AÑO 1910. N.° 2159.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Hernias Urogenitales en Ginecologia

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADODE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SANTIAGO A. CHICHIZOLA

EX-PRACTICANTE MENOR EXTERNO — EX-PRACTICANTE MENOR INTERNO

Y EX-PRACTICANTE MAYOR INTERNO

DEL HOSPITAL DR. TEODORO ALVAREZ

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

HERNIAS UROGENITALES

EN GINECOLOGIA

AÑO 1910. N.° 2159

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Hernias Urogenitales en Ginecologia

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SANTIAGO A. CHICHIZOLA

EX-PRACTICANTE MENOR EXTERNO — EX-PRACTICANTE MENOR INTERNO

Y EX-PRACTICANTE MAYOR INTERNO

DEL HOSPITAL DR. TEODORO ALVAREZ

"LA CIENCIA MÉDICA"

Libreria y Casa Editora de A. Guidi Buffarini

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

DR. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
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
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
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
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi (con lic.
» 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 Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke

» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifiliográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» 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
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringologica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
Patológia interna	» Ricardo Colón » Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce » Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Facstino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña » Genaro Sisto
» Génito urinaria.	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisioiógico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» Uraldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TESIS :

DOCTOR CARLOS R. CIRIO

Profesor suplente de anatomía topográfica

Cirujano general de mujeres del Hospital

Teodoro Alvarez

A la augusta memoria de mis inolvidables hermanos

ANDRES Y GUSTAVO

A MIS PADRES QUERIDOS

A quienes debo todo

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS.

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Al presentar á vuestra elevada consideración este modesto trabajo, que me coloca dentro de las exigencias reglamentarias, lo hago lleno de respeto y de agradecimiento hacia mis distinguidos maestros de la Escuela de Medicina, á quienes debo en gran parte la adquisición de mis conocimientos médicos.

Fuera de la facultad tengo el deber de hacer presente también mi agradecimiento á todos los médicos del Hospital Doctor T. Alvarez, por sus enseñanzas, especialmente al tan joven como hábil cirujano doctor Carlos R. Cirio, de quien he aprendido bondad y ginecología y al que me siento doblemente deudor, porque después de guiarme me

enaltece ahora acompañándome en este paso solemne; al doctor J. F. Aranguren, de quien siempre recibí atenciones y ejemplos de alta conciencia profesional y á mi distinguido amigo y compatriota doctor Tomás Vilaseca, que se ha mostrado siempre altruista y desinteresado en proporcionarme casos prácticos, que me serán de mucha utilidad.

A mi excelente amigo y compañero de toda mi vida universitaria, doctor José F. Solá, mis reales afectos.

A todos mis buenos compañeros del Hospital Alvarez, mi efusivo reconocimiento por la benevolencia que siempre me han dispensado.

Y terminando, quiero exteriorizar el regocijo que siempre sentí, porque extranjero, en esta tierra grandiosa, jamás sentí por ello ni vacío ni diferencias.

CONSIDERACIONES GENERALES

Queriendo uniformar bajo una misma rúbrica una serie de lesiones que raramente se presentan solas y que más á menudo se asocian, es que, basado en la patogenia de ellas y en la similitud anatómica con las hernias vulgares y también en el tratamiento deducido del concepto que establezco, es que llamo á los prolapsos de los órganos genitales femeninos, hernias urogenitales. Y no es, por cierto, la primera vez que se asimilan estos prolapsos á las hernias. Ya Hart, de Edimburgo, en 1880, en The structural anatomy of the female pelvic floor, los había comparado ; otros ginecólogos han hecho iguales apreciaciones, y entre ellos cito por su autoridad á Samuel Pozzi, que sin titular los prolapsos con el nombre de hernias, hace un ligero paralelo entre éstas y aquéllos, haciendo ver como en uno y otro caso los desplazamientos son por acción dinámica (hernias de fuerza), por condiciones de plasticidad

de tejidos (hernias de debilidad) y hasta por predisposición congénita y hereditaria, presentando en apoyo de estas úlmimas algunos casos que citamos más adelante.

Nosotros avanzamos más y agregamos que hasta la constitución anatómica de las regiones herniarias, donde hay un órgano que quiere exteriorizarse solo (intestino, epiplón) ó merced á algo que lo remolca (lipoma preherniario), donde existe un anillo que cede (inguinal, crural), y donde una pared afloja á su vez (aponeurosis, piel), es semejante y tiene sus representantes en la región del prolapso, y así, para lo primero lo son el útero y la vejiga, por ejemplo; para lo segundo el anillo que forman los dos bordes internos del elevador del ano, y para lo tercero las paredes vaginales, y si bien no hay que forzarce, ni tener buena voluntad para comprenderlo así, la comparación es relativa, porque en algunas de sus partes adolece de diferencia; pero se puede aceptar perfectamente por su analogía, que es verdadera. Lo raro, á nuestro modo de ver, es que siendo aceptada esta similitud desde hace tiempo no se haya adoptado el tratamiento racional, que consiste en reducir lo exteriorizado, cerrar el anillo y reforzar la pared, puntos éstos que los tratamos con detenimiento en el capítulo III.

De manera que comprendemos dentro de la deno-

minación de hernias urogenitales todos aquellos prolapsos que se hagan por el orificio urogenital, quedando involucrado, por lo tanto, en ella los colpoceles anterior y posterior, los uretro, cisto y rectoceles y los prolapsos uterinos, sea cual fuere su calidad de grado y etiología, porque suponemos como patogenia general para ellos la dehisencia anormal del orificio dejado entre los dos manojos pubo-recto-vaginales.

Establecida la razón de ser del título que proponemos para estas afecciones, vamos á trazar un esbozo de etiología, patogenia y sintomatología, pues no hemos querido hacer de ésto capítulo aparte por ser harto conocido.

Estas afecciones pueden ser congénitas ó adquiridas, presentarse de una manera aguda ó establecerse poco á poco. Entre las congénitas, que son raras, y que algunos como Richelot, piensan que se deban más «á un vicio de desenvolvimiento que á un prolapso, tal como nosotros lo concebimos», se citan varios casos y algunos recientes. La mayor parte de ellos se han presentado en niños que han muerto pronto y que tenían asociadas otras deformidades : una espina bifida, por ejemplo ; tales son los casos de Purefoy y Hanssen, que murieron á los 4 y 9 días, respectivamente ; el de Andrew con una imperforación rectal, muerto á los 12 días ; otros han

tenido mayor supervivencia, y Redvansky cita el caso de una niña nacida con prolapso irreductible al cual tuvo ocasión de ver 6 meses después y recientemente Burger ha presentado á la Sociedad de Ginecología de Viena un chico de 14 días con prolapso útero-vaginal, al que se le asociaba una atrofía de los músculos perineales y paresia del tren inferior.

Estos casos son felizmente escasos, y hay que rotularlos más de deformidades que de lesiones verdaderas.

Los adquiridos son á la inversa frecuentes, y sólo de ellos trataremos, como lo hacen en general la mayoría de los autores que citan los primeros á título informativo. Hay en ellos una división que hacer, como antes indicamos, en agudos que son los menos frecuentemente observados y en establecidos de una manera paulatina, que son la mayoría. Las causas que los hacen presentes son determinantes y predisponentes, teniendo éstas la parte principal por cuanto las primeras son menos observadas, y es que, en efecto, las hernias urogenitales son más hernias de debilidad que hernias de fuerza.

Preséntanse tanto en mujeres vírgenes como en las que han engendrado, pero siendo la preñez y las desgarraduras del periné las causas predisponentes que sobresalen, claro está que en estas últimas se observe muchísimo más la frecuencia de

la lesión que nos ocupa. « La desgarraduradel periné es grave sobre todo por las consecuencias que ella trae del lado de la estática de los órganos genitales profundos (vagina, útero). No tenemos que insistir acá sobre las relaciones de causa á efecto que unen la ruptura del periné al prolapso genital : la anatomía normal las hace presentir ; la patología las demuestra » (R. Proust).

Preñez y desgarradura del periné, hemos dicho ; tales son, sin duda, las más importantes causantes de predisposición para las hernias urogenitales. Quizá, preñez esté mal aplicado en este caso, porque en realidad son las consecuencias de ella ; cuando la involución de los órganos y tejidos de la región genital ha sido mala é incompleta, debido á maniobras instrumentales bruscas en la vagina, ó por apresuramiento en dejar el lecho ó falta de higiene, etc., ó cuando á una gestación se añade un estado constitucional, diatésico, al decir de Richelot, que favorece por esta predisposición la producción de la enfermedad. Agreguemos á esta etiología de primer orden la hipertrofia primitiva de la parte supra-vaginal del cuello, de la cual Huguier, demasiado enamorado de su concepción, hacía depender principalmente la afección.

Una línea para las causas determinantes : un traumatismo perineal, la tos frecuente, los esfuerzos de

la defecación en las constipadas, los esfuerzos de todo género, etc., en una predispuesta por las causas antedichas, pueden traer en un momento dado una verdadera hernia de fuerza, un prolapso agudo, en que el útero se precipita por el orificio urogenital, ó lo que es más común, vienen á contribuir á su descenso lento y gradual por esos empujes de presión diafragmática, sobre el diafragma inferior ó perineal que está resentido en su integridad anatómica ó en su tonus. Ahora bien : como explicamos la patogenia, el mecanismo por el cual descienden los órganos. Bien, es el caso corriente : una mujer después del embarazo, por las causas citadas, ha perdido la tonicidad de los elementos de suspensión del útero (lig. anchos, redondos, útero-sacros, etc.), y ellos son ahora flacidos ; el tonus de los músculos perineales se encuentra reducido ó ellos mismos desgarrados en parte, principalmente los dos manojos pubo-coxigios del elevador han quedado muy separados ó separables y el tejido celular que los adhiere á la vagina aflojado ó desprendido en parte de este canal, el tejido celular pelviano, « verdadero cemento entre las paredes vaginales, el útero y las partes vecinas, está atrofiado y sin cohesión » (Bouilly). El útero, por su parte, ha perdido su anteposición normal y se ha enfilado derecho á la vagina como á propósito para re-

cibir mejor la presión abdominal que lo expulsará de sus dominios pelvianos por el camino vaginal, que flacido y distraídas sus paredes por la ausencia de resistencia perineal se han ectropionado, constituyendo el colpocele previo, al que seguirá más tarde la matriz. En síntesis : el útero derecho á la vagina es empujado de arriba y solicitado de abajo por la falta de fuerza del punto nodal del periné, que está debilitado. Entonces la hernia se produce porque el anillo pubo-coxigio está grande y la pared que está obturando su orificio ha cedido también.

Más difícil es explicar la producción en una virgen, donde los prolapsos existen á veces. Quizá haya que invocar acá el estado diatésico de Richelot y la flacidez congénita de los medios de fijeza de los órganos genitales de Trelat. Y, se nos ocurre, porque es lógico, algo que hasta ahora creemos inédito, que la mayor profundidad congénita del infundíbulo pelviano coopere á la producción de la enfermedad en este caso y facilite su desenvolvimiento en los otros.

Si la vejiga y el recto siguen en su camino á los desplazamientos vaginales, quedan constituídos los cisto y rectoceles. Demasiado conocidos, asimismo, los síntomas, que se imponen por sí solos, diré de ellos pocas palabras. Si se trata de un colpocele anterior puro, la pared vaginal anterior ha desli-

zado y se constata un tumor blanduzco rosa-oscuro que se hace más notable en la posición vertical; puede pasar desapercibido ó traer algunas molestias (sensación de cuerpo extraño, peso, etc.), que serán más notables si la afección se ha desarrollado en terreno neuropático, aserción ésta común para todas las afecciones genitales femeninas, y en realidad es de notar como insignificantes lesiones traen aparejados grandes trastornos en esas mujeres que se caracterizan por su irritabilidad y su mutabilidad de carácter, á la par que en otras, lesiones notables apenas traen la molestia de tenerlas.

Si á la pared vaginal sigue la vejiga, facilitado ésto por la intimidad de tejidos del tabique vesico-vaginal, á los disturbios citados, se suman ahora disturbios de la micción y la introducción de una sonda en la vejiga seguida de tacto en el tumor hace sentir su presencia á traves de la pared. Si es el caso de un colpocele posterior se nota igual cosa; pero esta vez en la pared posterior de la vegina y si al colpocele se agrega el rectocele, es que el recto también ha seguido á la vagina, é introduciendo un dedo en el recto se puede notar doblándolo hacia adelante como forma divertículo en la vagina prolapsada ;entonces hay tenesmo, constipación y no raras veces hemorroides se presentan, sintomáticas en este caso. Más raro de observar es

el enterocele vaginal, en el cual se nota el fondo de saco posterior rechazo por el intestino que se ha insinuado en el Douglas y empujado la vagina hacia adelante. En cuanto á la hernia del útero mismo precedida casi siempre de colpocele ant., se diagnostica fácilmente, pues se nota el útero según el grado de descenso más bajo que normalmente, ó bien haciendo salida el cuello en la vulva ó si es total, todo el órgano fuera de ella. Casi siempre el órgano herniado está afectado de inflamación crónica más ó menos pronunciada, el cuello grande, entreabierto y saliendo de él un flujo filante, á no no ser que se trate de un útero atrófico, como es el de la observación número 20, que presento. A todo esto se añaden las consecuencia de la anormalidad de posición de las diversas partes herniadas, debidas á tironeamientos, roses, etc. Así, la paciente tiene dolores lumbares, disuria, polakiuria, disquesia, dispareupnia, eczemas de la piel correspondientes á los contactos húmedos é irritantes del útero y vagina, que frotan constantemente la pared supero-interna de los muslos, cuando ellos han salido de la vulva. Como síntoma general á todas estas lesiones se agrega la saliencia más marcada del órgano herniado siempre que la enferma hace un esfuerzo pujante. Si la hernia uterina es lo que se llama aguda, ella se ha constituído bruscamente : levantando un

peso, haciendo un esfuerzo de cualquier orden, se siente de golpe un dolor fuerte y se tiene la sensación de que algo se ha desprendido y caído en el periné ó fuera de la vulva. Se constata en seguida que la hernia se ha establecido brutalmente. ¿Es en realida ésta una hernia aguda ? Aguda es la manera de hacerse presente ;pero quizá tengan razón los que piensan que por uno cualquiera de los factores predisponentes que citamos se ha acabado el prolapso que antes existía imperceptible (historia número 19, ?).

Antes de terminar este capítulo, veamos cómo se procede para darse cuenta del estado del anillo muscular pubo-coxigio : Introducido el dedo índice en la vagina, razando su pared posterior, se nota á unos 3 centímetros de la vulva una resistencia en forma de creciente notable también en las paredes laterales. Si la mujer puja la resistencia es más perceptible contrastando con la flacidez vaginal anterior y posterior á la dureza sentida. El espesor del músculo se investiga haciendo pinza con el índice en la vagina y el pulgar afuera ó bien con el tacto vaginal y rectal combinados. Esto es lo que pasa normalmente. Si en cambio el haz pubo-vaginal está roto en su continuidad ó solamente debilitado, la resistencia no se percibe ó ella se halla muy disminuída.

Anatomía y fisiología de los músculos perineales y en especial del elevador del ano

Aunque para nuestro objeto nos bastase solamente el conocimiento anátomo-fisiológico del elevador del ano, para no dejar incompleta la descripción topográfica muscular vamos á recordar someramente los demás músculos perineales :

Transverso del periné.—Triangular de forma, inserta su vértice en el isquión y su base en el rafe ano-vulvar ; hay otro análogo del lado opuesto. Su contracción endureciendo el rafe de inserción da un punto de apoyo al bulbo-cavernoso.

Isquio cavernoso.—Doble como el anterior fusiforme y alargado, se inserta en el isquión y rama isqio-pubiana por un cabo yendo el otro á la parte supero-lateral del codo del clitoris. Su función es la de descender el clitoris durante el coito para que el glande clitoridio frote en la cara dorsal del pene.

Bulbo-cavernoso ó constrictor de la vagina. — Reunidos el derecho y el izquierdo vienen á constituir un músculo orbicular (orbicularis vaginæ), impar y mediano, que abraza la parte inferior de la vagina ; nace en el rafe ano-vulvar para insertarse por sus cabos anteriores al nivel del codo del clítoris. Su fisiología consiste en comprimir la vena dorsal del clítoris, favoreciendo la erección de éste, en comprimir el bulbo (compressor bulborum), en descencender el clítoris durante la copulación, en comprimir la glándula de Bartholin y en estrechar el orificio inferior de la vagina. Por su contracción espasmódica es el responsable del vaginismo inferior.

Músculo de Guthrie ó transverso profundo de Henle.—En número de dos, derecho é izquierdo, de forma triangular, toma cada uno inserción en la rama isquio-pubiana, correspondiente para convergir hacia las partes postero-laterales de la vagina y anterior de la uretra. Su acción fisiológica, así como la del músculo siguiente es oscura, aún para nosotros. Es posible que tengan el rol de constrictores.

Músculo de Wilson.—Constituyen igualmente un par muscular que por su reunión abraza la uretra, yendo sus manojos desde el ligamento infra-pubiano arriba hasta la parte posterior de la uretra abajo.

Esfinter externo de la uretra.—De forma de caño biselado en su parte más externa, es tan largo como

la uretra misma, yendo, por lo tanto, desde el cuello vesical hasta el meato urinario. Dentro de él pasa la uretra. Comprime la uretra y por ende ayuda el pasaje de la orina por este conducto.

Esfinter externo del ano.—Elíptico, libre en su parte media que corresponde al orificio anal, se inserta en los rafes ano-vulvar y ano-coxigio, parte anterior y posterior, respectivamente, así como en la profundidad del dermis de estas dos regiones. Cierra el recto en la extremidad inferior é impide la incontinencia fecal.

Isquio-coxigio.—Rudimentario y quizá llamado á desaparecer, es homólogo del abdutor de la cola de los animales en los cuales es un músculo vigoroso. Hay uno de cada lado y constituye con el elevador del ano el elevador coxi-perineal de Farabeuf. Se inserta por su parte externa en la espina ciática, el pequeño ligamento sacro-ciático y sobre la aponeurosis del obturador interno yendo de estas inserciones hacia las partes laterales y anterior del coxis.

Antes de estudiar el elevador del ano citemos, sólo á título informativo, la existencia no constante de dos insignificantes músculos descritos por Luschka y Lesshaft ; ellos son el *constrictor profundo de la vagina* y el *isquio-bulbar*.

Elevador del ano.—El minucioso trabajo de as-

cripción «Estudio anátomo-quirúrgico del músculo elevador del ano en la mujer», presentado á la Facultad de Ciencias Médicas el año próximo pasado, por el doctor Carlos R. Cirio, contando con su bibliografía me ha ahorrado la revisión de muchos textos en este punto y de él aprovecho muchas observaciones.

El suelo pelviano, el verdadero diafragma perineal, está constituído casi totalmente por el elevador del ano que separa la pelvis del periné.

A este músculo, que algunos anatomistas consideran único, dada la intimidad de fusión de sus elementos derecho é izquierdo, hay que dividirlo en dos para mejor exposición y comprensión, aparte que sea lógico y científico al hacer su estudio, mirar este diafragma como formado por dos músculos homólogos; y es que, en efecto, el estudio de algunas de sus inserciones internas muestra la separación de uno y otro, y la anatomía comparada nos enseña cómo en los solípedos y cuadrumanos, para no citar más, el par muscular es manifiesto. Con menos razón, hay que aceptar la proposición de Savage de considerar como un solo elemento al elevador y al isquio-coxígeo. Otra manera de ver han tenido Piquaud y Renaud Hué quienes hacen pieza aparte de la porción nacida en las partes laterales, y de la insertada en la parte anterior, debido á la pre-

sencia de un intersticio entre ellas, llamándolos res-respectivamente, músculo elevador del ano y músculo pubo-vaginal. Aceptable esta división, desde el punto de vista clínico y quirúrgico nos parece que anatómicamente hay que desecharla, pues, que la aponeurosis que recubre ambas porciones es una sola y no emite tabique separativo en su intersticio y la anatomía comparada nos dice que en el chimpanzé, por ejemplo, no existe separación alguna entre los dos haces musculares.

Partido en dos el diafragma que estudiamos, cada parte resultante de esta división, es de forma cuadrangular imperfecta, presentando, por lo tanto, 4 bordes y 2 caras, dejando después de reunirse dos anillos : el anterior ó hiatus urogenital, por donde pasan la vagina y la uretra, y el posterior que da pasaje al recto. Vastas y complejas inserciones lo fijan á la pared pelviana. El *borde anterior* tendinoso se inserta en la parte postero-interna del cuerpo del pubis, arriba del ligamento infrapúbico y fuera de la sínfisis. Entre las inserciones derecha é izquierda queda un espacio que varía de 2 á 4 centímetros, según se trata de nulíparas ó paridas. El *borde externo* se fija al espesamiento de la aponeurosis del obturador interno, llamado *arcus tendineus,* por debajo del nivel de la inserción del borde anterior, sigue después insertándose en la cara

interna de la espina ciática, donde empieza el *borde posterior* casi todo libre, yendo hasta el coxis, donde recién tiene una reducida inserción. El *borde interno* el más irregular é interesante va desde el pubis hacia atrás, costeando la vagina sin insertarse en ella ; pero adhiriéndola íntimamente. Cruveilhier dice, que un cierto número de fibras longitudinales de la vagina penetran en algunos manojos del músculo ; llegando á la parte posterior del órgano, las fibras más internas van á mezclarse con las del lado opuesto para insinuarse luego en el recto, y hacer continuidad con las fibras longitudinales de este órgano, actitud idéntica á la de las fibras más externas que llegan á este mismo fin sin entrecruzarse con sus similares opuestas, para arribar en último término, por medio de las fibras longitudinales á la piel del ano. Siguiendo : el borde inferior costea el recto, y se termina en una bandeleta fibrosa que es el rafe-ano-coxígeo.

Estando el borde anterior á más alto nivel que el externo, y éste, por encima de la línea del interno, resulta para la superficie muscular formada por el encuentro de los dos músculos una disposición morfológica especial que le ha valido el nombre de *infundibulum pelviano*. Está de más decir que las dos caras superior é inferior comprendidas entre estos límites, constituye un plano inclinado de fuera

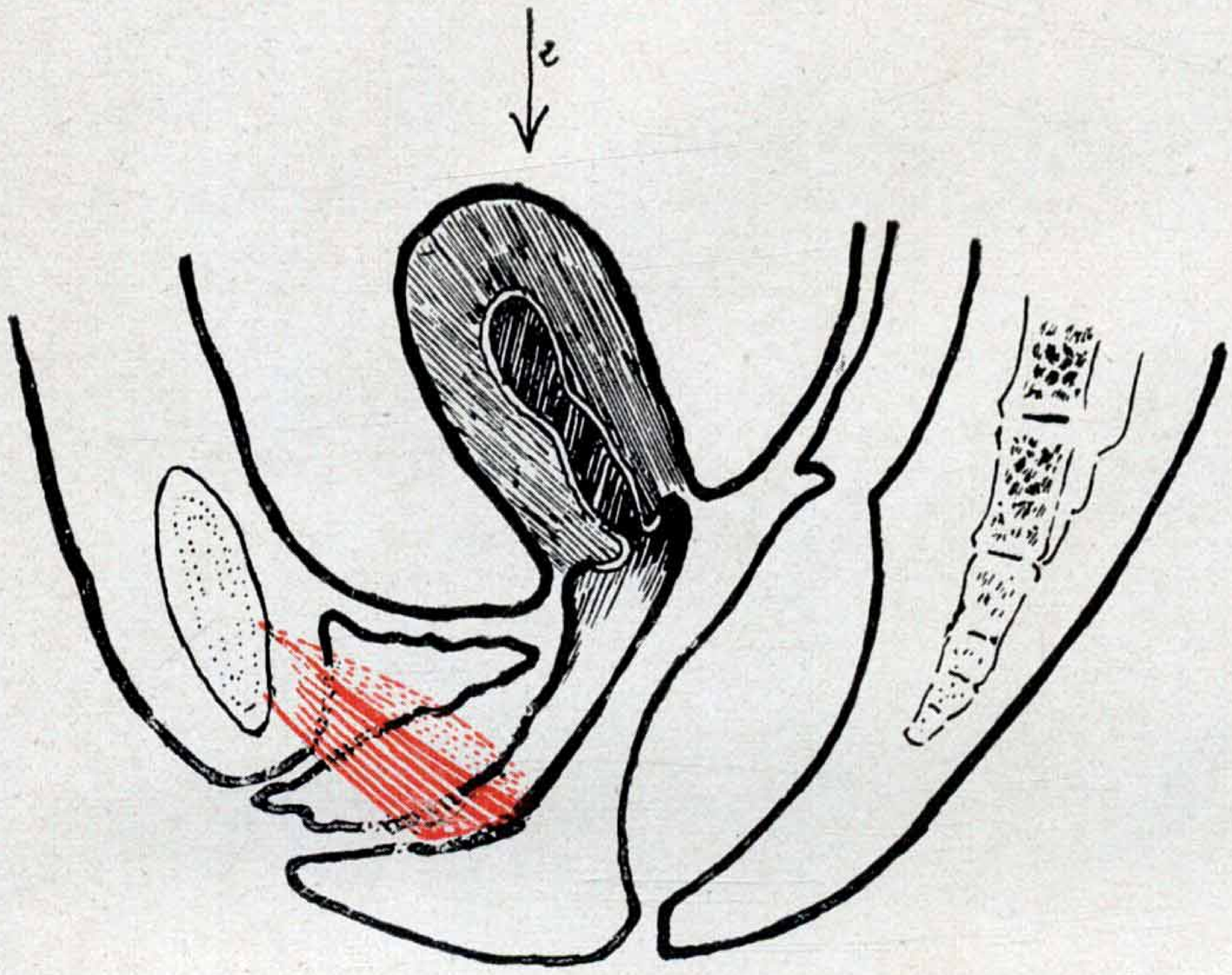

Figura 1

La vagina se halla por la presencia de este músculo 1. (manojo pubo - vaginal) formando un trayecto quebrado en ángulo obtuso y apta para detener el avance de un útero en posición normal ó que ha perdido por una predisponente cualquiera su anteposición fisiológica. -- 1 manojo pubo - vaginal. — 2 presión superior.

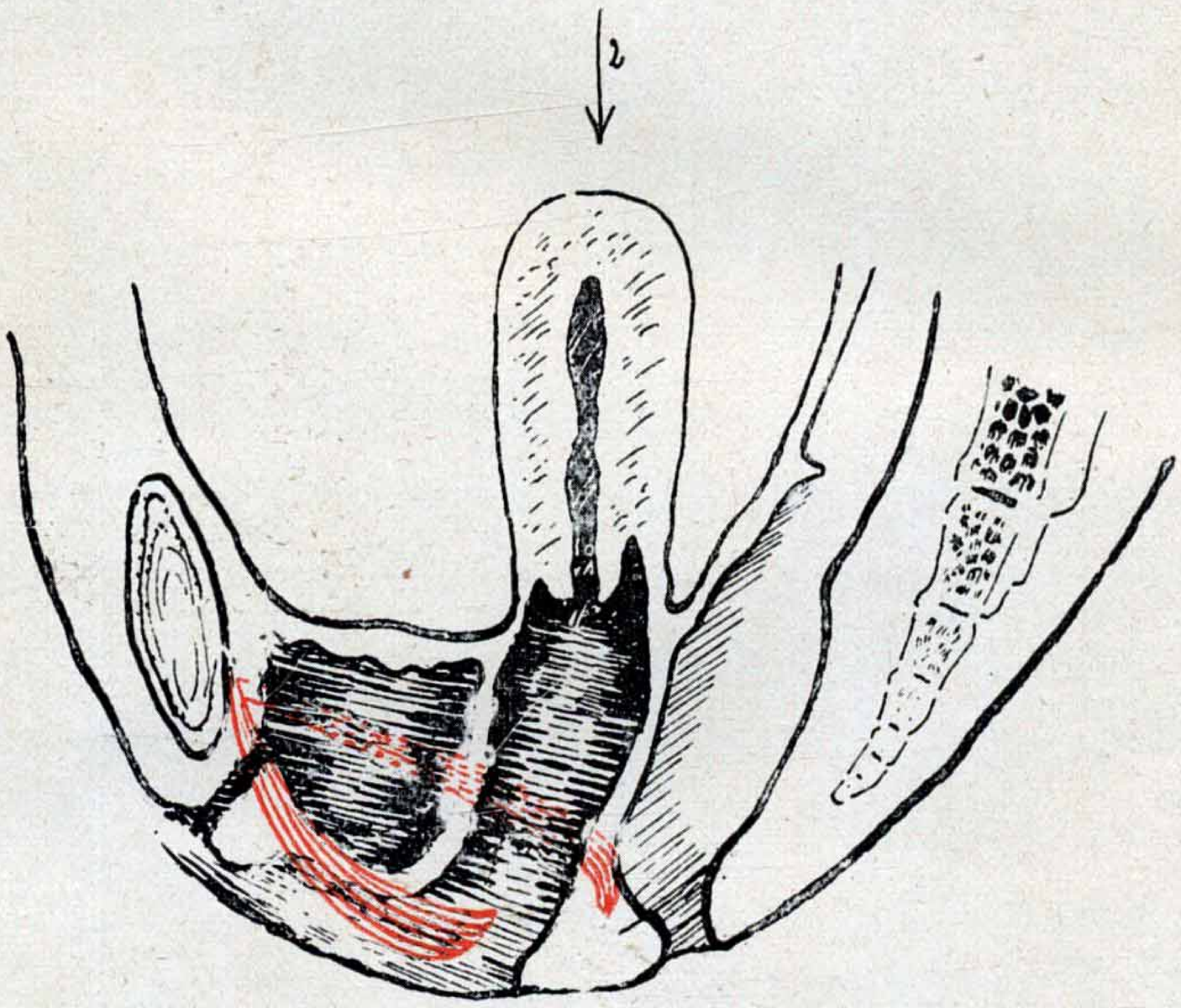

Figura 2

Estando debilitado el abrazo que á la vagina dá el haz pubo-vaginal, el conducto se hace derecho, se ectropina, y la valla que por la contractura de tal manojo se oponia al descenso uterino ha perdido su vigor y éste puede realizarse.

hacia adentro. Ellas son recubiertas por la aponeurosis perineal profunda ó pelviana, por dentro, y por la aponeurosis perineal media ó ligamento de Carcassonne, por fuera.

El conocimiento de la acción fisiológica del elevador del ano es interesante, porque de él deducimos enseñanzas que nos sirven para interpretar la patología de las hernias urogenitales y nos indica el temperamento que hemos de seguir para establecer una terapéutica racional en su curación. En la mujer el músculo lleva un nombre incompleto, pues de él parece desprenderse que sólo sirva para elevar el ano, cuando no es así ; su acción es más compleja é importante, como veremos en un instante.

Los dos músculos considerados en conjunto, tienen un importante rol en la estática de los órganos pelvianos ; por su misma disposición de piso de un alojamiento, sirve para sostener todo lo que sobre él reposa directa ó indirectamente, luchando contra la presión diafragmática.

Contrayéndose, disminuye su curbadura y, por lo tanto, achica el diámetro vertical del abdomen y comprime las vísceras. Ahora, si estudiamos la fisiología de cada haz por separado, veremos que el haz obturato-recto-coxígeo, en el momento de la defecación, tira el ano hacia arriba al mismo tiempo que

lo dilata, facilitando por esto el pasaje del cilindro fecal.

Sirve asimismo para mantener el recto en posición y para aplicar en contacto sus paredes, haciendo las veces de constrictor (constrictor profundo), acción ésta puesta en evidencia por Budge, y últimamente por Morestin.

El manojo pubo-vagino-rectal, contribuye en algo también por su contracción á tal resultante; pero dejando sus fibras más externas (rectales), veamos cómo se comporta con la vagina é indirectamente con el útero. Como este haz forma con el del lado opuesto una U, cuya concavidad abraza la vagina al contraerse, tomando punto de apoyo en sus inserciones pubianas, lleva la pared posterior de la vagina hacia adelante, adosándola á la anterior y acercando el conjunto al pubis, acción tan intensamente manifestada á veces que Farabeuf haciendo medidas dinamométricas, ha obtenido hasta 15 kil. de aumento de presión. El vaginismo superior es producto de su contracción espasmódica.

La vagina se halla por la presencia de este músculo formando un trayecto quebrado en ángulo obtuso abierto de 130° á 140°, y apta para detenerse y detener el avance de un útero en posición fisiológica ó que ha perdido por una predisponente cualquiera su anteposición normal (Fig. N°. 1).

Ahora bien, y permítasenos volver sobre la patogenia de las hernias urogenitales, estando debilitado el abrazo que á la vagina da el haz pubovaginal el conducto se hace derecho, se ectropiona y la valla que por la contractura de tal manojo, se oponía al descenso uterino, ha perdido su vigor, y éste puede realizarse. (Fig. N°. 2). Que nos sirva todo este recuerdo de anatomo-fisiología del elevador del ano para justificar el tratamiento que proponemos como el mejor para las hernias urogenitales.

TRATAMIENTO

Justo es antes de abordar de lleno este capítulo que hablemos de la profilaxia de las hernias urogenitales. Ella consiste en los cuidados racionales durante el embarazo ; durante el parto, tratar que éste se haga en las condiciones más fisiológicas y si hay que hacer aplicaciones instrumentales, dotarse de paciencia y suavidad, suponiendo destreza en el manejo de lo que sea necesario. Si forzosa ó desgraciadamente, el periné se desgarra, sutura inmediata. Durante el puerperio, higiene y reposo hasta tanto el útero y demás órganos resentidos por la pasada gestación, involucionen perfectamente. Entrada la mujer en su vida ordinaria, siempre higiene bajo todo punto de vista (trabajo, ejercicios, obligaciones sociales, etc.). Y por fin, tratar todo lo que sea una causa predisponente como la

desgarradura del periné, y la retroversión uterina que fatiga el plano de resistencia pelviana.

———

Establecida la afección, veamos que se ha hecho, qué se hace y qué debe practicarse, á nuestro modo de ver, basándonos siempre en lo que creemos racional y lógico para su tratamiento. Observemos desde ya que es tan considerable el número de intervenciones propuestas que nos será imposible en este trabajo hacer á todas ellas presentes. Se trata del caso de una mujer que tiene un colpocele anterior ó posterior, ó una hernia del útero, y no desea ser intervenida ó no puede serlo por cualquier circunstancia (edad, miseria fisiológica, Observ. número 20, diabetes, afecciones cardiacas, pulmonares, renales, etc.), se le indica un tratamiento paliativo, precario en resultados, es cierto, pero tratamiento al fin que á veces mejora ó alivia.

Para los dos primeros casos, higiene, kinesiterapia ginecológica, proscribir el trabajo de fuerza y la posición vertical prolongada. Para el tercer caso, iguales indicaciones, agregando lo que se ha usado y se prescribe aún : pesarios y cinturas ó su combinación : histeróforos. Los anillos de Dumontpa-

llier y de Hodge, una cintura á pelota de aire, por ejemplo, cuando la hernia es poco pronunciada y el periné con resistencia relativa. Si el descenso es mayor, un histeróforo de los cuales el de Borgnet y el de Cutter, son recomendables. Hay que hacer á veces, á falta de mejor recurso, una columnización á gasa yodoformada para renovarla cada día ó día por medio. Antes de aplicar cualquiera de estos aparatos, reducir la hernia y dejar la región perfectamente higiénica.

———

Fuera de las contraindicaciones apuntadas, la intervención quirúrgica racional es el mejor y el más seguro de los tratamientos. Para los colpoceles anterior y posterior con ó sin cisto y rectoceles tan variados y numerosos son los métodos operatorios que se han empleado y que se usan hoy que nos limitaremos á hacer mención de ellos, deteniéndonos en los puntos importantes á nuestro criterio. Son plásticas vaginales que, atendiendo á su etimología se denominan colporrafias ó elitrorrafias anterior y posterior, y si á ellas se agrega la restauración del cuerpo perineal, colpoperineorrafias. Son, en una palabra, colpo ó colpectomías parciales

seguidas de suturas. Según Pozzi han sido propuestas primeramente por Marshall-Hall. Para las *anteriores,*Sims, Simon, Emmet, Lejars, Doleris, Stoltz, Sangër, etc., en el extranjero, han propuesto con ligeras variantes la disección á pinza y bisturí de un colgajo vaginal y luego la sutura. Entre nosotros, el profesor Bazterrica saca también la porción exuberante de la vagina y sutura luego, pero facilita y simplifica tanto su modo operatorio, que ése es el que he visto preferir durante mi internado en el Hospital Teodoro Alvarez, y lo he practicado personalmente, sin la dificultad engorrosa de las prolijas disecciones á bisturí, siempre con buen resultado y sin tener que lamentar accidente. Consiste en tomar el vértice de la parte ectropionada con pinza erina y por encima y debajo de ésta poner otras dos pinzas á equidistancia, hacer con ellas tracción hacia adelante, avanzando más la mediana, y luego colocar detrás y razándolas un clamp. de intestino, con la concavidad mirando al operador, cortar á bisturí, paseado por el borde convexo del instrumento, y enseguida suturar con catgut, de modo que el hilo pase invisible en la superficie cruenta. Si se teme, tomar y cortar la vejiga, es bueno pasear una sonda en su cara posterior y de ese modo evitar el accidente que es grave ; pero que nunca he visto producirlo á pesar de la abstinencia de esta

precaución (1). También para las hernias de la pared *posterior* de la vagina, se han ideado gran cantidad de intervenciones, unas por avivamiento del órgano, y otras por desdoblamiento del tabique recto-vaginal, todas ellas semejantes, pues tienen más diferencia de forma que de fundamento. Los procedimientos de Hegar, Martín, Simon, Doyen, Emmet, Lawson-Tait, Pozzi, Doleris, etc., se usan corrientemente con el objeto de curar los colpoceles posteriores y las desgarraduras parciales del periné, como asimismo las hernias del útero.

Consisten en extirpar un trozo de vagina, avivar la desgarradura perineal si existe, y suturar después, ó bien desdoblar el tabique recto-vaginal y utilizar los colgajos obtenidos para reconstituir el periné (método auto-plástico). Creemos que todos estos métodos son insuficientes, pues atendiendo á las consideraciones que hemos hecho ya, y á las que hacemos al hablar de la miorrafia de los elevadores del ano, ellos están basados en una concepción errónea de la patogenia y de la anatomía patológicas de las hernias urogenitales. Sin embargo, sancionados como están por el uso corriente de ellos, y por la autoridad de los proponentes, he tenido la oportunidad de ayudar y de hacer algunas de es-

---

(1) El profesor Bazterrica nos ha manifestado que en más de 20 años que la práctica jamás ha visto producirse tal accidente.

tas operaciones, con resultados distintos, según el caso, pues, como se verá en la observación Nº 21, á pesar de tener la precuación de tratar que los puntos profundos acercaran los bordes de los músculos elevadores, el resultado ha sido relativamente deficiente. Determinados á intervenir siguiendo estas técnicas, preferimos por su simplicidad la colpoperineorrafia de Hegar, tratando siempre como dijimos, de que la aguja lleve el hilo profundamente en los costados, para que los elevadores invisibles, acá se aproximen y quede así cerrado ó por lo menos reforzado el anillo muscular que por su dehisencia ha facilitado la hernia útero-vaginal. Como se presiente, los puntos tomaran ó no tomaran los elevadores, ya que uno no los ve y como de la primera condición resulta el éxito operatorio, preferimos y lo decimos desde ya, obrar á cielo abierto, yendo directamente á buscar los elementos musculares que tan importante rol desempeñan en la estática de los órganos genitales é indicamos la miorrafia de los elevadores del ano que, á nuestro criterio, es el mejor prccedimiento. Descripción y consideraciones á este respecto las dejamos para el final del capítulo, pasando ahora una revista á los tratamientos de la hernia ó prolapso del útero en particular.

———

Reducir é impedir la salida, fijar en una pocisión determinada, restituir á la pocisión fisiológica suspendiendo ó sosteniendo el útero que ha emigrado de sus dominios, tales han sido y son los objetivos buscados por los que han contribuído á la curación de esta enfermedad que en un grado avanzado, sin tener á veces gravedad ni molestias mayores, no deja de ser una afección repugnante.

La episiorrafia, la sutura del orificio vulvar, la infulación, las cauterizaciones vaginales y el tabicamiento vaginal de Le Fort, son operaciones que deben pasar al capítulo de historia antigua en cirujía ginecológica. La inyección de una solución de quinina en la base de los ligamentos anchos, así como la de parafina licuada en la vagina, reducido el prolapso previamente, son métodos que al decir de sus autores han dado resultados ; pero no se usan por su inseguridad.

———

La colpectomía total ú operación de Müller, preconizada por Savariaud (Anales de Gynecologie et d'obstetrique, Nbre. 1906), hace desaparecr la vagina obliterando por suturas la cavidad que queda. Realizada cuando ya no hay reglas ni relaciones sexuales, dicen da buen resultado. A priori, nos parece que no reforzando el anillo de los elevadores po-

drá descender el útero y la cicatriz á parte de tener las contingencias posibles de retención, pues el útero queda transformado en una cavidad cerrada.

———

El acortamiento de los ligamentos redondos en sus infinitas variedades, se dirije más contra las retrodesviaciones que contra el prolapso del útero, aunque en este caso sea un exclente complemento de la operación, que constituye un buen punto de apoyo perineal. Preferimos la operación de Alquié-Alxander pura ó con el agregado propuesto por Arce si hay adherencias, y la de Richelot-Doleris.

———

La histeropexia abdominal no es tampoco despreciable como operación complementaria. Practicada por primera vez por Kœberlé y estatuída como método operativo en el prolapso útero-vaginal por Olshausen, ha sufrido muchas modificaciones de detalle, entre las que cremos más recomendables las de Terrier y de Legueu y en general las que se hagan á cielo abierto, porque detestamos aquellas que al estilo de Marion Sims, pretenden fijar el útero sin laparatomia, por estar llenas de peligros, de dificultades y porque en una palabra, exponen sin atenuantes la vida de la paciente, y tan es así, que Sims que

la concibió el primero, «un día comenzada la operación, no tuvo la audacia de terminarla» (S. Pozzi). A estas operaciones de suspensión se le han hecho serias objeciones con fundamentos teóricos y estadísticos. Se refieren á disturbios graves en el desenvolvimiento y terminación del embarazo. Cuando el caso sea de temer esta clase de consecuencias y que la intervención es necesaria, cremos menos peligroso á ese respecto el acortamiento de los ligamentos redondos que la histeropexia abdominal y de estos más preferibles los que fijan por la parte supravaginal que los que lo hacen por el cuello ó fondo.

———

La colpopexia de Bydford, la cistopexia, la histerocatafraxis de Cattarina, son procedimientos más ó menos ingeniosos que se pueden catalogar por homología con las histeropexias.

———

La fijación del útero á la pared anterior de la vagina (vagino-fijación ó colpohisteropexia), practicada con el objeto de curar las hernias del útero, son hijas de sus similares, hechas para corregir las retrodesviaciones del órgano. Su paternidad corresponde á Amussat; el espíritu de innovación y de

mejoramiento ha producido acá también diversidad de procedimientos (Schucking, Makkenrodt, Duhrssen, Richelot, Le Dentu et Pichevin, etc.), de los que sólo describo uno suscintamente por ser el más moderno, porque su uso gana terreno en Alemania y más que nada, porque he ayudado al Dr. Cirio en una operación de esta naturaleza y creo es la primera vez que se practica entre nosotros(1), siendo el resultado hasta hoy satisfactorio. Muchos cirujanos alemanes la preconizan vivamente, justificándose con estadísticas brillantes ; pero como hay que sacrificar la procreación en quien se efectúa, como nos parece que más mejora un efecto (el cistocele) que la causa y como una enfermedad nueva (anteflexión pronunciada), queda creada, pudiendo hacer sentir sus consecuencias más tarde, estimamos preferible un método más racional y de más fácil ejecución (miorrafia con suspensión, por ejemplo). Nos referimos á la operación de Shauta-Werthein que utiliza el útero plásticamente. La técnica que describo es un resumen de la de Violet, que hace un resumen detallado de la intervención. Es, por otra parte, la seguida en la observación Nº 22 :-1er. tiempo : Cuello tirado hacia abajo con una pinza erina, inci-

---

(1) Se nos informa últimamente que el distinguido cirujano Dr. Caballero la ha practicado con éxito, en el Hospital Rivadavia.

sión mediana vaginal anterior, desde cerca del meato hasta el cuello, movilización de los labios de la herida. 2º Separados los labios, incisión transversal en el tejido celular vésico-uterino, en el límite de la vejiga, se rechaza ésta, se busca é incinde, el repliegue peritoneal vésico-uterino. 3º El índice en forma de gancho hace bascular el útero y pone á la vista su cara posterior. 4º Sección de los trompas y verificación del estado de los ovarios. 5º Cierre de la cavidad abdominal, suturando la hoja anterior del peritoneo vésico-uterino al peritoneo de la cara posterior del útero. 6º Se coloca el útero en el espacio resultante de la disección de los colgajos vaginales, suturando los bordes de éstos entre sí y á la pared anterior del útero. 7º Si los colgajos son exuberantes, se reseca un trozo ; si son insuficientes, se suturan separadamente á la pared anterior uterina, dejando al descubierto parte de esta (tal pasó en el caso que presentamos), y 8º Colpoperinorrafia con sutura directa de los elevadores (este tiempo no fué realizado). Como se ve, el útero queda desempeñando el papel de un verdadero pesario orgánico en inclusión intervesicovaginal.

Todas estas colpohisteropexias pueden ser causa de distocias, siendo por lo tanto peligrosas bajo el punto de vista obstétrico, aparte de que algunas de ellas, la de Shauta-Wertheim, por ejemplo, requie-

ren la seguridad de esterilidad como condición *sine-qua-non* de ausencia de complicaciones graves posteriores

———

A título de curiosidad menciono un procedimiento que he encontrado en una tesis francesa de 1903 y que su autor denomina histeropexia obturatriz ; consiste en amputar el cuello por el método de Bouylli, separar un poco la mucosa del músculo uterino, suturando éste al arcus-tendineus y aquella á la vagina.

———

Las histerectomias total y sub-total seguidas de colpopexia y traquelopexia respectivamente, así como la más moderna de Legueu (1901), fijando el muñón cervical á la herida parietal, han de resultar buenas operaciones si son asociados á una restauración perineal. Quedan, sin embargo, más bien para otra clase de afecciones (fibroma, cáncer, etc.). Sacrifica la procreación.

———

La histerectomia vaginal es, según el caso, una excelente intervención si se le completa con colpectomia amplia, aunque no total y achicamiento del hiatus

urogenital. La extirpación del útero por la vagina, acariciada in mente desde 1757 por Oakley (carta de éste á Smellie), fué hecha por primera vez en 1867 por Choppin (otros dicen por Sauter en 1882). Los progresos gigantescos de la cirujía desde entonces hasta hoy, han mejorado considerablemente y quitado la gravedad á esta intervención cuya realización es de relativa facilidad. A este respecto dice Richelot: «No hay manual operatorio para sacar un útero prolapsado, si no es que en lugar de bajarlo con una pinza de tracción, se está más bien obligado á sostenerlo. Se opera constantemente afuera de la vulva, se tienen todas las partes bajo los ojos, se pinzan y ligan los vasos de visu, es la más simple de las histerectomias». Las técnicas de Fritsh, Pozzi, Doyen, etc., difieren poco. Las operaciones de esta categoría que he ayudado ó practicado, han sido siguiendo un manual semejante al de Pozzi, acercando después de extirpar la matriz, los dos pedículos de los ligamentos anchos, que de esa manera contribuirán en algo á sostener la presión superior. Pensamos que se trata de un buen recurso operatorio en las hernias urogenitales inveteradas y rebeldes, ó cuando la mujer estando en la menopausa ó en sus proximidades, tenga derecho á un descanso genital. Todos estos métodos, de cuya realización

dependa la esterilidad futura en quienes se los practique, deben ser considerados antes de realizarlos, bajo un punto de vista quirúrgico-social, permítaseme la asociación de estos dos términos, porque creemos que si es fácil evitar la prole quirúrgicamente, no es impunemente que se hace lo mismo en el terreno de las consideraciones sociales, en cuyo ambiente hombre y mujer están colocados para dar durante su vida activa y sin detrimentos mayores para su salud, hijos que los perpectúen.

———

Las traquelectomias altas y bajas (Kröning, Doderlein, Huguier, Hegar, Bouylli, Simon, Schrœder, etc.), ejecutadas, no dan un resultado curativo si no se les agrega un buen periné.

———

Habiendo pasado revista á los tratamientos creados para mejorar ó curar las hernias urogenitales, exponiendo nuestra humilde opinión del valor de cada una de ellas, dejamos exprofesamente para este momento, como dijimos antes, la descripción y consideraciones sobre el manual operatorio, que á nuestro criterio, es el mejor en la generalidad de los casos, por creerlo basado en el conocimiento de la patogenia de la lesión, y pensamos que de su prác-

tica resulta el tratamiento de la causa que en todos los terrenos es lo racional para corregir los efectos, y porque con su realización nos acercamos más á lo fisiológico. Referímonos á la *miorrafia de los elevadores del ano* (técnica de Pierre Duval y Proust ó sus semejantes). No sé quien ha sido el primero en concebir esta idea ; pero á no dudar la recomendación de la mayor parte de los autores de colpoperineorrafías, de llevar la aguja profundamente responde á tomar en la sutura el mayor espesor de tejidos, y quizá para algunos, los bordes internos de los elevadores del ano. Gubaroff (1896) pretende realizar esto último haciendo pasar un hilo en la pared posterior de la vagina, tratando de enganchar los elevadores, el hilo va de izquierda á derecha y luego inversamente, saliendo por donde entró. Se hace un nudo con los dos cabos y se achica, de este modo el anillo ; es incompleto é inseguro. Más anatómico y más quirúrgico es ir á buscar directamente los manojos musculares y suturarlos, teniéndolos presentes. Ziegenspeck es el primero que ha practicado sistemáticamente la miorrafia de los elevadores, pero sólo por sus bordes ; Proust, antes de hacer ésto, los afronta cara á cara. Entre nosotros, creo no equivocarme, el primero que ha empleado este técnica ha sido el doctor Cirio, en el Hospital Nacional de Clínicas, servicio del

profesor Bazterrica (véanse libros número 13, historia 73; número 15, historia 20, etc., de la sala X). En las intervenciones de esta clase en que he tenido la oportunidad de ayudar ó de practicar personalmente, se ha seguido una técnica parecida á la de Proust-Duval, haciendo en los tiempos de incisión y desdoblamiento una combinación de las colpoperineorrafias de Hegar y de Doleris, y luego la miorrafia de Proust-Duval. Colocadas las pinzas como para hacer una colpoperineorrafia de Hegar, se incinde en curvilínea extendida, el reborde de la horquilla ó sus restos, luego se diseca un poco este borde, y en vez de hacer simple avivamiento se hace desdoblamiento, haciendo pinza con el índice y pulgar izquierdos el primero en la vagina y el pulgar en el reborde, de modo que el índice empuje hacia adelante la vagina, facilitando así el desdoblamiento y evitando el recto, se secciona la bandeleta recto-vaginal (1) al ras de la vagina y pronto se encuentra un plano de clivage que hace más factible el desdoblamiento á dedo ó á gasa; habiendo llegado en este tiempo hasta la altura del vértice del triángulo de Hegar, se desdobla un poco

---

(1) Más arriba vagina y recto están separados por el fascia recto vaginal, resto obliterado del fondo de saco de Douglas embrionario, cuya coalescencia ha formado una aponeurosis: es el espacio desprendible intervagino-rectal de Quenu y Hartman.

más si hay conveniencia y con dos tijeretazos laterales se extirpa su área ; hay sangre en napa que se cohibe con compresión.

Si el fondo de saco de Douglas está procidente se le rechaza ó se le trata como á cualquier saco herniario, según el grado de insinuación ; en seguida, tirando el ano hacia abajo, los elevadores se ponen tensos y su encuentro se facilita palpando á los costados donde resalta su dureza que contrasta con la blandura del ambiente perineal, se diseca en el sentido de estas indicaciones y en un momento se ven los dos músculos que son de un color rosado-pálido, es el momento de hacer las suturas que se practicarán con catgut : con la primer puntada se fijará el vértice del triángulo de Hegar al adosamiento que se hace con los dos manojos musculares, luego se sigue acercando los músculos cara á cara para una vez llegado hasta el recto ascender juntándolos por los bordes y con los mismos puntos practicar la colporrafia. Se termina avivando un poco si es necesario el periné y haciendo una perineorrafia con crin que tome el mayor espesor de tejidos.

Queda así constituído un excelente periné con la ventaja de haber curado la hernia por su reducción primero, luego por el achicamiento del anillo cuya diástasis permitía la exteriorización de los órganos, habiendo resecado el saco que acá está representa-

do por la vagina (previamente se practica una elitrorrafia anterior, técnica Bazterrica) y reforzado la pared (vagina, periné, piel). Si á esto se le adjunta una suspensión del útero en otra sesión, ya por histeropexia ó bien por acortamiento de ligamentos redondos, queda reproducido con ampliación el nudo de Barker, que se ejecuta en las hernias inguinales.

Los otros procedimientos vagino-perineales que resecan mucosa ó desdoblan el tabique se pueden comparar, á nuestro modo de ver, al método que pretendiera curar una hernia crural, por ejemplo, reduciéndola primero y extirpando ó frunciendo la piel correspondiente y suturando después.

Suponiendo que en las otras colpoperineorrafias los puntos profundos achiquen el anillo formado por los dos bordes internos de los elevadores, nunca lo harán tan bien y por las caras como en la miorrafia. Queda además superior este procedimiento á aquéllos, porque sutura músculo á músculo, mientras que yendo á buscar ciegamente los elementos musculares, al cerrar el nudo quedará en su intersticio tejido conjuntivo que favorecerá la producción de una cicatriz fibrosa y su unión no será tan resistente, condiciones éstas que bajo el punto de vista de pronóstico obstétrico son malas,

aparte de que la recidiva es por la misma razón más posible.

Admitido en ginecología casi como axioma que la constitución de un buen periné es el tiempo principalísimo de todo tratamiento de prolapso, y siendo, á nuestro entender, por el conjunto de razones de todo órden (fisiológicas, anatómicas, quirúrgicas), la miorrafia la que llena mejor los fines terapéuticos, es por eso que la hemos preferido á las demás.

¿Nos da acaso la miorrafia, aún en el mejor de los casos de resultado inmediato, seguridad absoluta de ausencia de recidiva ? No ; la hernia puede reproducirse, y ello no es la consecuencia de método insuficiente, y puede recidivar con el mismo título y á igual derecho que lo hacen algunas hernias inguinales, por ejemplo, operadas por los mejores procedimientos, y no es por falta de técnica seguramente, porque he tenido oportunidad de ver algunas de estas reincidencias patológicas en operados en el Hospital Teodoro Alvarez y en otros por tan hábiles como distinguidos cirujanos. Hay que invocar acá como causa un estado diatésico, que se llame defecto orgánico artritismo ú otra cosa. Ello no excluye la bondad del método.

Dejemos constancia que la miorrafía es á veces impracticable debido á la atrofía considerable que sufre el manojo pubo-vaginal en algunos casos ; tal

pasa, por ejemplo, en ciertas antiguas desgarraduras del periné en que dicho haz ha sido interesado. Se tratará entonces de tomar en las suturas el mayor espesor de tejidos.

Antes de terminar el capítulo voy á exponer sucintamente los cuidados pre y post-operatorios, muy útiles, ya que son adjuvantes de los cuales depende gran parte del éxito. Atender primeramente si no hay contraindicaciones, el desconocimiento de éstas tiene en su haber muertes, principalmente en las histerectomías y la ineficacia por supuración en las reparaciones perineales (diabetes). Alejar la operación unos 15 ó 20 días del futuro período menstrual. Cuando hay coincidencia (que es lo más común) con endometritis, tratar ésta. Preparar la enferma con anticipación de algunos días: Reducir y sostener la hernia, descongestionar, limpiar y lubrificar con lavajes calientes seguidos de ligero tapón á gasa con glicerina ictiolada ó yodoformo, curaciones que serán diarias hasta el día de la intervención. Dos días antes de ésta y si la operación es vagino-perineal (si se abre el vientre, cuidados idénticos que para cualquier laparatomía), afeitar la región, un purgante dado temprano y en el día siguiente enema y constipación por medio de ex-

tracto tebaico (0,02). En la mañana del otro día se le operará previa asepsia (Hemos usado la tintura de yodo sin ningún inconveniente, pero preferimos agua y jabón que llegan mejor á los recobecos que tiene la región). La colocación de la enferma puede ser en la posición de la talla, perineal inclinada de Jayle ó perineal inversa de Proust. La anestesia con cloroformo ó éter ó bien con estovaina ó novococaina intrarraquídea. Esta, como se verá en las observaciones que presentamos, da exelentes resultados; la raquinovococainización como anestésico es especial para el periné. Sobre los presuntos peligros alejados de ella no sabemos por ahora expedirnos; en cuanto á los resultados inmediatos ó relativamente alejados (3 años), podemos decir que habiendo sido encargados de la recopilación de los casos (350 aproximadamente), en que se ha usado esta anestesia en el Hospital Teodoro Alvarez y que ha servido de estadística al trabajo que el doctor J. Arce presentó al congreso de Río Janeiro (1909), hemos tenido la oportunidad de comprobar en los enfermos revistos ninguna consecuencia funesta y que de los demás no ha habido noticias de complicación. Si se teme incontinencia un tapón en el recto que se sacará al terminar la operación ó al día siguiente.

La hemorragia que se produzca debe ser bien co-

hibida, porque no es difícil que se formen hematomas si se desatiende esta indicación ; la compresión y la sutura, en general, son suficientes ; pero si persistiera se liga el vaso que sangra. Vigilar el recto para no perforarlo. Los puntos deben afrontar perfectamente sin apretar demasiado ; así se evitará la necrosis de los bordes por anemia : colocar en la vagina una ó dos gasas yodoformadas flojas. Es bueno dejar largos los cabos de las crines, poner una gasita sobre los nudos de afrontamiento y sobre ella anudar en conjunto los cabos de un lado con los del otro, de este modo la enferma no siente las molestias producidas por las cortas y rígidas extremidades de las crines. Terminar la operación colocando en la vejiga una sonda de Pezzer para retirarla al 2º día si hay personal idoneo que maneje asépticamente la sonda metálica, de lo contrario, retirarla al 7º ú 8º día ; gasa, algodón y vendaje en T ligeramente apretado. Estando ya la operada en el lecho, mantenerle los miembros inferiores juntos y administrarle, espaciadas cada 3 ó 4 horas, 3 ó 4 píldoras más de extracto de opio (0.02) ó sustituir 2 de ellas por una inyección de morfina (0.001) durante la noche, en que generalmente hay insomnio por dolor. Alimentación líquida durante 6 á 8 días durante los cuales se la mantendrá constipada. Curaciones día por medio secas

y suavemente practicadas. Es importante que sean secas, pues el agua ablanda el catgut y macera los bordes cruentos, obstaculizando su adhesión por primera. Retirar las crines del 6º al 8º día. Al 8º evacuar el intestino lubrificando primeramente sus paredes con un enema de aceite y en seguida un enema chico de agua hervida, purgante suave el mismo día. Del 9º al 11º la enferma se sentará en la cama y el 15º se levantará para desde entonces empezar á caminar con cautela hasta que lo realice perfectamente. Prescribirle lavages calientes, diarios de agua salada que se seguirán hasta que se canse de ellos. Evitará la posición vertical prolongada, y ya que es tan sencillo hará al levantarse y al acostarse sesión de 10 á 15 minutos de plegaria mahometana. Las relaciones sexuales se tomarán después de un tiempo y sin vehemencia. Por infantiles que parezcan muchas de las indicaciones que acabamos de exponer, bien llevadas, constituyen una buena parte del resultado satisfactorio.

CONCLUSIONES

Del conjunto de lo escrito hasta ahora en este trabajo, del aquilatamiento racional de los tópicos tratados y de las resultantes de lo comparado, serenamente á nuestro creer, pretendemos estar en el derecho de llegar á las siguientes conclusiones :

I.—Los prolapsos de los órganos genitales son verdaderas hernias, haciéndose por el orificio urogenital ; merecen la denominación de hernias urogenitales. Pueden ser congénitas, adquiridas, agudas (en el modo de hacerse presente, por lo menos) y crónicas. La etiología responde principalmente á las consecuencias del embarazo y á las desgarraduras del periné que traen una separación anormal de los manojos pubo-vaginales del elevador del ano. El mecanismo de producción está dado, porque estando el anillo muscular abierto, roto ó atónico no pone valla á los órganos que reciben la

presión superior. En las vírgenes hay que invocar hipotéticamente en parte, el estado diatésico de Richelot, la debilidad y la abertura anormal del anillo pubo-vaginal. Es posible que una profundidad congénita exagerada del infundíbulo pelviano, tenga también su contribución. En toda hernia urogenital hay que verificar metódicamente el estado del anillo del elevador del ano.

II.—Los otros músculos perineales son despreciables en relación á la importancia de éste, que es el elemento capital del piso pelviano. El elevador es un músculo par y simétrico y no un músculo único ; su manojo pubo-vaginal es el más interesante con relación al punto que tratamos.

III.—La profilaxia debe siempre tenerse en cuenta. El tratamiento paliativo, cuando no se puede hacer otro, debe tentarse. El tratamiento quirúrgico supera grandemente al tratamiento médico. Los innumerables métodos propuestos para la curación de las hernias urogenitales son exponente de la inconstancia de los mismos. La reconstrucción de un buen periné es fundamental para la curación de las hernias urogenitales. La colporrafia anterior, técnica Bazterrica, con igual beneficio que las otras, es más fácil y elegante ; es el tiempo que precede á la mayoría de los reforzamientos perineales. Las colpoperinearrafias que no involucran en sus sutu-

ras el achicamiento del orificio urogenital, son insuficientes. Las que lo hacen sin ir á buscar directatamente dicho anillo son inferiores á la miorrafia directa de los elevadores del ano. La sola suspensión abdominal del útero es incompleta, si se le sostiene con un buen periné es excelente. Las colpohisteropexias son más difíciles y más peligrosas, bajo el punto obstétrico que las anteriores y como ellas necesitan para el éxito del periné. Su indicación debe ser muy limitada. Las histerectomias en general son buenas si preceden ó secundan á una restauración perineal. Para la afección que tratamos la histerectomia vaginal es mejor, menos peligrosa y más fácil que la abdominal. Siempre que se pueda debe evitarse comprometer la procreación. Las amputaciones de cuello y los raspados cooperan beneficiosamente al buen tratamiento. El mejor procedimiento debe estar basado en tratar la causa y esto queda llenado por las colporrafias anterior y posterior, seguidas de miorrafía de los elevadores del ano (cara á cara y borde á borde), y terminadas por perineorrafía si es necesario. Su mejor complemento es una buena suspensión uterina en otra sesión. Las recidivas de la afección con este método no significan insuficiencia de técnica. La asepsia del campo puede hacerse sin inconvenientes por la tintura de yodo, pero es preferible el agua y jabón.

La raquinovococainización parece ser buena anestesia. Los cuidados pre y post operatorios deben observarse rigurosamente; su sencillez y beneficios obligan á ello.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

La bondad de mi distinguido maestro me pone en posesión de las historias que presento ; refiérense en la mayoría á casos en los que le he servido de ayudante ó en que he operado bajo su constante é irreprochable dirección.

Para evitar extensión sólo tomamos de las historias el diagnóstico y el tratamiento, haciendo mención de lo que creemos más interesante. Donde decimos miorrafia de los elevadores, queremos significar que se ha efectuado el método que hemos descrito. Estas observaciones corresponden todas á la Sala VIII, del Hospital Teodoro Alvarez, y lleva cada una su número de orden.

1ª. — Nº 681.—Jovita N. de N., 25 años, casada ; 2 hijos y un aborto ; extracción manual de placenta en el primer parto.—Diagnósticóo : Colpoceles

anterior y posterior (con cisto y rectocele). Desgarradura incompleta del periné. Metritis crónica.—Operación : Mayo 3-908. Dr. Cirio. anestesia : novocaina raquidea (0,10). Raspado. Miorrafia de los elevadores con incisión de Lawson Tait., Mayo 11, se retiran las crines (p. 1ª). Mayo 25. Alta ; sana. Octubre 1º-909. La enferma se halla en perfectas condiciones.

2ª.—Nº 763.—Antonia A., 40 años, casada. Multipara.—Diagnóstico : Desgarradura del periné. Colpoceles anterior y posterior. Descenso del útero, primer grado.—Operación : Agosto 10-908. Dr. Cirio. Novocaina raq. (0,10). Raspado. Coólporrafia ant. (Bazterrica) y miorrafia de los elevadores. Agosto 17. Se le retiran los puntos (p. 1ª). Agosto 29. Alta ; sana.

3ª.—Nº 769.—María B. de R., 23 años, casada. —Diagnóstico : Prolapso genital. Desgarradura del periné.—Operación : Agosto 15-908. Dr. Arce, novocaina raq. (0.10). Raspado. Miorrafia de los elevadores. Agosto 21. Se retiran las crines (p. 1ª). Septiembre 1º. Alta ; sana.

4ª.—Nº 795.—Damiana A., ignora años (50 ?), soltera.—Diagnóstico : Prolapso completo del útero —Operación : Septiembre 12-908. Dr. Arce.. Novo-

caina raq. (0,15). Histerectomía vaginal. Colporrafia anterior y miorrafia de los elevadores. Octubre 4. Alta ; sana.

5ª.—Nº 801.—Inés E. de Z., 22 años, casada. —Diagnóstico : Colpocele ant. y rectocele. Utero descendido. Metritis.—Operación : Octubre 20-908. Dr. Cirio. Novocaina raq. (0,10). Raspado. Colporrafia anterior, (Bazterrica). Miorrafia de los elevadores. Octubre 26. Se retiran los puntos (p. 1ª). Noviembre 4. Alta ; sana.

6ª.—Nº 806.—Emilia M. de M., 36 años, casada.—Diagnóstico : Endometritis crónica. Colpocele posterior.—Operación : Dr. Cirio. Septiembre 22 1908. Raspado. Miorrafia de los elevadores. Septiembre 28. Se sacan las crines (p. 1ª).

7ª.—Nº 808.—Juana S. de M., 42 años, casada. —Diagnóstico : Endometritis fungosa (hemorrágica). Cisto y rectocele.—Primera operación : Septiembre 24-908. Dr. Cirio. Novacaina (0,08). Raspado. — Segunda operación : Octubre 10-908. Doctor Cirio. Novocaina (0,10). Colporrafia anterior. (Bazterrica). Miorrafia de los elevadores. Octubre 17. Se sacan las crines, (p. 1ª). Octubre 28. Alta ; sana.

Esta enferma es la 6ª vez que es intervenida,

Las primeras operaciones que sufrió fueron debidas á una hidatidosis abdominal. Posteriormente ha estado dos veces más en el servicio también por quites hidáticos y hemos podido comprobar el buen resultado de la miorrafia.

8ª.—Nº 915.—Amelia L., 21 años, soltera. — Diagnóstico: Desgarradura del periné. Colpoceles anterior y posterior. Endometritis hemorrágica. — 1ª Operación: Dr. Ramaugé. Raspado. Cloroformo. 2ª Operación: Dr. Cirio. 20 Enero 909. Colporrafia anterior. (Bazterrica) y miorrafia de los elevadores. Cloroformo. Febrero 6. Alta; sana. Se le ha vuelto á ver hace poco tiempo (Marzo 910) y se encuentra en perfecta condiciones.

9ª.—Nº 933.—Agueda T. de V., 44 años, casada.—Diagnóstico: Prolapso incompleto de útero.—Operación: 26 Enero 909. Dr. Cirio. Novocaina (0,08). Histerectomia vaginal. Puntos profundos para achicar el hiatus urogenital. Febrero 10. Alta; sana.

10ª.—Nº 994.—Lucía S. de G., 48 años, casada.—Diagnóstico: Prolapso uterino total recidivado. Hacen 4 años se le hizo una histeropexia abdominal; á los 10 meses recidivó.—Operación: Marzo 25

909. Dr. Vilaseca. Cloroformo. Histerectomia vaginal. Abril 15. Alta ; sana.

11ª.—Nº 1056.—Misma enferma. Viene porque su vagina desciende.—Diagnóstico : Colpoceles anterior y posterior.—Operación : Mayo 23-909. Doctor Cirio. Novocaina (0,10). Colporrafia anterior (Bazterrica). Miorrafia de los elevadores. Junio 14. Alta ; sana. Vemos á menudo esta enferma y se encuentra perfectamente.

12ª.—Nº 1084.—Estanislada E. de G., 36 años, casada.—Diagnóstico : Anteflexión. Colpoceles anterior y posterior.—Operación : Dr. Cirio. Julio 13 909. Cloroformo. Amputación de cuello (Simón). Colporrafia anterior (Bazterrica) y colpoperineorrafia de Hegar. La orquilla no consolida por supuración. Pronto mejora y en Agosto 26, alta : sana. Hemos visto después á la paciente ; está muy mejorada ; pero siente sensación de peso.

13ª.—Nº 1102.—Luisa B. de J., 45 años, casada.—Diagnóstico : Falta de involución uterina. Colpoceles anterior y posterior. Metritis cervical ; desgarradura incompleta del periné. Colitis crónica.—Operación : Julio 20-909. Drs. Cirio y Aranguren. Cloroformo. Amputación de cuello (Simón). Colporrafia anterior (Bazterrica). Colpoperineorrafia de

Hegar. Julio 26. Se retiran los puntos (por 1ª menos el superior). Hemos revisto la enferma, su colitis ha mejorado después de la intervención. La vagina bien; el útero con tendencia á caer.

14ª.—Nº 1104.—Margarita N. de P., 43 años, casada.—Diagnóstico: Endometritis fungosa. Colpocele anterior y rectocele.—Operación: Julio 20 909. Dr. Vilaseca y Chichizola. Novocaina (0,12). Raspado. Colporrafia anterior (Bazterrica) y colpoperineorrafia de Hegar. Hemos revisto la enferma; se encuentra perfectamente. Agosto 20. Alta; sana.

15ª.—Nº 1109.—Venera C. de C., 35 años, casada.—Diagnóstico: Colpoceles anterior y posterior. —Operación: Agosto 7. Dr. Cirio. Novocaina(0,10) Colporrafia anterior (Bazterrica). Colpoperineorrafia de Hegar con puntos profundos. A pesar de haber supurado el punto superior y de haberse retirado muy pronto la enferma, la hemos visto después bastante bien.

16ª.—Nº 1268.—Josefa N. de R., 46 años, casada.—Diagnóstico: Prolapso uterino de tercer grado. Colpoceles anterior y posterior.—Operación: Diciembre 22-909. Chichizola. Novocaina (0,10). Colporrafia anterior (Bazterrica). Miorrafia de los ele-

vadores. Diciembre 28. Se retiran los puntos (p. 1ª). Enero 24-910. Alta ; sana. Después de operada es atacada de broncomeumonía con mucha tos ; pero á pesar de ésta el periné resiste bien. Hemos visto después la enferma, está bien.

17ª.—Nº 1279.—Ramona N. de F., 47 años, casada.—Diagnóstico : Prolapso completo de útero. —Operación : Diciembre 29-909. Chichizola. Novocaina (0,12). Esterilización del campo con tintura de yodo. Histerectomia vaginal sin miorrafia. Enero 13. Alta ; sana. Hemos vuelto á ver la enferma ; su vagina se ectropiona.

18ª.—Nº 1299.—Delfina F., 23 años, soltera. —Poco tiempo antes de su 2ª operación, el Dr, Cirio le extirpó un quiste del ovario intraligamento. —Diagnóstico : Prolapso del útero (2º grado). Desgarradura del periné.—Operación : Febrero 10-910. Dr. Cirio. Novocaina (0,12). Esterilización del campo con tintura de yodo. Colporrafia anterior (Bazterrica), miorrafia de los elevadores. Febrero 14. Se sacan los puntos (p. 1ª). Marzo 8. Ingresa nuevamente la enferma á la Sala VIII. Su prolapso no se percibe y todo está perfectamente. Viene por continuas cefaleas que se le atribuyen á la raquinovococainización.

19ª.—Nº 1285.—Juana N. de M., 54 años, casada.—Multipara ; dice que siempre ha sido sana ; pero que un día bebió por equivocación tintura de yodo, teniendo muchas nauseas y vómitos, y que á consecuencia de éstos se le ha producido la exteriorización de sus órganos ; dice que al día siguiente del accidente la lesión era más ó menos del grado que hoy presenta.—Diagnóstico : Prolapso completo del útero.—Operación : Diciembre 31 - 909. Dr. Cirio. Histerectomia vaginal. Tintura de yodo en el campo. Novocaina raquidea (0,12). Enero 14. Alta ; sana.

20ª.—Nº 1181.—Josefa V. de B., 73 años, viuda.—Diagnóstico : Prolapso utero-vaginal total. Fístula vésico-vaginal. Miocarditis crónica. Miseria fisiológica. Desgarradura incompleta del periné. Cistitis. Gran multipara con un prolapso uterino de 24 años, con su fístula vésico-vaginal que parece ser la consecuencia de una talla vaginal que le han hecho por cálculos vesicales. Su estado no permite intervención cruenta. Se le reduce el prolapso y se le mantiene columnizando á gasa. Se le cura su fístula con avivamiento, desdoblamiento y sonda de Pezzer. Se le tonifica y se le da de alta no sana, pero muy aliviada. Hemos sabido que pronto murió de neumonia.

21ª.—Nº 1341.—Urbana V. de C., 32 años, casada.—En Diciembre de 1909 ingresa á la sala con una elongación del cuello. El Dr. Cirio le amputa el cuello (Simón). Hoy Febrero 3-1910, viene nuevamente y se le hace el diagnóstico de prolapso uterino (2º grado, colpoceles anterior y posterior. —Operación : Febrero 3-910. Chichizola. Novocaina (0,12), tintura de yodo en el campo. Colporrafia anterior (Bazterrica). Colpoperineorrafia de Hegar con puntos profundos. Febrero 23. Alta ; sana. Marzo 24. Se revee ; el periné perfecto ; el útero con tendencia á caer.

22ª.—Nº 1315.—Rosa L. de O., 36 años, casada.—En Junio 1909. el Dr. Chutro le hace una discisión del cuello. En Agosto 23-909, el Dr. Cirio la opera por una retroflexión adherente por el método Alquié-Alexander y el agregado de Arce, con objeto al mismo tiempo de mejorar un prolapso ligero. Desgraciadamente la herida parietal supura y hace ineficaz el tratamiento ; la enferma vuelve al servicio el 17 de Enero de 1909.—Diagnóstico : Prolapso del útero, marcado cistocele.—Operación : Enero 18. Dr. Cirio. Novocaina (0,10). Tintura de yodo en el campo. Inclusión uterina intervésico-vaginal de Shauta-Wertheim, no se hace miorrafia.

Enero 29. Alta ; sana. Se ve la enferma varias veces después de su salida. Se encuentra perfectamente.

Santiago A. Chichizola.

BIBLIOGRAFIA

Allende.—Desgarraduras del periné (Tesis, 1908).

Barozzi.—Manuel de gynecologie practique (1908).

Bourzier.—Precis de gynecologie (1909).

Budin.—Quelques remarques sur la contraction physiologique et pathologique du muscle releveur de l'anus chez la femme (Le progres medicale. 1881).

Cirio C. R.—Estudio anátomo quirúrgico del músculo elevador del ano en la mujer (1909).

Duval.—Traité d'anatomie humaine.

Delcre et Jacob. — Gazette de gynecologie, Lyon 1907.

Estzbischoff A. et Marie H.—Contribution á l'etude du prolapsus de l'uterus dans les vierges et les nullipares. Etiologie, patogenie, traitement (1906).

Farabeuf et Varnier.—Introduction á l'etude clini-

que et á la practique des accouchements, 1908.

Ferté L.—Contribution á l'etude de la tecnique operatoire de la rectocoxipexie et de la myorraphie des releveurs de l'anus dans le prolapsus rectal de l'adulte (1905).

Fournier C. — Precis de gynecologie practique (1903).

Guenar Raymond.—De la cure des grands prolapsus genitaux par le metode de Bouilly et de la histeropexie obturatrice (Tesis 1903).

Guibbé M.—Chirurgie de l'abdomen.

Kröning et Doderlein. — Operative gynacologie (1909).

La presse medicale (1902).

La Semana Médica (1907).

L'Huillier.—Indicaciones y tratamiento del prolapso uterino (1908).

Lyon chirurgical (1909).—Las hernies pre et retro-uterines dans la constitution des prolapsus (H. Violet).

Poirier.—Traité d'anatomie descriptive.

Pozzi A. — Manuel practique des accouchements (1906).

Pozzi S.—Traité de gynecologie clinique et operatoire (1907).

Proust R.—Chirurgie de l'appareil genital de la femme (1908).

Ribemont, Dessaignes A. et Lepage L. — Precis d'obstétrique (1904).

Sappey.—Traité d'anatomie descriptive.

Sperino G.—Anatomía del cimpanzé (antropopithecus troglodites).

Testut L.—Traité d'anatomie humaine (1901).

Testut L. et Jacob O.—Traité d'anatomie topographique avec applications medico-chirurgicales (1906).

Tirel E.—Considerations sur le traitement chirurgical du prolapsus uterin en general et sur le procedé de Werthein en particulier (1905).

Violet H.—L'utilisation plastique de l'uterus par inclusion inter-vesico vaginale dans la cure des prolapsus genitaux (Revue de gynecologie et de chirurgie abdominale (1909).

Buenos Aires, Abril 14 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. E. Bazterrica, al profesor titular Dr. José Arce y al profesor suplente Dr. J. Salvador, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el artículo 4° de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Abril 22 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N° 2159 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Acción de los elevadores del ano en la estática uterina.

E. Bazterrica.

II

La sonda permanente en las operaciones perineales en la mujer trae aparejados algunos inconvenientes ?

José Arce.

III

Modificaciones de los músculos perineo-pelvianos durante el parto y mecanismo de su rotura.

Jaime Salvador.