

TRATAMIENTO.

Clínicamente 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

colporrafas *parciales*, particularmente la *colporrafa retro-cervical* y la *colporrafa 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.)

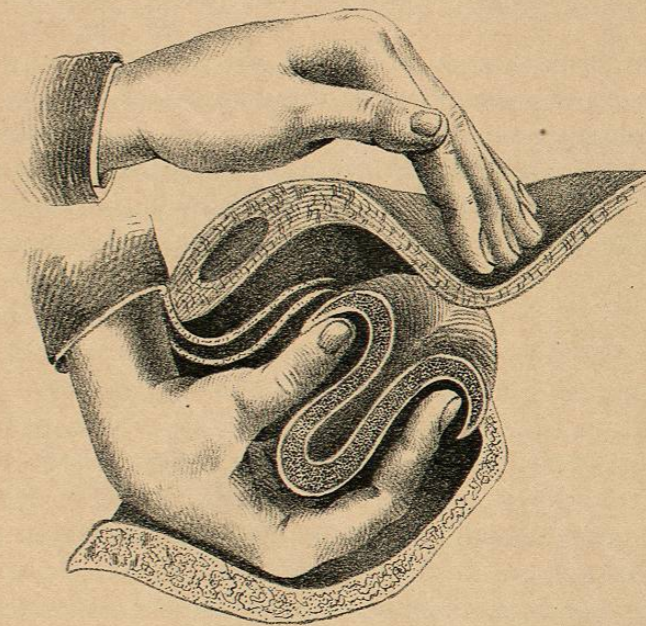


Fig. 42.—Inversión uterina. Reducción bimanual.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

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 WYLIE 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^{er} 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 hacecillos fibrosos se disocian y se reparten entre el tejido celular ambiente, confundándose con él.

Para facilitar el descubrimiento del ligamento redondo, NITOT propone buscar el paquete neuro vascular que constituyen el nervio abdómino-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 encorvada.

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^{er} 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.

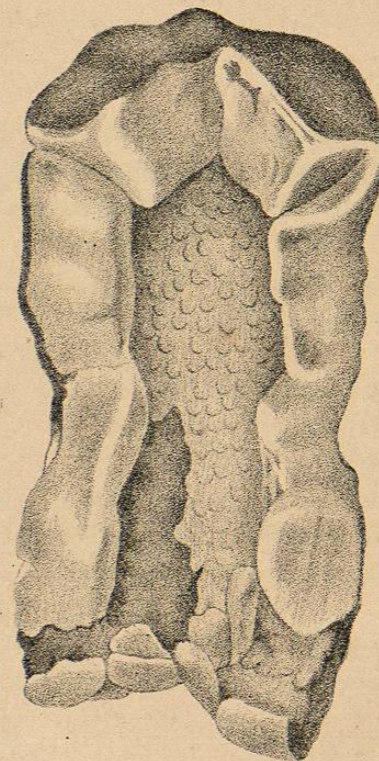


Fig. 43.—Tuberculosis del útero.

(Pozzi)