Del prolapso del útero y su tratamiento quirúrgico.

Memoria para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirujia.

José Perez Eznarriaga.

Respetable tribunal.

Encargado de desempeñar en el Hospital Provincial, el servicio de Gefe Clínico, con destino al Departamento de Enfermedades de mujeres, me he decidido á elegir como tema un padecimiento del grupo de las mencionadas dolencias para redactar la Memoria que por prescripción reglamentaria tengo el honor de leer á tan ilustrados jueces.

El tema de que me voy á ocupar es el siguiente

Prolapso uterino y su tratamiento quirúrgico.

Sumario.

Paginas

Pagin.s

68 = Tratamiento mecánico.

Ceñidores abdominales = Contentivos del perineé = Pesarios = Histeróforos = Diversas formas.

73 = Tratamiento quirúrgico = Diferentes métodos operatorios.

75 = Primer método = Colporrafia en general = Anterior y posterior = Colpo-perineorrafia = Procedimientos de Simon, Hegar, Emmets y Martin = Tabicamiento de la vagina por Le Fort.

98 = Segundo método. = Acortamiento de los ligamentos redondos: Operación de Alexander = Amputación del cuello.

109 = Tercer método = Histeropexia abdominal.

Extraperitoneal = Procedimientos de Caueva y Candela.

Intraperitoneal = Sus variedades: directa indirecta y mixta. = Procedimiento de Leopold, Laroyenne, Terrier, Pozzi y Doleris. = Caracteres de estos procedimientos y crítica de algunos ginecólogos.

146 = Cuarto método = Histerectomia vaginal.

Reseña histórica del prolapso de la matriz.

A principios del siglo VI, Aecio, discípulo de la escuela de Alejandria, publicó una interesante obra dedicada al estudio de los órganos, genitales de la mujer; y en su libro XIV menciona el especulum y habla de la reposición del útero por medio de la sonda; pero los esfuerzos de Aecio no fueron suficientes para estimular, la generación médica de aquella época y conducirla al cultivo de esta rama, siéndole imposible generalizar el uso del espéculum para adelantar más el estudio de las causas y tratamiento de las dislocaciones de tan importante órgano.

Muy poco conocidas estas lesiones cuando empezó el siglo XIX aparecieron algunos trabajos debidos al célebre Recamier, trabajos que se generalizaron por Simpson y Huguier, de cuyos estudios dedujeron que estos padecimientos no eran primitivos sinó que reconocian por origen

diversas ulceraciones en los órganos genitales.

Posteriormente las lecciones de Velpeau dieron un nuevo vuelo á los adelantos de ginecologia; pero queriendo imponer una doctrina contraria á Recamier y Simpson, considerando como causa de muchas enfermedades del aparato genital á las dislocaciones uterinas.

A mitad del siglo actual el doctor Tilt, se dedica con gran interés al estudio de las afecciones de la matriz y ovarios y desde entonces se abre una nueva era que amplian otros muchos autores.

La importancia del prolapso, dió lugar á que los cirujanos antiguos hicieran numerosas tentativas para combatirlo.

Todos reconocian como primera indicación reducir el itero á su posición normal y realizado este propósito, se dedicaron á estudiar los medios de conseguir que esta reducción fuera estable; pero bien pronto se convencieron que esta segunda parte era difilcilmente realizable

Muy larga sería la exposición de todos

los medios que emplearon para conseguir este último objeto,, que por otra parte, en lugar oportuno de esta memoria, trataré con más extensión; pero sí debo manifestar que en multitud de revistas y publicaciones en que de este asunto se trata están conformes la mayoria de los médicos que la hidroterapia, electricidad, inyecciones astringentes y aplicación de multitud de medicamentos que tanto se emplearon, no dieron en la casi totalidad de las enfermas, resultados favorables á los muchos cirujanos que se dedicaron á tratar el prolapso del útero.

Convencidos de que estos medios que he expuesto no producian los resultados que ellos desealban, emplearon los pesarios, que fueron muy recomendados durante largo tiempo y que la multitud de formas que de ellos se conocen demuestra bien claramente la inutilidad de estos medios de contención en la mayoria de los casos, tratándose de un padecimiento tan complejo y de tanta importancia como es el prolapso del útero.

Posteriormente y fundados en la ineficacia

de los medios que solo he mencionado ligeramente, se dedicaron los ginecólogos á emplear medicamentos cáusticos sobre la vagina, que produciendo fuertes cicatrices, dieran más resistencia á las paredes de este órgano y fueran un obstáculo al descenso de la matriz.

No satisfizo este medio á los cirujanos que lo utilizaron y habiendo llamado la atención á varios profesores, entre ellos á Scanzoni, que á consecuencia de inflamaciones en la pelvis y peritoneo, se formaba adherencias sólidas que daban lugar á una notable mejoria en las enfermas que sufrian de prolapso, trataron de imitar á la naturaleza y con propósito deliberado provocaban inflamaciones en los organos intrapelvianos, que resultando adhesivas, fijaban el útero á la pelvis; pero los peligros de este procedimiento eran tan graves y las curaciones tan ilusorias que los cirujanos abandonaros tan peligroso tratamiento.

Después apareció la idea de la retracción de la vagina, mediante diversas ope-

raciones que en ella se practicaron y aun continúan realizándose.

Ninguno de estos métodos proporcionaba el resultado durable que se esperaba y cuando en la mayoria de los cirujanos empezaba á dominar la creencia de que el prolapso se oponia á toda terapeutica activa, apareció la antisepsia, que disminuyendo los riesgos operatorios en gran escala, proporcionó al prolapso uterino un nuevo medio de tratamiento: la histeropexia.

Gracias á la rápida y beneficiosa propagación del tratamiento antiséptico, afecciones en otro tiempo reconocidas como incurables, fueron inmediatamente tratadas y curadas.

Antiguamente la abertura del abdomen espantaba á los cirujanos, inspirándoles esta operación gran respeto y miedo, que si bien en aquella época era justísimo apreciarlo así desde el momento que se conocieron las excelentes ventajas de la antisepsia resultaba injustificable.

Antes de entrar en materia sobre antecedentes del tratamiento del prolapso uterino por la histeropexia, conviene tener presente que en la historia médico-quirurgica es dificil en muchas ocasiones descubrir el verdadero inventor de un nuevo método; de encontrar en medio de una multitud de observaciones esparcidas en la literatura médica del mundo, quien fué el que tuvo la primera idea de una operación y quien fué el cirujano que la practicó primero. Por fortuna en la histeropexia intraperitoneal no sucede esto, pues está fuera de duda que fué Heberle quien en 1869 tuvo la primera idea de fijar el utero á la pared abdominal y practicando la primera operación en la fecha citada, la publicó en 1877 la Gaceta médica de Strasburgo.

Al mismo tiempo es necesario reconocer que Sims en 1875 tuvo la misma idea, desconociendo la operación que en 1869 practicó Heberle.

Si estos dos autores fueron los primeros en practicar la fijación del utero á la

pared abdominal en los casos de retrodesviaciones graves; si posteriormente Schroeder en 1886 siguió el ejemplo de Kleberle y reconocia que esta manera de proceder era el mejor de los tratamientos, es necesario no olvidar que Kaltenbach en 1876 aplicó este procedimiento á la cura del prolapso y después le siguió Muller en 1879 para combatir un descenso del utero y de la vagina.

Desde esta última fecha se ha generalizado la práctica de la histeropexia en el tratamiento del prolapso uterino, merced al más notable adelanto de la doctrina quirúrgica moderna, que consiste en la inocuidad de la abertura de la cavidad peritoneal.

Los cirujanos han demostrado que la operación es posible, eficaz y relativamente mucho menos peligrosa que la mayor parte de las otras operaciones abdominales.

Tres ó cuatro años más tarde de la época en que Kaltenbach combatió el prolapso con la histeropexia, aparecieron en Alemania é Inglaterra notables cirujanos que adoptaron este nuevo método de curación.

Proximamente al año 1883 los ginecólogos alemanes Klotz y Olshausen concibieron la idea de practicar la antefijación del utero. Las memorias por ellos publicadas aparecen con la fecha de 1886 y si bien muchos médicos la denominan operación de Olshausen-Sænger demuestra Klotz en su memoria que al preconizar la practica de la histeropexia ignoraba completamente cual podia ser el pensamiento de Olshausen que tambien la realizó por aquella misma época. Asegura Klotz que habia operado tres enfermas y que no habia publicado los casos porque se desgraciaron todas; pero que despues cambiando de procedimiento fué más feliz, sujetandose de 1883 al 86 á un método más parecido al de Keberle, fijando un solo pedículo ovárico ó una trompa á la herida abdominal. De este modo operó doce enfermas de las que en seis obtuvo resultados completamente satisfactorios.

Los progresos de la doctrina antiseptica animaron á los ginecólogos á practicar laparo-

tomias y la histeropexia se aplica lo mismo para el prolapso que para las retrodesviaciones y en 1885 gran número de cirujanos alemanes siguen el ejemplo de Klotz.

En esta epoca Kelly realizó esta operación en América dándola el nombre de histerorrafia.

Poco tiempo después tuvo lugar la adopción definitiva apareciendo los célebres escritos de Leopold, Czerny, Olshausen y Sænger siendo digno de mención un trabajo que publicó Kelly en que aparecen varias comunicaciones dirigidas á la Sociedad ginecológica y á la Asamblea de Medicina de Nueva-York por Lee, Polk, Munné y otros, resultando que esta operación de origen francés aparece en las revistas médicas de América bajo el nombre de ventro-fijación de Olshausen y Sænger.

En Alemania unos la denominan operación de Keberle y otros de Olshausen-Sænger.

Ferrier fué después de Keberle el que la practicó en Francia el año 1888 y posteriormente Tom Philips en el mismo año.

Después de Terrier aparecieron multitud de publicaciones muy interesantes sobre este asunto y muchos casos de operaciones practicadas por notables cirujanos en Alemania, Rusia, Austria, Italia, América, Francia y España.

Entre los escritos dignos de mención se encuentran los de Baudouin, Dumoret y Piras; los de este último en 1896.

Antes de dar principio al estudio detallado del prolapso uterino y para formarse una idea más exacta de la relación que existe entre la diversidad de causas que lo motivan y la variedad é intensidad de los fenómenos que caracterizan sus diversas graduaciones, he creido oportuno exponer á continuación, aunque brevemente, los medios que mantienen el equilibrio del útero en su estado fisiológico.

Generalidades sobre la estática normal del útero.= Situación y relación de los órganos pelvianos.

Es un hecho perfectamente demostrado por multitud de trabajos anatómicos y explicado en las extensas obras de este importantisimo ramo de la Medicina y en los notables estudios de Ginecologia que hallándose el recto y la vejiga en estado de vacuidad y en situación y relaciones normales entre sí y

con los órganos inmediatos, el útero se halla siempre inclinado y ligeramente encorvado hácia adelante.

Esta antecorvadura fué descubierta por Velpeau y trató de ella en el Boletín de la Academia de Medicina de París en 1850, considerándola como vestigio de la situación del útero en el feto.

El centro de suspensión de la matriz se halla en el istmo y corresponde al eje de la cavidad pelviana cuando no están en acción los músculos que la fijan y debe estar á tal altura que el fondo del órgano se encuentre enteramente accesible por encima del pubis.

El suelo pelvico y la oclusión normal de la vagina son los encargados de fortalecer el único punto débil é impiden que la presión intra-abdominal se ejerza en el sentido de la gravedad.

Cuando la vejiga se llena repele la matriz hacia arriba y atrás, desapareciendo momentaneamente la antecorvadura fisiológica descrita por Velpeau, segun opinión del Dr. Pozzi, mientras que los profesores Bonnet y

Petit aseguran que en la repleción de la vejiga la matriz se inclina hácia el sacro, realizando al propio tiempo un ligero movimiento de descenso colocándose el eje del útero en la misma dirección que el de la vagina, posición transitoria segun Dolecis, que afirma vuelve el órgano á su situación normal, merced á la intervención de los ligamentos redondos y adherencias utero-vesicales.

La repleción del recto emplaza al utero hácia adelante y arriba pero en límites muy reducidos en el estado fisiológico y no queda marcada su acción. La ampolla rectal se coloca en inmediata relación con el fondo de saco vaginal.

La dirección de la vagina favorece notablemente el equilibrio normal pues no solamente se separa del eje uterino, formando una ligera curva de concavidad anterior, sinó que se opone al esfuerzo de la presión abdominal.

Las caras posteriores de los ligamentos largos, están situadas en el mismo plano que la del útero. Los ovarios tienen una cara relacionada con la escavación, mientras que la

otra se halla casi enteramente cubierta por la trompa correspondiente. En el estado normal, solo son accesibles por la palpación combinada, bastante profunda, un poco más abajo del borde interno del psoas, segun las observaciones del Dr. Vallin.

Medios de fijeza.

Estos diversos órganos se hallan en equilibrio inestable á expensas de un aparato de suspensión, otro de contención y diferentes adherencias celulosas y ligamentosas.

Aparato de suspensión.= Este aparato está constituido por los ligamentos del útero, de la vejiga, de los ovarios y accesoriamente por el meso-recto.

Los ligamentos suspensorios del útero son los redondos, pero en realidad sólo desempeñan el papel de suspensorios indirectos, pues manteniendo la dirección normal anterior, ellos separan el eje del útero del trayecto que debiera seguir para herniarse y se oponen á una gran parte de la presión abdominal para sostener esta antedirección, del mismo modo que la

coaptación de la vagina. Ellos son poderosamente ayudados por los ligamentos utero-sacros, que recibiendo el esfuerso más declive de la presión abdominal, mantienen directamente el útero á su altura normal.

En cuanto á los ligamentos anchos, fijan el útero en sentido lateral y se oponen á que se incline más á uno ú otro lado; pero su acción suspensiva es muy limitada.

Los ligamentos suspensorios de la vejiga, lo constituyen los uréteres, uraco y arterias umbilicales; pero estos órganos sólo tienen una acción muy relativa.

Los ligamentos del ovario son uno propio que le une al útero y otro infundibulo-pelviano que se inserta en las paredes de la pelvis.

Aparato de contención ú apoyo.= Comprende ó consta de dos planos musculares, separados por la aponeurosis media del periné. El plano superior constituido por el elevador del ano y de la vulva y el inferior ó cuerpo perineal,

propiamente dicho, formado por los esfinteres del ano y de la vulva, reunidos en ocho de guarismo y por el trasverso del periné.

Bajo el punto de vista funcional se pueden distinguir dos sistemas de valvas, que se mueven o contraen en el sentido ántero-posterior, el uno y el otro en el sentido trasversal. El primero comprende: en su valva anterior, pasiva, y sin sostén directo, salvo en la base, la pared vaginal anterior y la mitad correspondiente del esfinter vulvar. En la valva posterior activa y fuerte: la parte posterior del periné, constituida por el transverso, entrecruzamiento de los esfinteres anal y vulvar, y la pared vaginal correspondiente, reforzada con un haz de fibras del elevador.

El segundo sistema de valvas, que se contrae en sentido transversal, está constituido por el esfinter de la vulva y del ano, que apoyándose en sus extremidades al coxis y al arco pubiano y en su parte media al grueso de la bóveda del periné, sostenido por los transversos, cierra el ano y transforma la vulva en una hendidura lineal, cuyo eje corta en ángulo

recto al de la vagina.

Adherencias celulosas y ligamentosas.= Estas adherencias intermediarias á los otros dos sistemas de sujeccion, dan mas solidez á sus efectos, contribuyendo directamente á mantener en su posicion los órganos. Las unas: adherencias de la vagina á las paredes pelvianas y á las aponeurosis del perinè; y las de la uretra al pubis desempeñan el papel de soldadores fijos. Las otras: ligamentos útero y véxico pubianos; adherencias útero-vexicales y útero-rectales desempeñan el oficio de visagra.

Funcionamiento de los medios de fijeza.= En el estado de reposo, estas adherencias, lo mismo que los ligamentos de suspension y la disposicion del útero y de la vagina, no dejan sino un papel muy limitado á la tonicidad muscular.

El Dr. Pozzi dice que el útero no tiene mas que un solo punto que pueda llamarse de fijacion, casi verdadero, que es la insercion de los liga-

mentos posteriores; y puesto que dicha fijación tiene lugar al nivel del segmento mas delgado del órgano, representa este una pirámide apoyada sobre su propio vértice. En los animales no existe esta situación, quedando esplicada en la especie humana por la actitud bípeda, que constituye como sabemos, una anomalia dentro del reino animal.

Si tenemos en cuenta los cambios considerables de volumen, forma y consistencia, por los que debe pasar el útero en cada embarazo; las alteraciones y lesiones que el parto puede producir en los órganos contiguos, ligamentos, músculos, serosa; y además, la influencia que en un equilibrio tan inestable, han de ejercer los esfuerzos más variados que pueden ocurrir, no nos sorprenderá que sean tan frecuentes las dislocaciones uterinas, sinó que no lo sean todavia en mayor número

---

Generalidades sobre la estática patológica de los órganos pelvianos.

La falta de situación y relaciones normales de los órganos de la pelvis, reconoce cinco órdenes de causas

Deformaciones congénitas.
Sub-involución puerperal
Traumatismos
Inflamaciones
Tumores pelvianos.

Del mútuo sosten que presentan ó proporcionan para su estado normal los medios de fijeza, resulta que no puede haber aislamiento en su desequilibrio. Es por lo tanto contrario á la realidad clínica, estudiar separadamente el prolapso del útero, de la vagina y de los ovarios. Lo que existe ordinariamente es un prolapso pelviano parcial ó total. El prolapso monorgánico, sólo es el primer anillo de una cadena patológica, y no puede persistir aislado mucho.

tiempo sinó por condiciones muy excepcionales.

Las desviaciones de la situación normal del útero, se producen con relación á los planos verticales y á los horizontales, recibiendo el nombre de flexiones y versiones las primeras y el de elevación y prolapso las segundas.

Con relación á los planos verticales, se dividen las dislocaciones ó desviaciones en versiones y flexiones, segun se halle desviado el órgano en su totalidad ó segun esté desviado solamente el cuerpo y por lo tanto doblado el útero sobre sí mismo.

Las **versiones** ofrecen las siguientes variedades: ante, retro y latero-versión.

Siempre que la masa total del utero esté dislocada hácia adelante, se denomina **antepo-sición**, y si la dislocación es hácia atras, recibe el nombre de **retroposición**.

Con relación á los planos horizontales ya he dicho que sus variedades son dos: **elevación** y **prolapso ó descenso**.

De esta última es de la que voy á tratar, puesto que en ella se funda el tema de la presente memoria.

Prolapso uterino.

El prolapso uterino constituye una afección bastante comun, que si bien no es incompatible con la vida, la expone á multitud de accidentes, pudiendo sobrevenir verdaderas y muy graves consecuencias.

Denominado tambien **descenso ó procidencia y caida ó precipitación** es un padecimiento tan complejo que se halla unido intimamente á otra serie de dislocaciones de los órganos inmediatos y que si bien es verdad puede alguna vez existir aisladamente, es muy casual y lo comun es que se sucedan y provoquen las unas á las otras, resultando un enlace tan intimo que representan una verdadera entidad bajo el punto de vista clínico.

Este proceso tan complicado del prolapso uterino, que en opinión de algunos **ginecólogos** debiera denominarse **poliptose** ó prolapso multiple

de los órganos pelvianos de la mujer, reconoce un mecanismo bastante complejo, de cuya patogenia voy á dar una ligera idea.

Ya en otro lugar de esta memoria, al tratar de la estática normal, me he ocupado de los aparatos de suspensión, contención y ligamentoso que mantienen en equilibrio el útero y los órganos inmediatos; pero desde el momento que las lesiones de estos últimos son de alguna importancia, se debilitan los elementos encargados del equilibrio y no ofrecen suficiente resistencia para mantener en su posición normal los órganos ya mencionados.

En estas condiciones, el descenso ó prolapso de la matriz puede producirse, en unión de los órganos inmediatos, de una manera completa ó incompleta; pero generalmente el descenso no lo verifican todos los órganos reunidos, sinó que se desenvuelve paulatinamente por tiempos sucesivos, empezando por la vagina, que á consecuencia de lesiones más ó menos ocultas de las paredes pelvianas, en cuyas lesiones toman gran parte el periné y el de-

vador del ano; ó ya por aberturas considerables de la vulva, cambios de forma de la vagina, que de cónica, con la base en la parte superior, se transforma en cónica con la base inferior etc, terminan por el prolapso vaginal provocando el del útero.

La pared vaginal anterior, siendo la más debil y estando sólo sujeta por la posterior, se prolapsa ordinariamente la primera, produciendo un **colpocele** anterior, arrastrando frecuentemente con ella á la vejiga, dando lugar al **cistocele**.

Es un hecho muy frecuente, segun afirma un célebre ginecólogo francés, que las mujeres que han tenido muchos hijos presentan un grado muy ligero de cistocele cuando se llena la vejiga y aunque no haya condición alguna patoló-gica verdadera, la pared vaginal anterior sobrepasa algo á la posterior, pero sin resultar consecuencias perjudiciales, si el periné sigue conservando la suficiente tonicidad.

La pared posterior se mantiene durante algun tiempo en su lugar, pero concluye por presentarse sobre la vulva, dando lugar al **colpocele posterior**, y aunque alguna vez, en Su

descenso arrastra al recto, no es lo frecuente porque se opone á ello la adherencia que con este órgano tiene, á pesar de ser muy débil, puesto que el tejido celular que los separa es bastante laxo. Por otra parte sería necesario una desgarradura muy profunda del perinéo ó la intervención de causas especiales en éste, para determinar su distensión y favorecer el descenso del estremo intestinal.

La ampolla rectal dilatada se insinúa en el repliegue vaginal, sin embargo de que la tenuidad de los lazos que existen entre el intestino y la pared posterior de la vagina, impide que el recto séa arrastrado inmediatamente; de manera que el **rectocele** es mucho menos frecuente que el **cistocele**.

En el descenso vaginal se insinúa algunas veces el peritoneo, escavando los fondos de saco vesico-uterinos y el de Douglas. Esto indica, al propio tiempo, una gran fijeza del útero y una flacidez considerable de la serosa.

Tambien puede ocurrir que el intestino delgado aparezca comprimiendo las paredes

de la vagina, formando lo que recibe el nombre de **enteroceles vaginales**, siendo mucho más frecuentes los posteriores que los anteriores.

El movimiento de descenso progresivo de la vagina unido á la insuficiencia de los ligamentos para sostener el útero, al peso de este órgano y á la mencionada presión abdominal, inclinan la matriz hácia atras y después abajo, dando lugar al prolapso y arrastrando consigo á sus anejos en la mayoria de los casos.

La pérdida de relación normal de estos órganos, que produce indudablemente un extásis pasivo, es la verdadera causa de la hipertrofia del cuello uterino que tan frecuentemente se presenta en estos casos.

Las tracciones que la vagina en prolapso ejerce sobre el cuello del útero concluyen por obrar sobre éste. Las adherencias de la vagina al útero se van desuniendo y deslizándose de arriba abajo, hasta tal punto que con la desaparición de los fondos de saco se oculta tambien el hocico de tenca. Conti-

mando las tracciones y fijo el útero en su parte superior, el cuello, obligado entre la potencia, representada por el peso de la vagina y la resistencia de los medios de suspensión del útero, sufre un alargamiento progresivo, hasta el punto de aproximarse á la vulva, á veces sin hipertrofia, pero más frecuentemente con ella, en virtud de la congestión pasiva é inflamación de los órganos en prolapso.

En el centro del tumor formado por la vagina, se nota una especie de columna cilíndrica que no es otra cosa que el cuello alargado y engrosado.

Este hecho tiene lugar persistiendo la tonicidad en los ligamentos redondos y utero-sacros ó existiendo retracciónes por adherencias patológicas que mantienen en su posición al útero. En tales casos, este órgano resiste á las tracciones de la vagina, produciendo la distensión de las inserciones vaginales, como he dicho anteriormente.

La prolongación del cuello, que he descrito, constituye el falso prolapso que es im-

prescindible distinguir del verdadero, bajo el punto de vista de la patogenia y sobre todo de la terapéutica.

No todos los ginecólogos están conformes en que el descenso de la vagina empieza por la pared anterior; algunos, entre ellos los Drs. Emmet y Trelat, opinan que puede en ocasiones ser la pared posterior la primera en que aparezca el prolapso; pero siendo un hecho que casi siempre se encuentra el cistocele aislado ó más marcado que el rectocele, no debe dudarse, según aseguran Bonnet y Petit, que el descenso de la pared anterior es el más frecuente.

Es de tal importancia la **hipertrofia del cuello** de la matriz en el prolapso de este órgano, que considero indispensable dedicarle algunas líneas.

Aunque algunos autores habian llamado la atención sobre el alargamiento del cuello por encima de las conexiones de la vagina, no se le concedió una preponderante importancia hasta que Huguier se ocupó de ella en

su célebre "Memoria sobre la prolongacion hipertrófica del cuello del utero" presentada á la Academia de Medicina de París en 1860.

Partiendo de hechos clínicos y basándose en piezas anatómicas, desplegó un gran talento en demostrar que en la inmensa mayoria de los casos se ha dado una interpretacion viciosa á los descensos del útero; "no se trata, dice, de descenso, precipitacion ó pralapso de la matriz, repelida en masa fuera del abdomen á través del orificio vulvar, como acontece en las hernias, sino de una prolongacion primitiva de la porcion supra-vaginal del cuello, que por efecto de haberse hipertrofiado y no poder desarrollarse hácia el lado del abdomen, pasa á traves de la abertura vaginal, presentándose fuera, arrastrando consigo la vagina y las visceras inmediatas, que estan con él en adherencias mas ó menos intimas."

Por esta senda promovió Huguier una verdadera revolucion en las ideas que se habian admitido hasta aquella fecha.

Antes de él, según manifiesta el Dr. Courty, Profesor de la Facultad de Medicina de Montpellier, en su obra de mil ochocientos ochenta y uno, la caida del útero no representaba más que la última espresión del prolapso para el cual se admitian tres grados: 1º prolapso simple; 2º descenso ó procidencia, en que el cuello se presenta entre los labios y 3º caida ó precipitacion, en que siguiendo el cuerpo al cuello, colgaba el órgano enteramente fuera de la vulva.

Ahora bien, los hechos de esta naturaleza, sin hipertrofia preliminar del cuello, debieran constituir, segun Huguier, la mayor escepción, siendo en la gran mayoria de los casos la hipertrofia de la porción supravaginal del cuello, la lesión inicial causante de la dislocación real de la vagina y de la aparente del útero. Esta hipertrofia, es la que segun dicho autor, caracteriza la enfermedad y contra la cual debe dirigirse el tratamiento. Por esta razón hacía consistir Huguier este último en la

amputación conoide del cuello, disecándole primero entre la vejiga y el recto y seccionándole luego lo más arriba posible.

Segun Pozzi, habiendo practicado repetidas veces esta operación, se ha convencido que constituye realmente un tiempo preliminar precioso. Sin embargo, si se practica observando el procedimiento de Huguier, es decir sin coaptar las mucosas por medio de una sutura, espone á estrecheces que implican un grave inconveniente en las mujeres que todavia tienen la regla, pues en las que se ven libres de esta función, como sucede en las de bastante edad, carece de importancia esta consecuencia de la espresada sutura.

El valor de los conocimientos sobre esta materia, sin tener el alcance escesivo que le dieron Huguier y posteriormente Gallard, no dejan de tener gran utilidad.

Desde el punto de vista, anatomo-patológico ha establecido Huguier la suma frecuencia de la prolongacion hipertrofica, supra-vaginal del cuello en los prolapsos

genitales. Con todo, esta hipertrofia no constituye en todos los casos el hecho primordial, como él pretende, sinó que las mas veces es una prolongación secundaria debida á la tracción ejercida por la vagina en prolapso y entonces la hipertrofia en sí misma es consecutiva al estancamiento sanguíneo, favoreciendo la producción de una metritis cervical parenquimatosa. De todos modos Huguier reune el mérito de haber puesto en relieve el hecho y de haber conseguido que para su tratamiento se emplee la amputación del cuello uterino.

Cometió sin embargo, el error de creer que bastaba la espresada operacion; pero de todos modos ha quedado en la terapéutica como operación preliminar importante, que se practica en la mayoria de los prolapsos.

Es preciso reconocer que si la hipertrofia sobreviene á consecuencia de la traccion continua de la vagina y á la prolongacion del cuello consecutiva, se trata indudablemente de un proceso inflamatorio. Pero cuando la hipertrofia se revela primitivamente, no es

posible asegurar si depende de una predisposición congénita que manifiesta sus efectos al terminar el completo desarrollo del órgano en la pubertad ó por el esceso de actividad nutritiva durante la preñez.

El Dr. Gallard opina que la hipertrofia es consecuencia de una metritis parenquimatosa localizada en el cuello.

Con frecuencia se nota cierto grado de descenso, en que el cuello es más accesible al tacto, hallándose aumentada la profundidad de los fondos de saco vaginales. En cambio, es muy rara la caida completa y brusca del útero por la intensidad de fuerza de resistencia que hay que vencer; pero si ocurriera, el espresado órgano arrastra consigo la vagina, siendo casi indispensable que se halle en retro-versión y un esfuerzo ejerza sobre él suficiente presión para dislocarlo hácia la vulva.

Cuando el útero ha franqueado la vulva puede esperimentar desviaciones sobre su eje, colocándose en anteflexión ó en retro-

flexión en el interior, del que pudiera denominarse saco que lo contiene.

Son indudablemente muy curiosos los datos que suministra Bastien y Legendre sobre la resistencia que todos los elementos orgánicos oponen al prolapso uterino. Es necesario, dicen, ejercer en el cadaver una tracción de 15 á 20 kilogramos para descender el cuello hasta la vulva y de 50 para que franquee este orificio. La esperiencia clínica diaria enseña que se pueden obtener instantáneamente estos resultados, sin nada de violencia, en la mayor parte de las mujeres, pero el descenso obtenido de este modo desaparece espontaneamente por la elasticidad de los tejidos en cuanto cesa la tracción.

Lo que constituye el estado patológico es el descenso persistente que resulta de haber sido forzados los medios de fijación.

Segun las variedades y grados de prolapso, varian así mismo las relaciones que guardan entre sí los órganos inmediatos al útero.

En el padecimiento que nos ocupa, debe tenerse muy presente si la relajación de los elementos de suspensión normal vá acompañada de debilidad en los tabiques pelvianos. Si esto tuviera lugar se comprenderá facilmente que al mismo tiempo que la prolongación del cuello se presentára el descenso de la matriz.

Puede ocurrir tambien que exista debilidad ó distensión del aparato suspensor sin lesiones en el tabique pelviano. Esto ocurre siempre que existe una debilidad congénita, efecto de tracciones ejercidas por algun tumor ó por dificultades de evolución normal en el aborto ó parto. En estas condiciones es el utero el órgano que primero desciende, desviándose hácia atras y arrastrando consigo los fondos de saco vaginales, pero manteniéndose á cierta distancia por encima de la vulva.

Etiologia. = El prolapso del útero es motivado siempre por causas predisponentes y ocasionales.

Las causas **predisponentes** se presentan generalmente en el último periodo de la vida genital y sobre todo en las multíparas, en términos que el Dr. Scanzoni presenta una estadística de 99 casos entre 114.

Todas las causas de debilidad general pueden predisponer al prolapso: el onanismo, las enfermedades consuntivas, como clorosis y anemia, profesiones penosas, tumores abdominales y ascitis que aumentan la presión intestinal y quebrantan la resistencia de los tejidos.

La constipación; la costumbre que tienen la mayor parte de las mujeres de resistir el deseo de orinar; la atrofia de la vagina; el esceso de tejido adiposo; la menopausia; son circunstancias que contribuyen á favorecer el prolapso del útero.

Ultimamente, segun el Dr. Vignard no debe olvidarse, que existe en muchas ocasiones una disposición especial congénita, hereditaria ó personal que favorece mucho la lesión de que nos ocupamos.

Las causas **ocasionales** estan representadas por un esfuerzo violento é intenso: una caida, golpe, ó acceso de tos, quebrantan bruscamente los medios de fijeza en una mujer cuya predisposición sea favorable al descenso del útero.

Las causas ordinarias del prolapso crónico son los embarazos anormales, repetidos con frecuencia y sus consecuencias patológicas. El embarazo trae consigo la distensión de los ligamentos y de la pared abdominal, al propio tiempo que el aumento de peso en el útero.

El parto natural fuerza ó violenta la vagina y el plano muscular que la sostiene; abre la vulva considerablemente y compromete la solidaridad de los medios de fijación.

Todas las causas de distocia (volumen exajerado del feto, presentaciones viciosas, etc. y las intervenciones que ellas traen consigo) aumentan notablemente estos desórdenes que en último extremo favorecen el prolapso uterino.

Las consecuencias de partos patológicos, oponiéndose á la reunión por primera intención de las desgarraduras y á la reposición nor-

mal de los órganos, constituyen, aparte de traumatismos importantes, el factor mas poderoso para favorecer los descensos del útero.

La desgarradura del cuello, segun opinión de Emmet, desempeña un papel muy importante, comprometiendo la evolución uterina.

La adición de un tumor en el órgano contribuye á aumentar su peso.

Finalmente la tos, constipación, levantarse después del parto antes de tiempo, la marcha, una ocupación fatigosa al terminar el parto, los esfuerzos de toda clase, constituyen en general condiciones accesorias favorables para desenvolver lesiones manifiestas.

Los anejos acompañan generalmente al útero en su descenso. Sin embargo Duplay y Chaput opinan que mientras el prolapso no sea completo pueden los anejos mantenerse en su situación normal.

Estos distinguidos profesores afirman que con un periné que tenga menos de centímetro y medio en sentido antero-posterior ó una vulva

de más de tres centímetros y medio, el prolapso es fatal.

Las desgarraduras pueden solo interesar la piel de la horquilla; estenderse á la entrada de la vóbeda de los dos esfínteres de la vulva y del ano, ó elevarse á cierta altura del tabique, dando lugar, en este último caso, á la dislaceración total. Alguna vez, el elevador ano-vaginal es desgarrado ó atrofiado, permaneciendo la piel intacta, resultando lo que se denomina periné cutáneo.

Los ligamentos redondos están ordinariamente relajados, prolongados y adelgazados por lo menos en su estremidad pubiana.

Los ligamentos útero-sacros se encuentran á veces tensos y duros como cuerdas ó por el contrario atrofiados y desprendidos.

El tejido celular, situado entre las paredes de la vagina, recto y vejiga, se encuentra en ocasiones como disgregado y concluye por formar verdaderas cavidades que terminan por constituir fondos de saco peritoneal.

Se puede admitir que existe prolapso uterino siempre que el hocico de tenca se

encuentre á menos de seis centímetros distante de la vulva.

Síntomas. = Para deslindar mejor el cuadro sintomatológico de la afección á que se refiere esta memoria, consideramos muy oportuno manifestar que la mayoría de los autores de Ginecologia, admiten y describen en sus obras dos clases de prolapso: agudo y crónico.

El **agudo**, de limitada frecuencia y que ha sido observado no solamente después del primer parto, sinó en mujeres multíparas y aun en vírgenes, del que esponen casos muy curiosos las obras de Courty y Sinety, consiste en la aparición repentina, fuera de la vulva, de un tumor formado por la vagina y el útero á consecuencia de un esfuerzo violento.

El dolor es tan intenso y la depleción de la cabidad abdominal pélviana tan brusca, que la mayor parte de los ginecólogos opinan que estos dos fenómenos producen rapidamente el síncope y el colapso.

El **crónico** se presenta incomparablemente

con más frecuencia que el agudo. Se desenvuelve de una manera más gradual y constituye un padecimiento, que si bien no es incompatible con la vida, se halla casi siempre asociado á múltiples accidentes que pueden traer consigo verdaderas complicaciones.

Dos grupos de síntomas caracterizan el prolapso uterino: locales y generales y según otros autores, subjetivos y funcionales.

Locales.= Las primeras manifestaciones que determinan el prolapso consisten en una sensación de peso en el periné y de tirantez ó retortijones en el bajo vientre é ingles, producidas por los ligamentos redondos; ó en los riñones, motivados por los ligamentos útero-sacros; ó en la región umbilical ocasionados por el uraco.

La marcha de la enferma es oscilante y no tarda en aparecer la fatiga.

La unión íntima del bajo fondo de la vejiga con la región cervical del útero dá lugar á que el **cistocele** sea el compañero inseparable del descenso uterino; y este cambio en la estática normal de la vejiga determina pola-

kiuria ó sea asiduos y urgentes deseos de orinar; incontinencia parcial con ó sin retención; salida involuntaria de algunas gotas de orina al menor esfuerzo. Algunas veces la micción no es posible sinó despues de la reducción de los órganos prolapsados. En ocasiones, sobre todo cuando el cistocele es muy marcado, la mujer para facilitar la emisión de la orina se comprime directamente la vejiga, que se presenta al esterior en forma de tumor.

El **uretrocele** se presenta acompañado de perturbaciones muy marcadas: tirantez del costado del canal; deseos frecuentes de orinar; alguna vez dolores vivos que se irradian á la región lumbar, sobre todo cuando la enferma está en pie segun observaciones del Dr. Robin.

Los sintomas dominantes del prolapso de la mucosa uretral consisten en hemorragias, quejándose la enferma de dolores más ó menos fuertes para orinar.

Al presentarse el **rectocele** la constipación es frecuente; las materias pueden acomularse en el receptáculo rectal, lo cual ocurre en

muchos casos y determinan el catarro de la mucosa; y estos materiales se estancan siempre; salvo el caso de desgarraduras perineales completas.

El **colpocele** (prolapso de la vagina) cuando es simple puede determinar pesadez y dolor, pero no impide la micción ni la defecación. Además de los síntomas propios de esta afección pueden presentarse hemorragia, leucorrea, etc; la menstruación es ordinariamente más abundante en razón á la congestión pasiva unida al descenso.

La frecuencia de la esterilidad se esplica por la desaparición del fondo de saco posterior, llamado nido del semen y por lo declive de la pared correspondiente; deformaciones que se oponen á la detención del esperma.

La más pequeña pérdida de relación en la dirección y situación normal de los anejos, es suficiente para provocar en la mayoria de los casos, dolores, durante la defecación y el coito; síntomas nerviosos y otras alteraciones.

Síntomas generales. = Al prolapso acompañan frecuentemente fuera de la esfera genital, perturbaciones mecánicas y simpáticas variadas.

La timpanización abdominal es constante y se esplica ya por un fenómeno de compensación, destinado á llenar los vacíos; ya por paresia refleja del simpático abdominal. Este estado vá constantemente unido á otros síntomas de la **enteroptose** ó de la **panoptose**.

Presentan además tirantes sobre las falsas costillas; dolores algunas veces muy vivos, simulando la neuralgia intercostal; dilatación del estómago con sus consecuencias (dispepsias, náuseas, vértigos, fenómenos cerebrales;) prolapso moderado del hígado y bazo; pérdida de relación y situación, algunas veces muy marcado, de los riñones, segun Tuffier; perturbaciones circulatorias y dolores en las regiones renales.

Por otra parte trastornos cardiacos que pueden llegar hasta la asistolia, fenómeno probablemente debido á la acción refleja del plexo hipogástrico sobre el simpático pulmonar; per-

turbación profunda del sistema nervioso; el carac-
ter se modifica, hay depresión mental, inquie-
tud ó exaltación, pudiendo llegar hasta la locu-
ra si existe la mas ligera predisposición here-
ditaria.

Finalmente, se han presentado aunque
en pequeño número casos de monoplegia, pa-
raplegia, epilepsia, corea, afonia, asma, mani-
festaciones reflejas de naturaleza histérica que
desaparecen al recobrar el útero su posición nor-
mal.

Todas estas perturbaciones locales ó generales
son eminentemente variables según las enfermas,
no siendo la intensidad de los síntomas pro-
porcional al grado de la lesión y á las exi-
gencias físicas de la misma, pués hay en-
fermas que siendo su posición social elevada
sufren mucho con un prolapso ligero, mien-
tras que otras mujeres de mediana posición
ó con escasez de recursos desempeñan trabajos
fatigosos con el útero entre los muslos ó mal
sostenido con una simple toalla.

Signos físicos. = Para mayor facilidad en la descripción de estos, conviene tener presente que se admiten generalmente en el prolapso tres grados

Prolapso.

Descenso ó procidencia.

Caida ó precipitación.

Los autores modernos modifican estas denominaciones que aparecen en la célebre obra de Courty y los llaman

Descenso simple

Descenso propiamente dicho

Procidencia completa

designando estos tres grados con el calificativo general de prolapso.

Bonnet y Petit admiten seis

Descenso simple

Descenso con prolongación supra-vaginal del cuello.

Prolapso propiamente dicho

Prolapso completo

Procidencia con prolongación supra-vaginal del cuello

Prolapsos monorgánicos permanentes.

En realidad estos grados son variedades clínicas dependientes del estado evolutivo de las lesiones y de su punto de partida.

1º Descenso simple.

Siempre que hay distensión del aparato suspensor sin lesiones marcadas en el piso pelviano, existe descenso simple. La vulva está ordinariamente intacta y cerrada. Los fondos de saco vaginales descienden arrastrando con ellos al útero, que generalmente se halla en retroversión ligera, pero el relajamiento de las paredes vaginales es muy moderado y no se revela todavia al dedo esplorador sinó hallándose la enferma en pie ó bajo la influencia de un esfuerzo.

En muchas ocasiones, aun existiendo una suspensión normal ó patológica de los órganos, si coincide con debilidad ó falta de resistencia del piso pelviano, se presenta un prolongamiento hipertrófico ó atrófico del segmento supra-vaginal del cuello.

2º = Descenso propiamente dicho.

Este grado ó variedad del prolapso se presenta siempre que existe distensión total de los medios de fijeza.

La vulva está más ó menos abierta y el cuello del útero se encuentra al nivel de la abertura de aquella. Puede ser invisible en el decúbito dorsal; pero es suficiente un pequeño esfuerzo, sobre todo hallándose la enferma en pie, para que aparezca.

Los fondos de saco vaginales son dislocados aisladamente ó con el recto, la vejiga ó bien con estos dos órganos á la vez.

3º = Procidencia completa.

Está constituido por un tumor, algunas veces mas voluminoso que el puño, formado por una parte ó por la totalidad del útero cubierto por el saco vaginal invertido y que se halla situado fuera de la vulva, reposando sobre la cara interna de los muslos.

De la espresada envoltura pueden formar

parte la vejiga, recto, peritoneo y asas intestinales.

Este tumor más ó menos reductible y piri-forme presenta un vértice en el cual se vé el orificio del cuello; y una base comprendida entre la abertura vulvar y la aponeurosis inferior del periné. La superficie de este tumor es seca, apergaminada, pálida ó violácea; algunas veces ulcerada y con frecuencia desprovista de sensibilidad, y movible.

Si la distensión general de los medios de contención ha sido precedida de un periodo mas ó menos largo de resistencia de los medios de suspensión, puede existir la procidencia completa con prolongación supra-vaginal del cuello.

Aparte de este prolapso multiple ó generalizado pueden observarse los monorgánicos permanentes ó contendencia estensiva; pero no me ha parecido oportuno ocuparme de ellos aisladamente, puesto que el objeto de esta memoria es tratar del uterino, ya sea sencillo ó complicado con otros.

Es de gran importancia tener presente que si bien las lesiones del prolapso son fáciles de reconocer en un periodo abanzado, se disimulan

facilmente por el contrario, en numerosos casos en que las perturbaciones funcionales están ya bien marcadas.

El descenso del hocico de tenca puede ser debido á la prolongación del cuello, al prolapso del útero ó á la combinación de estos dos procesos. En el primer caso existe de ordinario la hipertrofia frecuentemente inflamatoria del segmento vaginal del cuello; el cuerpo uterino está en su lugar y los fondos de saco conservan su profundidad. En el segundo caso (Prolapso uterino sin prolongación del cuello) aparece el descenso en masa del útero y de los fondos de saco vaginales sin modificaciones en el cuello. En el tercer caso (Prolapso uterino con prolongación del cuello) además del descenso del útero, puede ocurrir que la prolongación del segmento supra-vaginal este combinado con hipertrofia, en cuyo caso se percibe, á través de la vóbeda de la vagina, una especie de cilindro que pasa insensiblemente del cuello al cuerpo. Si por el contrario la prolongación del cuello esta combinada con atrofia, el cilindro es reemplazado por un pedículo más ó menos delga-

do suspendido del cuerpo. La histerometria acusa en este caso de diez á veinte centímetros.

Diagnóstico diferencial.=

Los caracteres que se han espuesto no permiten desconocer una enfermedad tan bien caracterizada como el prolapso.

No existe padecimiento alguno con el cual pueda confundirse.

El objeto del diagnóstico diferencial no es distinguir el prolapso de otros tumores, sino diferenciar el descenso simple del complicado y determinar la naturaleza de las diversas complicaciones.

Los tumores que se presentan sobre el hocico de tenca, en el cuello ó en la misma cavidad del útero, sobre todo si son voluminosos, determinan una proeidencia de la vagina, ó séa un principio de invaginación que suele conducir á error.

Estos pólipos, ya sean fibrosos, mucosos ó foliculosos, sobre todo los primeros, son á primera vista difíciles de distinguir del prolapso, cuando éste es antiguo, por el aspecto esterior que presenta,

á causa de las alteraciones que sufre la mucosa vaginal que son ulceración, secreción mucoso-purulenta, sequedad y endurecimiento de la superficie que adquiere los caracteres del tegumento esterno.

El prolapso se reconoce por la forma cónica que afecta el tumor en su aparición; sensación que hace esperimentar al comprimirlo; cuerpo duro que tiene la forma y dimensiones del utero y sobre todo por la existencia del orificio del hocico de tenca y penetración del cateter en la cavidad uterina.

Este último caracter diferencial seria suficiente y sin embargo no lo es, puesto que en ocasiones está obliterado ú oculto como sucede en la retroversión, si coincide con el prolapso y el fondo del útero se halla sobre el fondo de saco peritoneal y su cuello sobre el pubis.

El cateterismo vesical y el tacto rectal demestran la ausencia del útero en la escavación pelviana y determina la existencia de la retroversión.

En cuanto á los tumores vulvares ó extravulvares, cistocele, rectocele, quistes en los grandes

labios y vagina, el cateterismo vesical, tacto rectal y vaginal, bastan para demostrar quien es el órgano prolapsado y adquirir la certeza de que el útero se encuentra en la cavidad de la pelvis y que el cuello ocupa la posición normal en el interior de la vagina.

Existe un padecimiento que importa mucho distinguirlo del prolapso porque la forma del tumor, su evolución y mecanismo, consecuencias anatómicas y síntomas, son lo mismo que en él; este padecimiente es la inversión uterina, producida por la distensión ó rotura de los ligamentos sacros por tracciones bruscas sobre la placenta adherente ó por esfuerzos violentos motivados para la espulsión del feto; por un tumor fibroso ó por un pólipo adherido al fondo del útero.

El tumor presenta una superficie bellosa y punteada en la mucosa uterina congestionada, que dá lugar á hemorragias alarmantes; es globuloso; en la inmediación de la vulva se encuentra el pedículo estrangulado;

al nivel de este pedículo se presentan los fondos de saco vaginales y los labios del hocico de tenca. Este tumor no presenta señales de orificio uterino.

El tacto rectal, vaginal y el cateterismo vesical demuestran el sitio donde se encuentra el útero.

La prolongación hipertrófica del cuello uterino es una complicación muy frecuente y que dá lugar á errores en el diagnóstico.

En muchas ocasiones el tumor vulvar ó extra-vulvar, considerado como descenso de la matriz, no es en realidad más que el resultado de la prolongación progresiva del cuello uterino. Despues de los trabajos de Huguier todos los médicos han tenido cuidado de medir con el cateter la longitud del útero, sobre todo en la porción cervical para evitar errores. No es raro contar diez, quince centímetros sobre la longitud ordinaria del fondo del órgano, apercibiéndose un cilindro duro, resistente, perceptible por la palpación en el eje del tumor, terminado en hocico de tenca y positivamente constituido por la porción cervical

del órgano.

Es necesario no olvidar que esta prolongación puede ser aparente ó momentánea, como la ha hecho observar Kraw, midiendo antes y después de la producción del prolapso, manifestando que el órgano cuando volvia á su sitio en la escavación, perdia aquella longitud que sin duda reconocia por causa la delgadez que habia esperimentado por efecto de su descenso.

Si el cateterismo no dá más de siete ú ocho centímetros de longitud al útero y la palpación permite limitar con exactitud el fondo del órgano en la parte superior del tumor, el prolapso de la matriz es simple, es decir, sin prolongación hipertrófica; pero cuando esta última existe, apareciendo un prolapso simulado, el útero se deja colocar facilmente en la escavación hasta que el hocico de tenca alcanza la vulva, siendo dificil hacerle subir más, pues el descenso se ha producido por la prolongación de alto á bajo y tratando de rechazar ó volver el órgano á su posición, se esperimenta una resisten-

cia natural por parte de los lazos de unión con la vagina y vejiga y sobre todo con los ligamentos útero sacros que se encuentran en los puntos superiores de la porción hipertrofiada.

Curso del padecimiento.= En el prolapso agudo, como es ocasionado por un esfuerzo violento, es rápido; pero desde el momento que se presenta queda sujeto á los resultados que produzca la inmediata reducción y á la pronta ó tardía recuperación de la tonicidad en los medios de suspensión.

El prolapso **crónico** afecta una marcha progresiva, en que el curso está subordinado al estado de fuerzas, á la condición social y á los cuidados de que está rodeada la enferma. En una mujer joven, de fuerte musculatura, las lesiones pueden ser compensadas durante cierto tiempo; por el contrario, si se trata de una enferma débil, demacrada ó dedicada á trabajos penosos, rápidamente puede llegar á verse sometida á la caida completa del útero.

Por lo tanto, el curso de esta afección es esencialmente crónico; y abandonada á sí misma pudiera ocurrir lo que en los casos que cita Courty refiriéndose á Scanzoni, de curaciones espontáneas consecutivas á inflamaciones diversas que fijaron el útero al peritoneo visceral ó parietal, por la producción de falsas membranas y en otras ocasiones por coartaciones consecutivas á una vaginitis, que estrechando el diametro de este órgano impide que el útero descienda. Pero siendo estos medios de curación muy raros, hay que hacer abstracción de ellos y lo que generalmente sucede, es que abandonada la enferma á sí misma, como decía antes, después de practicada la reducción vá aumentando el prolapso, más ó menos lenta y diariamente, por la tendencia de los intestinos á ocupar el vacio que vá dejando paulatinamente el útero y que cada día es mayor por los esfuerzos de la defecación, concluyendo por ser completo el descenso, presentándose muchos casos en que constituyen una verdadera eventración pelviana, tan im-

posible de curación como la eventración abdominal.

Pronóstico. = Esta subordinado á la tolerancia individual, exigencias de su profesión, clase é intensidad del prolapso y á las múltiples perturbaciones consecutivas á esta enfermedad.

Tratamiento. = Sobreviniendo la enfermedad que nos ocupa á consecuencia de circunstancias muy variadas, es natural que el tratamiento sea tambien muy diverso y esté en relación con la diversidad de casos que se presentan.

No debemos olvidar que el descenso de la matriz obedece generalmente á una causa que reside fuera del órgano. Las hidropesias, hipertrofias, tumores, prolapsos de la vagina y diversas presiones obligan á que la matriz descienda relajando ó rompiendo de antemano los ligamentos suspensorios y los medios de fijeza perineal.

Reducense por lo tanto á dos la clase de indicaciones terapeúticas; la una generalmente facil; reducción; la otra dificil: sosteni-

miento.

La reducción puede conseguirse inmediatamente sinó hay mas obstáculo que un prolapso vaginal. El procedimiento es el mismo que se emplea para la reducción de las hernias; pero en ocasiones, como los obstáculos son de otra clase, es preciso destruirlos; tal sucede con la ascitis y quistes del ovario, por la punción y los tumores vaginales etc. por la ablación.

Con el objeto de mantener la reducción, aconsejan los ginecólogos diferentes medios que consisten en asegurar los ligamentos distendidos, reunir los separados ó dislacerados, aproximar los haces suspensorios disgregados ó rotos y volver la contractilidad á las fibras musculares paralizadas.

La imposibilidad de obrar eficazmente por estos medios sobre los elementos morbosos á los cuales ellos están unidos, ha hecho pensar en mantener la reducción, vigorizando la vagina, obrando sobre el periné y sosteniendo éste mediante fajas ó pelotas, su-

pliendo la falta de resistencia de los anillos vulvar y vaginal por contentivos intravaginales como son los **pesarios é histeróforos.**

Otro medio de mantener la reducción es producir la retracción ó estrechamiento de los anillos mencionados, ya por escisiones circulares ó longitudinales, seguidas de cicatrización adherente; ya por la cauterización, punción, gangrena, ligadura, sutura y por todos los medios capaces de producir una pérdida de sustancia.

Ultimamente, obturando el orificio vaginal incompletamente, por la infibulación ó completamente por la sutura.

Si se trata de un prolapso uterino con prolongación, esta puede tener lugar en el cuerpo, en el cuello ó sobre el istmo y ser producida por el desenvolvimiento de tumores, pólipos, cuerpos fibrosos; por alteraciones diversas del hocico de tenca; por una inflamación hipertrófica y más frecuentemente por una simple hipertrofia.

En estos casos las indicaciones son: reducción del útero, manteniéndole con una contención eficaz sin suprimir la causa del descenso, trata-

miento paliativo y en nuestro concepto insuficiente; ó bien suprimiendo la causa del prolapso combatiendo los tumores por resección, escisión, estrangulación, cauterización, ligadura etc.

Si bien no considero propio del objeto de esta memoria ocuparme del tratamiento médico, me parece muy natural dedicar algunas líneas al

Tratamiento mecánico. = Son muy frecuentes los casos en que la enferma se niega á toda intervención quirúrgica y tampoco escasean aquellos en que no nos podemos prometer la menor probabilidad séria de éxito, como sucede en los enormes prolapsos que observamos en mujeres obesas y eventradas, cuya vagina, utero y demás visceras del vientre han perdido todo derecho de domicilio en la cavidad abdominal.

En estos casos han recurrido muchos médicos al empleo de ceñidores abdominales de lienzo, telas elásticas y á los pesarios, medios contentivos, puramente mecánicos y multiplicados los últimos, en tales proporciones, que basta enumerarlos para de-

mostrar con tan larga lista su ineficacia.

El contacto de estos cuerpos estraños sobre la mucosa vaginal; la incomodidad que su volumen produce en la cavidad pelviana; la irritación, secreciones patológicas y otras alteraciones de tejido á que da lugar su presencia; los cuidados de toda especie que su introducción y su estancia obligan á las enfermas; la dificultad de su aplicación por ellas mismas; las sacudidas dolorosas que en sus movimientos produce sobre los órganos vecinos; compresiones, ulceraciones con pérdida de sustancia, que algunas terminan por fistulas; todo contribuye á demostrar que estos medios son intolerables. Así es que las enfermas se ven obligadas á retirarlos frecuentemente de la vagina, no sólo para sostener una gran limpieza, sinó para dejar descansar este órgano de las molestias que produce el contacto de tales medios de contención.

Segun Dumoret los pesarios obran dilatando la vagina é inmovilizando el útero. Para que realicen su objeto es necesario que permanezcan quietos en la vagina; que el orificio vulvar sea suficientemente estrecho y el periné

resistente, pues como ha indicado el profesor Erellat y más recientemente Terrillón, el prolapso se observa casi exclusivamente en mujeres que han tenido muchos hijos, en que el periné ha sido en parte destruido y el orificio vulvar alargado.

Los Drés Terrier y Erellat combaten el empleo del pesario por considerarle detestable y favorecer la septicemia.

Mr. Bouilly, de emplear alguno, aconseja el de Hodge.

Lannelouge de Burdeos cita una grave perforación del tabique vesico-vaginal producida por el pesario, dando lugar á la formación de un cálculo en esta última cavidad.

Los pesarios solo prestan un pequeño alivio y con frecuencia totalmente ilusorio y si en algunos casos podemos esperar algun resultado de ellos es, como dice Dumoret, cuando el periné conserva su tonicidad.

En particular sirven para los casos de cistocele, pero su éxito fracasa cuando el prolapso del útero ha adquirido alguna impor-

tancia.

El Dr. Edebonls cree que los pesarios solo deben usarse cuando no hay adherencias y las trompas y los ovarios se hallan en estado normal. En el caso contrario, es preferible la operación de Alexander de la que me ocuparé mas adelante.

La elección del pesario debe someterse á las condiciones de la vulva, vagina y periné.

De todos los pesarios, el más sencillo es una esponja fina, que ofrece la ventaja de poderla impregnar de diversas sustancias medicamentosas.

Entre los muchos que se conocen citaré el anillo de Dumont-pallier y el de Hodge, Schultze, el de aire de Gariel, el de aletas de Zwanck-Schiling; el de Smilh, de Emmet, de Thomas, de Dumot-pallier y el de Fritsh.

Existe además la variedad de pesarios con tallo, sostenidos por un cinturon, denominados histeróforos y que Huvart designa con el nombre de vagino-abdominales. Entre esta clase tenemos los de Scanzoni, Courty, Rutte y Borguet.

La naturaleza ó composición de los pesarios

es muy variada; los hay de cauchout, celuloide, aluminio, estaño, hilo de cobre cubierto de cauchout etc. Excepto los construidos con la primera materia de las mencionadas, todos tienen el gran inconveniente de incrustar con rapidez las sales calcareas.

Tratamiento quirúrgico.

Es el que ofrece mayores probabilidades de exito; el más beneficioso y por lo tanto preferible.

De los diferentes métodos que se han empleado para combatir el prolapso, merece especial mención la siguiente clasificación que de ellos hace el célebre ginecólogo Dr. Pozzi

1º = Constitución de un punto de apoyo inferior por la vagina.

2º = Elevación del útero por el acortamiento de los ligamentos redondos.

3º = Sutura del útero á las partes contiguas

4º = Histerectomia.

Otra de las clasificaciones de métodos empleados para oponerse á la caida del útero es la de Malgaigne y comprende seis grupos que obran

de la manera siguiente

1º = Combatiendo el cistocele ó el rectocele por el estrechamiento de la pared vaginal.

2º = Impidiendo la salida del útero por la estrechez del orificio vulvar ó simultaneamente de la vulva y la pared posterior de la vagina

3º = Oponiéndose al descenso del útero por la sutura de la pared anterior y de la posterior de la vagina

4º = Acortando los ligamentos redondos.

5º = Fijando el útero á la pared abdominal.

6º = Practicando la ablación del útero.

Cada uno de estos métodos comprende varios procedimientos.

De estas dos clasificaciones adoptaré la del Dr. Pozzi porque me parece más sencilla y más apropiada al objeto de la presente memoria.

Primer método.

Constitucion de un punto de apoyo inferior por la vagina

Todos los procedimientos operatorios comprendidos en este método y que representan los tres primeros de Malgaigne, reconocen por base practicar una pérdida de sustancia á alturas variables de la vagina, produciendo una estrechez circular en el conducto vaginal, con el objeto de detener el útero en su caida.

Este estrechamiento de la vagina ha dado lugar á una técnica operatoria de las más variadas.

Sangier practicaba cauterizaciones con el nitrato ácido mercúrico.

Selnow con el ácido sulfúrico.

Nelaton practicaba punciones simples ó caústicos.

Velpeau utilizaba el hierro candente.

Bellini la ligadura.

Oran la infibulacion, mediante el anillo metálico.

Fricht y otros la obliteracion y estrechez de la vagina, á cuya operacion denominó Fricht *episiorrafia* y consiste en refrescar y reunir por sutura la parte interna de los grandes labios

Estos procedimientos fueron considerados completamente inútiles y muy perjudiciales para la enferma.

Colporrafia y perineorrafia

Marsall-Hall, en el Diario de Medicina de Dublin en 1831 y en la Gaceta Médica de Paris en 1832, recomendó la escision de un colgajo de cuatro centímetros de longitud en la pared vaginal y que se estendiera desde el cuello del útero al orificio esterior de la vagina, estrechando este conducto en toda su estension, figurando este autor segun opinion de algunos ginecólogos como inventor de la colporrafia ó elitrorrafia pero segun el profesor Courty, solo la ideó, siendo Berard el que la dió el nombre que lleva, habiéndola practicado muchas veces sin resultado.

Sims, á quien se debe la primera descripcion completa de la colporrafia en 1865 y Emmet, modificaron esta operacion obteniendo brillantes resultados.

El célebre profesor Courty asegura que sus operadas pudieron volver al ejercicio de sus ocupaciones, que habian sido forzosamente interrumpidas.

Técnica operatoria en general.=

Preparado convenientemente el aparato instrumental y colocada la enferma sobre la mesa operatoria en posición dorso-sacra, se marca bien el prolapso mediante una ligera tracción sobre el útero con una pinza de descenso hasta que se manifieste la resistencia de sus ligamentos, manteniendo, mediante la pinza, esta posición.

Después se determina por el tacto las dimensiones que deben darse á la superficie cruenta, señalando los bordes de la futura incisión con las pinzas, simétricamente colocadas, teniendo cuidado que estas no hagan tracción escesiva sobre los tejidos, porque de hacerlo así, resultaria la rotura de ellos por los hilos y por consecuencia la desunión. Este accidente es más espuesto en la colporrafia anterior, que soporta una parte del esfuerzo abdominal y la presión de la vejiga distendida.

Es necesario tener cuidado con la exacta simetria en la colocación de las pinzas y aumentar su número, segím séa necesario, para obtener con su colocación la tensión necesaria y resulte una incisión correcta y limpia en los contornos de la

superficie cruenta.

La incisión debe ser perpendicular á la mucosa y comprender todo su espesor.

Una vez que se ha trazado, en parte ó en totalidad se separa el segmento de mucosa circunscrito, ya por pequeños fragmentos con las tijeras, ya en uno ó muchos tiempos por disección.

La herida con las tijeras curvas, pudiendo ser muy superficial no determina sino una hemorragia capilar.

El operador sigue facilmente los contornos de la incisión, primera que se ofrece completamente á su vista en las maniobras de disección y que por otra parte no hay que temer penetrar en la vejiga ni en el recto.

La mucosa debe ser separada en bandeletes estrechos y bastante largos.

Otra ventaja de la herida superficial con tijeras, es que se obtiene una cicatriz más fuerte y que se opondrá más eficazmente á la inversión de la pared vaginal; pero en realidad esta economia de tejidos en un dermis mucoso más ó menos despegado, solo favorece la recidiva del

colpocele.

La herida por disección ó despegadura es preferible, en concepto de modernos autores. Se diseca el colgajo con el bisturí; se atrae con la pinza erina, despues de sujetar el trozo de mucosa por su estremidad, con una ó dos pinzas de presión ó con los dedos y se continua separando con la espátula ó el índice. Se disecan los tejidos por una parte en su profundidad y por otra hácia la incisión limitante, que no es generalmente bastante profunda, para interesar el plano de superficie submucosa. A este nivel, se completa de un golpe de tijeras, la separación del colgajo, para transformar la bolsa del despegamiento en dos superficies planas; superficie para sutura y superficie cruenta del colgajo. Es necesario no hacer esta sección al mismo nivel del despegamiento para poder reconstituir las columnas vaginales y facilitar la operación.

Para completar la separación de los tejidos sobre los bordes de la bobra, las láminas de las tijeras convienen más que el dedo. Si los tejidos son friables hay que resignarse á separar la

mucosa con el bisturí.

Si los plexos venosos que en esta región suelen ser frecuentes, dan mucha sangre, es necesario practicar la disección por etapas y proporcionalmente.

Es preferible á los puntos de sutura con catgut, que en esta operación es de dudosos resultados, la sutura á puntos separados de crin de Florencia, menos espuestos que la seda á infectarse yá seccionar los tejidos.

La sutura de puntos separados comprende hilos profundos é hilos superficiales. Los primeros deben ser colocados á un centímetro de intérvalo y penetrar la mucosa á centímetro y medio lo más de sus bordes. Es preciso hacer caminar la aguja en la profundidad de la herida hasta las inmediaciones de la línea media y de hacerla recorrer, por el otro lado, un trayecto simétrico y en sentido inverso. El proceder así, tiene por objeto evitar un espacio vacío donde puedan acumularse los líquidos. Si la superficie cruenta ha sido hecha superficialmente con tijeras, esta precau-

ción es inutil.

Los hilos profundos se apretarán lo bastante para unirlos, con el fin de asegurar la coaptación.

Mientras el operador anuda los hilos los ayudantes evitan la retracción de los labios de la herida, ya separándolos con tenáculos ya levantándolos con una sonda acanalada.

Los hilos superficiales no deben interesar más que los labios de la herida y atravesarlos á muy corta distancia de sus bordes. Se obtiene más facilmente la coaptación no cerrando cada hilo profundo sinó después de haber cerrado los dos hilos superficiales, situados el uno por encima y el otro por debajo. Se evitará multiplicar los hilos de sutura cuando haya temor de esfacelo.

Mientras dura la operación debe estar preparado para funcionar un aparato de irrigación continua. La oportunidad de emplearlo está á cargo de los ayudantes. Durante la disección con tijeras puede ser preferible secar el campo operatorio por medio de torundas, preparadas, pero des-

pués de cerrar cada hilo profundo es preciso irrigar.

Cuidados consecutivos. = Terminada la operación debe continuarse el cateterismo de la vejiga por espacio de una semana.

Las curaciones se practicarán cada cinco ó seis dias, á fin de evitar en lo posible la tracción de los hilos; estos deber dejarse colocados unos quince dias si se ha empleado la crin de Florencia y diez si ha sido la seda.

La enferma puede levantarse al comenzar la cuarta semana, pero no debe salir antes del mes.

Cuando haya que practicar la retracción de las paredes de la vagina á la vez, debe empezarse por la pared anterior.

Colporrafia anterior.

En esta clase de colporrafia se dá á la parte cruenta la forma oval, si se adopta el procedimiento de Simón, terminando en ángulo los dos estremos superior é inferior. El

punto inferior debe quedar á una distancia conveniente del pubis, teniendo presente que en las inmediaciones de este hueso la mucosa es adherente y no se deja fácilmente separar.

El mayor diámetro de la herida debe corresponder á la zona de la mayor relajación y en el caso que esta zona se halle en el espacio precervical, la superficie cruenta debe resultar triangular con la base superior.

Para deslindar la incisión limitante, se fija una pinza antero-inferior á dos centímetros del meato; otra postero-superior inmediata al labio anterior del cuello ó un poco por debajo, si se trata de un colpocele incompleto; dos pinzas fuertes intermedias sujetando la mucosa á igual distancia de las dos primeras. Si la superficie cruenta ha de ser triangular es necesario colocar otras dos pinzas en los ángulos superiores.

Bonnet y Petit aconsejan practicar la sección en dos tiempos; el primero de la pinza inferior á los serrefortes ó pinzas fuertes; el segundo de los serrefortes á la base del colgajo.

Despues de bien limpia la herida se procede á

las suturas, introduciendo las agujas por la mucosa libre á un centimetro proximamente de los bordes de la herida.

Schroder solo coloca tres hilos profundos para una superficie bastante estensa. Este número lo consideran insuficiente algunos operadores, pues si uno de los tres secciona los tejidos, la desunión que sobreviene es de fatales consecuencias.

Los hilos deben colocarse del cuello al meato y cerrarlos en este sentido, si la herida es oval; por el contrario, del meato al cuello si es triangular.

La cicatriz resulta con la forma de una Y griega.

Procedimiento de Emmet.=

Con un tenáculo levanta un pliegue en la linea media de la pared anterior de la vagina, bastante cerca del cuello y con las tijeras escinde la mucosa comprendida en el pliegue. A centímetro y medio y á la izquierda, levanta y escinde otro pliegue análogo y lo mismo hace á la derecha, resultando de este modo tres superficies cruentas; una media y dos laterales.

Se pasa un hilo sobre el refrescamiento de la derecha, que reaparece dentro de la vagina para hundirse de nuevo en la superficie cruenta media; reaparece y vuelve á atravesar la pared debajo del refrescamiento izquierdo. Juntando los cabos del hilo los dos refrescamientos laterales se ponen en contacto con el del medio y la vagina forma dos pliegues que están en mutuo contacto sobre la linea media. Del mismo modo se continuan los refrescamientos y las suturas hasta llegar al orificio vaginal.

La forma de los colgajos varia mucho, pero asegura uno de los cirujanos más notables, que en realidad ningun beneficio resulta en perder el tiempo dando á los colgajos formas especiales; lo que conviene es escindir directamente toda la porción exuberante de la vagina.

Colporrafia posterior.

Esta operación se combina ordinariamente con la perineorrafia. No tiene razón de ser tratandose de ella sola, sino en los casos poco frecuentes

de colpocele localizado al fondo de saco posterior. La herida resulta con la misma forma que en la colporrafia anterior.

Colpo-perineorrafia.

Considerada la colporrafia como una operación incompleta, sirvió de punto de partida al Dr. Simón que en 1867 y 1871 espuso las grandes ventajas que resultaban para dar solidez á la vagina y servir de soster al utero prolapsado, interesar en las suturas, no solo la vagina sinó el perinó, dando lugar á la practica de la colpo-perineorrafia que desde la época de este autor han sido numerosos los operadores que la han realizado y entre ellos son dignos de mención especial los procedimientos de Simón, Hegar, Emmet y Martín.

Procedimiento de Simón =

Después de hechos todos los preparativos necesarios y en condiciones la enferma para proceder á la operación, levanta la mucosa de la pared

posterior de la vagina con unas pinzas y á partir de este punto traza un triángulo cuya base corresponde á la horquilla Toda la mucosa vaginal comprendida en el área de este triángulo se escinde y se reunen los bordes de la superficie cruenta con puntos de sutura.

Procedimiento de Hegar

Es el que se practica generalmente, con ligeras modificaciones.

La superficie cruenta que produce este célebre autor tiene la forma de un triángulo en que el vértice corresponde á las inmediaciones del cuello y la base al periné, base que segun algunos autores, entre ellos Pozzi, debe ser de forma cóncava.

La incisión limitante prolonga el vértice del triángulo, formando un ángulo agudo más ó menos elevado, segun la altura que debe tener la herida, Esta se prolonga hacia la base y á mitad de camino del vértice del ángulo y de la vulva comienza á describir en cada lado una curva de convexidad interna para separarse de

las ramas del pubis, en que los tejidos inmediatos al hueso tienen poca laxitud. Cambia de dirección enseguida para ganar de una y otra parte un punto del orificio vulvar, más ó menos separado de la comisura. Estos dos puntos deben ser simétricos y á una distancia tal, que una vez yuxtapuestos los tejidos no queden muy distendidos, la vulva resulte convenientemente retraida y el periné suficientemente prolongado. Además los dos ángulos inferiores deben ser bastante largos y agudos para evitar la formación de una bolsa ó vacio vaginal por debajo del periné, segun opinión de Schroder.

La alineación y la tensión de los tejidos se obtiene por medio de seis pinzas: una se coloca en el vértice de la futura herida; otra en frente de esta, al nivel de la comisura (esta facilitará la posición simétrica de los hilos perineales); dos serreforts ó pinzas fuertes en las dos estremidades de la base del triangulo; los dos últimas, tambien serreforts, en medio de los costados laterales.

Es muy util para realizar este alinea-

miento colocar dos separadores sobre las paredes laterales de la vagina y un tercero sobre la pared superior.

Si se opera disecando es necesario atender á más dificultades que en la colporrafia anterior, en atencion á la estension de la superficie que hay que descubrir, la delgadez del tabique y la mayor efusion de sangre.

Segun las condiciones de la vagina, el operador puede practicarla ya en la direccion de la vulva al cuello ó en sentido inverso. La superficie cruenta se obtiene más facilmente de la vulva al útero, seccionando con tijeras, empezando por colocar los dedos índice y medio izquierdos en el recto, si el tabique recto-vaginal es delgado y se teme herirlo y el pulgar en la vagina.

Luego se procede á pasar las crines transversalmente y de alto á bajo y se las anuda proporcionalmente hasta la mitad de la curva descrita por los bordes laterales de la herida. Despues se pasa con la aguja de Emmet los hilos profundos (crines fuertes ó hilos de plata) destinados á reconstituir el perineé. Estos hilos penetran en la piel á centímetro y medio de los

bordes de la herida y describen una curva de convexidad superior, como en el procedimiento de perineorrafia de Emmet. El más elevado penetra por encima y á corta distancia de los angulos laterales de la herida y se eleva hasta el segundo cambio de direccion de los bordes laterales; los otros se van aproximando al ano. Bastan tres ó cuatro. Una puisa de presion se coloca sobre cada estremo de estos hilos; luego se sobreponen de alto á bajo otros hilos vaginales, que no deben comprender más que los labios de la herida y que se van cerrando hasta las inmediaciones de la horquilla. Los mas inferiores de estos hilos son levantados ó sostenidos sin cerrarlos, con puisas de presion, una para los dos estremos de un solo hilo.

Entonces se anudan los hilos perineales de bajo á alto. Es necesario estirar previamente cada uno de estos para desviar los tejidos profundos, de la piel y asegurar la coaptacion superficial por medio de puisas de sujeccion.

Finalmente se cierran los últimos hilos vaginales, de los que el más inferior reconstituye la horquilla.

Pozzi prefiere la sutura por planos hechos con catgut.

Procedimiento de Emmet.

Consiste en denudar de su mucosa la parte inferior de la pared posterior de la vagina y pasar á la derecha y á la izquierda puntos de sutura, cuyo trayecto bastante complicado, es el siguiente.

Un hilo introducido en el borde lateral de la vagina desciende costeando este borde hasta la horquilla, en el espesor de la pared vaginal refrescada. Llegado cerca de la horquilla y sin reapacer al esterior, este hilo sube por el otro lado hasta la parte no refrescada del tabique vaginal y reaparece al esterior. Tirando de los dos cabos del hilo, se aproxima la horquilla de la parte no refrescada de la pared vaginal posterior, doblando sobre sí misma esta pared. De este modo se aplican cuatro hilos por cada lado. Por fin se aplica un último hilo, que penetra por la parte media del gran labio derecho que atraviesa, reaparece dentro de la vagina, se hunde debajo de la parte superior del refrescamiento vaginal, reaparece despues de un trayecto de un

centímetro y luego atraviesa el gran labio izquierdo.

Procedimiento de Martín.

Martín conserva la columna posterior de la vagina, por ser ésta la parte mas resistente de la misma en su cara posterior. (Freund en 1885 fué el primero que aconsejó respetarla en todas las operaciones plásticas.) De esta manera, la superficie cruenta no forma un todo unido sin interrupción, sino que resulta fragmentada y esto favorece la sutura exacta y la buena reunión.

Tomadas todas las precauciones necesarias, coje Martín con dos pinzas sacabalas la pared posterior de la vagina, inmediatamente debajo del fondo de saco y ejecuta en la misma una fuerte tensión.

De este modo, la columna vaginal aparece en forma de un repliegue saliente y se practica á lo largo de este una incisión con el bísturí en cada lado: luego se dibujan y disecan dos pequeños colgajos laterales, que alcancen hasta un centímetro de la horquilla, aplicando pinzas sacabalas á la base y cuspide de estos colgajos pe-

queños, para mantener tenso el campo operatorio. Con una sutura continua de planos superpuestos, se practica luego la reunión de las dos heridas pequeñas resultantes; se retiran las pinzas y queda terminada la primera parte de la operación, es decir, la doble elitrorrafia lateral, no faltando más que la perineorrexis. Un poco mas arriba de la horquilla se practica una incisión transversal, que hendiendo la columna de la vagina, sube por cada lado hasta la mitad de la altura del anillo vaginal. De cada extremo de esta incisión, se hace partir otra concéntrica con ella, pero desviándose en ángulo agudo para que vaya á pasar por la base de los labios menores y á juntarse con la estremidad inferior de las incisiones verticales de la elitrorrafia. Con esta disposicion de cortes, se obtiene un colgajo transversal que en estado de reposo tiene la forma de media luna con la concavidad hácia arriba, pero que adquiere la forma de un rombo si se tira de sus estremos. Se diseca este colgajo y se reune la herida mediante la sutura continua de planos superpuestos, practicada con catgut.

Para disecar los colgajos, usa el Dr. Martín un bisturí especial y arrolla los pedazos de mucosa; pero se obtiene los mismos resultados con un buen bisturí de gran convexidad y unas pinzas largas.

Tabicamiento de la vagina por Le Fort.

Le Fort manifiesta que el descenso de la vagina por desprendimiento de sus paredes, reconoce por causa el prolapso del útero.

Este descenso de las paredes vaginales, que en ocasiones se presenta fuera de la vulva, hace suponer que si fuera posible evitarlo, no ocurriría el prolapso del útero y esto dió lugar á su idea de enlazarlas y para que esta unión fuera íntima, ideó seccionar de cada una de las paredes, un trozo vertical de la mucosa.

Procede á la reducción del prolapso, recurriendo, si es muy considerable, después de las maniobras manuales, al reposo prolongado de la enferma en una posición adecuada y permaneciendo varios días en cama.

Dispuesta la paciente con todos los preliminares que el caso requiere para practicar la operación, empieza por las inmediaciones de la vulva, que es el sitio donde con más facilidad se desunen las paredes vaginales.

Separada la vulva, practica dos incisiones transversales; una en la pared anterior y otra en la posterior de la vagina. Estas dos incisiones son el limite inferior de la superficie cruenta y cada una de ellas ha de tener unos dos centímetros. En cada uno de los estremos de estas incisiones, practica otra en dirección á la parte alta de la vagina y que sea de unos cuatro ó cinco centímetros. Inmediatamente procede á la diseccion de los colgajos, aconsejando que no deben tener mas anchura que la citada, porque dificultaria la reunión.

Recomienda que el colgajo debe ser muy delgado, bastando que la superficie quede cruenta, para evitar que profundizando demasiado, se acerque el operador al fondo de saco, riesgo que debe evitarse.

La sutura la practicaba Le Fort con hilos de plata ó seda, pero no habiéndole dado estos últimos buenos resultados, por las inflamaciones que ocasionaban, uti-

liza solo los de plata.

Aconseja que los hilos en las suturas, penetren hasta el centro de la superficie cruenta, pues si se limita á los bordes, no se reune la parte central y fracasa la operacion.

Dirije el primer hilo por el estremo de la herida, muy cerca del útero, quedando encargado por su situación á servir de reductor del prolapso; continua pasando los hilos restantes, entrando primero por la mucosa, atravesando después la herida y al salir, vuelve á penetrar en la otra superficie cruenta de la pared opuesta de la vagina y reaparece en la mucosa de esta misma pared.

No considera necesario la aplicacion de apósito, y á los quince ó veinte dias, cuando tiene seguridad que se ha consolidado la unión de las dos superficies, retira los hilos.

Asegura que ha obtenido multitud de observaciones de completa curación y que las funciones del coito y fecundación se verifican con normalidad y solo en un caso de parto, fué preciso seccionar la brida para dar paso al feto.

Todas estas operaciones que he espuesto, según ofi-
ran algunos autores, no han dado el resultado dura-
ble que se esperaba y á pesar de todos los esfuerzos
hechos para conseguirlo, de los muchos trabajos, de la
habilidad operatoria, y de la variedad de procedimientos,
el prolapso se resiste á toda esta terapeutica activa;
y en los casos en que ha surtido mejor efecto, se han
limitado á mantener reducido el útero por algun
tiempo, no tardando mucho en reproducirse la
caida del espresado órgano.

Algunos ginecólogos, con el objeto de generali-
zar estas operaciones en bien de la humanidad,
han dado cuenta á las Academias de casos de
curacion, que posteriormente se han visto reprodu-
cidos.

Segundo método.

Elevación del útero por acortamiento de los ligamentos redondos.=

En 1840 presentó Alquié en la Academia de Medicina una "Memoria sobre el nuevo método para tratar las dislocaciones de la matriz mediante la elevación de este órgano, acortando los ligamentos redondos." Alquié ideó esta operación principalmente con el objeto de corregir un prolapso uterino y con el mismo fin Deneffe intentó practicarla no pudiéndola llevar á efecto por impedirlo la atrofia de los ligamentos.

Malgaigne no la cree aplicable al prolapso, porque la resistencia de los ligamentos redondos, recortados y suturados, podrá ser suficiente para mantener en su situacion normal un útero en retroversión y enderezado durante la operación; pero esta resistencia será insuficiente para soportar el peso de todo el órgano, sino encuentra sosten en el suelo pelviano y se halla incesantemente atraido hácia la vulva por las paredes relajadas de la vagina y de la vejiga.

En 1858 Aran en su "Tratado de las enfermedades del utero" manifiesta que si bien no puede decirse que el procedimiento de Alquié es impracticable, encierra tan grandes dificultades y peligros, que no se puede recomendar.

Cayó esta operación en descrédito, sin haberse practicado más que incompletamente por Deneffe y Freund, hasta que Alexander la llevó á cabo en 1881 publicándola en el Diario Médico de Liverpol en 1883, habiéndola tambien ejecutado Adams en 1882, siendo por lo tanto estos dos cirujanos los que la dieron publicidad practicándola casi simultaneamente.

El acortamiento de los ligamentos redondos se ha utilizado en doble sentido; contra la retroflexión para mantener la reducción previamente efectuada y contra el prolapso uterino.

Técnica operatoria de la operación de Alexander.

Primer tiempo.= Colocada la enferma en la mesa de operación; preparada convenientemente, bien rasurada aséptica la región y rodeada de compresas de gasa esterilizada, se coloca el operador á la

izquierda de la paciente.

Despues de determinar las dos espinas pubianas, puntos de guia principales que es necesario no confundir con los angulos del pubis, se practica una incisión de cinco centimetros, que segun aconsejan Bonnet y Petit, no debe ser precisamente paralela al arco de Falopio, como dice el autor, si no formar con él un angulo agudo abierto hácia arriba y afuera.

Seccionanse sucesivamente las diferentes capas de la pared abdominal, separando los labios de la herida y haciendo la hemostasia hasta que aparezca la aponeurosis nacarada del gran oblicuo.

Inmediata y directamente se fija el índice izquierdo sobre la espina del pubis; se diseca con precaución, para poner al descubierto los pilares y las fibras arqueadas que limitan el orificio inguinal por arriba y por fuera. Se incide la pequeña lámina celular que se estiende entre los pilares del anillo inguinal. Inmediatamente aunque no siempre se presenta hácia fuera del orificio, un pequeño paque-

te de grasa; se separa el filete nervioso del génito-crural y con la sonda acanalada se busca el ligamento redondo, cordón rosado, que en su estremidad presenta el aspecto de pincel. Disecado éste, se cubre la herida con un tapón antiséptico y se pasa á practicar la misma operación en el otro lado.

Segundo tiempo.= Enderezamiento del útero.

Un Ayudante coloca en su posición al útero, valiéndose de una sonda y asegurándose por medio de la reducción bimanual, que el órgano se halla en contacto con la pared abdominal. El ayudante mantendrá colocada la sonda hasta la fijación de uno de los ligamentos.

Tercer tiempo = Aislamiento y acortamiento de los ligamentos.

El cirujano descubre las heridas, termina la completa separación de los ligamentos, ya con una espátula, ya seccionando con tijeras las partes fibrosas que los une á los tejidos inmediatos. Se procurará que la separación de los ligamentos llegue hasta las inmediaciones del orificio inguinal interno, es decir, que alcance una longitud de cerca de diez centímetros, pues aunque algunos cirujanos creen

suficiente cuatro ó cinco, solo se obtiene una reducción insuficiente.

La tracción de los ligamentos debe efectuarse á la vez en ambos lados y con igual tension, lo cual se obtiene con poco esfuerzo, no olvidando que á operadores poco prácticos hace sospechar esta facilidad, que se han roto. Cuando la traccion llega á sostener el útero, se nota cierta resistencia y para asegurarse de la suspension, basta observar las oscilaciones que esta traccion trasmite á la sonda introducida en el órgano reducido.

Para evitar herir la serosa, Duplay aconseja practicar una ligadura con catgut que cierre el fondo de saco que forma, pero otros autores no lo consideran necesario.

Cuarto tiempo.= Sutura de los ligamentos.

Sostenidos los ligamentos en moderada traccion por un ayudante á beneficio de pinzas, el operador provisto de una aguja curva, enebrada con seda, atraviesa primero el pilar esterno y el ligamento hácia su borde superior; despues el ligamento y el pilar interno, de modo que la es-

tremidad del ligamento redondo quede sujeta solidamente al orificio inguinal esterno. En el borde inferior del ligamento, se practica en la misma forma, otra sutura perdida. Se corta la porción del ligamento que sobresale de las suturas.

Si al desbridar se ha abierto algo el trayecto inguinal, se cerrará con una sutura de repulgo, hecha con catgut, para evitar las hernias consecutivas.

Quinto tiempo.= Oclusión de la herida.

Despues de limpia, se corta todos los restos y se procede á la sutura de ella. Si la herida ha quedado limpia no es necesario tubo de desagüe. Se aplica un vendaje antiseptico que ejerza una ligera presión.

Algunos autores entrecruzan los ligamentos y luego los fijan, haciendo previamente una incisión que se estienda de un anillo al otro. Otros fijan los ligamentos dentro del canal inguinal.

Curación y cuidados consecutivos.

Se cubrirá la sutura con gasa antiseptica y capa de algodon, aplicando una doble espica ligeramente compresiva.

La enferma permanecerá en cama durante veinticinco ó treinta dias y no andará hasta pasadas seis semanas.

Alexander cree debe tener aplicado durante la convalecencia, un pesario de Hodge y otro de tallo intrauterino, para asegurar con el primero, la ante-version y con el segundo la situación vertical. De esta manera quedan los ligamentos libres de la tracción, que sin duda ejerceria sobre ellos el útero.

Algunos ginecólogos creen, que si bien no consideran necesario el pesario intrauterino, debe sostenerse el útero con uno de Hodge ó con tapones antisépticos, frecuentemente renovados.

Otros creen que previamente debe consolidarse la vagina y el periné.

De esta operación se han publicado numerosas observaciones y en estos últimos tiempos se ha generalizado tanto, que se practica en todas partes, aunque con resultados variables.

Solo está indicada para mantener el útero en ante-versión y unicamente debe practicarse en los casos de dislocaciones dolorosas

facilmente reductibles y en aquellos en que la aplicación de pesarios y otros medios no han dado resultado.

En estos casos, según opinan algunos ginecólogos y entre ellos Bonnet y Petit, pueden obtenerse curaciones muy satisfactorias.

Tiene además la ventaja, que no presenta el menor obstáculo al desarrollo normal del embarazo ni dificulta el parto, habiéndose observado que despues de éste, no aparece tendencia á reproducirse la dislocación.

Alexander, Polk, Doleris y otros, han observado muchos casos de sucesión sin alteraciones de ningún género.

Se han publicado exitos brillantes de este procedimiento, entre ellos los que cita Polk, en Nueva-York el año 1886, refiriéndose á quince operadas, seguidas de completa curacion; por lo que dice "que renuncia á toda operacion plástica de la vagina, atribuyendo los exitos al acortamiento de los ligamentos redondos"

Sin embargo, el Dr. Pozzi no es de la

misma opinion, asegurando que los resultados de esta operación no son todo lo satisfactorios que era de esperar; pero en cambio, si se combina con las operaciones plásticas del periné y de la vagina, es de resultados escelentes.

Su accion benéfica, consiste probablemente, en el enderezamiento de la retro-version concomitante con el prolapso, lo cual constituye uno de los elementos de éste.

Según Richelot, esta operación espone á hernias inguinales; es una operacion ciega que obra empiricamente.

Second opina que es impotente para corregir el prolapso.

Dumoret dice que esta operacion es algunas veces imposible, otras insuficiente, pero en muchas ocasiones, de resultados satisfactorios.

Debe tenerse muy presente, antes de realizarla, asegurarse del estado en que se encuentren los ligamentos del útero, que frecuentemente se hallan alterados y al-

guna vez atrofiados y en estos casos no pueden utilizarse para fijar el organo, siendo casi segura la recidiva

Antes de esponer las diversas operaciones comprendidas en el tercer método, conviene tratar por los numerosos servicios que presta, como complemento á las operaciones descritas en los métodos anteriores, de la **amputación** del cuello uterino, como operacion preliminar, destinada á impulsar la retracción del utero en los casos de prolapso con hipertrofia del cuello.

Sin embargo, en la ejecucion no debe seguirse el ejemplo de Huguier, que no se preocupa de la reunión consecutiva, sino que por el contrario hay que asegurarse siempre de la coaptacion de las mucosas, despues de haber escindido de cada labio un colgajo conoide.

Para practicar esta operacion hay que tener cuidado de no herir la vejiga, lo cual se consigue introduciendo una sonda de hom-

bre en ella, para que sirva de guia, quedando á su cuidado un Ayudante.

Tambien hay que tener presente no herir el peritoneo ni el recto, lo cual se evita dirigiendo el corte del bisturí hácia la pared que nos proponemos estirpar.

Con una sutura se reunirá despues la mucosa vaginal con la del cuello, no olvidando que esta sutura será impracticable, si el segmento escindido es demasiado grande; circunstancia no necesaria, por ser suficiente para los fines que se desea, la amputacion de una pequeña parte del cuello.

Además del procedimiento de Huguier (amputación conoide) en la histerectomia cervical supra-vaginal, para combatir el prolapso, debe citarse el de Schroder, por ser preferible al de Huguier. Consiste en separar el cuello del utero de la vejiga hacia delante y del fondo de saco peritoneal hacia atrás, dividiendo el cuello en dos valvas: una anterior y otra posterior, haciendo la resección de ellas.

Tercer método.

Sutura del utero á la pared abdominal.

Esta operacion es de las que tienen más variada y numerosa sinonimia.

Entre las denominaciones que ha recibido citaré las de

Ventro-fijación (Olshausen)
Histerorrafia (Helly)
Autefijación (Sænger)
Histeropexia (Trellat-Pozzi)
Laparo histerorrafia (Terrier)
Laparo histeropexia (Dumoret)

no citando otras, porque seria muy larga esta relación.

Sin embargo, aun pareciéndome muy oportuna la consideración, que sobre este asunto, expone en su notable obra el célebre Dr. Baudouin, diciendo que "debia ponerse un freno á la fabricación de palabras en Medicina y en Ciencias naturales," creo muy justo manifestar

que las voces empleadas por ginecólogos extrangeros para designar la apertura del vientre, esto es, gastrotomia y laparo-tomia son incorrectas, puesto que gastro significa estómago y láparo, vacio; y no son estas regiones las que se interesan para practicar la histeropexia; siendo mucho más exacta y correcta la denominación de Koilio-tomia, que propuso mi distinguido é ilustrado maestro Dr. Busto.

El radical Koilia significa cavidad del vientre, (según el Diccionario greco-latino de Alexandre = Paris 1852); y por lo tanto, la abertura de la cavidad del vientre para fijar el útero á la pared abdominal, debe recibir única y esclusivamente el nombre de Koilio-tomia.

El término Koilio-tomia es rigurosamente científico y cuando se haya de aplicar en sentido general, debe sustituir á las denominaciones hasta hoy empleadas.

Histero-pexia

La voz histeropexia, etimologicamente considerada, proviene de hister: matriz y pexis: fijar.

Habiendo observado en varias ocasiones que la fijacion del pedículo de los quistes ováricos fuera del abdomen, producia resultados escelentes en las dislocaciones del útero, sujirió la idea de soldar este órgano á la cavidad abdominal por intermediación de los ligamentos anchos, con ó sin ablación de los ovarios, ó bien diredtamente al nivel del fondo.

La primera operación de esta clase la practicó Keberlé, cirujano de Strasburgo, que en Marzo de 1869, en un caso de oclusion intestinal incindió las paredes abdominales, atrajo el utero que estaba en retro-flexion, estirpó un ovario sano y suturó el pedículo al borde inferior de la herida.

Esta operacion, llamada á figurar mucho en el porvenir, puesto que era considerada como el punto de partida de todas las fijaciones artificiales en los órganos de la cavidad pelviana,

fué llevada á cabo por Sims; pero estos casos de Keberle y Sims, fueron solo hechos aislados, sin método definido, hasta que Olshausen en un notable trabajo, el año 1886, sistematizó por primera vez esta operacion, llamandola ventro-fijacion y que muchos autores insisten en denominarla operacion de Olshausen.

En 1888, Terrier practicó la primera ventro-fijacion en Francia, después de Keberle y no pareciéndole bien esta denominacion, la llamó histerorrafia, estableciendo la importante division de estraperitoneal ó intraperitoneal, segun se abria ó no el peritoneo.

El Dr. Tellat tambien se reveló contra la palabra ventro-fijacion y queriendo darla una denominacion más aceptable y significativa, propuso la de histeropexia.

Dumoret la denomina laparo-histeropexia, operación que consiste en la abertura del vientre y en la fijacion del utero, mediante puntos de sutura, desde el cuerpo del mismo ó sus anejos á la cara posterior de la pared abdominal anterior.

La histeropexia puede ser util contra la caida del utero, pero no lo es en todos los prolapsos genitales.

Practicada solo la gastro-histeropexia, no se logra más que corregir incompletamente dicho prolapso. La histeropexia por sí sola, podrá satisfacer en los casos relativamente raros en que solo hay procidencia del utero y no haya sufrido aumento de volumen. En todos los demás casos, hay que practicar en el cuello en la vagina ó en el periné una operacion complementaria, que consistirá en la amputacion conoide de Huguier ó bicónica de Simon, en la elitrorrafia anterior y posterior, colpo-perineorrafia, tabicamiento de Le Fort, etc.

La histeropexia no tiene ventaja alguna sobre la operacion de Alexander, la cual por si no basta tampoco y no constituye por lo tanto mas que un precioso auxiliar.

Siendo la operacion de Alexander de una benignidad relativa é innegable, el cirujano sin embargo debe recurrir al procedimiento mas grave, cuando el más benigno no le ha producido el exito deseado.

Como hasta ahora son muy recientes y

no escesivo el número de las operaciones de esta dase, no existen los datos necesarios para desechar el mérito de la histeropexia.

El poco exito que obtuvieron Olshausen, Philips, Terrier y otros, dió sin duda lugar á que cirujanos de diversos paises no se mostraran muy favorables á la practica de la histeropexia para combatir el prolapso.

Kelly en 1887 la niega todo su valor.

Muller, que la ha practicado muchas veces, dice sus consecuencias han sido deplorables por la recidiva del prolapso uterino y de la vagina.

Schroder tampoco tuvo buenos resultados.

Y en este sentido se citan casos numerosos de otros autores.

Por último, cuando existe gran hipertrofia del cuello y prolapso de la vagina, de nada servirá fijar el utero, ni aun estirparle, pues con todo esto no se impedirá que el prolapso vaginal vuelva á manifestarse de nuevo, con todos sus inconvenientes.

Todo lo espuesto nos enseña que, fuera de los casos escepcionales de prolapso uterino sin

ple, la gastro-histeropexia, como la operacion de Alexander, necesitarán ir siempre combinadas con una operacion complementaria practicada en el cuello, vagina ó el periné.

El Dr. Piras, en una reciente memoria sobre la histeropexia, manifiesta que el análisis de las observaciones, ha demostrado que todo procedimiento de ventro-fijacion debe llenar dos condiciones esenciales.

La **primera** se funda en crear, entre la matriz y el abdomen, adherencias sólidas, que puedan soportar sin relajarse ó romperse, el peso del útero y de la masa intestinal, y ser capaces de resistir á las tracciones producidas por el embarazo y el parto.

Cualquier relajacion ó distension que pueda determinar la recidiva del prolapso uterino, es peligrosa y debe prevenirse.

La formacion de bridas ó de pediculos, que sean agentes de estrangulacion intestinal, debe evitarse.

En corto número de enfermas operadas por Mapier y Schadit, la recidiva ocasionó

dos muertes. Jacobi y Olshausen citan casos desgraciados. Henry Leon refiere otros hechos, en que á los siete meses de la operacion se desgraciaron, por la formacion de bridas de seis centímetros.

La segunda consiste en que no exista obstáculo, que impida la distension del útero durante la gestacion

1ª condicion.= Es necesario fijarse en la estension de las adherencias. La creacion de estas, mediante un solo hilo, no es suficiente segun opinion de Routier y si bien es verdad que el empleo de dos ó mas hilos no han impedido la recidiva como afirman Leopold, Frommel, Loblein y otros, consiste en que en estos casos no se ha tenido presente la segunda condicion, de que hemos hablado.

Respecto á la naturaleza de las adherencias, ha hecho una clasificacion Greig- Smith, denominandolas: fibro- fibrosas, que son las mas solidas, fibro- serosas y sero- serosas. Ha demostrado este notable profesor, que las adherencias de serosa á serosa pueden ofrecer la

misma solidez que las de músculo á músculo.

Segun Leopold debe interesarse la túnica esterna del útero, y segun Thiriar un trozo de peritoneo visceral con algo de tejido uterino.

Lo que importa sobre todo, es suturar el útero á un tejido resistente, que no se relaje con facilidad y que no sea cortado por los hilos. La capa musculo-aponeurótica de la pared abdominal, satisface á estas exigencias.

No sirve solo interesar el peritoneo parietal, pues esta hoja serosa, solo está unida á la pared del abdomen por un tejido celular muy ténue, que no ofrece sólida resistencia á los hilos.

La del peritoneo visceral, está unida íntimamente al cuerpo del utero y sin embargo, puede ser facilmente seccionada por los hilos, sino se engloba en la sutura al mismo tiempo, una notable porcion de tejido uterino. Así se esplican algunos casos desgraciados, en operadores que solo han interesado en las suturas las dos hojas del peritoneo.

El temor de atravesar la pared uterina no está justificado. Salvo en casos escepcionales

fáciles de reconocer y en los que debe tomarse precauciones especiales, el espesor de la pared es de centímetro y medio, lo que permite hacer pasar facilmente la aguja en su interior, sin atravesar la cavidad uterina. Basta pensar en el peligro de la perforacion. Este accidente, espondria los hilos á la infección al cabo de cierto tiempo y podrian determinar fístulas.

Algunos hechos de este género han sido espuestos por los Drés Jacobi y Sarcyenne.

Las opiniones difieren sobre la naturaleza de los hilos que deben emplearse. Sarcyenne emplea agujas para fijar el útero; otros cirujanos hilos de plata; la mayoría han renunciado á las suturas temporales; ellos reprueban de este sistema la necesidad de separar los hilos, que tirando más ó menos de las adherencias formadas, pueden favorecer la infeccion: son partidarios para la fijacion, de las suturas perdidas, reunidas en los labios de la incision abdominal. Esta técnica dá lugar á la union perfecta

de los tejidos. De estos cirujanos, los unos como Richelot, emplean el catgut; los otros como Terrier y Pozzi, se sirven de la seda. Otros se abstienen de inclinarse por alguna de estas dos opiniones. La discusion sobre esto es antigua y solo las estadísticas bien hechas podrán, al cabo de tiempo, resolver la superioridad de la seda ó la del catgut. Se considera, por ahora, buenos los dos sistemas, mencionando sin embargo, que las faltas de éxito, se han atribuido al empleo del catgut.

Polaillon lo defiende; Spacth lo combate.

Teannel de Toulouse, en una comunicacion enviada al Congreso de Burdeos, relata los hechos siguientes: "He empleado el catgut y la seda en un mismo número de enfermas. Entre mis operadas, he vuelto á ver 18: una mujer de cincuenta años, suturada con catgut, recidivó; dos habian mejorado, y las 15 restantes gozaban de una completa y perfecta salud."

2ª condicion = Sinder ha sido el primero

que ha indicado los inconvenientes que presenta la sutura del fondo del útero. El aconseja que los hilos, solo deben colocarse sobre la pared anterior. Despues de él, Laroyenne ha insistido en el Congreso de Burdeos en **1895**, sobre la necesidad de no crear obstáculos al desenvolvimiento del útero en gestacion, y ha demostrado que esto se puede conseguir, creando adherencias sólidas. El se esplica en los términos siguientes:

El orificio de la trompa, se encuentra por delante del eje uterino. Este orificio se halla, á igual distancia del fondo de la matriz y de un plano horizontal que pase por el orificio interno, lo que demuestra que el desenvolvimiento del útero se hace, sobre todo, por la pared posterior y por el fondo; y que en la histeropexia, los hilos fijadores deben hallarse esclusivamente sobre la pared anterior y no sobrepasar en altura, el plano de los orificios tubarios.

El estudio de los fenómenos de la gestacion, nos proporciona una nueva in-

dicacion; se sabe que las caras laterales del útero, se desenvuelven mucho más que la cara anterior. En la parte inferior de esta última, es donde las dimensiones aumentan; así convendrá no emplear puntos de sutura verticales, que impedirán la ampliacion del segmento inferior; ni de puntos oblicuos, que quitarán la accion sobre las caras laterales; sino solamente puntos transversales, en número de dos ó tres, en la parte superior de la cara anterior y por debajo del plano de los orificios tubarios.

La operacion que recibe el nombre de histeropexia, se divide en dos clases, segun se includa ó nó el peritoneo: extraperitoneal é intraperitoneal

Histeropexia extraperitoneal.

Comprende dos variedades: en la primera se opera completamente por encima del pubis, como en la histeropexia intraperitoneal.

Segun Emmet, Hunter y otros cirujanos americanos, fué imaginada por Sims en 1859.

Caneva, cirujano italiano, la reinventó en 1882, para combatir el prolapso uterino, ignorando, sin duda, las tentativas de Sims.

El procedimiento consiste, en introducir una aguja por encima del pubis en la cavidad peritoneal, atraviesa el útero y lo fija á la pared anterior del abdomen.

En 1888, el Dr. Candelas, profesor de ginecologia de Valencia, describió otro procedimiento de histeropexia estraperitoneal, bajo el nombre de histero-gastro-raafia vaginal; consiste en pasar hilos fijadores por la vagina y el interior del útero, á traves de la pared abdominal.

El procedimiento de Caneva, fué una concepcion teórica, puesto que no lo practicó y está casi abandonado, asegurando Mr. Terrier, que es natural que desaparezca su uso, por que está basado en el temor, hoy, muy injustificado, á la laparotomia.

Técnica operatoria de Caneva.

Este cirujano, despues de describir todos los

cuidados que preceden á la operacion, entre ellos, irrigaciones vaginales con solucion fenicada, durante algunos dias; preparado el instrumental y observando todas las reglas de una verdadera antisepsia, procede á la operacion.

Vacia la vegiga, cloroformizada la enferma, confiada á un ayudante una sonda, previamente introducida en el útero, y haciendo que la cara anterior de este organo se ponga en relacion con la pared abdominal, practica una incision de seis á siete centímetros y distante unos cinco de la rama horizontal del pubis. Incindiendo capa por capa, llega á la serosa peritoneal que la descubre en toda la estension de la herida. Con el mango del bisturí ó con los dedos, separa el peritoneo de los costados de la abertura. El operador, con una aguja fina enhebrada de catgut, practica la sutura entre las dos caras del peritoneo (visceral y parietal.) Esta sutura puede, segun las circunstancias, hacerse con uno ó mas hilos. Se quita la sonda, se lava la herida, se asegura el operador que la matriz quede sujeta y termina con los puntos.

de sutura de la pared abdominal. Ultimamente, coloca la cura Lister y un vendage contentivo.

Algunos cirujanos, entre ellos Kaltembach y Kelly, han practicado esta operacion; pero habiendo Ossaky interesado un asa intestinal al suturar la serosa, ha demostrado que este procedimiento es tan brillante como ciego.

Histeropexia vagino-pubiana
(histero-gastrorrafia vaginal de Candela)

Practicada por su inventor para combatir un prolapso uterino.

Operacion.= Despues de la desinfeccion, acostada la enferma sobre el dorso; vacia la vejiga y colocada la sonda en la uretra, el operador introduce la canula porta aguja en el útero, y con la otra mano deprime la pared abdominal. Despues de asegurarse del contacto de la pared al fondo del útero y de la situacion de la estremidad de la cánula en uno de los

ángulos de la cavidad uterina, se hace funcionar el botoni de la cánula, y la aguja que conduce atraviesa sucesivamente el fondo del útero y la pared del vientre. Seguidamente se pasa un hilo por el ojo de la aguja y se retira ésta. Por una maniobra idéntica, se coloca un segundo hilo en el otro ángulo del útero. Los orificios de salida de los dos hilos deben hallarse á tres ó cuatro centímetros uno del otro.

Inmediatamente procede á la ligadura por los hilos. Los dos cabos que salen por la vagina los reune por un nudo sólido. Tira lentamente por uno de los cabos supraputianos, hasta que salga el nudo por uno de los orificios. De este modo queda un solo hilo.

El cirujano aproxima el útero á la pared y anuda las dos estremidades del hilo, sujetándolas sobre una pequeña plancha de marfil, provista de ranuras.

Para favorecer la produccion de las adherencias, el autor inyecta tintura de yodo por los orificios de los tubos fijadores.

Para sostener el útero, hace el taponamiento vaginal y aplica un apósito antiséptico. Quita el hilo fijador del octavo al décimo

día.

Algunos cirujanos encontraron este procedimiento escelente, otros aceptable y otros ingenioso.

Esta operacion, como la de Caueva, parece ser de una ejecucion más facil que la histeropexia intraperitoneal, y sin embargo, hay predileccion por ésta última, porque á aquella la atribuyen los inconvenientes siguientes: posibilidad de herir la vegiga, el epiplon ó el intestino, y la imposibilidad de saber el estado de los anejos.

Histeropexia abdominal intraperitoneal.

Es la operacion generalmente empleada y ha sido llevada á cabo en Francia por Terrier, en Inglaterra por Tonh Philips y en Alemania por Olshausen.

Comprende dos tiempos: la laparotomia, que consiste en la abertura del vientre; y la histeropexia, que es la fijación del útero á la pared abdominal.

Para obtener el objeto de este último, existen tres métodos.

Directo = que consiste en fijar el cuerpo del útero á la pared abdominal.

Indirecto = que fija los pediculos anejos ó los ligamentos.

Misto = que fija el útero y pediculos anejos ó los ligamentos.

El método directo puede tener lugar por suturas temporales, como lo realizan Thomas, Tait, Leopold y Hennig, ó por suturas perdidas, como lo practican Czerny, Terrier, Laroyenne y Pozzi

El método indirecto consiste en fijar los pediculos de los anejos á la pared abdominal, que es el procedimiento de Keberle, ó en fijar los ángulos y bordes del útero, como lo verifican Olshausen y Sänger.

El método misto se funda en fijar, no solamente el cuerpo del útero, sinó los ligamentos ó un pediculo de los anejos, como sucede en los procedimientos de,

Henning, Hofmeier, Prager y Doleris.

Es imprescindible para realizar las operaciones comprendidas en estos grupos, sobre todo en los metodos indirecto y misto, que el operador tenga muy presente, que si existieran desviaciones antiguas que muchas veces acompañan al prolapso, suelen hallarse modificaciones del tejido uterino al nivel del punto de la curvadura, y además alteracion en la testura de los ligamentos, que impiden utilizar estos órganos para las suturas.

Debe el operador, tener tambien mucho cuidado en la colocacion de los puntos de sutura, pues si se colocan al nivel de la insercion de los ligamentos sobre los cuernos uterinos, se crea un espacio libre, una especie de ojal que permite la entrada del intestino y su estrangulacion; ó por lo menos, haciendo el efecto de una cuña, distiende y rompe las adherencias.

La diversidad de métodos, reconoció por causa, segun opina el Dr. Pirás, el facilitar la distension de la vegiga; pero en su concepto, considera inútil tal precaucion.

En Alemania, el procedimiento de Olshausen ha adquirido mucha celebridad; consiste en fijar cada cuerno uterino por tres puntos de sutura, situados por dentro de la arteria epigástrica.

Estos hilos solo interesan los ligamentos redondos y el borde interno de los ligamentos largos; atraviesan la pared abdominal á algunos centímetros hácia fuera y á cada lado de la incision.

En la actualidad, los procedimientos más usuales son los de fijacion directa y entre ellos, los de Leopold, Laroyenne, Terrier y Pozzi, de los cuales me voy á ocupar, mencionando tambien el de Doleris.

Procedimiento de Leopold.

Este cirujano la practicó en 1888, fijando el fondo del útero, mediante tres hilos de seda, á la pared abdominal.

Despues de practicada la abertura del vientre y enderezado el útero, atraviesa enteramente la

pared abdominal de delante atrás, por fuera de los bordes de la herida y al nivel de la altura del fondo del órgano, mediante una aguja enhebrada con un hilo de seda.

Penetra en el espesor del tejido uterino al nivel de las inserciones de los ligamentos redondos, por debajo de la serosa y de la capa superficial del tejido muscular, en una estension de un centímetro, y despues en sentido de atrás adelante, vuelve á atravesar la pared abdominal en el otro labio de la herida.

Encima de la primera sutura, se practica una segunda en la linea transversal, que reune las inserciones tubares (del origen de las trompas) en un ancho de dos centímetros, y ultimamente, otra tercera por encima y á un centímetro de la segunda

Con el objeto de facilitar la adhesion, Leopold raspa ligeramente la superficie del útero, precaucion segun Piras, completamente superflua.

Reune los labios de la herida abdominal y anuda, apretando estas suturas de

modo que la cara anterior del útero quede exactamente aplicada al peritoneo parietal; une el resto de la herida por sus estremos y al cabo de unos quince dias, se quitan las suturas del útero.

Cree Leopold que estas suturas son mejores que las perdidas, y dice que las adherencias que obtiene, son menos apretadas y menos molestas para la vejiga.

Sin embargo, opina Piras, que además de merecer censura la fijacion del fondo del útero, la merece tambien el empleo de suturas temporales.

Segun Pozzi, es conveniente la colocación de un pesario de Hodge por espacio de un mes, para facilitar que las suturas mantengan la buena posicion obtenida.

Procedimiento de Lacoyenne.

Este operador describió en el Congreso de Burdeos en 1895 su tecnica operatoria, de la que ha obtenido brillantes resultados.

Consiste en la dilatacion del órgano por las

candelillas de Hegar; introduccion de un grueso histerómetro, por medio del cual, un ayudante hace que la matriz se apoye sobre la pared abdominal, de tal suerte que el cirujano al practicar la incision del abdomen, se encuentre inmediatamente en relacion con la pared anterior del útero.

La abertura practicada en la pared abdominal, es un ojal de cuatro á cinco centímetros, cerrado mas bien que abierto, por el útero, que viene á aplicarse á su nivel y que ya levantado, indicaba en que punto preciso debia practicarse la incision. Se procede á fijar inmediatamente el órgano, por medio de dos ó tres agujas que atraviesan el plano aponeurótico y el peritoneo de la pared abdominal, y la cara anterior del útero. Se enhebran con crin de Florencia y se retiran y anudan sucesivamente.

A esta operacion tan benigna, debe unirse en concepto de algunos autores, la destruccion de adherencias membranosas y la ablacion de uno ó dos de los anejos, que complica nece-

sariamente la intervención quirúrgica.

Este proceder operatorio, justificado por los casos de éxito, puede ser susceptible de simplificación.

El empleo de la pinza erina, permite sujetar el útero mas facilmente que con el grueso histerómetro, que en ocasiones no es posible su introduccion. La esploracion de los anejos con la mano, es precaucion que no debe olvidarse, cualquiera que sea el diagnóstico formulado anteriormente, y es estraño que Laroyenne olvide este dato.

Recomienda no romper las adherencias membranosas que puedan existir, y Piras, lo mismo que Ferrier y Richelot, conceptúan este proceder muy nocivo, considerando en ciertos casos indispensable la rotura de las referidas adherencias para colocar el útero en su posicion normal.

Tambien puede obtenerse buenos resultados con una simple sutura horizontal, ejecutada con seda ó con catgut y perdida entre los labios de la incision.

Procedimiento de Terrier.

El profesor Terrier describe su operacion de la manera siguiente:

Incision de la piel en la pared abdominal sobre la linea media, que empieza á unos siete centímetros por bajo del ombligo y termina á unos cinco por encima del pubis. La capa adiposa subcutanea, bastante espesa y vascular, escige la aplicacion de cinco ó seis pinzas hemostáticas. Incision de la linea blanca sobre el borde interno del músculo recto derecho; abertura del peritoneo con el bisturí. Los bordes de esta abertura se sujetarán con pinzas de presion. Si hay necesidad de agrandarla se hará mediante unas tijeras romas.

Introducida la mano derecha en la cavidad abdominal, se sostiene el útero por su fondo y se atrae hácia la herida parietal.

Por medio de la aguja de Reverdin, se introduce longitudinalmente un hilo de seda en el fondo del útero, penetrando un poco en su tejido, y que sirve para elevar

este órgano y mantenerle detras de la abertura abdominal. Los intestinos se retiran hacia arriba y atras, por medio de compresas aséptricas.

Con un grueso catgut, se practican las tres suturas definitivas en la cara anterior del útero: la primera al nivel de la reunion del cuello y del cuerpo; la segunda hácia la mitad del cuerpo y la tercera muy cerca del fondo. Estos hilos atraviesan la capa superficial del útero, y todo el espesor de la pared abdominal, menos el tejido celular y la piel. En las estremidades del hilo colócanse pinzas de presión.

Despues de estar bien limpia la herida, se procede á las ligaduras, empezando por la inferior y terminando por la mas alta; manteniendo levantado el útero con el hilo de seda suspensor, mientras se practican las suturas.

La herida abdominal se cierra en su parte alta, mediante tres hilos de plata, que pasen por el peritoneo; y la parte baja con tres hilos de crin de Florencia.

En el ángulo inferior de la herida, se coloca un pequeño tubo de desagüe. Cura anti-

séptica.

Mr. Terrier emplea, segun trabajos presentados últimamente á la Academia, en lugar del yodoforno, el salol; y en lugar del catgut, la seda, colocando á sus enfermas en la posicion de Tredlenbourg, que permite separar los intestinos y sujetar mas facilmente el útero.

Procedimiento de Pozzi.

Este cirujano despues de terminar los primeros tiempos de la operacion, segun el procedimiento del Dr. Terrier, procede á suturar en la forma siguiente. Provisto de una aguja de Hagedorn, enhebrada de seda fina pero resistente, practica en la parte inferior de la herida dos puntos de sutura, comprendiendo la totalidad del plano sero-fibro-muscular de la pared abdominal, de manera que le sirva de punto de apoyo; á partir de ellos, practica un punto de refuerzo ascendente y en que la espiral, atraviesa sucesivamente toda la parte profunda de la herida abdominal (menos la piel y el tejido celular); la capa superficial del úte-

ro en su parte media y luego el otro labio de la incision abdominal. Son suficientes tres ó cuatro puntos de sutura. Luego que el útero se ha fijado á la pared anterior, termina la sutura de repulgo, con seda.

El cierre de la pared, se obtiene por medio de un doble repulgo de catgut; el primero, comprendiendo la capa musculo-aponeurótica, y el segundo la piel y el tejido celular subcutáneo.

Se consolida con suturas profundas, que sostengan la seda; y suturas intercaladas superficiales.

Procedimiento de Doleris.

Este cirujano, que no ha publicado segun Baudouin observaciones detalladas, asocia la fijacion del útero con el acortamiento de los ligamentos redondos y de las trompas, que inserta entre los labios de la herida, despues de sujetos y tirando de ellos hasta que sobresalen al esterior.

Todas las suturas las practica con crin de Florencia y las retira á los diez ó doce dias.

Segun algunos autores, este procedimiento tiene todos los inconvenientes de los otros, en que se

emplean suturas temporales. No constituye una histeropexia conservadora, puesto que anula, sin razon, las funciones de las trompas. No es un procedimiento de transicion entre la histeropexia y el acortamiento intra-abdominal de los ligamentos redondos. Es en realidad una combinacion de los dos metodos, esto es, una histeropexia compleja.

Accidentes que pueden sobrevenir en la histeropexia.

Dolores, hemorragia interna, shock por anemia aguda, hemorragias, perturbaciones del corazon ó riñones, atonia intestinal que puede ser la primera manifestacion de la peritonitis; si es primitiva, depende muchas veces de la hiperemia venosa, por la estancia prolongada de los intestinos al aire; peritonitis septica, producida con frecuencia por insuficiencia de asepsia en los operadores, instrumental ó en las cubiertas de la operada; odusion y parálisis intestinal; estrangulacion del intestino; peritonitis adhesiva y la perforacion.

Es indispensable en estos casos, hacer el diagnostico de sitio; ya que no sea facil el anatómico, por lo menos el topográfico.

Accidentes tardios.

Septicemia, oclusion intestinal, cuerpos abandonados en la cavidad abdominal (esponjas, compresas etc), uremia, embolia; desunion de la herida, hemorragias; perturbaciones debidas á la menopausia; eventracion.

Segun Sims puede sobrevenir la inflamacion de los ligamentos largos.

Segun Klotz suele presentarse la hernia en el angulo inferior de la herida.

Dutley manifiesta, no deja de ser frecuente una fistula estercoracea por abertura de un absceso profundo. Tambien puede presentarse fistulas purulentas.

Indicaciones.

La histeropexia está indicada en todo prolapso uterino simple ó complicado.

En los casos en que existe prolongacion hipertrófica del cuello.

En los que no ha dado resultado las operaciones plasticas de la vagina y periné.

Y ultimamente, en todos aquellos en que la gravedad del mal, tenga en peligro la vida de la enferma.

Contraindicaciones.

El Dr. Kustner en el Congreso de Fribourg, ha declarado que la histeropexia era un método defectuoso, cuando se empleaba durante el periodo de actividad genital de la paciente, esponiendo además, que el aborto era inevitable, fundandolo en una operada suya.

En cambio otros profesores como Routier y Sænger, han operado enfermas que han tenido sucesion despues de la operacion.

Polk, cree no debe practicarse la histeropexia, por temor á desgraciarse la enferma, cuando abriendo el vientre se observe:

1º = Adherencias importantes y sólidas

2º = Gran profundidad de la pequeña pelvis.

3º = Pequeñez notable del útero.

4º = Poca estension y gran rigidez de los ligamentos útero-sacros y del borde inferior de los ligamentos largos.

En estos casos, habrá en efecto, grandes dificultades para colocar el útero en contacto con la pared abdominal. y mantenerle en esta posicion.

Baudouin cree posible esto, pero en casos muy escepcionales y no lo considera motivo suficiente para detener al cirujano, manifestando que si alguna vez la fijacion directa fuera imposible, y no pudiera ponerse el útero en contacto de la pared abdominal anterior, debe recurrir á la fijacion indirecta, por medio de los ligamentos redondos ó largos, que sinó siempre, casi siempre es posible.

Cuidados posteriores á la operacion.

El Dr. Terrier se limita á hacer uso de las irrigaciones vaginales. Otros operadores, como Pozzi y Laroyenne, mantienen durante el tiempo que la enferma permanezca en cama, un taponamiento de la vagina, y otros como

Leopold y Sanger, colocan durante algun tiempo, un pesario, que en la mayoria de los casos, es el de Hodge.

Lo que debe tenerse muy presente, es que la enferma ha de permanecer en cama, durante tres ó cuatro semanas.

Alimentacion.

Los dos ó tres primeros dias estará sometida á dieta lactea; del tercero al quinto, sopas ligeras, alternando con leche; del sesto en lo sucesivo, ademas de la leche, viandas sencillas ó de fácil digestion. Durante algun tiempo, no debe hacer uso de sustancias farináceas ni leguminosas, segun opinion de Hoffmeir. Se la prescribirá para bebida alguna agua alcalina.

Si del quinto al sesto dia no hubiera habido evacuacion ventral, se la administrará un purgante ligero.

Pronóstico.

Algunos ginecólogos modernos, entre ellos Du-

moret y Piras, aseguran que por los resultados hasta ahora publicados, figuran en número muy reducido los casos de muerte, sobrevenidos á esta operacion, no ofreciendo mayor gravedad que una laparotomia no complicada, que en la actualidad constituye una operacion benigna. Solo en los casos de grandes desgarros intra-abdominales, y cuando haya que desprender fuertes adherencias, sobre todo con el recto, puede considerarse de gravedad.

Segun Baudouin, cuyos trabajos en este padecimiento son estensisimos, el pronóstico es benigno, cuando se trata de una laparotomia sin complicaciones, siempre que la intervencion sea perfectamente aséptica. Si hubiera adherencias perieterinas multiples y sólidas, aumenta la gravedad, que estará en relacion con la habilidad del cirujano. Si los anejos están enfermos, contribuyen á agravar el pronóstico.

Caracteres de los diversos procedimientos de histeropexia abdominal intra-peritoneal y crítica de algunos ginecólogos.

Olshausen-Sænger fijan á la pared abdominal los ligamentos redondos; resultando posibilidad de infeccion de la herida, por los hilos fijadores que atraviesan toda la pared abdominal.

Philips, adhiere un pedículo de ovariotomia.

Leopold, atraviesa con los puntos de sutura, todo el espesor de los labios de la seccion abdominal y penetra en el útero por su parte superior. Se ve obligado á retirar los hilos del 12 al 18 dias; pero siempre espera obtener una fijacion mas sólida. Emplea pocas suturas.

No se comprende la fijacion del útero al angulo inferior de la herida. Debia levantar más el útero y emplear más seda ó catgut. Las suturas fijatrices no son en realidad más que suturas profundas (medias ó inferiores) de la herida de la pared. De-

bian ser independientes los hilos superficiales, destinados á cerrar el vientre.

Terrier pasa los hilos por los tejidos profundos de la pared abdominal, y luego por la parte anterior del útero. Los hilos fijadores de catgut, quedan incluidos en la pared abdominal, al abrigo de toda infeccion. Czerny hace lo mismo.

Tait, Czerny y Henning fijan el útero por su fondo.

Baudouin cree que las suturas perdidas son siempre preferibles á las temporales.

El procedimiento de Doleris presenta todos los inconvenientes de las suturas temporales, y anula sin razon, las funciones de la trompa, lo cual debe evitarse en toda mujer joven, en la eventualidad de un posible embarazo. Este procedimiento es una combinacion de dos métodos; esto es, una histeropexia compleja.

Cuarto método.

Histerectomía.

Esta denominacion la propuso el Dr. Tillaux para los casos de estirpacion parcial ó total del útero.

Esta última se la conoce tambien con el nombre de ablacion total.

Comprende las siguientes variedades.

Abdominal
Cervical
Supravaginal
Vaginal
Perineal

De las mencionadas variedades, la única que tiene relacion con el prolapso uterino, es la vaginal, y por lo tanto, solo de ella me voy á ocupar.

Es una operacion relativamente antigua, pues segun datos históricos entresacados de reputadas obras de ginecologia, en 1822 la practicó Santer; y en 1826 Gustavo Hesse publicó una memoria sobre ella; pero principalmente á Recamier

en 1829, se debe el haber establecido las reglas para esta operacion, que posteriormente Velpeau realizó en 1839. Pero si bien las dos primeras operadas tuvieron un resultado satisfactorio, no sucedió lo mismo con las siguientes, llevadas á cabo por varios profesores, y entre ellos, por el Dr. Roux; así es, que en vista de tan desastrosos resultados obtenidos, y lo muy combatida que fué por los Dres. Lisfranc, Boyer y otros, gozó esta variedad de histerectomia, de una notoriedad pasagera.

En época reciente, los peligros de la estirpacion total por la via abdominal, impelieron á los operadores á buscar otro metodo, y Martin en 1875, Czerny en 1879 y Dumons en 1883, sacaron del olvido la histerectomia vaginal, utilizando la cirugia antiseptica; pues solo de este modo podia tenerse más seguridades en que los resultados fueran satisfactorios, habiendo conseguido los mencionados profesores, reintroducirla en la practica de la cirugia francesa.

El Dr. Pozzi la denomina colpo-histerectomia, para con una sola palabra comprender los órganos que se interesan en la operacion

que nos ocupa, y al describirla, se somete en general, á las instrucciones y procedimiento que emplea el sabio ginecólogo Dr. A. Martin.

Técnica operatoria.

Aconseja el operador, que antes de proceder á realizarla, es necesario asegurarse de la movilidad del útero y de la flexibilidad de los ligamentos anchos, mediante un profundo examen de la enferma, practicando la palpacion bimanual, tacto rectal y descenso del útero.

Otra de las precauciones que considera indispensables, es la prévia desinfeccion durante algunos dias precedentes á la operacion

El dia antes de efectuarla, deberá purgarse á la enferma, y tres horas antes de comenzarla, se la aplicará un enema, encargándose un ayudante de asegurar si el intestino se halla completamente vacio. Sin esta conviccion y la de haber evacuado la vejiga, no debe procederse á la operacion.

Cloroformizada la enferma y colocada en posicion dorso-sacra, dos ayudantes situados á

los costados, sujetan los muslos de la paciente en flexion, cada uno el de su lado, mediante un brazo, quedándole libre el otro, para ayudar al operador. Se deprime la horquilla con una valva y á beneficio de separadores, se alejan las partes laterales de la vulva. Se sujeta el cuello con pinzas de Musenx ú otras de aprehension, y se irriga moderadamente el campo operatorio.

Comprende la operacion cinco tiempos.

Primero = Abertura del fondo de saco de Duglas = Sutura vagino-peritoneal.

Un ayudante atrae, hacia adelante, el cuello hasta quedar bien tenso el fondo de saco posterior, y entonces el operador incinde este último en toda su estension, hasta llegar al peritoneo.

Introduce en este ojal practicado, el indice de la mano izquierda y con una aguja muy curva se dispone una serie de planos de sutura á lo largo de la incision vaginal, que abarquen todo el espesor de los tejidos hasta el peritoneo inclusive, para obtener, de conformidad con Martin, una hemostasis perfecta de los vasos vaginales, que de lo contrario, son causa frecuente de hemorragia

persistente, que dificulta mucho la operacion, quedando además cerrados de este modo, los intersticios celulares; y se evita ocurran desprendimientos durante las siguientes maniobras.

Si ocurriera que la insercion de la vagina en el cuello, fuese muy alta en la parte posterior, ó que el fondo de saco de Duglas se hallara obstruido por adherencias, es indispensable continuar disecando, y algunas veces convendrá disponer dos planos superpuestos de suturas.

Segundo tiempo= Sutura hemostática del suelo pelvico.

Se cambia de agujas, adoptando ahora otra mas larga, más fuerte y menos rebajada de corvadura; (las más convenientes son las de Dechamps). Con ella se hacen, á cada lado del ojal practicado, dos grandes puntos de sutura, que abarquen en conjunto, la parte posterior de los fondos de saco laterales de la vagina, y que penetrando profundamente en la base de los ligamentos anchos, vayan á envolver

las ramas inferiores de la arteria uterina, sinó alcanzan á cojer el tronco mismo de este vaso. Para llevar á cabo esta maniobra, es necesario colocar el índice en uno de los ángulos del ojal y deprimir con fuerza hácia adelante la base del ligamento ancho, conduciéndole enfrente del punto de sutura.

La aguja penetra á dos centímetros de distancia del ángulo de la herida, haciéndola volver á salir á un centímetro de su punto de entrada, con lo cual se constriñe un centímetro, poco más ó menos, del fondo de saco lateral de la vagina. Esta ligadura, que debe hacerse con seda muy resistente, ha de quedar bien apretada. Despues, por delante del primer punto de sutura y mas cerca del cuello, se hacen pasar á cada lado dos ó tres más, con lo cual quedan obliterados, por el lado de la vagina, todos los vasos, antes de haberse terminado los primeros tiempos operatorios.

No hay temor de interesar el ureter, por

hallarse situado más hacia adelante y arriba.

Tercer tiempo = Circuncision completa de la vagina.

El cuello del utero debe dirigirse con fuerza hacia atrás para mantener tenso el fondo de saco anterior. Se completa la incision al rededor de la vagina. El corte debe hacerse lo más cerca posible del cuello, pero á suficiente distancia de los tejidos enfermos. Procediendo así y dirigiendo el bisturí oblicuamente hacia el cuello, no se corre el riesgo de herir el ureter.

Terminada la incision de la vagina, se deja el bisturí, y con el auxilio del dedo, se procede á desprender la vejiga; solo en casos excepcionales, podrá echarse mano de las tijeras para esta maniobra. La estension y resistencia de estas adherencias es muy variada. Al cabo de un corto trayecto, el dedo nota una falta de resistencia, siendo esta la señal de que se ha llegado al límite de las adherencias de la vejiga, viéndose en algunas ocasiones el fondo de saco peritoneal

que se conoce por su aspecto azulado. Muchos cirujanos lo incinden, pero es preferible respetarlo, para que el útero al ser movido de un lado á otro, no conduzca y haga penetrar en el peritoneo la superficie ulcerada del cuello. En este nuevo ojal deben practicarse algunos puntos de sutura, para evitar ó detener la hemorragia que puede tener lugar.

Cuarto tiempo= Inversion del útero hácia atras= Ligadura de los ligamentos anchos.

Desprendido ya el cuello del útero, se le atrae hácia adelante; se deprime la parte posterior de la herida con una valva ó separador, y mediante una pinza curva de Museux, se coje por detras el fondo del útero y se le imprime un movimiento de báscula al rededor de la herida, quitando antes la pinza que sujetaba el cuello.

Este movimiento suele ofrecer dificultades, debidas á no estar bien desprendidas las adherencias del cuello, siendo preciso completardas.

Verificada la inversion del útero, queda la parte superior de los ligamentos anchos situada en la parte inferior; y en la superior, la base

de estos ligamentos. Se hace la ligadura de estos en tres paquetes, sin que sea menester el entrecruzamiento de los hilos, por una sutura de cadena. Se comienzan á practicar estas suturas y seccion por el lado izquierdo. Antes de desprender el útero por completo, se coloca un punto de sutura, que reuna el último paquete de ligamento audio ligado con la comisura de la herida vaginal. Despues se opera de igual modo el lado derecho y se termina, seccionando los últimos lazos que sujetan el útero, particularmente el fondo de saco peritoneal anterior, que se habrá procurado conservar antes, para que sirva entre tanto de dique á la infeccion que causaria el cuello invertido. Despues con pequeños tapones antisepticos de algodón, se procede al lavado y aseo perfecto de la herida.

Quinto tiempo. = Desagüe y curacion.

Para angostar la herida vaginal, se hace un punto de sutura á cada comisura de la misma. Antes de apretar los hilos, se introduce en el fondo de saco de Duglas, á manera de

tubo de desagüe, una tira de gasa iodoformica doblada, sujeta con un hilo para su facil reconocimiento y sobre ella, otras pequeñas que completan el apósito. Estas últimas deben reconocerse, pasado algun tiempo, para enterarse de la cantidad de serosidad sanguinolenta que fluya, permaneciendo introducida la primera, que se retirará al cabo de seis ú ocho dias. Este medio de desagüe es preferible al tubo de caucho, de que se sirve Martin.

Esta es la técnica operatoria que generalmente se practica, aunque varios cirujanos, entre los que se encuentran Fritsh, Olshausen y Muller han introducido algunas modificaciones.

Kaltenbach y Hegar opinan por la oclusion completa de la herida.

Hácia el año 1889, se generalizó notablemente la practica de la histerectomia vaginal para combatir el prolapso.

Fritsh se vió obligado á completar la operacion recurriendo á una estensa resecion de la vagina.

Braun y Pozzi practicaron despues como

complemento, la colporrafia anterior y posterior.

En la ablacion del útero debe comprenderse la de los órganos anejos, que no siempre se atrofian despues de la operacion, y cuyas funciones podrian continuar, dando lugar á accidentes posteriores, como lo demuestran las observaciones de Duncan (Londres = 1885.)

Entre los accidentes que pueden ocurrir durante la operacion y que debe el cirujano tener muy presentes para evitarlos, se encuentran: la hemorragia; herida de la vejiga y abertura del recto.

Para combatir la hemorragia, dispone de los medios de constriccion; ligadura elástica temporal por el caucho-out (Kleberg), y la ligadura elástica definitiva de Hegar.

Terminada la operacion, se someterá la enferma á una quietud y reposo lo más completa. Durante las primeras veinticuatro horas ó tal vez mas, la dieta será absoluta, administrándola fragmentos de hielo hasta que pase la accion del cloroformo. Tranquilizado el estómago, su alimen-

tacion consistirá en leche y caldos, y segun las condiciones de la enferma, se la irán prescribiendo alimentos suaves y de muy facil digestion. Podrá levantarse pasadas tres semanas y se la retirarán los puntos de sutura en dos ó tres secciones, con algunos dias de intérvalo.

La histerectomia vaginal se considerará indicada en los descensos completos, caida ó precipitacion, ya inveterados del útero y vagina, que constituyen una verdadera hernia; en los crecimientos rapidos del tumor, si ha adquirido una degeneracion maligna, quística, edematosa y supurativa en que la reduccion y retencion son imposibles, revelando los síntomas dominantes, fenómenos de compresion. En todos estos casos debe recurrirse á la histerectomia y despues á la colpo-perineorrafia, para estrechar el orificio vulvar.

La histerectomia vaginal es una operacion grave; no tanto como la abdominal, pero mas que todas las operaciones plasticas de que me he ocupado en esta memoria.

Solo en último estremo debe recurrirse á

ella.

En los casos en que sobreviene la muerte, ésta reconoce por causa la hemorragia, septicemia y el shock, y con menos frecuencia la embolia, ileo y tétanos.

La mortalidad producida por esta operacion, ha descendido notablemente en estos últimos años; en tales términos, que en 1877 ocasionaba un 82 por 100. de fallecidos, y en una reciente estadística publicada por el Dr. Martin, solo aparece un 15 por 100.

Apreciaciones de los cuatro métodos.

Aunque pudieran citarse algunos casos afortunados, si bien temporales, la opinion general es que los procedimientos basados en cauterizaciones, deben, en la mayoria de los casos, proscribirse.

La escision de la pared anterior de la vagina (Sims, Hegar, Emmet), es insuficiente y el prolapso, segun confiesa el mismo Emmet, se reproduce si al mismo tiempo no se obra so-

bre la pared posterior.

La escision de esta última pared, estrechando el ángulo inferior de la vulva (Simon Enumet), únicamente proporciona curaciones temporales. El útero en prolapso, obra á manera de cuña; separa el orificio vulvar estrechado, lo dilata y sale de nuevo al esterior.

Otros procedimientos (Kuchler y Auger), pueden ser suficientes para retener el útero en la vagina, pero dificultan la cópula, se acumulan los liquidos vaginales detrás del tabique vulvar, y el útero pesa sobre el obstáculo que se opone á su salida.

Le Fort opina que antes de poner á la enferma en peligro de muerte, como sucede con la histeropexia, aun en los casos más graves, debe recurrirse al tabicamiento de la vagina que detiene al útero.

Respecto á las apreciaciones sobre la histeropexia, teniendo en cuenta el número considerable de procedimientos, solo espondré las opiniones más culminantes y todo lo recientes que me ha sido posible adquirir.

Bandouin en su célebre obra sobre este asunto se espresa del modo siguiente: "Muchos cirujanos afirman que la histeropexia es una operacion detestable. Es seguro que los que no la han practicado, ignoran los resultados que nos ha producido, y desconocen su benignidad. Esto depende del temor que todavia les inspira la abertura del vientre.

Nada mas dificil que hacerse entender por aquellos que constantemente se tapan los oidos; no hay argumentos para convencer á estos detractores de la histeropexia."

Bandouin que así se espresa, cree lo mismo que Dumoret "que en todo prolapso uterino simple ó complicado, sobre todo en este último, la operacion de preferencia es la histeropexia intraperitoneal con fijacion directa; de lo contrario, se desenvuelven inflamaciones, que invaden la trompa y concluyen por accidentes de gran peligro."

Aconseja sin embargo Bandouin, que para tener mas seguridad del éxito, debe el ciru-

jano, en los prolapsos del útero considerables, practicar anticipadamente operaciones complementarias, como la colporrafia, colpo-perineorrafia, amputacion del cuello etc.

Trelat en 1888 manifiesta que la antefijacion del útero, es racional para ciertos casos de prolapso, sobre todo, si como ocurre con frecuencia, le acompaña la prolongacion hipertrófica del cuello. Tambien debe recurrirse á ella, cuando las operaciones plasticas sobre el periné son insuficientes y el útero concluye por insinuarse fuera de la vulva.

Ferrier, aunque considera esta operacion incierta en sus resultados, grave y algunas veces dificil, cree, debe recurrirse á ella cuando es imposible luchar con otros medios. Para que ofrezca más probabilidades de éxito, es necesario que los ovarios, trompas y peritoneo pelviano esten sanos.

Kelly aconseja que en los casos de prolapso uterino, en que ningun otro tratamiento ú operacion por la vagina puede curar, debe practicarse la histeropexia, debiendo tener en consideracion la edad, salud habitual de la enferma

etc. No pretende que tan importante operacion restituya al útero su posicion fisiologica, pero el prolapso se cura y los vasos uterinos vuelven á su estado normal.

Segun Piras, es tan beneficiosa la histeropexia, que favorece la concepcion; y el embarazo puede terminarse, si las adherencias ceden al desenvolvimiento del útero.

Los casos desgraciados de aborto, citados por algunos autores, son debidos en concepto del espresado Dr., á no haber practicado bien la operacion y á haber fijado el útero por el fondo, en lugar de haberlo verificado por la pared anterior. Estas mismas deficiencias son la causa de los partos prematuros.

Establece como deducciones, que no solamente es necesario intervenir, sinó que esta intervencion sea limpia, urgente y sensata. La inminencia de las complicaciones, debe inclinar al cirujano á operar pronto, si quiere evitar realizarla en peores condiciones y verse por lo tanto espuesto á resultados poco satisfactorios.

Segun Bonilly, la operacion de que nos

ocupamos, no debe practicarse, porque en la mayor parte de los casos no se trata solo del prolapso, sino que está acompañado del de la vagina, recto ó vejiga y la fijacion del útero no dá resultado.

Caneva se espresa en la forma siguiente: "En los casos graves de prolapso uterino, en que los mas ingeniosos pesarios no puedan tolerarse; en que las maniobras bien dirigidas han sido infructuosas y cuando la enferma insiste en desembarazarse de su padecimiento, debe practicarse la histeropexia, como cura radical.

La operacion está autorizada por la gravedad del mal, facilidad de su ejecucion y grandes probabilidades de buen éxito.

La ablacion del útero es un recurso estremo, unicamente aceptable en casos escepcionales, en que el prolapso es antiguo y ha adquirido tal volumen, que es imposible reintroducir los órganos á traves de la vulva"

El Dr. Richelot cita un caso, en que despues de practicada la ablacion, el prolapso de la vagina era de tal importancia, que

le obligó á tabicarla.

Observaciones clínicas.

Como complemento á este modestísimo trabajo, que tengo la honra de someter á la benignidad del respetable tribunal que ha de juzgarme, me ha parecido conveniente anotar, aunque muy á la ligera, la historia y los resultados obtenidos en algunas enfermas que tuvieron ingreso en el Hospital Provincial y fueron sugetas á diversos tratamientos quirurgicos; habiendo desempeñado el que suscribe, el cargo de ayudante, en las operaciones practicadas.

En primer lugar, debo hacer constar con sentimiento, que en todos los casos en que se empleó como medio de curacion la operacion de Alexander, el resultado no respondió á los deseos del operador, pues el útero, despues de quedar al parecer en su situacion normal, no tardó en desprenderse de sus medios de fijeza, dando lugar á tantas molestias y exposicion de la vida como existia antes de la operacion.

Pero si bien ha sido tan funesto el resultado obtenido por la expresada operacion, correspondiente al segundo método, ha sucedido afortunadamente todo lo contrario en las observaciones que cito á continuacion y cuyas enfermas fueron sometidas al tercer método, ó sea á la autofijacion del utero, habiendo obtenido resultados tan satisfactorios que, algunas de ellas, se han hecho con posterioridad embarazadas no solo una sino varias veces, encontrándose despues de estos nuevos trabajos de la matriz, en perfecto estado de salud.

Observacion primera.= Ignacia Gorostegui; setenta y seis años, viuda, natural de Villafranca (Guipuzcoa). Tuvo cuatro hijos; el último despues de un parto dificil y de larga duracion, del cual, segun referencia de la enferma, quedo resentida.

Ingresó en la clinica en 9 de Mayo de 1891 con un Prolapso uterino de 3er. grado, presentando como síntomas culminantes: tumor constitui-

do por el útero entre los labios de la vulva, cistocele y uretrocele, hemorragias, imposibilidad de la progresion y fenómenos generales de importancia; pero con tales energias á pesar de la edad, que en oposicion al parecer facultativo, insistió en que se la operara.

El 9 de Junio se la practicó la operacion en la forma que espreso al final de estas observaciones clinicas.

A pesar de que esta enferma la noche de operada, efecto de un acceso nervioso, se quitó el vendage, rompió los puntos de sutura, dando salida á la masa intestinal y hubo que practicar nuevas suturas despues de reacionarla, el curso de la operacion fué normal en lo sucesivo y salió curada á los dos meses.

Segunda = Eulalia Barquero, 40 años, viuda natural de Gascuña (Cuenca). Sin antecedentes patológicos hereditarios ni personales. Tuvo tres hijos con partos normales.

Ingresó el 4 de Julio de 1891 con Prolap-

so uterino en 3er. grado. Sin causa conocida y lentamente, en el espacio de dos años, dijo se la desenvolvió el padecimiento que le hacia imposible trabajar y vivir, por la multitud de perturbaciones en los aparatos digestivo y urinario, unidos al peso y molestias del tumor.

Fué operada á los quince dias de permanencia en el Hospital y salió convaleciente á peticion suya, al mes y medio.

Tercera.= Carmen Langarica de 24 años soltera, sirvienta, natural de Calamocha, (Teruel). Su primera menstruacion la tuvo á los 16 años, y las siguientes fueron siempre irregulares y escasas. A los 22 años tuvo su unico parto, muy feliz á pesar de que á los siete meses de embarazo y efecto de un esfuerzo para mover una cama, sintió un dolor intenso como de rotura, segun espresion de ella. Dos meses despues de dar á luz empezó á esperimentar peso en el perinè y compresion en la vagina y vulva, desapari-

cion de la regla y presentacion de flujo blanco. Un mes antes de su entrada en el Hospital desapareció este, reapareciendo la menstruacion.

Ingresó en la clinica el 9 de Mayo de 1893 con Prolapso uterino en 1er grado. Los síntomas culminantes eran: dolor en las regiones renales, perturbaciones en la emision de la orina é insomnio.

Se la operó el día 17 del mes de su entrada y se la levantó el apósito el día 23, hallandose cicatrizada la herida.

Esta enferma, al año siguiente se encontraba embarada de 8 meses.

Cuarta.= Alfonsa Herrero Sanchez de 38 años soltera, natural de Valladolid. Sin antecedentes patológicos hereditarios ni personales; menstruaciones normales.

Ingresó el 17 de Junio de 1895 con Prolapso uterino (2º grado), ocasionado por un violento esfuerzo tres meses antes.

Fué operada en 27 del espresado mes y salió con alta y curada á los 25 dias.

Quinta = Antonia Limon Hernandez de 30 años soltera natural de Brihuega (Guadalajara.) Muy buena constitucion y sin antecedentes patológicos.

Ingresó el 26 de Noviembre de 1895 con Prolapso uterino (3er grado).

Durante su estancia en el Hospital nada dijo que pudiera hacer sospechar estuviera embarazada. Se la operó salió curada y á los 7 meses se presentó de nuevo en la Sala para dar á luz. El parto y puerperio fueron buenos y la enferma y su hijo salieron perfectamente del Hospital.

Sesta = Juana Perez de 22 años, soltera, natural de Segovia, constitucion empobrecida abundantes menstruaciones y siempre periodicas, sin antecedentes hereditarios ni personales que se relacionen con el padecimiento actual.

Ingresó en la Sala el 9 de Junio de 1895 sufriendo un Prolapso uterino (3er grado) consecutivo sin duda segun relacion de la

enferma á distension de los medios de fijeza por esfuerzos violentos.

Fué operada el 23 de Octubre y salió curada al mes.

Septima.= Rufina Pardo de 50 años viuda, natural de Villarga (Lugo). Habia tenido dos hijos con partos muy dolorosos y de muchas horas de duracion segun espresion suya.

Ingresó el 24 de Febrero de 1896 con Prolapso uterino (2º grado).

Fué operada el 13 de Marzo y salió curada el 31 del mismo.

Octava.= Juana Romaran Campos de 46 años soltera, natural de Durango (Vizcaya).

Sin antecedentes hereditarios; menstruaciones normales y no suspendidas. Dedicada á trabajos fatigosos en el campo.

Ingresó el 21 de Marzo con Prolapso uterino (3er grado).

Fué operada el 27 del mismo mes y salió convaleciente sin autorización médica.

Novena. = Marcelina Criado Vallejo de 45 años soltera, natural de Gasmundo (Toledo) sirvienta. Constitucion fuerte temperamento marcadamente nervioso; sin antecedentes hereditarios y segun dijo salud habitual buena.

Ingresó el 22 de Abril de 1896 con Prolapso uterino (2º grado) predominando ademas de los sintomas propios del descenso, los del cistocele.

Fué operada el 13 de Mayo y salió con alta á los dos meses.

Décima = Bernabea del Campo Ruiz, de 38 años viuda natural de Villarrubia de los Ojos (Ciudad-Real.)

Ingresó con prolapso uterino el 23 de Marzo de 1896. Fué operada el 3 de Junio del mismo año y salió con alta el 31 de Agosto.

Undécima = Felipa Gonzalez de 34 años soltera, natural de Badajoz.

Ingresó en la clinica en Enero de 1897 con Prolapso uterino (2º grado).

Habia tenido tres partos; normal el pri-

mero, distócico segun relacion de la enferma el segundo y algun tiempo despues sintió mucho peso en el perine y deseos constantes de orinar; usó un aparato contentivo poco tiempo pues quedó por tercera vez embarazada. Ultimamente no podia moverse de una silla por el peso y edema en las estremidades inferiores y en la vulva segun se espresa. Abortó un feto que murió en seguida. Permaneció en cama 30 dias y hallandose muy mal ingresó en el Hospital.

Se la operó, salió curada y posteriormente en la misma Sala se la han asistido dos partos de termino, hallandose completamente bien.

El procedimiento empleado para practicar la histeropexia en las once observaciones clinicas que he citado ha sido el siguiente.

Preparada convenientemente la enferma; en completa vacuidad el tubo intestinal y la vejiga; perfectamente asepitico el instrumental, personal y region en la que se iba á operar se procedió á la histeropexia intraperitoneal

por el método directo á suturas perdidas utilizando la seda y la cin de Florencia hervidas en una disolución de acido fenico y ajustandose en todo lo demas del curso de la operacion puntos de sutura, curca, apósito, cuidados subsiguientes de la enferma y tratamiento, al procedimiento del Dr. Ferrier que con todos sus detalles he descrito en el lugar correspondiente.

Conclusiones.

La primera evolucion del prolapso, se anuncia por el tenesmo vaginal y sensacion de tirantez en el centro de la region umbilical.

Si los primeros sintomas no se manifiestan con claridad, debe reconocerse la enferma en pie, despues de pasear; y sino bastára, durante la epoca menstrual.

El tratamiento paliativo y mecánico que se emplea para combatir el prolapso del útero, es ilusorio en la mayoria de los casos; con frecuencia peligroso y algunas veces puede dar lugar á accidentes sépticos.

El tratamiento quirurgico es el más eficaz y de sus diversos métodos, el de eleccion es la laparo-histeropexia.

La posibilidad de embarazos despues de la

operación, necesita una técnica apropiada en toda histeropexia conservadora.

Las adherencias practicadas por la laparotomia, deben reunir dos condiciones esenciales:

1ª Ser de una fijeza absoluta.

2ª No ser un obstáculo al desenvolvimiento del útero, durante la gestacion.

Los únicos procedimientos de histeropexia que permiten obtener los resultados espuestos anteriormente, son aquellos, en los cuales la fijacion es directa, y obtenida por suturas horizontales perdidas, comprendiendo en una misma cicatriz, algun espesor de la pared anterior del útero, al nivel de su parte superior, pero por encima de la linea de las trompas; y por otra parte, sobre cada labio de la herida abdominal, interesando solo el plano muscular aponeurotico y el peritoneo.

Una histeropexia, ejecutada segun este procedimiento operatorio, entre los beneficios que re-

porta á las operadas con éxito, se consideran de gran importancia los siguientes

Favorecer la concepcion.

Ser muy casual el aborto y el parto prematuro.

Es indispensable vigilar mucho á las operadas mientras permanezcan en la cama, para evitar la infeccion, favorecer la formacion de adherencias solidas y asegurar su conservacion.

Antes de la operacion, es necesario observar cuidadosamente el estado general de las enfermas y mejorar, si es preciso, la tonicidad de sus tejidos mediante el regimen, permanencia en el campo, hidroterapia, electricidad, etc. etc. Los mismos cuidados deben tenerse presentes despues de la operacion.

Si el perinéé es insuficiente; de grandes dimensiones la abertura vulvar; y las paredes de la vagina se encuentran relajadas, será preciso, además de la útero fijacion, practicar la colporrafia

ó la colpo-perineorrafia.

Se recomendará con insistencia á las enfermas, que no se levanten antes del tiempo necesario para la consolidacion de las suturas.

Deberán aplicarse un cinturon ó faja abdominal apropiada y moderadamente compresiva, que se quitarán por la noche; faja que tambien deberan usar durante la gestacion, si llegara á presentarse

Debe recomendarse á las operadas, que eviten quedar embarazadas mientras su estado de salud no sea perfectamente normal, sobre todo en las visceras del vientre, y haya pasado bastante tiempo desde la época en que fueron operadas

He dicho

Madrid 1º Mayo = 1900

José Perez Erparriaga

Realizó el ejercicio del grado de Doctor y obtuvo la calificación de aprobado

Julian Calleja

Eduardo Chacón

Manuel Lucido

Aguilar

Emilio Lozoya

Pedro Salinas