

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 comunmente 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 histerec-tomía, 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.

OPERACIÓN 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.

OPERACIÓN 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 disociar 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 disociada; 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 falta 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 burla 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.)

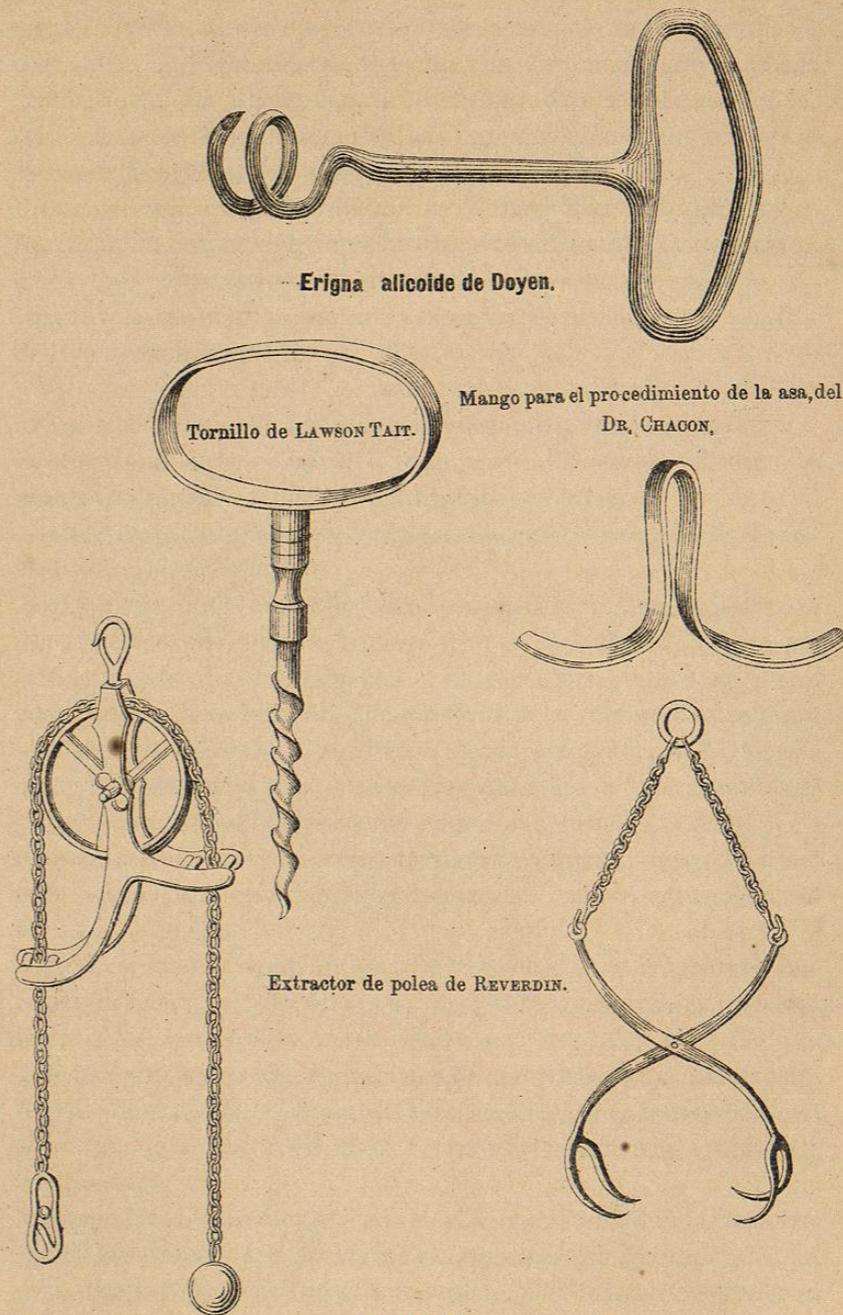


Fig. 48.

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 trasporta 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 colporrafias de infidelidad, como hacen algunos ginecólogos; ni de acusar las perineorrafias 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 *elitrorrafia*, la *colpo-perineorrafia* 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 *curettagé*, la *amputación del cuello*, las *colporrafias* 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 anxiales* 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 destruido, cuando el abdomen tiene adelante una especie de cortina delgada, flá-