y por GÆZTIG.

OPERACION DE L. LE FORT.—LEÓN LE FORT ha tenido la idea de aumentar la solidaridad y resistencia de la columna vaginal, uniendo las paredes anterior y posterior, mediante una faja ancha de cicatriz. Se procede de la siguiente manera:

Sobre las caras anterior y posterior de la vagina, comenzando lo más cerca posible de la vulva, se trazan dos colgajos homólogos de 5 á 6 centímetros de longitud, por 1 ó 1½ centímetros de latitud. El avivamiento de estas superficies debe ser muy superficial, á fin de no debilitar la fuerza de los tejidos en este nivel.

El útero se introduce en el canal, el avivamiento posterior afronta con el anterior y sus bordes y superficies se reúnen por suturas metálicas: la sutura se hace del útero á la vagina, y á medida que se avanza, la matriz se eleva hasta quedar apoyada sobre una columna de suturas que más tarde será una cicatriz dura y resistente.

La vagina queda dividida en dos canales pequeños, por un tabique de cicatriz intermediario.

COLPORRAFIA ANTERIOR Ó ELITORRAFIA.—GERARDIN, en 1835, ideó esta operación, que ha sido vulgarizada y modificada por SIMS, EMMET, HEGAR y DOYEN. Hoy la elitrorrafia es una operación que se ha hecho clásica.

Como su nombre lo indica, esta operación es una resección parcial de la pared anterior de la vagina, con sutura consecutiva de la herida.

SIMS daba al colgajo la forma de una herradura de vértice agudo, dirigido hacia la uretra. EMMET dió á la herida la forma de una cuchara de albañil; y mientras HEGAR recomienda la de una elipse de curvatura superior muy roma, DOYEN y DOLÉRIIS, hacen un triángulo de base posterior.

El procedimiento más sencillo y rápido es el de DOYEN. He lo aquí:

El cuello uterino se toma con una pinza y se abate fuera de la vulva.

Una incisión en V, de vértice anterior, alcanzando adelante el

meato urinario y atrás los límites extremos de la superficie por avivar, se traza al bisturí.

El ángulo anterior asido con una pinza de garras, se desprende con el bisturí de los tejidos peri-uretrales, á los que se adhiere íntimamente. El desprendimiento se prolonga á derecha é izquierda, hasta alcanzar el tabique vésico-vaginal verdadero. Este colgajo flotante se toma por medio de una pinza de anillos y se desprende en algunos instantes con los dedos, la pared vaginal anterior, de la vejiga, hasta las cercanías del cuello uterino. La mucosa vaginal se aísla á derecha é izquierda, en todo el contorno de la incisión y se procura no cortar el colgajo, sino dejando un margen de vagina de 5 ó 6 milímetros, en el ángulo diedro formado por el desdoblamiento del tabique vésico-vaginal. Se obtiene así, para la sutura, dos verdaderos colgajos vaginales, que permiten la aplicación de una sutura sólida y capaz de sostener el fondo vesical plegado y rechazado hacia la cavidad de la vejiga.

Algunos autores, al ejemplo de LEJARS, antes de suturar los bordes cruentos de la vagina, hacen una sutura profunda, plegando hacia adentro la pared inferior de la vejiga, y dando así menos tensión á los tejidos comprendidos en la sutura superficial de la vagina.

STOLTZ y MUNDÉ, emplean otro procedimiento de sutura vaginal. Una vez terminado el avivamiento, pasan en los contornos de él, á cuatro ó cinco milímetros del borde, una sutura periférica, en jareta: al apretarla, fruncen la herida como una bolsa, rechazan la vejiga hacia adentro y obtienen una cicatriz circular, especie de ombligo, en vez de la cicatriz lineal de los otros autores.

Sea cual fuere el procedimiento de colpografía anterior que se siga, la superficie del avivamiento tiene que ser muy amplia para que sea suficiente.

COLPORRAFIA POSTERIOR.—Hay que distinguir dos casos:

1º El perineo está ileso.

2º El perineo está más ó menos desgarrado.

Si el perineo está ileso, el avivamiento vaginal se detiene en la horquilla; si está desgarrado, se combina la colpografía con la perineoplastia.

El avivamiento posterior para la colpografía debe ser ancho, al nivel del cuello y al nivel de la horquilla, y muy angosto en el centro. Ha de tener la forma de dos triángulos unidos por sus vértices truncados. Una base está en el cuello uterino, la otra en la horquilla. (MARTIN, DOLÉRIIS.)

II. Operaciones sobre el perineo.

En la gran mayoría de los partos, el piso pélvico se rompe, aun cuando el perineo aparente estar ileso.

A. P. GOUBAREFF asegura que esta ruptura es constante en todos los partos. He aquí cómo procede á investigar esta ruptura cuando es sub-cutánea.

Si se introduce en la vagina el índice encorvado, dirigido hacia atrás y hacia afuera, se encuentra habitualmente un tractus elástico, formado por el músculo elevador del ano. Puede también el ginecólogo, darse cuenta de que los dos tractus, el de la derecha y el de la izquierda, existen en las nulíparas; el punto de reunión de los dos tractus da la impresión de una vaga resistencia, que se confunde con la resistencia del rañé posterior. En las mujeres que han tenido hijos, este lugar se presenta como una depresión ó foseta, donde el dedo puede hundir la mucosa vaginal. Esta foseta no es otra cosa más que el vestigio de las desgarraduras del piso pélvico, y como no existe sino en las mujeres uni ó múltiparas, se la puede designar *fossa maternitatis* de GOUBAREFF.

En las operaciones del perineo, la restauración del piso pélvico debe ocupar el primer lugar.

Para esta restauración hay que fijarse en los puntos siguientes:

- I. La superficie de avivamiento debe reproducir exactamente la topografía de la región.
- II. El avivamiento debe ser profundo para que alcance los músculos desunidos.
- III. Mientras más precoz es la sutura, más esperanzas hay de éxito, pues menos atrofiados están los músculos.
- IV. Adaptación perfecta de las superficies avivadas, y sutura separada en varios planos.

Estas operaciones, para la restauración del perineo, son de dos ordenes: 1º las *perineorrafias*; 2º las *perineoplastias*.

PERINEORRAFIAS.—No se debe contar con los esfuerzos propios de la naturaleza, para cicatrizar, debidamente, las lesiones perineales post-partum, y de un modo general, todas estas lesiones reclaman la intervención de un Cirujano.

Mucho se ha discutido la oportunidad de la acción del Cirujano; pero en tesis ordinaria se puede declarar: *que las lesiones perineales post-partum, deben repararse inmediatamente que se producen.*

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Fig. 45—Incisión de las paredes del vientre, en una histerectomía abdominal.

Esta operación es la *perineorrafia inmediata primitiva*. El procedimiento más rápido y sencillo, es la coaptación de los tejidos desgarrados, mediante una ó varias series de suturas con catgut y con crin de Florencia.

Cuando el Cirujano, por algún motivo, no ha podido practicar la *perineorrafia inmediata primitiva*, debe procurar hacer la *perineorrafia inmediata secundaria*.

La antisepsia y la asepsia ginecológicas lo autorizan á intentar y á esperar el éxito, siempre, en esta operación secundaria. Los recientes estudios de KOLMOGOROFF le permiten plantear las conclusiones siguientes:

I. No se debe esperar el fin del período post-puerperal, para practicar la *perineorrafia*, si la sutura no se ha hecho durante las primeras horas después del parto.

II. Si los puntos de la sutura perineal se retiran sin que la reunión de la herida se hubiere hecho aún, es preciso practicar una nueva *perineorrafia*, sin esperar la cicatrización por yemas.

III. La ablación de las granulaciones con la cucharilla y la aplicación de suturas para la restauración del perineo, no ofrecen peligros para la mujer.

IV. Se obtienen resultados excelentes con la *perineorrafia inmediata secundaria*, practicada entre el segundo y el vigésimo día después del parto.

PERINEOPLASTIAS.—Cuando las rupturas del perineo son antiguas, cuando las desgarraduras están cubiertas por tejido de cicatriz, se hace indispensable recurrir á métodos que permitan restaurar el perineo, sin aumentar las pérdidas de los tejidos: he aquí la razón por la cual se comienzan á abandonar los *avivamientos por excisión*, con provecho de las *plastías por desdoblamiento*.

Los procedimientos que comprenden estos dos métodos son innumerables: desde AMBROSTO PARÉ, hasta nuestros días, las incisiones y los colgajos se han modificado sin cesar. No nos ocuparemos de la mención de ellos, que puede el lector que lo desee, encontrarlos en la obra de Pozzi, en los artículos de KIRMISSON ó en el libro de PICQUÉ.

Nos limitaremos á conocer los métodos de MOND, de DOYEN y de Pozzi, que dan una idea de los demás.

PROCEDIMIENTO DE MOND.—Dos pinzas tira-balas introducidas atrás, á la derecha y á la izquierda de la vulva, sirven para

tender la cicatriz perineal. En los casos de rectocele intensa, el índice izquierdo protegido por un guante de caucho, se introduce en el recto y hace resaltar bien la pared vaginal posterior. Incisión curva en la vulva, en medio de las dos pinzas. Una pinza de KÖBERLÉ levanta la medianía de la pared vaginal posterior, dividida. Con tijeras curvas se penetra en la línea media, dirigiendo la punta siempre hacia adelante: con pequeños movimientos de lateralidad se va penetrando bajo la mucosa vaginal hasta el vértice del triángulo por reseca. Se retiran entonces las tijeras, abriéndolas fuertemente. El colgajo se despega; se le divide en su medio y se hacen las ablaciones laterales que se juzguen necesarias, se sutura cuidadosamente la superficie avivada.

PROCEDIMIENTO DE DOYEN.—Circunscribe la superficie cicatricial por medio de incisiones que forman una especie de rombo, cuyos lados son curvos, y cuyos ángulos corresponden: uno á la vagina, dos á los bordes de la vulva y el cuarto al perineo, y extirpa el colgajo circunscrito.

Comienza la sutura por la vagina, de atrás hacia adelante, y la termina por la piel. Si se desea estrechar aun más la vulva y obtener un perineo más extenso, se prolongan los avivamientos angulares laterales, sobre la mucosa de los grandes labios.

PROCEDIMIENTO DE S. POZZI.—Emplea comunmente para las rupturas del perineo, completas ó incompletas, el procedimiento de desdoblamiento de LAWSON TAIT, pero con modificaciones muy profundas, tanto en el modo de realizar el avivamiento como en las suturas.

Hé aquí cómo procede Pozzi, en las desgarraduras incompletas: hace una incisión en U ó en H con los trazos inferiores muy cortos; la parte transversal de la incisión pasa en medio de los restos del perineo; la parte vertical sube á 2 ó 3 centímetros adelante, de cada lado, y si las partes blandas son muy gruesas, se prolongan un poco hacia atrás, dando así la forma de una H truncada inferiormente, á la incisión semi-elíptica primitiva. Para hacer fácilmente estas incisiones, tiende la piel por medio de pinzas tira-balas que previamente se han implantado en los límites del campo operatorio. Pozzi utiliza tijeras rectas, de las que sólo una rama tiene punta, ó mejor aún, tijeras curvas de Roux. Desdobla luego el tabique recto-vaginal, en una altura que varía de 2 á 3 centímetros, y de cada lado disecciona la cara posterior de la vagina y la cara anterior del recto, hasta obte-

ner una herida tan ancha como la palma de la mano. Algunas veces esta herida sangra mucho: se ligan con catgut las arteriolas y se limitan las venas á una compresión transitoria, pues las suturas las ocluirán. Durante toda esta disección, se guía sobre el índice izquierdo sostenido en el interior del recto. En efecto, sin esto sería casi imposible evitar la herida del intestino, que Pozzi moviliza muy alto, cuando se trata de una ruptura perineal completa, á fin de poder abatir la desgarradura rectal lo suficiente para que las suturas de ésta queden al exterior. Procediendo con precaución y siguiendo bien la cara anterior del recto, no se hará herida ni en éste ni en la vagina; mas si esto sucediese, se la cerraría inmediatamente, con un punto de sutura perdida, hecha con catgut, á la manera de LAUENSTEIN.

Esta gran extensión del desdoblamiento y del descenso del recto, en los casos de desgarradura perineal completa, constituye una de las modificaciones de Pozzi al método de TAIT. Otra modificación feliz se relaciona con las suturas; he aquí cómo procede aquel autor: comienza por colocar tres ó cuatro hilos de plata profundos, que penetran y salen, á un centímetro de los bordes de la herida, y que recorren toda la superficie profunda del avivamiento. Su parte media corresponde á la parte más profunda del desdoblamiento, al nivel del punto en que la vagina se separa del recto. Antes de apretar estos hilos, se hace la sutura con catgut, de los planos profundos; y la de la piel, con crin de Florencia.

La curación se hace con gasa iodoformada, y las suturas se retiran hasta el octavo ó el décimo día, salvo indicación especial.

III.—Operaciones colpo-perineales.

Tienen por objeto estrechar, á la vez, la vulva y la vagina.

Los procedimientos más conocidos son los de HEGAR, de MARTIN, de DOLERIS y de DOYEN.

No nos detendremos en ellos, pues son en suma una reunión de las operaciones vaginales y perineales que hemos visto ya.

Pasemos, pues, á este otro punto de la terapéutica de los prolapsus genitales:

TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSUS UTERINOS COMPLICADOS.

En buena lógica, este tratamiento es indiscutible: en presencia de un útero prolapsado canceroso, fibro-miomatoso, gangrenado ó infiltrado por supuraciones pélvicas, el prolapsus mismo se considera como de segundo orden, y la intervención del Cirujano se dirige más directamente á la complicación.

Nadie piensa en negar que sólo una indicación formal existe en semejantes circunstancias: la extirpación del útero caído y complicado. Es decir, la *histerectomía*.

DISCUSION CLINICA.

Hemos estudiado los principales conocimientos que sobre la etiología, patogenia y tratamiento de los prolapsus genitales, interesa conocer al médico ginecólogo. Hemos obtenido una suma de conocimientos que, aunque pequeña, nos permite analizar en la imaginación el desenvolvimiento de los fenómenos que conducen á la caída del útero y el planteamiento de las condiciones esenciales á la reintegración de la estática pélvica y al sostenimiento de ella.

Vamos, ahora, con nuestro caudal de conocimientos, á buscar las aplicaciones de ellos; vamos á estudiar las enfermas, procurando utilizar para la verdadera terapéutica clínica, los datos de Patología que hemos obtenido, sin olvidar que nuestra misión investigadora ha cesado, y que en el momento presente no tenemos más mira que curar á nuestras enfermas, procurando hacerlo con los menores peligros posibles y con las mayores probabilidades de éxito.

Nos hallamos en nuestra Clínica, y la enferma que estudiamos tiene un prolapsus genital completo.

Desde luego el primer punto que se nos ocurrirá tratar será el siguiente:

¿El padecimiento de esta enferma es de aquellos que reclaman imperiosamente una intervención terapéutica, ó bien puede abandonarse á los esfuerzos propios de la Naturaleza? ¿Esta mujer

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Fig. 46 Disección del uréter izquierdo en una histerectomía, por quistes wolfianos bilaterales muy adherentes.