Año 1909 N° 1931

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PROLAPSOS GENITALES - TRATAMIENTO

PROLAPSO DEL ÚTERO Y EMBARAZO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TRISTAN J. GONZALEZ

Ex-externo é interno por concurso del Hospital Rivadavia
Años 1906-7-8-9

«LA CIENCIA MÉDICA»
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CORDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

PROLAPSOS GENITALES - TRATAMIENTO

PROLAPSO DEL UTERO Y EMBARAZO

Año 1909 N° 1931

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PROLAPSOS GENITALES - TRATAMIENTO

PROLAPSO DEL ÚTERO Y EMBARAZO

—o—

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TRISTAN J. GONZALEZ

Ex-externo é interno por concurso del Hospital Rivadavia
Años 1906-7-8-9

«LA CIENCIA MÉDICA»
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CORDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Academia de Medicina

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTOS
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice decano

DR. D. ANTONIO GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con licen.)
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " ENRIQUE BAZTERRICA
" " ANTONIO C. GANDOLFO
" " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
" " BALDOMERO SOMMER
" " GREGORIO ARAOZ ALFARO
" " ABEL AYERZA
" " JOSÉ R. SEMPRUN
" " JAIME R. COSTA
" " FRANCISCO SICARDI
" " NICASIO ETCHEPAREBORDA
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. JONÀS LARGUÍA (Consejo Directivo)
" " RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	*Dr. Pedro Lacavera*
Física Médica	» *Jaime R. Costa*
Química Médica	» *Atanasio Quiroga*
Botánica Médica	» *Lucio Durañona*
Química aplicada á la Medicina	» *Pedro N. Arata*
Histología teórico-práctica	» *Rodolfo de Gainza*
Anatomía Descriptiva	» *Joaquin Lopez Figueroa*
Anatomía Descriptiva	» *José Arce* (en ejer.)
Semiología y ejercicios clínicos	» *Gregorio Araoz Alfaro*
Anatomía Topográfica	» *Juvencio Z. Arce*
Fisiología General y Humana	» *Horacio G. Piñero*
Anatomía Patológica	» *Telémaco Susini*
Bacteriología	» *Carlos Malbran*
Higiene Pública y Privada	» *Ricardo Schatz*
Materia Médica y Terapéutica	» *Justiniano Ledesma*
Patología externa	» *Obdulio Hernandez* (Con lic.)
Medicina Operatoria	» *Leandro Valle*
Clínica Ginecológica	» *Enrique Baxterrica*
» Oto-rino-laringológica	» *Eduardo Obejero*
» Dermatológica y Sifilográfica	» *Baldomero Sommer*
» Epidemiológica	» *José Penna*
» Quirúrgica	» *Pascual Palma*
» Neurológica	» *José M. Ramos Mejia*
» Médica	» *Luis Güemes*
» Médica	» *Francisco A. Sicardi*
» Oftalmológica	» *Pedro Lagleyze*
Patología Interna	» *Marcial V. Quiroga*
Medicina Legal	» *Francisco de Veyga*
Clínica Quirúrgica	» *Antonio C. Gandolfo*
» Médica	» *Ignacio Allende*
» Obstétrica	» *Samuel Molina*
Toxicología Experimental	» *Juan B. Señorans*
Clínica Pedriátrica	» *Angel M. Centeno*
» Médica	» *Abel Ayerza*
» Génito-Urinaria	» *Pedro Benedit*
» Psiquiátrica	» *Domingo Cabred*
» Quirúrgica	» *Diógenes Decoud*
» Obstétrica	» *Eliseo Cantón*

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	**Catedráticos extraordinarios**
Física Médica	» *Juan José Galiano*
Anatomía Patológica	*Dr. José Badía*
Clínica Ginecológica	» *Alfredo Lagarde* y *José F. Molinari*
Clínica Médica	» *Patricio Fleming*
Clínica Oftalmológica	» *Teófilo A. Moret*
Clínica Quirúrgica	» *Daniel J. Cranwell* y *Avelino Gutierrez*
Clínica Dermatol. Sifilográfica. . .	» *Maximiliano Aberastury*
Clínica Neurológica.	» *José A. Esteves* y *José R. Semprun*
Clínica Psiquiátrica.	» *Benjamín T. Solari*
Clínica Pediátrica . , ...	» *Antonio F. Piñero*
Medicina Legal	» *Domingo S. Cavia*

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. *D. J. Greenway*
Física Mèdica	» *Alfredo Lanari*
Botánica Médica	» *Rodolfo Enriquez*
Histología	» *Julio G. Fernández*; *Juan Carlos Delfino*
Bacteriología	» *Leopoldo Uriarte*; *Alois Bachmann*
Higiene Pública y Privada	» *Feltpe Justo*
Clínica Ginecológica	» *Jaime Salvador*
» Oto-rino.laringológica	» *Eliseo V. Segura*
Patología externa	» *Carlos Robertson*; *Ricardo S. Gómez*
Patología interna	» *Ricardo Colòn*
Clinica oftalmológica	» *Enrique Demaria*
» Quirúrgica	» *Francisco Llobet*; *Marcelo Viñas*; *Marcelino Herrera Vegas*; *José Arce*
» Neurológica.	» *Mariano Alurralde*
Medicina Legal	» *Pedro Barbieri*
Clínica Médica	» *Patricio Fleming*; *Luis Agote*; *David Speroni*
« Obstétrica	» *Enrique A. Pardo*; *Enrique Zarate*; *Arturo Enriquez*; *Alberto Peralta Ramos*
Clínica Pediátrica	» *Manuel A. Santas*; *Mamerto Acuña*; *Genaro Sisto*
» Génito Urinaria	» *Bernardino Maraini*
» Psiquiátrica.	» *José T. Borda*

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	*Dr. Angel Gallardo*
Botánica y mineralogía	» *Adolfo Mujica* (con lic.)
Química inorgánica aplicada. . .	» *Miguel Puiggari*
Química orgánica aplicada . . .	» *Francisco Barraza*
Farmacognósia y posología razonoda	» *Juan A. Boeri*
Física farmacéutica.	» *Julio J. Gatti*
Química analítica y toxicológica (primer curso).	» *Francisco P. Lavalle*
Tecnica farmaceutica	» *Manuel J. Irizar*
Química analítica y toxicológica (segundo curso)	» *Francisco P. Lavalle*
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» *Ricardo Schatz*

Asignaturas	Catedratico sustituto
Farmacognósia y posología razonada	*Sr. Juan A. Dominguez* (en ejer.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	**Catedraticos titulares**
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	*Dr. Fanor Velarde*

Asignaturas	**Catedraticos sustitutos**
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica	*Dr. Miguel Z. O'Farrell*
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» *Ubaldo Fernández*
» » » »	» *J. C. Llames Massini*

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	**Catedraticos titulares**
Anatomía, Fisiología, Patología. .	*Dr. Deón Pereyra*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica, Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» *Etchepareborda*

PADRINO DE TESIS

DR. ARTURO ZABALA

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Sería imposible sin incurrir en algún justo olvido, consignar los nombres de todos los que en la larga vida de estudiante han sido maestros bondadosos y cuyas enseñanzas constituyen la mayor parte del bagaje con que entraré á ejercer mi profesión. Sin embargo, haré una excepción con el del Dr. Enrique E. del Arca, que con paternal bondad me guió en los comienzos de mi carrera y de quien el trabajo diario en la vida de Hospital, muy á pesar mío, me ha alejado; para él, pues, y para cada uno de aquellos un recuerdo de íntima gratitud.

Al Doctor Caballero por sus sanos consejos y gentilezas, y al Dr. Arturo Zabala, mi maestro de dos años, que me dispensa el honor de acompañarme en este acto y de cuya sabia y paciente labor he recogido tantas enseñanzas, mi más sincero reconocimiento.

PROLAPSUS GENITALES

El útero baja en la vagina, desciende hasta la vulva ó se prolaba fuera: tales son las tres etapas de su desplazamiento por debajo del plano que ocupa al estado normal.

Por regla casi general, el descenso del útero es precedido por la caída de las paredes anterior y posterior de la vagina: *colpocele anterior*, seguido de prolapsus vesical (*cystocele*), *colpocele posterior*, que puede complicarse con prolapsus rectal (*rectocele*); de donde resulta que no se trata ordinariamente de *prolapsus del útero solo*, sino de *prolapsus vagino-uterinos*, de *prolapsus genitales* y, á veces, de un *prolapsus total* de los órganos pelvianos.

PATOGENIA

Estos diversos grados del prolapsus, reconocen por causa—como Trelat, Bouilly y Forgue lo han establecido—: 1o. *las lesiones mecánicas* de desgarradura ó de distensión; 2o. las perturbaciones de nutrición de los tejidos, predisponiéndolos al relajamiento y al descenso.

El conocimiento del mecanismo anátomo-patológico de los desplazamientos útero-vaginales, es la base sobre la cual se funda la intervención terapéutica.

1o. *Condiciones mecánicas.*—¿Cómo está fijado el útero en su posición normal? La terapéutica quirúrgica demuestra que *esta fijación es, sobre todo, realizada por el sostenimiento inferior del útero, es decir, por el piso vagino-perineal.* En efecto, los mejores resultados nos los dan las operaciones plásticas, que restauran y levantan el periné, que disminuyen la abertura del orificio vulvar, que estrechan y consolidan las paredes vaginales.

Teóricamente se admitía para el útero un doble modo de fijación: *medios de suspensión* y *medios de sostenimiento;* el órgano estaría suspendido por arriba y

sostenido por abajo, como una lámpara de suspensión y una lámpara de pie. Y esta concepción tenía una aplicación práctica: era acortando los ligamientos redondos ó fijando el útero á la pared, que se procuraba subir el útero prolabado.

Los *medios de suspensión* son de dos órdenes: los que se insertan sobre el fondo y el cuerpo del órgano y los que se atan á su istmo. Ahora, los primeros tienen un rol sin importancia: los ligamentos redondos y los ligamentos anchos no están tendidos al estado normal y no tienen otro efecto que el de guiar al útero en sus oscilaciones antero-posteriores y el de mantenerlo en el eje sagital. Los segundos agentes de suspensión tienen un valor también insignificante: son los ligamentos que, insertándose sobre el cuello, á la altura del istmo, se dirigen adelante hacia la sinfisis pubiana (ligamento útero-pubiano), atrás hacia el sacro (ligamento útero-sacro de Douglas). Un hecho demuestra bien la insuficiencia de estos dos medios de suspensión: cuando la vagina es ampliamente abierta por nuestras valvas, lo que suprime el sostén vagino-perineal, el útero desciende fácilmente bajo la acción de una pinza.

Es entonces necesario comprender bien el rol del *sostén inferior*. Esquemáticamente dos diafragmas se oponen: arriba el verdadero diafragma,—bajo el empuje del cual se ejerce la presión abdominal,—abajo el diafragma pelviano, formado por el elevador del ano, reforzado por los esfínteres que resisten á aquella presión.

El diafragma pelviano tiene un centro anatómico: el periné, verdadero punto nodal sobre el cual vienen á converger dos anillos musculares abiertos, que teniendo un punto fijo opuesto, ejercen una acción contraria. El uno, el posterior, constituído por el esfinter anal, tira hacia el coxis; el otro, anterior, constituído por el esfinter vulvar y el elevador del ano, toma sus inserciones fijas en la arcada pubiana, de modo que cuando sus fibras están en acción, llevan la comisura vulvar posterior hacia el pubis. Cuando estos dos esfínteres entran simultáneamente en juego, se ponen en equilibrio y constituyen una especie de faja antero-posterior, que viene á cruzar, al nivel del periné, una banda transversal constituída por el importante haz medio del transverso, así se forma una cruz que tiende á sujetar los órganos colocados arriba. Sobre un plano más profundo el elevador del ano envaina en sus ansas á la vagina y le constituye un verdadero suspensor contráctil, una cuna de sostén, bien demostrada por Farabeuf. Ahora, ¿cómo este piso vagino-perineal, que se opone á la presión abdominal transmitida de arriba hacia abajo contribuye á sostener el útero—órgano distante—en su posición normal? ¿Cómo un canal, como es la vagina, puede sostener un órgano lleno como es el útero?. He ahí lo que parece difícilmente comprensible; una razón lo explica, sin embargo: *la vagina, al estado normal, no es sino una cavidad virtual*, se establece un contacto total entre sus paredes anterir y posterior. Favorece este adosamiento

la inclinación de la pared vaginal posterior, que se levanta en un plano oblicuo de abajo hacia arriba y de atrás hacia adelante en dirección á la horquilla. Existiendo esta condición de obturación vaginal cuando la presión abdominal se ejerce sobre el útero en *anteflexión normal*, no produce otro efecto que el de empujar la pared anterior de la vagina contra su pared anterior, que es sostenida por las ansas del elevador del ano y por el piso perineal.

Supongamos, por el contrario, que á consecuencia de un parto se hayan producido las lesiones siguientes: *desgarradura de la horquilla ó ruptura submucosa del cuerpo perineal, agrandamiento de la abertura vulvo-vaginal.* En esas condiciones, bajo la presión abdominal, la pared anterior de la vagina puesta tensa—nos dice Bouilly—como un velo sin sostén, está en falso, desde que, en lugar del espolón levantado que constituye la horquilla, la ruptura del periné ha creado una pendiente hacia abajo y atrás, y desde que no encuentra ya apoyo sólido en la pared posterior, el tabique recto-vaginal habiendo quedado reducido á una delgada lámina bimucosa. Así, esta pared anterior, privada de su sostén, desliza, desciende y sale hacia afuera; se hace un colpocele anterior. La pared posterior se ectropiona también, gracias á la abertura anormal de la vagina, de donde resulta copocele posterior. Entonces, en general, es el deslizamiento hacia afuera de las paredes vaginales el que comienza, el útero no baja sino consecutivamente.

En algunos casos, sin embargo, el descenso del útero es el hecho inicial: hay un prolapsus uterino primitivo, anticipándose al copocele vaginal. Estos casos corresponden á la patogenia siguiente: bajo la influencia del relajamiento de las ataduras ligamentosas y peritoneales del útero, el órgano se ha colocado en retroversión, está así colocado en el eje mismo de la vagina, que es para el útero un verdadero canal herniario; bajo la presión abdominal y, generalmente, con ocasión de un esfuerzo, se encaja en este canal y desciende de más en más, envajinándose é invirtiendo poco á poco las paredes vaginales. Así se explican las observaciones de caída brusca del útero en las vírgines ó nulíparas, á periné joven y bien musculado (obs. I.).

2o. *Condiciones patológicas.*—Los fenómenos mecánicos se complican generalmente con alteraciones nutritivas de los tejidos. Como lo ha indicado Trélat, es necesario admitir una disposición individual particular, una laxitud congenital de los medios de fijeza del aparato genital, comparable á la que predispone á las hernias; hay perinés mal conformados y atacados de insuficiencia muscular. Pero, es el parto el que juega el rol más directo en la producción de estas modificaciones tróficas. Durante el embarazo se hace una hipertrofia y un reblandecimiento de los medios de fijeza del útero, las paredes de la vagina se alargan y se ensanchan. Llega el trabajo del parto: este distiende y tironea todo el canal genital, fuerza el elevador del ano. Después del

parto, el útero, sus ligamentos y las paredes vaginales deben sufrir el proceso llamado de involución, que vuelve á los órganos su volumen primitivo. Si esta involución es defectuosa, el útero permanece voluminoso, pesado, alargado é hipertrofiado, sobre todo, en su porción cervical por arriba y por debajo de las inserciones de la vagina; las paredes vaginales mismas quedan muy amplias, muy flácidas; los ligamentos uterinos están distendidos y en la profundidad el tejido celular pelviano —como dice Bouilly—"verdadero cemento entre las paredes vaginales, el útero y las partes vecinas", está atrofiado y sin cohesión.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Es necesario distinguir varias formas de prolapsus:

1o. *Procidencia de la vagina sola*, que, en la mayoría de los casos, precede al descenso del útero y que presenta los tipos siguientes: a) *Colpocele anterior*, ó caída de la pared anterior, seguida ordinariamente de una hernia de la vejiga (cistocele); b) *Colpocele posterior*, compuesto de la sola pared vaginal ó complicado con la caída de la pared anterior (rectocele); c) *Prolapsus de las dos paredes*, ordinariamente preponderante sobre la anterior.

2o. *Procidencia de la vagina con descenso del útero y alargamiento hipertrófico de la porción supra-vaginal del cuello*, primitivo ó consecutivo—como lo dice Boullly—es el caso tipo más ordinario del prolapsus avanzado y antiguo. Fué Huguier el que, en 1860, demostró la realidad de la hipertrofia en largo del cuello del útero y convencido de la confusión posible entre esta lesión y el prolapsus verdadero, exageró su importancia y pretendió sustituir el alargamiento hipertrófico al desplazamiento del órgano.

3o. *Prolapsus de la vagina y del útero sin alargamiento hipertrófico supra-vaginal del cuello*—hay, en efecto,—como lo ha dicho Trélat—descensos reales sin alargamiento.

SÍNTOMAS

El *prolapsus agudo*, verdadera hernia de fuerza (como en n|obs. I), sobreviniendo bruscamente en mujeres jóvenes á periné sólido, con ocasión de un esfuerzo, es un hecho raro. Habitualmente, *el descenso útero-vaginal es progresivo y lentamente constituído*, se caracteriza por signos funcionales y signos físicos.

1o. *Síntomas funcionales*—Los síntomas funcionales son: pesantez en el periné; tironeamiento en la región lumbar y el bajo vientre, acentuados, sobre todo, por la marcha y la estadía de pie; perturbaciones debidas á la metritis concomitante; micciones frecuentes, á veces incontinencia, debido á fenómenos vesicales reflejos; constipación. Estos síntomas no son proporcionales al grado de descenso: se ven mujeres sufrir vivamente, aunque el útero esté todavía lejos de la vulva, y otras llevar, sin mayores molestias, una matriz fuera del orificio vulvar. Las perturbaciones son, sobre todo, acentuadas en esas enfermas que presentan al mismo tiempo una ptosis general de vísceras, con riñón descendido, pared flácida, enteroptosis y neurastenia.

2o. *Signos físicos.*—A la inspección se encuentra la vulva más ó menos deformada, se aprecian: las pérdidas que salen por la comisura vulvar, la disminución de largo aparente del periné (distancia entre el ano y la vulva); con la ayuda de los dedos colocados en el recto y la vagina se palpa su espesor y su consistencia (porque, con un periné de apariencia normal, la musculatura profunda puede haber sufrido una grave atrofia).

Estando la enferma colocada en posición dorso-lumbar, se la hace toser y pujar. En el caso ordinario de procidencia vaginal, se ve la pared (la anterior, sobre todo) aparecer en el campo del orificio vulvar y hacer salida bajo forma de un tumor blando y rosado, que entra desde que el esfuerzo cesa. En el prolapsus completo, se percibe fuera de la vulva un tumor ovoide, generalmente, del tamaño de un puño, cuya superficie está formada por la vagina invertida: los pliegues transversales están borrados, la mucosa seca, de un rosa pálido, presenta á veces ulceraciones debidas á los frotes. El cuello no responde exactamente al polo inferior del tumor, está generalmente hacia atrás y sus labios están borrados.

Al tacto, cuando el útero no ha franqueado la vulva, se encuentra el cuello más ó menos aproximado á este orificio. En estos casos, un error es posible: el alargamiento hipertrófico del cuello puede simular un prolapsus. El diagnóstico se establece por medio del histerómetro, que muestra el útero con sus dimensiones normales, en el descenso simple, y que indica el agrandamien-

to de la cavidad uterina de ocho á quince centímetros en el prolapsus con alargamiento.

Ahora, este alargamiento puede hacerse sobre la porción vaginal del cuello, sobre su parte supra-vaginal, ó sobre el cuerpo. Si el *segmento inferior* (intra-vaginal) sólo se hipertrofia, el cuello se alarga sin arrastre notable de los fondos de saco vaginales que conservan su profundidad (cuello tapiroide, por comparación con la trompa del tapir). Si la hipertrofia se hace sobre el segmento *medio* (libre atrás y supra-vaginal adelante) el fondo de saco anterior de la vagina desciende con el cuello y se borra, mientras que el fondo de saco posterior conserva su profundidad. En fin, si es el *segmento superior* del cuello, todo supra-vaginal, que se hipertrofia, los dos fondos de saco vaginales son arrastrados igualmente y desaparecen.

Cuando el útero ha pasado el orificio vulvar, es necesario establecer si la vejiga ha sido arrastrada en un divertículo ante-uterino; el cistocele existe, si una sonda, introducida por la uretra, puede ser dirigida hacia abajo y adelante y si su pico es sentido bajo la pared vaginal anterior. Lo mismo el tacto rectal demuestra si existe rectocele: el dedo, empujando la pared anterior del recto, viene á bombar por detrás del útero prolabado.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los prolapsus es profiláctico ó curativo.

El tratamiento profiláctico consiste en reparar cuanto antes las desgarraduras ó los defectos del periné. Consiste también en favorecer la involución del útero y de sus ligamentos en condiciones tales que el uno vuelva á tomar su posición normal y los otros su tonicidad. Es mejor dicho higiene, higiene preventiva que terapéutica.

El reposo en la cama, durante las tres semanas reglamentarias, la supresión, durante este período y algunas semana más, de toda costricción sobre el torax, la abstención de todo esfuerzo, constituyen las grandes líneas de esta higiene apropiada.

El tratamiento curativo de los prolapsus genitales, definitivamente establecido, comporta una serie de medios, los unos médicos, los otros quirúrgicos.

Tratamiento médico.—El tratamiento médico es paliativo. Reducir el prolapsus, mantenerlo así por un aparato ortopédico cualquiera, tal es el principio de este tratamiento. La reducción es, en general, fácil, pero mante-

nerla es lo difícil. Para reducir las partes prolabadas, se coloca la enferma en la posición dorso-sacra, ligeramente declive, ó en la posición genu-pectoral, que facilitan la entrada del aire en la vagina y se vacían la vejiga y el recto. Se toma el tumor con la extremidad de los dedos, dejando que el cuello se coloque en el hueco de la mano, y por una presión de más en más enérgica, se empuja hacia la vulva y un poco atrás, se lo rechaza hacia la excavación.

Para mantener la reducción se usan las fajas y los pesarios. Las primeras impiden que el peso del paquete intestinal obre sobre los órganos pelvianos. En cuanto á los pesarios, sólo dan algún resultado cuando el periné ha conservado una cierta tonicidad y la vulva cierta estrechez; no deben ser prescriptos sino como paliativos temporarios, á la espera de una operación curativa. Sin embargo, se debe recurrir á ellos cuando la operación ofrece una gravedad particular, como en las ancianas, en las obesas, las diabéticas ó en las atacadas de una lesión del corazón ó pulmones. En estos casos, se deben emplear los pesarios á tallo, sostenidos por un cinturón, que no toman como punto de apoyo un periné que no existe.

Para mantener los órganos reducidos, los americanos aconsejan colocar las enfermas en la posición genu-pectoral durante diez minutos varias veces por día. Este tratamiento, según Skene, daría resultados superiores á los pesarios.

Pero, todos estos medios médicos son de una eficacia nula ó dudosa: no convienen sino á los prolapsus ligeros y recientes. Cuando el prolapsus es antiguo, el tratamiento quirúrgico es el solo capaz de remediar las deformaciones adquiridas.

Tratamiento quirúrgico.—Las operaciones que han sido empleadas en el tratamiento de los prolapsus genitales son muchas y se proponen fines diversos.

Las unas tienen por resultado rehacer el sostenimiento inferior y el piso pelviano, estas son todas las colporrafias y perineorrafias, los tabicamientos de la vagina, etc. Un segundo grupo lo forman las que reconstituyen los medios de suspensión, sea indirectamente, como las operaciones de Alquié-Alexander y Caballero, por el acortamiento ó la neo-inserción de los ligamentos redondos, sea directamente fijando el útero por arriba, como en todas las histeropexias.

En fin, un tercer grupo comprende las operaciones que suprimen el útero, las histerectomias vaginales ó abdominales que se acompañan de sutura de los ligamentos ó de resección amplia de la vagina prolabada.

Pasaremos rápidamente en revista cada uno de estos métodos operatorios; pero, antes de abordar su estudio, debemos mencionar ciertas operaciones preliminares, generalmente muy útiles: el curetaje, que remedia la metritis concomitante y las amputaciones de cuello, empleadas principalmente en los casos de alargamiento hipertrófico, ó cuando el cuello está inflamado.

Operaciones que se dirigen á los medios de contención.—Las operaciones que se practican con el fin de reconstruir el aparato de sostenimiento del útero, son, bajo el punto de vista del prolapso, las operaciones *primordiales;* en la mayoría de los casos, bastan por sí solas para curar completamente la lesión. Las otras, que se dirigen al aparato superior ó al útero, son, de ordinario, diversamente agrupadas alrededor de las primeras, y deben ser consideradas como operaciones *complementarias.*

En primer término, es necesario colocar las colporrafias anteriores y las colpoperineorrafias, que tienen por resultado reconstituir el piso perineal, estrechar y acortar la vagina.

Colporrafia anterior.—La colporrafia anterior tiene por objeto corregir el descenso de la pared anterior de la vagina y el cistocele que resulta. La más sencilla de todas es la de Hegard: para hacerla se traza, sobre la parte saliente de la pared vaginal y proporcionalmente, á la extensión de esta salida, un óvalo á extremidad superior muy redondeada. La mucosa, así circunscripta, es avivada con cuidado y los dos bordes laterales son reunidos por una serie de puntos separados de catgut.

Colpoperineorrafias: procedimiento de Hegard.—La enferma, debidamente preparada y purgada, es cloroformada y colocada en la posición dorso-sacra. Las paredes vaginales, ampliamente separadas, el cirujano delimita sobre la pared vaginal posterior,, fijada y exten-

dida por tres pinzas, un triángulo isósceles de 6 á 7 centímetros de base á la piel, subiendo á 6 ó 7 centímetros en la vagina, se trazan entonces, al bisturí, incisiones que limiten el triángulo de avivamiento, teniendo cuidado de dar á su base una forma cóncava en la unión de la piel del periné y la mucosa vaginal y una dirección ligeramente convexa hacia adentro á los dos lados. Se aviva toda la superficie así delimitada, disecando con cuidado la mucosa vaginal, pero, solamente la mucosa, para obtener un avivamiento muy aplanado, muy regular. Se reunen las dos mitades de la base, la una á la otra, por algunos puntos de sutura colocados en el borde de la incisión cutánea, y los otros dos lados por otros puntos que deben recorrer los tejidos por debajo del plano de avivamiento en toda su extensión. Estos puntos se anudan y fijan reconstituyendo la pared vaginal posterior. Estas suturas con hechas ordinariamente á puntos separados con crin de Florencia. Pozzi prefiere las suturas continuas.

Colpoperineorrafia de Martin.—Difiere, sobre todo, de la precedente en la manera de hacer el avivamiento. En lugar de sacar un amplio triángulo vaginal posterior, Martin hace, á lo largo de la pared vaginal posterior, dos avivamientos triangulares alargados, de cada lado de la columna posterior de la vagina, que él respeta y costea por dos incisiones verticales. Estos dos avivamientos triangulares vienen á unirse, por su base, con un amplia avivamiento en creciente, al nivel de la unión de la mu-

cosa y de la piel. Los dos avivamientos vaginales se reunen aisladamente por suturas continuas por planos. La amplia superficie avivada inferior, es suturada también al catgut.

Colpo-perineo-plastia por deslizamiento, de Doleris. —El procedimiento de Doleris, combinación del procedimiento de desdoblamiento de Lawson-Tait y de la sutura de Emmet, tiene la ventaja de hacer un periné espeso y largo, estrechando notablemente la vulva, se ejecuta, además, con rapidez y si el desdoblamiento es llevado á una altura suficiente da á la pared posterior un espesor igual al del procedimiento de Hegard. Por estas razones, nos parece superior á todos.

Para practicarlo se traza, al bisturí, una incisión curva en el límite de la piel y la mucosa, de una extensión que se fija de antemano. El labio mucoso de la incisión es tomado, aislado y este colgajo vaginal es disecado con el bisturí ó con los dedos. La disección al bisturí es preferible, porque no levanta más que la mucosa sola y respeta mejor el tejido celular prerectal, generalmente poco abundante. Esta disección es llevada hasta la altura elegida de la pared vaginal posterior. La sutura se hace con una aguja curva y crin de Florencia. El primer punto es el más mediano. La aguja penetra á izquierda del año, camina en los tejidos y viene á la base del colgajo vaginal disecado, penetrando ó no en la vagina, después sigue su camino inverso y simétrico para salir á derecha del orificio anal. Los otros hilos son coloca-

dos paralelamente, un poco más afuera y á un centímetro uno de otro, más ó menos. Cuando se aprietan sucesivamente, comenzando por el punto anal, reunen sobre la línea mediana las dos mitades de la incisión cutánea. Se reseca entonces el colgajo vaginal, que flota y se termina la reunión por algunos puntos de sutura.

Tabicamiento de la vagina.—Procedimiento de Le Fort. — La operación de Le Fort consiste en sostener el útero sobre un tabique artificial formado por la reunión, por debajo de él, de las paredes anterior y posterior de la vagina. Se aviva sobre cada pared vaginal, en puntos simétricos, un rectángulo de 4 á 5 centímetros de largo por un centímetro y medio de ancho. Las dos superficies son suturadas entre sí con catgut fuerte. El primer hilo reunirá las partes de cada avivamiento más próximas al útero, el ajuste de cada hilo hará la reducción progresiva del prolapso y cada punto debe ser atado antes de colocar el inmediatamente inferior. Este procedimiento bastante fácil también, ha dado un cierto número de éxitos interesantes, pero no impide en algunos casos, la reproducción ulterior de la caída vaginal. Por lo demás, no impide ni el coito ni el parto.

Operaciones que se dirigen á los medios de suspensión.—Las operaciones con las que el cirujano se propone reconstituir el aparato de suspensión del útero, son sobre todo las *pexias*, es decir, las fijaciones superiores de los órganos prolabados. Se puede fijar la vagina ó el útero y para esto último se actúa sobre sus ligamentos

redondos ó sobre su cuerpo mismo. De ahí tres grupos de pexias: 1o. las colpopexias; 2o. las operaciones de Alquié-Alexander y Caballero, y 3o. la histeropexia.

1o. *Colpopexias.*—Pean, en 1887, describía un procedimiento de fijación de la vagina á las paredes de la excavación pelviana. Desde entonces, se han propuesto muchos procediimentos con igual fin. Así *Byford* ha buscado alcanzar, por la vía inguinal, en los cistoceles avanzados, la extremidad superior de la vagina, para suturarla á la pared abdominal, haciendo así una colpocistorrafia.

Tuffier hace una cistopexia subperitoneal, abordando la vejiga con la incisión de la talla hipogástrica y fijándola á derecha é izquierda.

2o. a)—*Operación de Alquié-Alexander.*—La operación de Alquié-Alexander ó acortamiento de los ligamentos redondos, conviene mucho más á las retro-desviaciones que al prolapso. Es aquí absolutamente insuficiente, al menos cuando es empleada sola. Combinada con las restauraciones perineales, puede, en ciertos casos, ser ventajosa; pero, es, sobre todo, indicada cuando con el prolapso existe una retrodesviación muy marcada. La operación consiste en buscar los ligamentos redondos, en la vecindad de su inserción externa, para tirarlos hacia afuera y acortarlos, lo que trae forzosamente el fondo del útero adelante hacia el pubis.

b) *Operación de Caballero ó neo-inserción de los ligamentos redondos.*—El Dr. Caballero laparotomiza la

enferma, toma los ligamentos redondos á 6 ó 7 centímetros de su inserción uterina, los hace atravesar un túnel músculo-aponeurótico, entre los rectos y su aponeurosis anterior, y los fija á esta aponeurosis.

Histeropexia—Esta operación, llamada también ventro-fijación ó gastro-histerorrafia, tiene por fin la fijación del útero á la pared abdominal. Dejaremos de lado todas las fijaciones vaginales, que no tienen ninguna utilidad. La histeropexia es diversamente interpretada en el tratamiento del prolapso. Mientras Legueu la considera como la mejor de las colpopexias indirectas, Pozzi y Bouilly dudan de su eficacia. Kelly, Müller, Hofmeyer y Freund consideran esta operación como ineficaz contra el prolapso. En efecto, se citan muchos casos de recidiva. Sin embargo, combinada con los diversos procedimientos de restauración perineal, sobre todo, cuando el cuello no presenta un alargamiento hipertrófico manifiesto, puede ser muy ventajosa y mucho más eficaz que la operación de Alexander, por ejemplo.

Operaciones que se dirigen al útero mismo. Histerectomías parciales y totales.—La histerectomía parcial no es otra cosa que la amputación del cuello; las teorías de Huguier han encontrado su aplicación en la práctica. El alargamiento del cuello causaría el prolapso; para remediar éste, lo primero que habría que hacer sería suprimir el cuello. Una vez sacado éste, el útero volvería á subir, llevando con él las paredes vaginales invertidas. Hubo una época en que se hacían muchas

amputaciones de cuello; hoy se practican menos, porque no se hacen sino en los casos de alargamiento hipertrófico, verificado por el histerómetro, y estas lesiones son poco comunes.

De las *histerectomías totales*, las vaginales son las más aplicables al tratamiento del prolapso. Los procedimientos más recomendables son los de Fritsch y de Doyen.

Fritsch agrega á la extirpación del útero una amplia resección vaginal. En lugar de desinsertar la vagina alrededor del cuello, practica una incisión en V, comprendiendo toda la parte anterior de la vagina hasta la uretra, y una semejante, aunque un poco menos amplia, sobre la pared posterior. La disección del colgajo anterior, que es necesario desprender de la vejiga, es difícil. El útero es entonces sacado acompañado de sus dos colgajos vaginales; los ligamentos anchos son ligados y las vastas pérdidas de sustancias vaginales son reunidas por suturas, que reducen la vejiga y estrechan la vagina. Además, los muñones de los ligamentos anchos son suturados á la vagina, de modo que resulte una sólida colpopexia, por la retracción cicatricial.

La histerectomía de Doyen, con hemisección mediana anterior, da de ordinario las mayores facilidades operatorias, pero, debe ser seguida de una restauración perineal.

Doyen toma el cuello con dos pinzas lateralmente colocadas y que permanecen así durante toda la operación.

Desinsertada la vagina y aislado el cuello, se secciona á tijera su pared anterior, abriendo generalmente también el fondo del saco vésico-uterino. Se toman con dos nuevas pinzas los labios de sección, se incinde una nueva porción y las pinzas son colocadas lo más alto posible. Se puede seccionar así la pared anterior hasta el fondo, si es así necesario, pero, casi siempre la inversión progresiva se hace sin dificultad, sin que sea necesario prolongar muy arriba esta incisión y el útero estraído entonces más ó menos fácilmente á la vulva. Se toma el ligamento ancho izquierdo más allá de los anexos con una larga pinza elástica, que se coloca de abajo hacia arriba, asegurándose que toma entre sus ramas todo el ligamento ancho y *nada más que él*. Una pinza más pequeña es comunmente colocada por debajo y afuera de la precedente y el ligamento es seccionado al ras del útero. La misma maniobra para el lado derecho y la extirpación del útero está terminada.

PROLAPSO DEL ÚTERO Y EMBARAZO

El prolapso del útero es una complicación rara del embarazo. Distinguiremos tres grados del útero grávido prolabado: en el 1o., el cuello llega á la vulva, pero sin hacer hernia hacia afuera; en el 2o., el cuello sale á través de la hendidura vulvar; en el 3o., una parte, más ó menos grande del cuerpo, hace salida por delante de los grandes labios y presenta un volumen variable. Esta última forma, mucho más frecuente que las otras, es el verdadero prolapso. Estudiaremos sucesivamente sus síntomas objetivos y sus síntomas subjetivos.

Síntomas objetivos.—El volumen del útero prociden-te es extremadamente variable; depende de la edad del embarazo, de la mayor ó menor facilidad con que la matriz se deja reducir y de muchas otras causas individuales.

La forma que afecta el útero grávido prolabado es casi siempre la de un cono, á gruesa extremidad dirigida hacia abajo. Harvey lo comparaba á un escroto de toro. La parte superior más estrecha remonta entre los grandes labios, que están generalmente muy edema-

tizados y rechazados afuera, mientras que los pequeños labios están borrados.. El prolapso es acompañado siempre de una inversión, más ó menos notable de la vagina, y de una disminución proporcional de los fondos de saco.

El color del tumor procidente varía ordinariamente del rosa pálido al rojo pardo.

En los prolapsus un poco antiguos se encuentran casi siempre ulceraciones extendidas, raramente profundas, irregulares, á superficie rojo vivo, sembradas de puntos blanquizcos. Son indolentes y tienen poca tendencia á la cicatrización. Estas ulceraciones se encuentran generalmente sobre las partes inferiores del tumor, especialmente sobre las que reposan sobre la cama ó frotan contra los vestidos; se las halla sobre todo al nivel del orificio uterino ó sobre sus bordes. De estas superficies surte una serosidad abundante, que viene á ensuciar las ropas de la enferma.

La consistencia de la matriz procidente es influenciada por la exposición del órgano al aire. Es generalmente bastante dura, sobre todo en su parte inferior, que es el sitio de un edema duro. Sin embargo, como en el útero grávido normal, hay diferencias individuales en el espesor de las paredes uterinas.

Sucede á veces también que se pueden percibir las partes fetales, á través del segmento del útero prolabado, bastante netamente como para distinguirlas las unas de las otras.

En un útero muy procidente, el cuello generalmente ha perdido su forma característica, ya está edematizado, blando y permeable, ya es duro y muy espesado, ya, en fin y el caso es frecuente, ha desaparecido completamente. No queda entonces en su lugar, más que un orificio de dimensiones variables, que afecta la forma de un anillo ó de una hendidura más ó menos regular, según que la mujer haya tenido ó no hijos. Este orificio está colocado en la parte inferior del tumor y mira generalmente hacia adelante. A la inversa de lo que pasa siempre en el embarazo normal, que el cuello es blando y lo es tanto más cuanto más se aproxima el término, en el útero prolabado, el cuello es inextensible generalmente, duro, y á veces de consistencia cartilaginosa. Estas modificaciones nos parecen ser simplemente el resultado de la exposición al aire de un órgano que normalmente no lo está y del frote continuo que ejercen sobre él los vestidos ensuciados por la orina. Se tiene la prueba de esto en que, cuando el prolapso es poco acusado ó mantenido reducido durante una gran parte del embarazo, es raro ver al cuello presentar esa rigidez y ser obstáculo para el parto.

La pared posterior de la vejiga sigue muy frecuentemente en su descenso al canal vaginal; esta cistocele se acompaña de un desplazamiento del canal de la uretra y se traduce por un aumento de volumen del tumor, una dificultad mucho más grande en la micción y generalmente por alteraciones de la orina.

El rectocele se ve también á veces, pero es mucho menos frecuente. Se acompaña de constipación y de tenesmo. En fin, hay un signo del prolapso que debe ser buscado: es el descenso del fondo del útero. Los datos precisos sobre la altura del órgano y su volumen nos serán dados por la palpación abdominal; ella sola nos podrá indicar si el tumor que aparece en la vulva es una pequeña parte de un útero voluminoso ó, por el contrario, la casi totalidad de un útero al principio de la gestación. Será entonces necesario practicarlo con cuidado, combinándolo al tacto vaginal, si el grado del prolapso lo permite y ayudándose también del tacto rectal para buscar si el útero no tiene tendencia á la retroversión y al enclavamiento.

Sintomas subjetivos.—El prolapso del útero grávido provoca generalmente vivos dolores, pero no en el tumor mismo sino en la vulva y en la pequeña pelvis, y que se irradian á las ingles. Otras veces no hay dolor propiamente dicho, sino más bien una sensación de pesantez en el bajo vientre, de tironeamientos en la región lumbar, síntomas que se exageran estando de pie la enferferma. Además, "la enferma—dice Hüter,—es penosamente molestada por el continuo frote del útero contra lo alto de los muslos, á tal punto que estar de pie le es difícil y la macrha imposible."

Los dolores *de riñones*, que faltan raramente en los embarazos ordinarios, son más violentos todavía en los

casos de prolapso, porque la enferma se inclina más hacia adelante, y para conservar el equilibrio, contrae más fuertemente los músculos sacro-lumbares.

La dificultad de la micción de la que hemos indicado las causas á propósito de cistocele, es un síntoma común al prolapso y á la retroversión. Jalouset cita el caso de una mujer que, para orinar, se veía obligada á levantar su útero. A veces, la enferma no puede expulsar sino algunas gotas de orina, otras veces la retención es completa y se está obligado á recurrr al cateterismo, que, siendo dada la desviación imprimida á la uretra, deberá ser practicando con una sonda de hombre flexible. Los deseos de orinar son frecuentes y la micción se acompaña de tenesmo. A veces hay incontinencia.

Tales son los síntomas por los cuales se revela el prolapso del útero grávido.

Influencia del embarazo sobre el prolapso.—El prolapso sobreviene comunmente durante el embarazo, la preñez tiene sobre su producción una gran influencia.

Examinemos la acción del embarazo sobre el útero prolabado. Esta acción es de las más variables.

A veces, la matriz, después de haber sido replazada al principio de la gestación, de golpe cae de nuevo, bajo la influencia de un esfuerzo, ó aun, sin otra causa que el aumento de peso del útero. Este accidente se observa lo más comunmente durante los primeros meses. En otros casos, es hacia el fin del embarazo que el prolapso reaparece; una enferma de Bar es un curioso ejemplo. Es-

ta mujer, que había tenido 14 embarazos ha visto durante el 9o., 10o., 11o., 12o. y 13o. su prolapso reducirse completamente, en seguida de ponerse en cinta y reproducirse bruscamente al 7o. mes, á consecuencia de un esfuerzo ó sin causa aparente, con una notable periodicidad.

Más frecuentemente, la acción del embarazo se traduce por un aumento lento del prolapso, aumento que reconoce por causa el mayor peso del órgano y el acrecentamiento de su volumen, por efecto del progreso de la gestación. Así, de una manera general, en las mujeres atacadas de descenso de la matriz, se nota á cada embarazo un aumento de su prolapso.

Pero, no se debe creer que la preñez tenga siempre sobre la marcha del prolapso una influencia tan mala. Por el contrario, se ve muchas veces al útero subir hacia la pelvis y mantenerse después, gracias á las dimensiones que adquiere. (Historia VI). Este hecho ha sido observado desde hace mucho tiempo. Otras veces el útero no sube solo, pero una vez reducido se mantiene por el aumento de su volumen solamente.

Varios autores, inspirándose en estos hechos, han tenido la idea de basar en el embarazo un verdadero método de tratamiento de prolapso. Así Puzos ha sido el primero en formular esta proposición en 1789: "si la mujer enferma es de un buen temperamento y joven todavía, se le aconsejará el embarazo, que no podrá ponerla en peor estado; puede, por el contrario, serle saluda-

ble y curarla, como se ha visto generalmente en semejantes casos, siempre que observe lo que va á ser prescripto: "debe guardar cama durante todo su embarazo y no mover el vientre más que por remedio". "No es difícil comprender que á medida que el niño crece, obliga á la matriz á subir del lado del torax, porque no puede tenerse más en el hipogastrio. La matriz, levantándose, relaja los ligamentos, que entran entonces en una especie de reposo, á pesar del aumento de peso de aquel órgano, desde que ya no sostienen la víscera." "Se hará el parto en una cama hecha expresamente y algún tiempo después del alumbramiento se la transportará á una cama cómoda *para quedar en ella dos meses enteros, en una situación tal que acostumbre á la matriz á tenerse en su lugar natural, á fin de dar el tiempo y la facilidad á los ligamentos de acortarse para sostener mejor el órgano.*"

Más recientemente, Brachet de Lyon, después de haber sido testigo de la curación, después del parto de una retroversión, que databa de 13 años, ha aconsejado el embarazo á dos damas atacadas de prolapso, y dice haber obtenido en estas dos circunstancias, no solamente una mejoría temporaria de la procidencia uterina durante la gestación, sino una curación completa que ha persistido después del parto.

Harting cita el caso de una muer cuyo prolapso no pudo ser reducido durante el embarazo, pero que, ha-

biendo quedado de espaldas durante tres semanas después de su parto, no se vió reaparecer el tumor.

Estos casos demuestran que, tomando ciertas precauciones, como es la de hacer guardar cama á las enfermas por largo tiempo después del parto, se puede favorecer la retracción de los ligamentos y el mantenimiento del útero en su lugar normal. Pero, es necesario reconocer que el gran factor es la inmovilidad, desde largo tiempo recomendada por todos los autores, como el mejor medio de mejorar el prolapso del útero grávido ó no grávido. Además, este modo de tratamiento no es aplicable á todas las mujeres, porque es necesario que se encuentren en condiciones materiales y aun morales, particularmente buenas, para que puedan quedar, durante un tiempo tan largo, de espaldas, y se corre el riesgo de ver que un esfuerzo, una tos obstinada ú otra causa cualquiera, comprometa el resultado que se desea. Entonces si no resulta de estas observaciones que se deba tratar el prolapso por el embarazo, se puede concluir, por lo menos, que cuando este sobreviene, es necesario multiplicar las precauciones después del parto, para ensayar curar esta enfermedad ó, por lo menos, impedir su agravación.

A veces, el prolapso no es sensiblemente influenciado por el embarazo, al menos durante los primeros meses, á pesar del aumento de su volumen entra y sale con igual facilidad.

En otros casos, por el contrario, la matriz se desarro-

lla hacia afuera del cuerpo, como si se hubiera desarrollado en sitio normal. Es lo que ha observado Richter. "Fué—escribe—un singular fenómeno ver un útero grávido en el primer período de la gestación y después, visible con su orificio externo y observar el aumento sucesivo de su volumen, estando el feto en la cavidad uterina, pero creciendo fuera del vientre de la madre." Chopart cuenta un hecho semejante: "Se trata de una muchacha de 14 años, que queriendo tirar un fardo de pasto por arriba de un muro, sufre un prolapso del útero. Se casa más tarde y se embaraza por coito en el orificio de la matriz. El útero se desarrolla en parte adentro, en parte afuera y pare á los nueve meses justos."

Así, entonces, el embarazo puede tener sobre el prolapso una acción muy diferente:

Ya lo produce ó aumenta, ya lo disminuye ó hace desaparecer, ya, en fin, no le imprime ninguna modificación.

¿Estos diferentes modos de evolución de la procidencia de la matriz grávida son regidos por leyes fijas, reconocen causas idénticas? No lo creemos.

Influencia del prolapso sobre el embarazo—El prolapso del útero no grávido es generalmente un obstáculo al embarazo. Si la matriz se replaza fácilmente y si su cuello no está muy desviado de su situación normal, la fecundación es posible; pero, si el útero entra mal ó no del todo, la mujer está condenada á la esterilidad, á menos que no haya fecundación directa en el orificio

del cuello anormalmente ensanchado, como en las observaciones de Chopart, Wimmer y Aubinais.

Hecha la fecundación, "el embarazo—dice Hüter—evoluciona normalmente en la mayoría de los casos de prolapsus uterino". Y, en realidad, la influencia del prolapso sobre el embarazo no es tan mala como se podría creer, y aun no parece que, fuera de los sufrimientos locales producidos directamente por la procidencia del útero grávido y que son de causa mecánica, las mujeres afectadas de prolapso tengan un embarazo más difícil.

El prolapso del útero no impide á la mujer percibir los movimientos del feto, solamente que no los percibe tan bien. Estos movimientos parecen, en efecto, ser menos activos en úteros medianamente prolabados porque el niño, estando en parte en la excavación pelviana, no es tan móvil como cuando se desarrolla en un útero normalmente situado.

En fin, el prolapso no es un obstáculo al embarazo gemelar que puede, como en el embarazo simple llegar á término.

Tratamiento durante el embarazo.—La mujer embarazada deberá evitar todo esfuerzo, todo trabajo penoso, que sobre todo durante los primeros meses podrían producir un prolapso uterino. En los casos de pelvis amplia, de desgarradura antigua del periné, de vulva excepcionalmente ancha, estos cuidados profilácticos serán particularmente indicados.

Si el prolapso existiera antes del embarazo ó se produjera al princpio de éste, sería necesario favorecer el replazamiento del útero, que se ve generalmente hacerse por sí mismo durante los primeros meses. Se puede obtener este resultado imitando la conducta de Tarnier, que hace guardar cama á la enferma, levantando la extremidad que corresponde á los pies.

Si la reducción no se hace expontáneamente, es necesario proceder como en los casos de prolapso simple. Si el embarazo es poco avanzado, la reducción es generalmente fácil. Si el órgano es ya voluminoso y no se consigue reducirlo en una primera tentativa, es necesario renovar varias veces el ensayo; pero, como este modo de tratamiento debe ser todo un método de suavidad, si se apercibe que se provocan contracciones uterinas, será necesario suspenderlo, por temor de originar el aborto ó el parto prematuro. Con estas precauciones, la reducción podrá y deberá ser tentada en todas las épocas del embarazo, porque se le ha visto resultar aun durante las últimas semanas (Obs. de Joidens).

Una vez reducido el útero, es necesario mantenerlo. Ante todo, debe ser prescripto el reposo en decúbito-dorsal, por lo menos hasta que la matriz, suficientemente desarrollada, se sostenga por su volumen, por arriba del estrecho superior. Pueden también usarse los pesarios, con los cuidados de limpieza necesarios.

Si la reducción del útero es imposible, la enferma de-

berá guardar cama, para impedir el continuo frote del tumor con los muslos y los vestidos.

Trabajo del parto y prolapso.—La situación del útero fuera de su sitio natural, cuando el desplazamiento no es excesivo, no parece tener gran influencia sobre las contracciones del órgano. La conservación del poder contráctil del útero prolabado es tanto más notable, cuanto que, siendo el trabajo, en la mayoría de los casos, extremadamente largo, el músculo uterino está obligado á esfuerzos prolongados.

Las contracciones abdominales tienen también su frecuencia y su intensidad normales, únicamente que obran tanto menos cuanto que el prolapso es más considerable, desde que no comprimen más que una pequeña parte del globo uterino. Esta utilización, menos perfecta de las contracciones abdominales, es una de las causas de la mayor duración del trabajo, pero no es la más importante. Esta, en efecto, reside sobre todo en la dificultad, generalmente aun en la imposibilidad de la dilatación del orificio uterino. Hemos visto, estudiando el aspecto exterior de la matriz prolabada, que el cuello era generalmente rígido y presentaba aun, á veces, una consistencia cartilaginosa. El cuello es entonces para el parto un obstáculo insalvable y es la causa verdadera de la prolongación del trabajo, que fatiga enormemente á la madre y causa á veces la muerte del niño. Algunas veces, el cuello, aunque rígido, se deja dilatar poco á poco á la larga, pero hasta un cierto grado solamente y el parto

no puede hacerse sino á precio de una desgarradura ó de una intervención sangrienta.

La bolsa de las aguas no parece en los casos de prolapso contribuir tanto como en los casos normales á la dilatación del cuello. Cuando la procidencia es notable, en efecto, la cabeza del niño está contenida y la bolsa de las aguas no existe sino al estado virtual entre la masa cefálica y el segmento inferior del útero, que se aplica estrechamente sobre ella; mientras que en los casos normales, la cabeza, retenida un cierto tiempo en el estrecho superior, el líquido amniótico se acumula por debajo de ella y viene á hacer presión á cada contracción sobre el cuello, del cual la bolsa de las aguas toma la forma.

El alumbramiento no se hace, en los casos de prolapso, tan fácilmente como en los casos normales y, generamente, debe hacerse extracción artificial de los anexos.

Tratamiento durante el parto y puerperio. — En el momento del parto la reducción del prolapso es muy difícil y generalmente imposible, pues es necesario luchar contra el esfuerzo de los músculos abdominales y pelvi-uterinos; de modo que conviene no prolongar demasiado las tentativas de reposición y aun no hacerlo sino en los casos de prolapsus de producción muy reciente.

Reducido o no el útero, es necesario durante toda la duración del trabajo y, principalmente, en el momento del parto, evitar que el prolapso se reproduzca ó aumen-

te, bajo la influencia del empuje muscular. Con ordenar á la enferma que no puje, no se consigue generalmente nada, pues, involuntariamente lo hace; de modo que es preciso recurrir á la anestesia clorofórmica, que impide las contracciones de los músculos abdominales y pelviuterinos. El cloroformo se da como en la eclampsia, á débil dosis, sin llegar jamás á la pérdida completa del conocimiento.

Si el útero no ha sido reducido, el médico deberá hacerse ayudar por uno ó dos auxiliares que tendrán por mision sostener el órgano durante las contracciones.

Si la dilatación se ha hecho normalmente, el médico debe sólo vigilar el trabajo, empleando las precauciones indicadas y ayudar la salida del niño. Pero, en gran número de casos, hay rigidez del cuello y es necesario entonces combatir este estado. Las unciones con cuerpos grasos, los baños prolongados y repetidos y, sobre todo, la ducha de agua, son recomendables. La dilatación manual, los balones de Tarnier, Barnes ó Chapentier, prestan servicios cuando el cuello los admite. Pero, todos estos medios obran con lentitud y á veces las pulsaciones fetales disminuyen de frecuencia ó se ve salir un líquido amniótico coloreado de meconio, lo que indica que el feto sufre, que su vida está en peligro, debido á la prolongación del trabajo: el partero deberá entonces recurrir á las incisiones del cuello, al forceps ó á la versión.

En ciertos casos, en fin, la muerte cierta del niño, el

exceso de volumen de la cabeza, etc., pueden reclamar la embriotomía.

Dsepués del parto, es necesario, en los casos de prolapso, practicar rápidamente el alumbramiento, á fin de poder proceder á la reducción del órgano, pues en este momento, las dificultades son menores.

Algunos autores, después de haber hecho el alumbramiento artificial, aconsejan introducir de nuevo la mano en la cavidad uterina y rechazar con el puño cerrado el fondo de la matriz; otros, hacer entrar con los dedos el útero que se ha hecho globuloso. Este último procedimiento expone menos á la perforación.

Una vez reducido el prolapso, se debe recomendar á la mujer que guarde exactamente la posición horizontal y que se abstenga de todo esfuerzo. En fin, se prolongará tanto como sea posible la estadía de la enferma en cama, recordando que un puerperio bien cuidado puede conseguir la curación del prolapsus uterino.

I

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DEL Dr. JOSÉ Mª. CABALLERO

Gertrudis R., española, 26 años, soltera, mucama. Ingresa al servicio el 26 de Septiembre de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia. Regló á los 17 años, reglas no dolorosas, escasas, regulares. Hacen seis años al levantar un baúl pesado, sintió bruscamente un dolor en la fosa ilíaca derecha, acompañado de vómito: el dolor y los vómitos continuaron con intermitencias durante largo tiempo, sobre todo al levantarse la enferma de la cama y calmándose con el reposo. La enferma es impresionable, se disgusta fácilmente tiene crisis de llanto y sensación de una bola que la ahoga. Las digestiones no se hacen bien, es muy constipada.

Estado actual.—Mujer bien desarrollada. Buen esqueleto. No hay ganglios ni cicatrices. Torax normal. Abdomen indoloro.

Al examen ginecológico se encuentra la membrana himen intacta, pero el orificio está ensanchado concéntricamente y detrás se ve el cuello del útero con los caracteres del de una nulípara, notándose, además, que el largo desde el orificio hasta la inserción vaginal es mucho mayor que normalmente. A la palpación y tacto combinados, se nota que el útero está descendido haciéndose esto más notable con los esfuerzos de tos, y cuando la enferma puja. Anexos sanos.

Diagnóstico.—Prolapso del útero con hipertrofia del cuello en una virgen.

Tratamiento —El 28 de Septiembre se hace una amputación supra-vaginal del cuello, pero como la pared posterior de la vagina queda algo prolabada, se hace una colpoperineoplastia (Doleris) el 23 de Octubre.

Terminación.—Sale de alta, curada, el 15 de Noviembre de 1908.

II

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DE LOS Dres. AYERZA Y ZABALA

Victoria R., 42 años, francesa, casada.
Ingresa al servicio el 10 de Enero de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Su padre falleció repentinamente, su madre de pulmonía; tiene un solo hermano que es alcoholista y actualmente está enfermo en un Hospital.

Antecedentes personales.—Ha tenido difteria y un envenenamiento con semillas del árbol de castor, que la dejó muy grave; tuvo fuerte bronquitis. Regló á los 13 años con toda regularidad, con flujo abundante, sin dolores. Casó á los 19 años y tuvo un hijo. Enviudó y volvió á casarse, teniendo dos hijos más. Los partos han sido muy fuertes, con dolores violentos de expulsión, se desgarró mucho en su primer hijo. La menstruación en estos últimos tiempos, se ha modificado y se ha vuelto

irregular. Tiene hemorroides que la suelen molestar de vez en cuando.

Estado actual.—Enferma muy pálida, muy anémica, piel y mucosas mal coloreadas, enflaquecida con escaso panículo adiposo.

Aparato respiratorio.—Movimientos respiratorios poco intensos, pero normales.

Aparato circulatorio.—Al auscultar el foco de Potain se ove un soplo correspondiente al sístole, no hay nada parecido en los otros focos.

Aparato digestivo.—Normal.

Aparato de locomoción.—Normal

Sistema nervioso.—Normal.

Aparato génito-urinario—Orina normal, micción normal. La palpación abdominal no da nada; el examen de los órganos genitales externos da un ligero cistocele y un rectocele muy pronunciado, desgarradura del periné; el tacto combinado percibe una matriz chica en involución y en anteversión completa. Las mucosas de los órganos genitales externos están completamente anemiadas.

Diagnóstico — Rectocele con desgarradura del periné.

Tratamiento—Quirúrgico. - - Colporrafia anterior y colpoperineorrafia.

Terminación.—Salió de alta curada el 5 de Marzo de 1909.

III

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DE LOS Dres. AYERZA Y ZABALA

Josefa R., 37 años, casada, italiana, sin profesión. Ingresa al servicio el 1o. de Febrero de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sana en la infancia. Reglá á los 16 años. Regulares, abundantes, poco dolorosas, de 4 á 5 días de duración. Casó á los 17 años. Ha tenido ocho partos á término, normales. Sólo ha guardado 6 ó 7 días de cama después de cada parto. Siempre ha sido sana.

Enfermedad actual—Data desde su último parto, hace dos años. Se levantó como en los anteriores, á los siete días, y desde ese momento empezó á sentir dolores en la cintura, riñones y una sensación de peso en la vulva. Hace más de un año que nota que sale algo anormal por la vulva, especialmente en los esfuerzos de la defecación.

Ha consultado médico, que le recetó una faja de goma; se ha curado, además, en el consultorio de este servicio, de una llaga del cuello del útero.

Estado actual—La enferma siente aumentados sus dolores y molestias y se le hace imposible llevar la faja, por lo que se le aconseja ingrese al servicio para ser operada

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato circulatorio.—Normal.

Aparato digestivo.—Normal. Abdomen blando, depresible. indoloro. Se palpa el riñón derecho.

Aparato de locomoción.—Normal

Sistema nervioso.—Normal.

Aparato génito-urinario. — Micción normal, orinas claras. Al entreabrir los labios de la vulva se ven las paredes vaginales que hacen salida hacia afuera; esta salida se exagera haciendo hacer fuerza á la enferma. Sondando la uretra y haciendo tacto rectal se comprueba que tanto la pared vesical como la rectal están comprendidas en el prolapsus. La matriz se nota al tacto combinado en anteversión. Los fondos de saco están libres.

Diagnóstico —Prolapsus de las paredes vaginales.

Tratamiento. —Febrero 5 — Colporrafia anterior y colpoperineorrafia.

Terminación.—Salió de alta, curada, el 25 de Febrero de 1909.

IV

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DEL Dr. JOSÉ Mª. CABALLERO

Elvira A., 49 años, argentina, viuda, sin profesión.
Ingresa al hospital el 8 de Agosto de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sana en la infancia. Regló á los 12 años; reglas de un día de duración, no dolorosas, regulares Casó á los 18 años, ha tenido dos hijos. Partos normales.

Hace dos años le colocaron un pesario que dejó de usar un año, empezando entonces á sufrir de dolores en el bajo vientre; tenía abundante flujo y fué operada.

Ingresa al servicio porque, dice, que se le sale la matriz.

Al examen se comprueba un prolapso total del útero.

Tratamiento.—El 14 de Agosto de 1908 se le hace un tabicamiento vaginal de Le Fort y el 5 de Septiembre sale curada.

V

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DE LOS Dres. AYERZA Y ZABALA

Teresa R., 50 años, italiana, casada, sin profesión.
Ingresa al hospital el 15 de Octubre de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia. Regló á los 14 años. Reglas escasas, regulares, de tres días de duración, indoloras. Casó á los 25 años. Ha tenido seis hijos. Sus partos han sido normales, levantándose la enferma á los 3 ó 4 días.

Enfermedad actual.—Hacen 5 años comenzó á sentir un peso en el bajo vientre, sin dolores, ni molestias de ningún género. Después comprobó, sobre todo al mover el vientre, que asomaba por la vulva un cuerpo redondeado y liso, que volvía á entrar en el reposo.

Desde hacen dos años, toda su matriz sale fuera. Al principio, la enferma conseguía reducir el tumor y lo contenía con un vendaje, continuando sus quehaceres

sin mayores molestias. Estos últimos tiempos la reducción era difícil, la contención aún más, sintiendo la enferma "que parece que le tironearan de los intestinos". No es constipada, frecuentemente tiene deseos de orinar y, á veces, dificultades en la micción.

Estado actual —Al examen se comprueba un prolapso total del útero.

Tratamiento.—El Doctor Zabala hace una histerectomía vaginal Doyen, el 22 de Octubre.

Terminación.—La enferma sale curada el 17 de Noviembre.

VI

HOSPITAL RIVADAVIA

MATERNIDAD

Prof Dr. SAMUEL MOLINA Gefe de Clinica Dr. ARTURO ZABALA

Barverina M. 23 años, italiana, sin profesión.
Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.
Antecedentes personales.—Sarampión y escarlatina en la infancia. Regló á los 12 años, regulares, normales. Ha tenido un hijo hace cuatro años; parto normal.

A fines de Julio de 1907 ingresa al servicio de los Doctores Ayerza y Zabala para ser operada. Al examen se comprueba un prolapso de las paredes vaginales y haciendo pujar á la enferma se observa un descenso de la matriz, cuyo cuello llega á la vulva. Al tacto combinado se observa una matriz grande, de consistencia blanda y el cuello ligeramente reblandecido. Con este examen, y los datos que da el interrogatorio, se diagnóstica: prolapso útero-vaginal y embarazo de dos meses y medio, más ó menos. Se le prescribe reposo absoluto y así permanece en el servicio 19 días, pidiendo después que se

le dé de alta por ser necesaria su presencia en su casa. Se le recomienda el uso de una faja hipogástrica y que permanezca en cama el mayor tiempo posible, como así mismo que vuelva á hacerse ver de vez en cuando. Concurre al consultorio externo de ese servicio á los 15 días de dada de alta y se comprueba el progreso del embarazo y la persistencia del prolapso, quejándose la enferma de las molestias consiguientes. Un mes después vuelve á la consulta y se comprueba que el globo uterino se había hecho intra-abdominal y que el prolapso uterino había desaparecido. Estando ya en el 5o. mes de su embarazo, se le recomienda su ingreso á la maternidad, en cuanto le fuera posible, y lo hace recién el 30 de Noviembre.

ENBARAZO ACTUAL

Ultimas reglas 15 de Mayo (?).

Examen general.—Edema de los miembros inferiores. Esqueleto bien conformado. Piel blanca.

Examen obstétrico.—Senos bien conformados. Utero: veintiocho centímetros de altura Presentación de vértice (I. A.) No hay encaje. Pelvimetría externa: normal Interna: ídem Se observa un prolapso de las paredes vaginales anterior yposterior. Hay una leucorrea purulenta En la orina vestigios de albúmina.

Parto—Aparición de los primeros dolores Diciembre 6, á las 10 a. m. Presentación y posición del feto: O. I. I. A. Estado del cuello: normal. Rotura de las membranas: expontánea á las 12.30 a. m. Líquido amniótico:

normal. Contracciones uterinas: regulares. Latidos fetales: débiles. Dilatación completa á las 12.30 p .m. Posición en el momento del desprendimiento occípito-pubiana. Duración del período de expulsión: diez minutos. No hubieron lesiones vulvo-perineales, vaginales, ni uterinas Duración total del parto: dos horas, cincuenta minutos

Alumbramiento.—Espontáneo á los diez minutos. Placenta circular, fetal, de 250 gramos. Cordón de inserción central de cuarenta centímetros, liso. Membranas íntegras.

Niño.—Del sexo femenino, de 2.000 gramos de peso, de longitud total de cuarenta y siete centímetros. Muere á las dos horas de haber nacido. Diámetro de la cabeza O F. 11, O. M. 12, B. P. 9.2, S. O. B. 9.4. Circunferencia de la cabeza, 33 centímetros.

Observaciones.—Parto prematuro de seis meses y medio. Dos días antes del parto, la enferma es atacada por fuertes dolores de cabeza y fiebre (40o.) Se le administra calomel y mejora rápidamente. La enferma sale de alta de Maternidad á los 14 días comprobandose un prolapso útero-vaginal Un mes más tarde es operada en el servicio de los Doctores Ayerza y Zabala, haciéndoesle una colporrafia anterior y una colpoperineorrafia (Hegard), saliendo á los 20 días, completamente curada.

TRISTAN J. GONZALEZ

Buenos Aires, Marzo 16 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Eduardo Obejero, al Profesor Titular Dr. Samuel Molina y al Profesor Suplente Dr. Arturo R. Enriquez, para que, constituidos en comisión revisora dictamen respecto de la presente Tesis, según lo establecido en el art. 4 de la Ordenanza sobre Exámenes.

E. CANTON
R. S. Gómez

Buenos Aires, Marzo 20 de 1909

Habiendo la comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente tesis, segun consta en el acta N. 1925 del libro respectivo, entreguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Relación entre el grado del prolapso y sus síntomas subjetivos.

E. Obejero

II

Trabajo del parto y prolapso.

S. Molina

III

Cual es el mejor tratamiento del prolapso durante el parto.

A. R. Enriquez