

## 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.

*tiene una afección compatible largo tiempo con la vida, que le permita huir de los riesgos y peripecias de una intervención sangrienta?*

Verdaderamente el prolapsus genital es una afección que no pone directamente en peligro la vida, que se adapta bien á todas las exigencias de los órganos principales y que es conciliable por muchísimo tiempo, con la regular y normal evolución de la vitalidad.

Abandonado á sí mismo no cura jamás, no retrocede espontáneamente nunca, y tiende sin cesar á agravarse; pero puede, bajo la influencia de ciertos recursos, detener su evolución, y amenazar sus efectos.

Desgraciadamente, si el prolapsus genital en algunas condiciones se beneficia con los pequeños recursos de la Ginecología, en cambio, en otra multitud de ellas, sufre accidentes, complicaciones ó traumatismos, que lo transforman en el más temible de los males y en el más traidor de los padecimientos.

En efecto, ese útero colgante y móvil, esa vagina invertida, mal nutrida y sufriente, se hallan sin defensa al alcance de todos los agentes lesionantes del exterior, desde el sutil y virulento microbio, hasta el voluminoso y lesionante cuerpo extraño; desde la causticidad y acritud de la orina que lo baña, hasta la influencia destructora de los agentes físico-químicos exteriores.

Durante la marcha, la enferma lo sacude con el roce de sus muslos, lo hincha con la presión sanguínea, lo contamina con los polvos del camino, lo comprime si se sienta, lo estira si se esfuerza, lo aplasta ó desgarrará si tropieza ó si se cae. Y esa escoriación de la vagina, esa herida pequeñita ó esa desgarradura imperceptible, son un foco de infección: los tejidos se contaminan, el órgano se ulcera y toda la tremenda corte de los despulimientos epiteliales, se instala en ese órgano mal nutrido, peor innervado y condenado á su repentina destrucción.

Que la vida es compatible largos años con un prolapsus genital, es innegable; ¿pero se puede llamar vida á la que arrastran algunas de esas enfermas infelices?

La mujer á quien su buena posición le permite el reposo y la quietud, la señora que puede pasar muchos días en una cama ó muchos meses en un sillón, por sus dolores constantes, por su fatiga tenaz, por sus trastornos digestivos y nerviosos, no tolera mucho tiempo el desequilibrio de su pelvis y busca al fin el término de sus molestias. Estas pueden desaparecer mediante

el empleo de pequeños aparatos de prótesis ó por intermedio de ciertas operaciones sencillas y fáciles.

Pero la mujer que privada del socorro de la posición social elevada, tiene la imprescindible necesidad de buscar los recursos primos para su vida por trabajos corporales más ó menos rudos; la que tiene bajo su estricta laboriosidad el sustento y abrigo de su familia, la que no puede estar uno ó dos días tranquila en su cama, sin sufrir grandes perjuicios, esa, sufre con el prolapsus genital, no solamente una causa de peligros y de accidentes, mucho mayor que en las otras mujeres de vida sedentaria, sino una afección que la imposibilita para el trabajo, que le impide ganar el alimento diario y que es, indirectamente, poco compatible con la vida.

En las primeras mujeres, en las acomodadas y ricas, un pesario ó un hysteróforo correctamente colocados y cuidados con esmero, podrán paliar los accidentes, y aun presentándose éstos, el reposo debido en el lecho y los cuidados profesionales del médico, podrán combatirlos con oportunidad; pero en las segundas, en las que trabajan para vivir, el uso de esos instrumentos se hace casi imposible, y aun suponiendo que estas mujeres los soportasen, sus ocupaciones mismas les impedirían atender con el cuidado debido su vagina, y obtendrían con el pesario ó con el hysteróforo, en vez de agentes de alivio, nuevos focos de peligros y de complicaciones.

En resumen: la existencia de un prolapsus genital, aun cuando no ponga en peligro la vida, por sí mismo, es una indicación constante de intervención quirúrgica, que será necesaria unas veces é indispensable otras; pero que nunca deberá sustraerse á la acción terapéutica de los cirujanos ginecólogos.

Pasemos ahora á este otro punto:

*¿Qué edad tiene nuestra enferma?*

Las investigaciones en este sentido tienen para el Clínico gran importancia: En efecto, sus conclusiones y sus indicaciones, variarán según que la mujer esté aún en la vida sexual ó que esté en los límites de la menopausa ó dentro de ella.

La importancia de la preñez es tal, que desde luego en las mujeres que menstruan se procurará huir de todos aquellos métodos que puedan causar esterilidad ó que ocasionen peligros graves para la gravidez ó el parto. Está demasiado sabido, que el

prolapsus genital no es un inconveniente para la concepción, y que todo el período de ella puede evolucionar normalmente, no obstante el estado irregular de los órganos pélvicos.

De los prolapsus en las niñas recién nacidas, casi no debemos ocuparnos: son todos fenómenos más bien teratológicos, que de Ginecología pura. Los accidentes nerviosos que los acompañan hacen difícil la viabilidad, y su tratamiento es meramente higiénico y de protección.

La extrema rareza del prolapsus en las vírgenes, nos autoriza á tratar muy ligeramente este punto: el estudio de la patogénesis y de la etiología de ellos, es el estudio de su tratamiento. No nos ocuparemos más de esto.

Así, nuestro estudio se basará principalmente en estos puntos cardinales: ¿la enferma es una mujer susceptible de concebir y de parir, ó no lo es?

Este es el punto que debe resolverse.

Preciso se hace acompañar á la averiguación de la edad, el reconocimiento atento de todo el aparato genital de la mujer, hasta obtener la seguridad de que no existe ninguna lesión uterina, tubaria ú ovárica, que modifique el dato obtenido por la edad.

Hecha esta división de las enfermas, en los grupos de fecundables y de no fecundables, pasamos á este otro punto:

*¿Qué antecedentes genitales, puerperales ó extra-puerperales, qué antecedentes genitales hereditarios y cuántos partos, buenos ó distócicos, ha tenido esta mujer?*

La importancia de los embarazos anteriores es esencial en la historia de estas enfermas: averiguaremos cuántos hijos ha tenido, á qué edad tuvo el primero y cuánto tiempo ha transcurrido desde el último; procuraremos insistir en la investigación del modo de ser de sus alumbramientos, del cuidado que recibió durante ellos, de la necesidad de haber sufrido operaciones, y si es posible, de la naturaleza de ellas. Trataremos de saber si ha tenido accidentes puerperales, traumatismos obstétricos del perineo ó lesiones en la vagina y órganos vecinos; si ha tenido embarazos durante el período de existencia constituida de su prolapsus, si después de sus partos ha seguido una conducta debida, etc., etc.

En la investigación de la herencia morbosa, tiene mucho interés la que se relaciona con el aparato genital de sus parientes. Se inquirirá si el prolapsus es frecuente en la familia; si algunos

miembros de ella presentan hernias, congénitas ó fácilmente adquiribles, etc., etc.

Si la mujer es unípara ó nulípara, se buscará la existencia de los accidentes que más comunmente causan en éstas los prolapsus: retro-desviaciones, metritis, tumores pélvicos, etc., etc.

Como complemento de esta exploración, se revisarán todos los órganos abdominales susceptibles de luxarse ó de caer sobre el útero: ya el lector tiene conocimiento de aquella mujer que observé en Veracruz, con un prolapsus uterino irreductible, causado por la presión del hígado caído en la pelvis.

De los exámenes anteriores debemos llegar á deducir la etiología directa de la afección. Sabremos si el útero se cayó por falta de resistencia vaginal ó perineal, si fué por alteraciones de su estructura ó por desviación de sus ejes, ó si la causa se halla en la elongación y atrofia de sus ligamentos.

La mayoría de las veces estas causas se combinan y sucede, por ejemplo, que la multiplicidad de los partos y la mala asistencia durante el período de involución, á la vez que elongan y adelgazan los ligamentos uterinos, aflojan, rompiendo los medios de fijeza, la vagina, y debilitan el piso pélvico, desgarrando el perineo.

Pero la sagacidad del clínico, disociará el cúmulo de los datos adquiridos y le permitirá llegar á las verdaderas conclusiones, declarando la naturaleza única ó las naturalezas combinadas del caso especial que estudia.

Vamos comprendiendo ya, que el estudio y tratamiento lógico de los prolapsus uterinos, tan desprestigiado por los malos cirujanos, es un tema de alta Ginecología, digno de la preocupación y de la labor de los verdaderos y efectivos médicos ginecólogos.

Hemos logrado obtener ya todos estos datos: el prolapsus uterino es una afección que debe siempre curarse y nunca abandonarse; la enferma que estudiamos tiene un prolapsus uterino, cuya naturaleza, etiología y patogenia nos son perfectamente conocidos; pasemos ahora á este punto:

*El reconocimiento clínico del tumor que constituye el prolapsus, debe ser extraordinariamente cuidadoso.*

No quiero ocuparme del diagnóstico de la existencia real de un prolapsus del útero: admito que todos mis lectores tienen suficientes conocimientos para no confundir un útero en prolapsus,

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

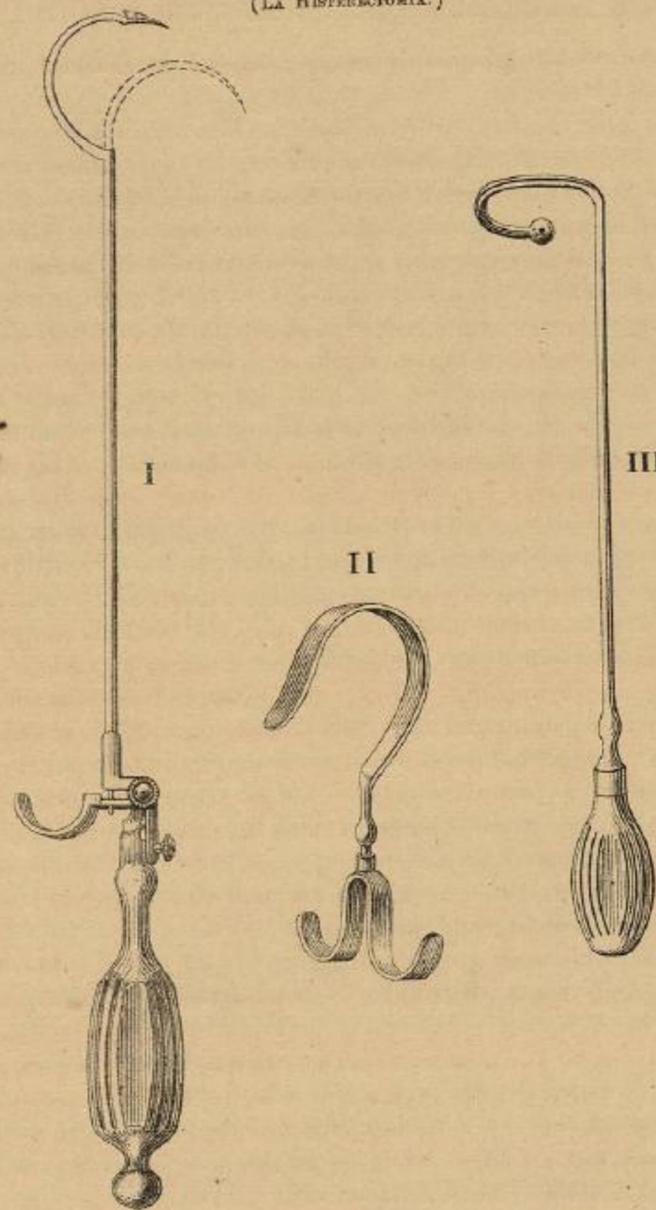


Fig. 47.—I. Aguja para suturas peritoneales profundas.  
II. Erigna para extracción de fibromas.  
III. Sonda acanalada vaginal

con un tumor uterino, una inversión, una hipertrofia cervical simple, etc., etc. Por otra parte, el diagnóstico esencial del prolapsus no ofrece ninguna dificultad.

La primera cuestión que se debe plantear es esta:

¿El caso presente de prolapsus está complicado ó no? Es decir: ¿en el proceso dinámico, hay algún otro proceso extraño á él?

La existencia de un neoplasma uterino concomitante, la infección supurativa del útero, de sus anexos ó del para-metrium, el estado de grave alteración de la vejiga y del recto, ó la gangrena del tumor, son fáciles de distinguir en casi todos los casos. Las ulceraciones inflamatorias del cuello, podrían simular un carcinoma de él; pero el diagnóstico es poco dificultoso: la acción ulterior del tratamiento ó la investigación microscópica, aclararán las dudas.

La irreductibilidad del prolapsus, no es siempre de una demostración sencilla. Pueden los trastornos locales que la producen ser fugaces y la irreductibilidad ser transitoria; ó bien desarrollarse fenómenos constantes y la irreductibilidad ser permanente. Al buen examen y atento juicio del clínico corresponden aclarar estas circunstancias.

Una vez convencidos de la normalidad ó complicación del prolapsus, pasemos al reconocimiento metódico de los órganos que afecta y de las regiones vecinas. Estudiemos en el útero la posición y el estado funcional; buscaremos la situación de los anexos y las alteraciones que hayan podido sufrir; el estado preciso de las paredes vaginales y de sus conexiones músculo-membranosas; la dirección y resistencia de las paredes vesical posterior y rectal anterior; el estado de los músculos profundos de la pelvis y de los ligamentos uterinos y vaginales; la amplitud y resistencia del perineo; la extensión y profundidad de las laceraciones cicatrizadas, si existen, etc., etc.

En caso de un prolapsus complicado, procuremos alcanzar los límites de los neoplasmas y sus relaciones con los órganos y tejidos circunvecinos; la extensión de las infiltraciones sépticas ó específicas; el estado del peritoneo, parietal y visceral; el participio del estado general de la enferma; la resistencia probable de su vitalidad, etc., etc.

Todos estos datos deben llevarnos al descubrimiento de los órganos, regiones y tejidos que nos puedan ofrecer auxilios y ventajas, en el momento de la intervención operatoria; así como al de los órganos, regiones y tejidos de los que debemos desconfiar ó preservarnos.

Nos enseñarán, también, la naturaleza propia de la intervención y la manera de realizarla con menos riesgos para la enferma y más seguridades para el resultado. En este sentido, las exploraciones del Clínico, se extenderán á todos los aparatos orgánicos de la economía, á fin de comenzar el tratamiento combatiendo y alejando toda causa extrínseca al prolapsus genital, que pudiese ser un motivo de fracaso quirúrgico: combatirá la constipación, si existe; los accidentes de cistitis, si se encuentran; los vómitos, la tos, todo aquello, en fin, que directa ó indirectamente tienda á elevar las presiones que sufra el útero y por consecuencia, á destruir las futuras líneas de cicatrización.

Una vez que el Clínico se ha posesionado bien de la naturaleza, estado actual y circunstancias propias del caso de prolapsus ante el que se encuentra, natural es que procure en una rápida y juiciosa revista, recordar qué ventajas, qué inconvenientes, qué indicaciones tienen los diversos recursos operatorios que posee para la curación de los prolapsus genitales, á fin de hallar el propio para el caso actual, y llenar cumplidamente las indicaciones presentes y las exigencias futuras de la enferma que en ese momento estudia.

Esta revista no le distraerá mucho su atención, pues ya los conocimientos generales que tenemos sobre estas operaciones, le habrán permitido formarse un fondo original de criterio; pero mayor rapidez obtendrá para hacerla, reasumiendo como sigue su estudio.

*Rápida revista de los resultados é indicaciones de las diferentes operaciones que hemos estudiado anteriormente:*

AMPUTACION SUPRA-VAGINAL DEL CUELLO.—Los ginecólogos modernos tendemos á limitar más cada día las indicaciones de esta operación, que si no es enteramente benigna, tampoco produce resultados constantes.—La gran mayoría de las veces la hipertrofia cervical no es más que un edema duro originado por los trastornos circulatorios del útero, que desaparece en poco tiempo, cuando el órgano vuelve á su posición normal.

OPERACION DE ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS.—Es un recurso precioso en los prolapsus con retro-desviación; pero fracasa comúnmente en las otras variedades. POLK, cirujano norteamericano, ha obtenido grandes éxitos con ella; pero á pesar de esto, esta operación no podría emplearse racionalmente, mas que en

los prolapsus por desviación y en algunos de fuerza, por extrema elongación de los ligamentos suspensores del útero.

HISTEROPEXIA.—La fijeza abdominal del útero es una operación esencialmente dirigida contra la caída de este órgano; pero no tiene acción contra la colpocele y sus consecuencias vesicales y rectales.

La mayoría de los autores extranjeros no se muestran muy partidarios de esta operación, y el relato de sus estadísticas no es tampoco favorable; sin embargo, en cinco casos de prolapsus genital, tratados por mí, por la gastro-histeropexia, he obtenido un fracaso, una persistencia de la cistocele, y tres curaciones permanentes hasta la actualidad.

Punto de grandes discusiones es la influencia de la histeropexia sobre la evolución de la preñez y el parto. Memorias de mucho mérito se han escrito sobre este punto, entre las que descuellan una de AUDEBERT y BINAUD, otra de ZEIMET, otra de BLAN y el trabajo de CANEVA ZANINI.

Hoy los ginecólogos clásicos están casi de acuerdo y se acepta que la ventri-fijación del útero no es una causa grave de distosia y que el trabajo puede efectuarse, en muchos casos, con toda regularidad.

COLPOPEXIA.—De una manera general, se puede asegurar que las colpopexias no son muy recomendables: los últimos procedimientos no tienen aún estadística y las primeras operaciones no han dado buenos resultados.

La colpopexia ligamentosa, como complemento de la histerectomía, puede prestar algunos servicios, en casos muy determinados.

COLPECTOMÍA.—La operación de MÜLLER, expone á la acumulación de líquidos y de mucosidades en el interior de la cavidad uterina, privada de su desagüe natural, y sólo es factible en mujeres que estén ya en período pleno de menopausa y que se hallen indemnes de toda lesión inflamatoria de la mucosa uterina.

OPERACION DE FREUND.—Procedimiento aun poco conocido en sus resultados. Parece encontrar sus mejores indicaciones en las mujeres de edad avanzada y cuya vagina muy ancha, forma abajo del útero, menos abatido, un voluminoso rodete de inversión.

OPERACION DE L. LE FORT.—Recurso infiel, susceptible de sostener los accidentes del prolapsus después de la operación y expuesto á la desgarradura de la cicatriz y á la reproducción de la caída del útero, en cuanto las presiones abdominales sean un poco enérgicas.

Yo he observado un caso semejante y le he perdido por completo la confianza al *tabicamiento* de LE FORT.

**COLPORRAFIAS.**—Este es el grupo más interesante de las operaciones preconizadas contra el prolapsus genital.

Como quiera que las colporrafiyas requieren, indispensablemente para su correcta verificación, la integridad completa de la vagina, la necesidad de ciertas operaciones plásticas se impone, y el estudio de las colporrafiyas queda íntimamente ligado con el de las perineoplastias, constituyendo un grupo único é indivisible: el de las *operaciones colpo-perineales*.

**OPERACIONES COLPO-PERINEALES.**—El más poderoso recurso, los mayores elementos terapéuticos contra el prolapsus genital, se encuentran en estas operaciones.

El estudio detallado que hemos hecho ya de la constitución, relaciones y medios de fijeza de la vagina, nos demuestra desde luego que nuestra atención mayor, implica la mayor importancia del órgano estudiado.

Es, en efecto, la serie de planos y la combinación mecánica de las resistencias de estos planos, las que hacen del piso colpo-perineal, el apoyo directo, poderoso, normal, de todas las presiones abdominales en la mujer. Especie de segundo diafragma ó *diafragma inferior*, el perineo con sus anexos, es el resumen de las fuerzas vivas que recorren, descomponiéndose y combinándose, los órganos todos de la pelvis.

El útero, órgano esencialmente colector de fuerzas, punto asaltado sin cesar por presiones de todo género y de todas direcciones, si cuenta con un aparato ligamentoso complicado que le permite dissociar las presiones y repartir las fuerzas, halla á su vez, como principal apoyo, como sólida base elástica de resistencia, la columna vaginal y el tabique perineal. Que el aparato ligamentoso se debilite en tal ó cual sentido, y el útero será arrastrado en la dirección contraria del ligamento débil, por la resultante mayor de la fuerza dissociada; que la columna vaginal con su robusto pedestal, el perineo, se debilite á su vez por una sección de su continuidad ó por una relajación de sus planos constitutivos, y el útero vacilará, se dejará arrastrar falto de apoyo, forzará sus medios de suspensión y caerá, caerá lenta ó rápidamente, pero al fin caerá, hundiéndose, aplastando y finalmente arrastrando los despojos de su antiguo monumento basal, ahora buña y juguete de las fuerzas pélvicas desordenadas.

La necesidad de rehacer la armónica resistencia vagino-perineal, es urgente: si la constitución del plano de resistencias está

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

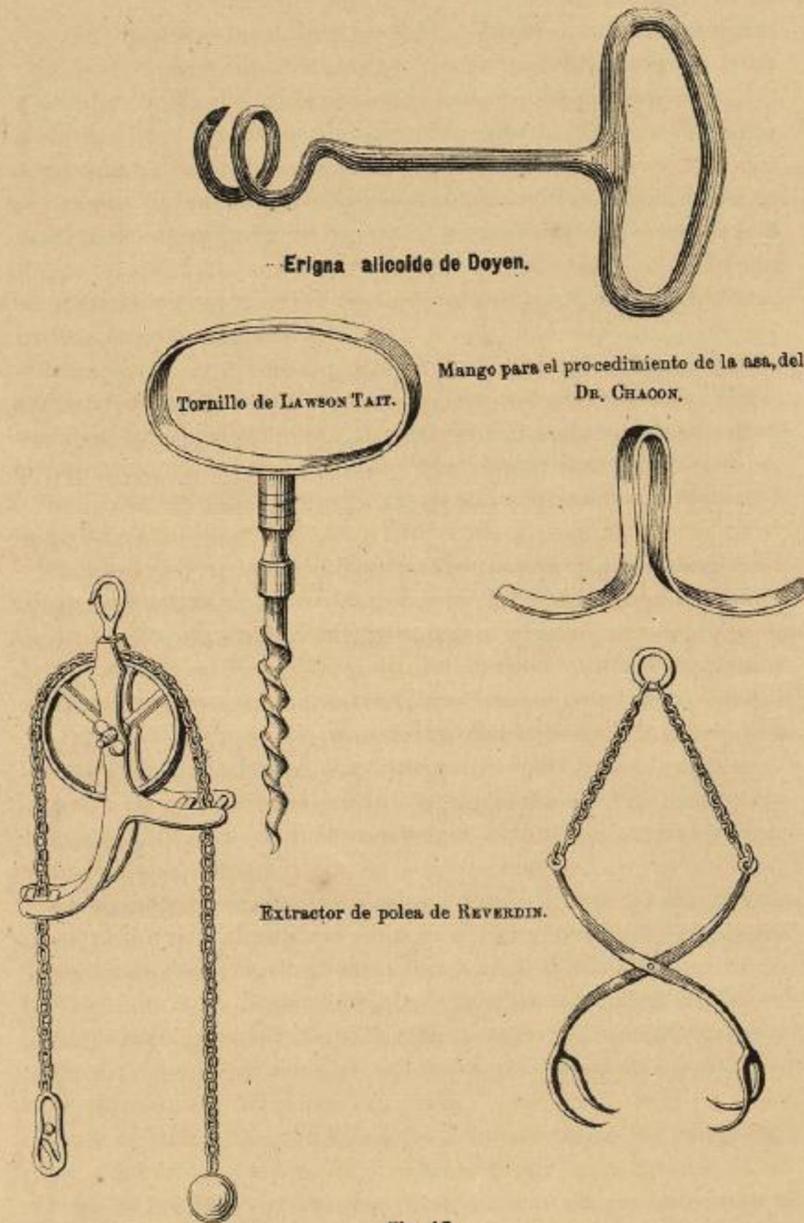


Fig. 48.

destruída por una lesión de continuidad, habrá que cerrar ésta y procurar la uniformidad superficial y profunda de las líneas de derivación física: si los elementos íntimos del aparato vaginal han permitido la ampliación del órgano y la destrucción de su coordinación de planos, interponiendo entre ellos una capa de aire, será menester estrechar la vagina, impedir la entrada del aire y armonizar las funciones de sus paredes.

Por eso todos los ginecólogos están acordes en dirigir sus actos sobre la región colpo-perineal; por eso las operaciones más fieles, más constantes y seguras en sus resultados, son las que realizan la reconstrucción de la resistencia perineal y la unidad de la columna vaginal.

Reconstruir el perineo, zona final de apoyo y resumen último de toda la resistencia abdominal inferior, sin reforzar la vagina, es hacer una operación inútil, y en pugna no sólo con la ciencia ginecológica, sino hasta con la lógica más infantil.

Reforzar la vagina, sin procurarle una sólida base, es algo análogo á lo anterior.

Hay que dar apoyo al útero: reforcemos la vagina, *medio conductor de las fuerzas, no órgano especial de resistencia*, y procuremos buscar un plano exclusivo para resistir, una zona poderosa, sólida, enérgica, adonde distribuir el cúmulo de fuerzas vivas que recorren á torrentes la vagina, que penetran á ella por su extremidad superior, procedentes del útero, y que deben salir por su extremidad inferior y distribuirse en un terreno apto para disociarlas y destruirlas. Este terreno de difusión de las fuerzas, este órgano poderoso de resistencia, este apoyo verdadero del útero, es *el perineo*.

*La vagina es el órgano colector y trasmisor de las fuerzas que recibe el útero; el perineo es el verdadero agente de la resistencia y de la destrucción de esas fuerzas.*

Si la vagina no está en aptitud de absorber todas las presiones que le trasmite el útero, el útero sufrirá las consecuencias del sobrante de fuerza, pues no es órgano de resistencia, y cederá y se dislocará.

Si la vagina está en aptitud de absorber todas las fuerzas que recibe del útero, *pero no las emite, sino que las acumula*, la vagina que tampoco es órgano de resistencia, cede y hace ceder al útero.

Pero si el perineo acepta y recibe todas las fuerzas que emergen de la vagina, si la vagina transporta y recibe todas las fuerzas que el útero le envía, el útero no sufrirá presiones, la vagina

no tendrá que resistir fuerza alguna, y el perineo, funcionando normalmente, destruirá todas las presiones recibidas, en virtud de las leyes de la difusión y la transformación del movimiento.

*Hay necesidad, pues, en todas las intervenciones vaginales y perineales, en el tratamiento del prolapsus uterino, de combinar siempre la reconstrucción de los dos órganos.*

Es la manera de asegurar el éxito y de no culpar las colporrrias de infidelidad, como hacen algunos ginecólogos; ni de acusar las perineorrrias de inutilidad, como hacen otros.

*Dada una enferma determinada, indicar cuál de estas operaciones está indicada en ella.*

Desde luego hay que proceder al juicio, inspirado en este principio: *no hay un prolapsus uterino, sino que hay una diversidad de ellos.* Así, no buscaremos una operación universal para todos los casos,—aun cuando las lesiones iniciales parezcan siempre análogas, los grados varían y las lesiones secundarias difieren,—sino que procuraremos relacionar el caso presente con alguna ó algunas de las operaciones estudiadas, encontrando la fórmula justa para cada caso.

Cuando el prolapsus es sintomático de un tumor abdominal, la operación principal es la extirpación del tumor; y la fijación abdominal del útero, la operación complementaria.

De los prolapsus incompletos, poco tendremos que decir, pues no es nuestra mira el estudio de ellos: la *elitrorrafa*, la *colpo-perineorrria* ó las *péxias*, bastan á menudo.

En el prolapsus completo, las dificultades son mayores, y en tesis general se puede decir:

*Si la mujer se halla aún en el período genital*, el Ginecólogo, salvo grandes escepciones, debe limitarse á las operaciones conservadoras, tales como el *curetage*, la *amputación del cuello*, las *colporrrias* ó mejor aún las *colpo-perineoplastias*.

Si el útero está desviado al mismo tiempo, se acudirá á la *operación de ALQUIÉ-ALEXANDER* ó á la *histeropexia abdominal*. Se vigilará mucho que no se haga nunca ninguna operación sin acompañarse de la restauración y del reforzamiento del perineo.

*Si la enferma es una mujer avanzada en edad, y fuera ya del período sexual*, se puede recurrir á operaciones más radicales, tales como la de FREUND, la *exclusión uterina*, la *histerectomía*, etc., etc. La histerectomía se hará siempre combinada con la colpectomía y con la reparación vulvo-perineal.

## INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA.

Actualmente la opinión común de los autores de Ginecología no parece favorecer mucho la idea de la exéresis uterina total, para la curación de los prolapsus genitales, y las indicaciones de ella se limitan más y más.

Desde luego ocurre asentar, como indicaciones lógicas é indiscutibles de la histerectomía, todos los prolapsus verdaderamente complicados: en presencia de un *cáncer*, de *fibromas*, de la *gangrena* ó del *estrangulamiento* grave del tumor, de *lesiones supuradas anexiales* en ambos lados, de *ulceraciones uterinas extensas* y profundas ó de *supuraciones pélvicas*, nadie pensaría en negar la histerectomía; pero este no es el punto capital de la discusión.

Este punto, hele aquí: ¿Hasta dónde se extienden los derechos de la histerectomía, qué ventajas ofrece sobre los otros métodos, y cuáles son sus contra-indicaciones y desventajas?

Desde luego, asentaremos que todas las histerectomías que han descrito los autores para combatir el prolapsus uterino, *se han verificado en mujeres que habían cesado de tener sus reglas ó que estaban ya en las fronteras de la menopausa.* La regla se pone inviolable: salvo complicaciones graves que amenacen por sí mismas la vida de la enferma, nunca se debe proceder á la histerectomía en mujeres aptas para la fecundación. No es lo mismo en las mujeres viejas é infecundas ya: el útero en estas condiciones, se vuelve un estorbo, un órgano inútil, y por los accidentes repentinos que puede causar, accidentes por otra parte no recompensados por ninguna ventaja, no se hace acreedor á mucho respeto, y parece por sí mismo condenarse á la expulsión.

Las ventajas de la histerectomía pueden medirse por la infidelidad de los otros métodos.

Hay que convenir que en ciertas formas de prolapsus estamos bien acondicionados para corregirlos y *sostener* la corrección, y que las operaciones plásticas vagino-perineales, combinadas ó no con las fijaciones uterinas, pueden prestar reales y durables servicios.

En estos estados medios del prolapsus, cuando hay un perineo útil y una pared abdominal bien constituida, pensar en la histerectomía, sería ilógico, quizá criticable; pero en los estados avanzados del prolapsus, cuando el perineo está destruído, cuando el abdomen tiene adelante una especie de cortina delgada, flá-

cida y colgante, como pared anterior; cuando se hace una operación y otra y luego otra, y el prolapsus se reproduce otras tantas veces, no es lógico, no surge espontáneamente en la imaginación la idea de quitar de una vez ese tumor fatalmente colgante?

¿Qué podemos hacer en un prolapsus viejo, edematoso, keratinizado, quizás con bridas fibrosas internas, en una mujer anciana y sufriente? ¿Qué operación plástica podrá intentarse sobre los residuos fibrosos, atrofiados y raquíuticos de un perineo que se ha destruído, y sobre ese vientre flojo, arrugado, flotante, cómo se podría fijar el tumor uterino, grueso, pesado y tendiendo siempre á herniarse? ¿No hay más esperanza en estos casos que la serie de operaciones plásticas y su serie de fracasos consecutivos?

La histerectomía suprime de un golpe el tumor. ¿La histerectomía ha curado el prolapsus?

De ninguna manera: aun después de suprimido el útero, se ha observado la reproducción del prolapsus vaginal.

Pero la histerectomía *sola*, nunca debe intentarse, sin ejercer á la vez cierta acción sobre la vagina: la operación clásica es la *histero-colpectomía*.

Sobre una estadística de 62 histerectomías sencillas, no combinadas con operaciones colpo-perineales, ZOLOTNITZKY cuenta 23 reproducciones; y sobre otra de 64 histerectomías acompañadas de colporrafias extensas, no observó sino 11 reincidencias.

Así, todos los autores están acordes en esta tendencia: *resecar la vagina en todo lo que se pueda, y sostener, fijando, su extremidad superior*. La *gravedad* de la histerectomía, según las estadísticas de ZOLOTNITZKY, sería de un 2.44 por 100, en el extranjero, y de un 1.49 por 100, en Francia. Algunos ginecólogos hacen subir estas cifras hasta un 9 por 100.

La verdad es, que *la histerectomía no tiene un peligro grave peculiar á ella, por ella misma*; que pretender deducir su gravedad por el número de muertos habido en cada 100 casos de prolapsus tratados por ella, es un pernicioso sistema, infiel siempre en sus consecuencias. Ni todas esas cien enfermas tenían en el mismo estado el corazón y los riñones; ni absorbieron idéntica cantidad de cloroformo; ni tenían idéntica resistencia vital; ni sus órganos pélvicos estaban en iguales condiciones; y ni, finalmente, los cuidados de asepsia y las técnicas operatorias seguidas, fueron idénticas.

Pretender deducir de cien casos, variantes en sus circunstancias, el efecto de una misma operación quirúrgica, es ilógico.

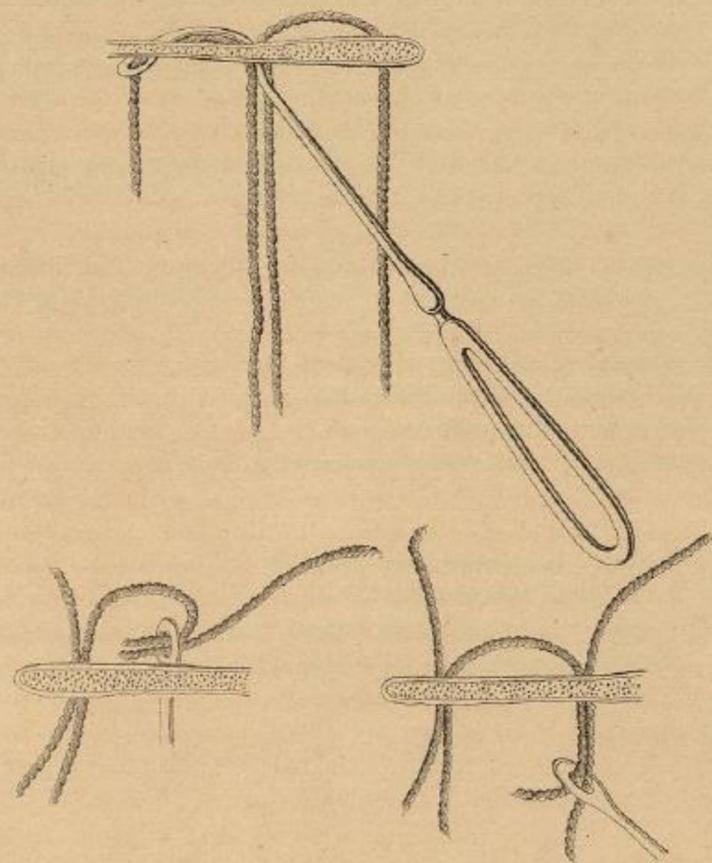


Fig. 49.—I. Ligadura en cadena. Técnica habitual para colocar los hilos, á partir de la segunda asa.

II. La primera asa seccionada; la aguja roma, introducida sola, va á buscar una de las extremidades de la primera asa y la extrae fuera del pedículo, al mismo tiempo que introduce un nuevo hilo.

Yo he operado dos enfermas de prolapsus uterino por la histerectomía abdominal, con colpopexia ligamentosa; ¿voy á deducir de ahí que tengo un ciento por ciento de éxitos? Seguramente no.

El pronóstico de la histerectomía, en el prolapsus uterino, varía, como el de todas las operaciones de alta Cirugía, con las condiciones orgánicas de la enferma y con la pericia y habilidad del operador. Pero de un modo general se puede asegurar que no es tan grave como pretenden hacerlo los adversarios del método.

La histerectomía está contraindicada en todos aquellos casos en que la vitalidad de la enferma esté comprometida ya, y en los que el trauma operatorio pueda precipitar la muerte de la enferma: senilidad avanzada, cardiopatías graves, nefritis ó lesiones pulmonares intensas, etc., etc.

En resumen: la operación de elección contra los prolapsus complicados, graves, es la *colpo-histerectomía*. La misma operación puede emplearse con ventaja en los prolapsus no complicados, cuando son *completos, incoercibles, dolorosos y en mujeres ancianas*.

*La histerectomía no ha sido propuesta jamás por ningún autor, ni la propongo yo como un método de elección para los prolapsus genitales: pero sí es y será un buen recurso terapéutico que merece llamar más la atención de los Cirujanos modernos.*

## VI

### INVERSION DEL UTERO.

*La inversión uterina* es, en la mayoría de las veces, una consecuencia del parto, aun cuando no es raro encontrarla en ciertos tumores voluminosos de la cavidad del útero.

Como excepcional se la ha señalado después del aborto.

El útero invertido puede ser arrastrado por la vagina hasta afuera de la vulva, y constituye entonces el *prolapsus con inversión*.

La inversión del útero se distingue en *aguda y crónica*, según