

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

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

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

MUSCULO ELEVADOR DEL ANO.⁽¹⁾

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

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

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

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

HILDEBRADT, da una descripción análoga á la de SAVAGE.

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

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

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

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

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

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

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

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

2º Sobre la cara interna de la espina iliaca.

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

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

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

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

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

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

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

La cara anterior de la vagina está sostenida:

1º Por los ligamentos ya antes descritos.

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

La cara posterior de la vagina se sostiene:

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

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

3º Por sus conexiones con el recto.

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

La vagina es un órgano fijo.

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

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

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

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

Estos medios de estática uterina, son:

I. *Medios de suspensión:*

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

II. *Medios de dirección:*

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

III. *Medios de resistencia:*

- La vagina y
- El perineo.

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

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

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

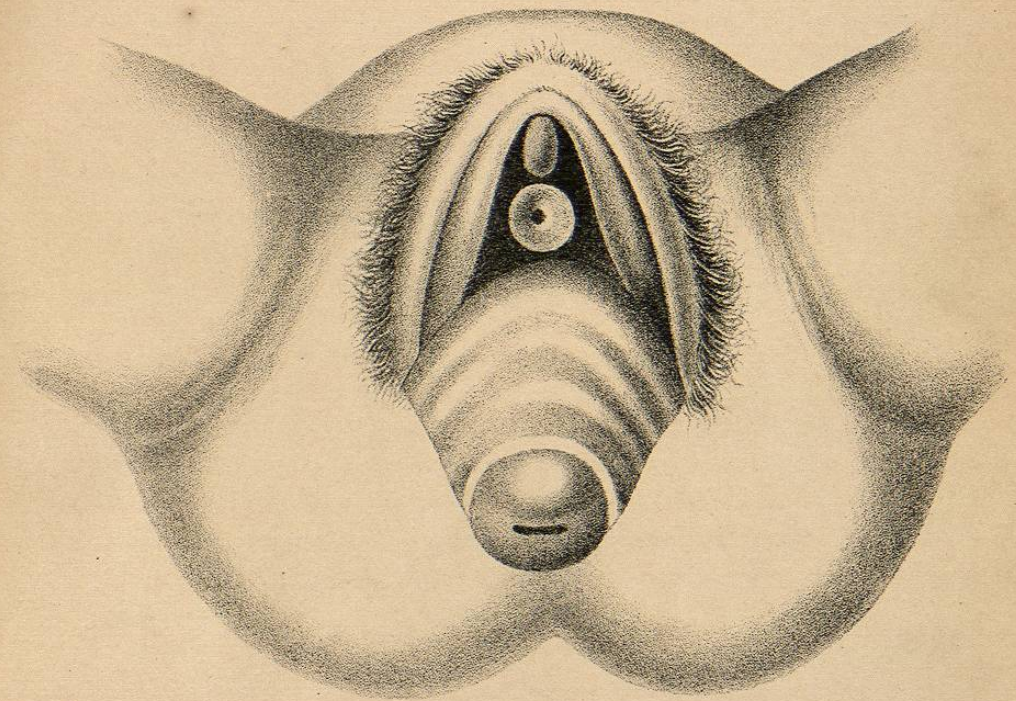


Fig. 38.—Prolapsus uterino completo.

LIT. DEL TIMBRE



DR. SUAREZ GAMBOA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Son los prolapsus los que más nos interesan.

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

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

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

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

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

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

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

He aquí la enumeración de ellos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

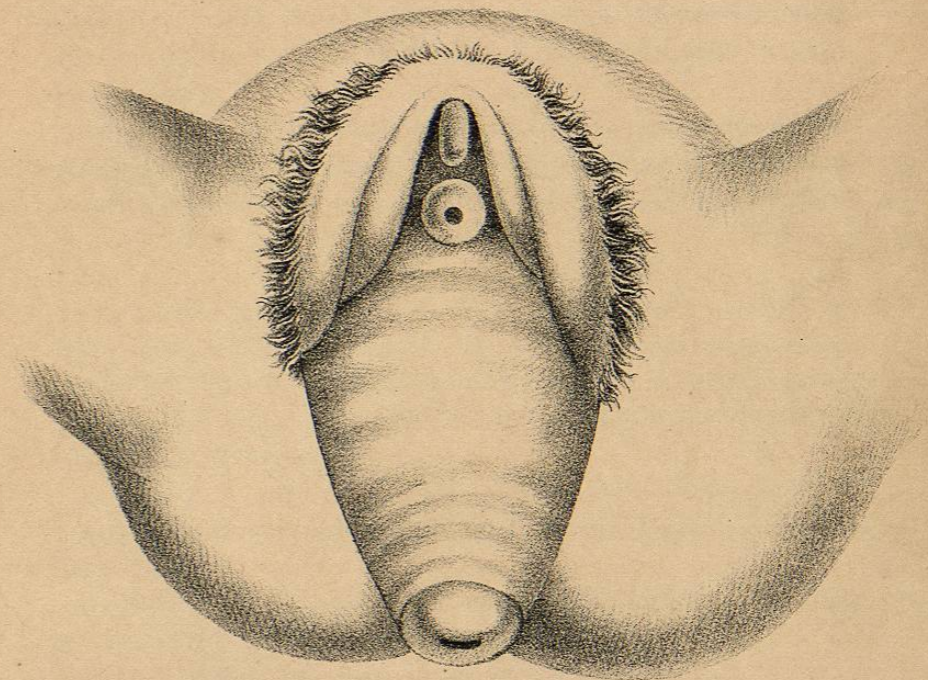


Fig. 39.—Prolapsus uterino, completo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROLAPSUS GENITAL ORIGINARIO DE LA PREÑEZ Y EL PARTO.

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