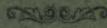


R.F.-C/PLA

TRATAMIENTO DE LA HISTEROPTOSIS

ó

Caida del Útero



Tema del Programa

DEL

CONGRESO MÉDICO INTERNACIONAL

celebrado en Barcelona

POR EL

Dr. D. Alejandro Planellas

Profesor clínico de la Facultad de Medicina



BARCELONA

IMPRENTA DE J. BALMAS PLANAS

Calle del Correo Viejo, 5

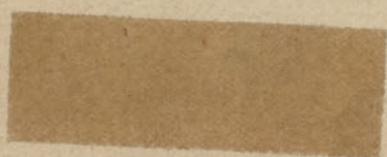
1889

TRATAMIENTO DE LA HISTEROPTOSIS
ó
CAIDA DEL ÚTERO

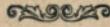
BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700678082



TRATAMIENTO DE LA HISTEROPTOSIS
ó
Caída del Útero



Tema del Programa

DEL

CONGRESO MÉDICO INTERNACIONAL

celebrado en Barcelona

POR EL

Dr. D. Alejandro Planellas

Profesor clínico de la Facultad de Medicina



BARCELONA
IMPRENTA DE J. BALMAS PLANAS
Calle del Correo Viejo, 5
1889





TRATAMIENTO DE LA HISTEROPTOSIS

Al referirnos á este asunto, lo haremos circunscribiéndonos al tema de un modo perfecto, esto es, ocupándonos del tratamiento de la desviación y dislocación del útero en sentido descendente, aunque más ó menos acentuada, pero prescindiendo de los casos en que la desviación es fenómeno consecutivo de afectos de la mayor importancia, en los cuales puede producirse el prolapso uterino y en que este representa un papel por demás secundario. De otro modo habríamos de remontarnos al estudio de gran número de afecciones que, residiendo ó no en el aparato génito-urinario de la mujer, nos llevarían muy lejos del asunto propuesto en el tema á que nos hemos de circunscribir. Así descontaremos de este estudio los casos en que el prolapso uterino es efecto de una neoplasia considerable del útero, en que debe dominar como idea principal el tratamiento de ésta más que el de la desviación uterina, otros análogos por neoplasia ovárica en que debe imperar igual razonamiento, los de descenso uterino producido por ascitis, etc. Nos concretaremos, pues, á señalar el estado actual de la ciencia respecto al tratamiento de la histeroptosis, en tanto que el hecho predominante en ella es la dislocación del útero considerada en sí, y que por lo mismo la acción del ginecólogo debe dirigirse á normalizar la situación de este órgano cuando persiste en condiciones patológicas.

La base de las indicaciones terapéuticas acerca de la histeroptosis debe ser etiológica más si cabe que en otras afecciones, porque no se trata por lo común de desviaciones debidas á un sólo y primitivo impulso de la

causa, sino que esta se hace persistente y aun se acentúa más con el tiempo, de tal manera que sólo haciéndola desaparecer ó contrarestándola es como se conseguirá la verdadera curación.

Forzoso es reconocer que el prolapso uterino puede provenir de circunstancias muy variadas y hasta opuestas, que en cada caso deben ser estudiadas para cimentar racional y sólidamente el tratamiento. En conjunto pueden considerarse todas como alteraciones del equilibrio establecido por la naturaleza entre el peso del útero y los medios de mantenimiento del mismo en el lugar que normalmente tiene designado. Todo lo que tiende á aumentar el peso de dicho órgano ó á disminuir la energía de los medios de sustentación y apoyo del mismo, rompe aquel equilibrio y es capaz de iniciar el descenso. La persistencia de esa alteración y su acrecentamiento se encargan de llevar la histeroptosis hasta los grados más extremos y sus consecuencias más complicadas.

De esto se derivan dos grandes orígenes del prolapso uterino: primero, la histeroptosis procede de alteraciones intrínsecas del útero; segundo, la histeroptosis procede de alteraciones extrínsecas con relación á este órgano y que ocurren en sus medios de suspensión y apoyo. En ocasiones pueden concurrir circunstancias de ambas procedencias ó puede resultar difícil dilucidar cuál fué el carácter de la primera etapa del descenso uterino, sucediendo esto último en casos en que la desviación ha progresado notablemente y no ha podido ser observada en sus primeros tiempos. Mas en otras circunstancias puede comprobarse la existencia de histeroptosis de origen mixto, esto es, que proceden á la vez de alteraciones del útero y de sus medios de suspensión y apoyo. Para simplificar y expresarnos con brevedad, emplearemos las frases de histeroptosis de origen intrínseco, histeroptosis de origen extrínseco, é histeroptosis de origen mixto, con el objeto de precisar la noción etiológica fundamental que debe imperar en el tratamiento de esta desviación uterina.

El ginecólogo no podrá prescindir jamás de verificar una concienzuda investigación clínica, siguiendo el derrotero trazado por las anteriores consideraciones, si desea obrar con el mayor acierto. Si el tratamiento de la histeroptosis, como el de otras desviaciones del útero, ha sufrido una completa revolución en nuestra época saliéndose de prácticas puramente empíricas y adquiriendo un verdadero valor científico, se debe precisamente al criterio que sostenemos y que impera en las obras clásicas de los ginecólogos modernos que, escudriñando la noción etiológica, han señalado las indicaciones racionales y los medios de cumplirlas. Verdad es

que por la facilidad con que el ánimo de algunos se ha apasionado por ideas determinadas, en ocasiones se ha procedido de una manera sistemática, pero es indudable que el impulso ya está dado por la vía del progreso y que hoy ningún ginecólogo serio acepta como tratamiento radical de la histeroptosis la práctica rutinaria de emplear para todos los casos un tosco pesario, que únicamente servirá para ocultar á la vista del práctico y de la paciente el vicio que se quiere corregir y los numerosos y graves inconvenientes de un empirismo grosero.

Ciñéndonos al tratamiento de la histeroptosis, no es oportuno que entremos en largas digresiones sobre la etiología y mecanismo de producción de ese afecto, pero aunque sea en forma sucinta, consideramos conveniente señalar las principales maneras de originarse la dislocación uterina, por exigirlo así el estudio racional de los medios de combatirla.

Por lo que se refiere á la histeroptosis de origen intrínseco, hay que considerar, en primer término, aquellos casos en que el descenso del útero es consecuencia de un ligero grado de retroversión que, haciendo coincidir el eje del útero con el de la vagina, hace desaparecer una de las condiciones que contribuyen á mantener aquel órgano en su posición normal, cual es el ángulo que forma su eje con el de la vagina, contra cuya pared posterior se apoya el hocico de tenca. Por otra parte, elevado el cuerpo del útero, recibe de una manera más marcada la presión intra-abdominal, la cual es transmitida entonces en la dirección del eje de la vagina. En este caso, el descenso uterino se produce por causa que radica en el útero y que consiste, no en su mayor peso real, sino en su mayor acción gravitante por defecto de un cambio de dirección que se hace uniforme con la de la vagina, por cuyo interior se desliza aquel.

Dentro del mismo grupo de histeroptosis de origen intrínseco, se encuentran muchas que son consecuencia de flegmasias crónicas del útero, de los casos de subinvolución ó regresión imperfecta de este órgano después del parto, y, finalmente, de la hipertrofia del cuello del útero. En todas ellas, el aumento real de peso y volumen del útero, rompe el equilibrio de su posición normal. Respecto de la última, manifestaremos de paso que no es tan frecuentemente causa del prolapso como la supone Hugier, pues en muchas ocasiones, reducido el útero en su posición debida, se borra el aparente estado de hipertrofia del cuello, que no era efecto más que de las dificultades que en la circulación del tejido uterino procedente se experimentaban antes, junto con el de flacidez del mismo que acompaña á alteraciones causantes ó concomitantes de la dislocación.

Las histeroptosis de origen extrínseco son indudablemente muy frecuentes. El útero varía de posición y se disloca en masa de una manera anormal, por falta de energía en sus medios de suspensión y apoyo.

Los ligamentos redondos y los útero-sacros ó de Douglas, como agentes activos en la sustentación del útero, pueden ser origen de histeroptosis al experimentar alteraciones en su tonicidad, bien sea que se relajen por efecto de distensión excesiva, de estados flegmáticos, de atroflas, etc., pudiendo incluirse también la hipertrofia de los mismos ligamentos, cuando aumenta su longitud. Estas nociones, cuyo afianzamiento corresponde á nuestra época, marcan un nuevo progreso en el tratamiento de la histeroptosis, conduciéndonos á obrar sobre los ligamentos suspensorios del útero. Sin embargo, no estamos conformes con algunas apreciaciones de detalle, relativas á la consideración de los ligamentos redondos como los que desempeñan un papel preponderante sobre los demás, en cuanto á la suspensión del útero. Los ligamentos útero-sacros son, así por la manera de insertarse por debajo del centro de gravedad del útero como por su desarrollo, los que obran más activamente en este sentido. Dada la dirección del eje de la pelvis, los ligamentos útero-sacros resultan más verticales que los ligamentos redondos, circunstancia que, con la de insertarse del modo que queda dicho y por superficie más extensa, tanto por parte del útero como por parte del esqueleto de la pelvis, hace que los primeros contribuyan de un modo principal á sostener el útero á la altura normal. En cuanto á los ligamentos redondos, creemos que intervienen más como agentes que determinan la dirección del eje del útero que para sostenerlo elevado. Y, en efecto, si se relajan, el útero experimenta movimientos de báscula hacia atrás, produciéndose retroversiones y retroflexiones que, haciendo coincidir el eje del cuello del útero con el de la vagina, podrán originar el descenso y consecutivamente el prolapso uterinos. De estas consideraciones, que no hacemos más que esbozar, resultará como indicación fundamental en el tratamiento de gran número de histeroptosis el dirigir nuestra acción sobre los ligamentos uterinos. Esta intervención es limitada, hoy por hoy, pero debe intentarse de preferencia sobre los ligamentos útero-sacros, y luego sobre los ligamentos redondos. A veces estará indicado dirigir nuestras miras á unos y otros ligamentos suspensorios del útero.

La histeroptosis de origen extrínseco puede producirse también por falta de apoyo perineal, particularmente en los casos de dehiscencia excesiva de la vulva, y sobre todo por efecto de las rasgaduras perineales.

Este hecho, comprobado en la práctica, tiene su fácil explicación aceptando como buenas las apreciaciones de Thomas acerca de las condiciones de resistencia del periné en su estado normal, apreciaciones que no reproducimos por ser de todos conocidas.

Por otra parte, si bien en algunos casos la dehiscencia de la vulva no aparece como fenómeno primitivo en la histeroptosis, se produce á la larga por la misma procidencia del útero y obra como causa de persistencia de la dislocación de este órgano; por lo cual el mejor método de tratamiento aplicable al caso, atendiendo sólo á la causa inicial de la histeroptosis, puede salir fallido en sus resultados, si no se tiene en cuenta además la indicación de reponer el periné en sus condiciones normales de indehiscencia. Aquí, pues, la noción etiológica necesaria para cimentar un buen tratamiento debe abarcar no sólo el modo de producirse la dislocación en un principio, si que también el modo como puede reproducirse. Y esto es tanto más conveniente, cuanto que suele suceder en la mayoría de casos, que se nos consultan, que la histeroptosis haya forzado la vulva.

Entre las causas de origen extrínseco se ha señalado también el descenso y prolapso de la vagina. Este órgano en sus condiciones normales presta algún apoyo al útero, tanto más cuanto que su cavidad es virtual, estando adosadas sus paredes una contra otra, formando una especie de columna de resistencia. Mas con todo y opinar así, creemos, por lo que nuestra práctica nos ha permitido observar, que rara vez el prolapso de la vagina produce el del útero, sino que más bien es consecuencia del descenso de este órgano. Lo que sí debemos tener en cuenta es que una vez producidos ambos como es común, si se interviene rectificando únicamente la posición del útero, la vagina hipertrofiada y flácida obrará de dos maneras, esto es, dejando de prestarle el apoyo normal y verificando tracción sobre el mismo por su propio peso, todo lo cual favorecerá la nueva procidencia ó por lo menos descenso del útero.

De todo esto se deducen indicaciones especiales para reintegrar el periné y la vagina en sus condiciones primitivas.

El origen mixto de la histeroptosis nos ofrece combinaciones las más variadas de causas así intrínsecas como extrínsecas del útero, ó de unas y otras á la vez. Entre ellas son las más comunes aquellas en que concurren la relajación de los ligamentos suspensorios del útero, el prolapso de la vagina y la dehiscencia de la vulva. Asimismo se observan con frecuencia asociadas algunas causas intrínsecas de parte del útero, sobre

todo las alteraciones de tejido. Por lo demás, las causas son las mismas que hemos señalado en los otros orígenes de la histeroptosis, siendo sólo de notar el modo como aparecen combinadas desde el principio de la dislocación.

*
* *

Veamos ahora cuál es el estado actual de la ciencia respecto de los medios eficaces para cumplir las indicaciones que se deducen de los conocimientos expuestos.

Imponiéndose como primera intervención el reducir el útero á su posición normal, conviene hacer hincapié en las condiciones que deben concurrir en este acto operatorio para que no resulte ineficaz ó tal vez perjudicial. Parece, en efecto, que la taxis del útero procidente es una operación sencilla, que hasta en muchos casos puede confiarse á la misma paciente, y es preciso corregir esta idea demasiado generalizada. No se trata tan sólo de ocultar á través de la vulva el órgano dislocado, sino de reponerlo en sus condiciones de *elevación* y *dirección* normales. Ejecutando la taxis del útero sin atender á la segunda de estas condiciones, podrá quedar en dirección más ó menos viciosa y hasta flexionado en algún sentido, observándose con frecuencia por efecto de una reducción mal ejecutada la retroversión y la retroflexión forzada.

Cuando se trata de verificar la reposición del útero en la histeroptosis, es preciso preparar convenientemente la vejiga y el recto, evacuándolos y, por otra parte, hacer adoptar la posición genu-braquial á la enferma. Entonces se reducen primeramente el cistocele y el rectocele si existiesen y luego el útero. Rodeando este órgano con los dedos y aplicando la palma de la mano sobre el hocico de tenca se insinua á través de la vulva y se le imprime una dirección igual á la del eje de la vagina, que después se cambiará por la de la prolongación del eje del plano superior de la pelvis y aún algo más pronunciada hacia el pubis, con el objeto de que quede en lijera anteversión cual le corresponde en estado normal. En determinados casos se hará preciso el empleo de la sonda uterina para conseguir este objeto, introduciéndola después de reducido el útero. Finalmente, debemos asegurarnos por un examen minucioso de que este órgano se encuentra á la altura y en la dirección convenientes, guardando las debidas relaciones con los órganos próximos.

Realizada ya la perfecta reposición del útero, es preciso mantenerle

en tal situación, para lo cual se han propuesto numerosos medios, cuya adopción constituye la parte más controvertible del tratamiento de la histeroptosis. Para manifestar nuestro criterio más general, sobre la variedad de esos medios, diremos que ninguno de los hasta hoy conocidos posee un valor absoluto para todos los casos, y que la mayoría, sinó todos, pueden separadamente ó combinados entre sí producir la curación de la histeroptosis. Esta apreciación, que consideramos despojada de todo apasionamiento, se verá demostrada por todo cuanto vamos á exponer en el resto de nuestro trabajo.

Procediendo con cierto orden que coincidirá con el de las nociones etiológicas en que precisa cimentar las indicaciones, señalaremos el valor de los medios más eficaces que representan el estado actual de la ciencia tocante al tratamiento de la histeroptosis. Primero nos ocuparemos de los medios mecánicos y después de los métodos operatorios.

I

Medios mecánicos

Tales son los diferentes instrumentos conocidos con el nombre de pesarios, y hemos de empezar manifestando que son muchos los que se han inventado y muy pocos los que prestan utilidad ó dejan de causar perjuicio. Los progresos de la ginecología autorizan el que se retiren de la práctica gran número de esos instrumentos. Todos aquellos que se limitan á obrar como un grueso tapón que impide la procidencia del útero, son los que de entre todos los demás deben desterrarse, pues sobre que realizan una contención en masa respecto de dicho órgano sin que influyan nada en su dirección, tienen los más graves inconvenientes; así, siendo rechazado el útero hacia arriba, puede desviarse y flexionarse en uno ú otro sentido y aún producirse adherencias entre el cuerpo del mismo y los tejidos que lo circundan, lo cual particularmente sucede con el peritoneo del fondo de Douglas en la retroflexión forzada que de otro modo muchas veces se podría producir. Por otra parte, dichos pesarios obran dilatando la vagina, que se relaja cada vez más, hasta que llega un momento en que el pesario se desprende y el prolapso vaginal aún más acentuado favorece la reproducción de la histeroptosis. Esta tampoco resulta corregida en sus condiciones originarias distintas del descenso de la vagina, resultando á la vez del uso de estos pesarios una ineficacia completa y un perjuicio más. De consiguiente, los pesarios de rosquilla, los histeróforos y los de aire, deben desecharse como medios curativos, pudiendo reemplazarlos ventajosamente aún en el concepto de paliativos por torundas antisépticas de algodón desengrasado, en los casos en que de momento no se pueda disponer de medios mejores ó no sea oportuno echar mano de los métodos operatorios. Una excepción puede hacerse á

favor de algunos de estos pesarios, para el caso de que el descenso ó prolapso uterino fuere reciente y de origen intrínseco, tal como sucede por efecto de una involución defectuosa y sumamente tardía, de un estado flegmático reciente también; esto es, en circunstancias en que se puede juzgar que el prolapso es casi pasajero. Mas aún en este caso es preferible usar el anillo elástico de Meyer que, sobre ser ligero, se acomoda perfectamente á las necesidades de la limpieza y deja libre el cuello del útero en su dirección normal.

Fundados en un criterio más racional los pesarios de aleación flexible y envoltura de caoutchout, tienen aplicaciones frecuentes en todos aquellos casos en que el descenso ó prolapso uterino son recientes y cabe esperar que por la reducción sostenida por algún tiempo, asociándole ó nó el empleo de medios farmacológicos internos y locales, se restablezca la tonicidad de los ligamentos y tejido uterino, si es que de esto sólo depende la dislocación. Desgraciadamente son raros los casos en que así sucede; mas de todos modos estos pesarios tienen la ventaja de que se les puede adaptar á todos los casos por su flexibilidad, imprimiéndole varias formas. Entre éstas, las más adecuadas para los casos más frecuentes de histeroptosis son las de ocho de guarismo y la de trineo, con las que se sujeta el cuello del útero en su posición normal, mientras que el cuerpo se coloca en la dirección apropiada. Con estos pesarios perfeccionados se consigue no sólo la curación de la histeroptosis en algunos casos, si que también se dispone de un excelente medio como preparación para los métodos operatorios, ya que su uso previo puede asegurar más el éxito de ellos. También completan el tratamiento de la histeroptosis después de verificadas algunas operaciones, hasta tanto que se consoliden sus resultados, como sucede con la moderna operación de Alquié-Alexander.

En cuanto á los pesarios con soporte, sólo tienen en general las aplicaciones de los que primeramente hemos juzgado, pero con la ventaja de no gravitar sobre la vagina, en parte contrarestada por el inconveniente de que en las oscilaciones que con los movimientos de la mujer experimenta el útero, sufre choques contra esos aparatos fijados exteriormente. El modelo de Cutter es en todo caso el más aceptable.

En cuanto á los pesarios intra-uterinos, si bien son molestos para la enferma y pueden lastimar la superficie interna del útero, se impone su uso mientras el descenso de este órgano va acompañado de flexiones, particularmente si estas son rebeldes. En caso de que se tenga que aplicar un pesario de tallo intra-uterino, se verificará después de rectificar la desviación cuya recidiva se trata de evitar.

No insistiremos aquí en recomendar las precauciones de limpieza siempre que se trate del uso de los pesarios, ya por lo que se refiere á éstos como por lo que se refiere á la vagina, ni tampoco sobre la conveniencia del uso de tópicos astringentes y de antisépticos en los casos contados en que estos aparatos son suficientes para curar perfectamente la histeroptosis. Entonces también pueden contribuir al buen éxito, así como en general, tratándose de la curación de este afecto, los agentes internos capaces de despertar la tonicidad de las fibras musculares del útero y de sus dependencias ligamentosas, como son, el secale, la ergotina, la pimienta de Cayena y otros agentes para el caso recomendados.

II

Métodos operatorios

Son ya tan variados los procedimientos quirúrgicos que se recomiendan para la curación de la histeroptosis, que conviene clasificarlos con arreglo á las causas de origen de esta dislocación para poderlos estudiar ordenadamente y, juzgando su eficacia, sintetizar el estado actual de la ginecología tocante á este importantísimo asunto. Agruparemos, en efecto, todos aquéllos procedimientos en tres grandes métodos operatorios que son: 1.º de los que dirigen su acción sobre el útero; 2.º de los que intentan modificar los medios de suspensión de este órgano, y 3.º de los que obran sobre los medios de apoyo del mismo.

Los procedimientos que dirigen su acción sobre el útero, son pocos si se trata de la histeroptosis como afecto en que la desviación del útero sea el hecho preponderante. Ya hemos indicado al principio de nuestro estudio que en esos límites nos encerraríamos para no desviarnos del tema, pues de lo contrario nos inmiscuiríamos en capítulos muy distintos de la ginecología. Dejamos, pues, aparte el tratar de las indicaciones operatorias que convienen á los casos en que el prolapso del útero es un fenómeno muy secundario en frente de la afección principal, como sucede al tratar de neoplasias del útero y de los ovarios, en que la extirpación de la viscera se impone más por el carácter maligno de la afección que no por el hecho del prolapso.

Circunscribiéndonos, pues, en dichos límites, señalaremos dos maneras en la intervención directa sobre el útero cuando lleva por fin, la cura-

ción de la histeroptosis. La primera consiste en la traquelotomía que puede verificarse según dos procedimientos, esto es, seccionando en masa la porción conveniente del cuello uterino, ó verificando la sección llamada cónica del mismo, sección que nos parece más apropiado denominar *cuneiforme*. Omitiremos los detalles de técnica y manual operatorio que respecto de la traquelotomía figuran en todas las obras importantes de ginecología publicadas en nuestra época, y nos limitaremos á emitir el juicio que creemos se merecen en la actualidad. Por lo que respecta á la traquelotomía en masa, está indicada precisamente en los casos de histeroptosis producida por hipertrofia del cuello uterino. Mas al señalar esta indicación, insistiremos en nuestra manera de ver, hija de la observación clínica, y según la cual son limitados los casos en que se habrá de proceder á esta operación, ya que la hipertrofia del cuello uterino raras veces es causa del prolapso, y, por el contrario, se observa con frecuencia como efecto de la desviación una hipertrofia aparente que cede al poco tiempo de mantener reducida la viscera.

En cuanto á la sección cuneiforme del cuello, está indicada cuando realmente existe cierto grado de hipertrofia de esta parte, acompañada de ectropión.

Aparte de la traquelotomía, existe otra manera de intervención quirúrgica sobre el útero, que consiste en su fijación peritoneal, la cual puede obtenerse por dos procedimientos muy distintos, como son los de Seyfert y de Müller. El primero propuso el reducir el útero colocándolo en retroflexión para esperar que el cuerpo de este órgano quede adherido al peritoneo del fondo de Douglas, operación que debe desecharse, porque no es método racional de curación de la histeroptosis y porque sus resultados han de ser siempre perjudiciales, ya que la adherencia al peritoneo en tales condiciones, así como la flexión, son causa de vivos y continuados sufrimientos, debiéndose añadir á todo esto el inconveniente de que el útero quede en circunstancias muy anómalas para el desempeño de sus funciones.

Müller más bien se propone la fijación del útero á las paredes del abdomen, que simplemente al peritoneo. Procede operando por laparotomía, va en busca del órgano en cuestión, lo secciona en la porción supravaginal y fija el muñón resultante á los bordes de la pared abdominal incindida. Mas esta operación no goza de mayor fortuna que la anterior en cuanto á su aplicación para los casos en que solamente existe el descenso ó prolapso uterino. En el estado actual de la ginecología y tratándose de

estos casos, la operación de Müller no está indicada, y sólo cuando por otro motivo se hace precisa la laparotomía podrá echarse mano de ella para el tratamiento de la histeroptosis. De no ser así, y tratarse solamente de la dislocación uterina, ya que para conseguir lo que Müller se propone es preciso que la viscera sea reductible, no hay tampoco necesidad de recurrir á esta operación, pues que se dispone de medios eficaces para contener el órgano en su debida situación.

Finalmente, por lo que se refiere á operar sobre el útero, se ha propuesto su extirpación total cuando se trata de casos rebeldes en que esta viscera se hace completamente irreductible. En este punto nuestra opinión hoy no es definitiva, ya que no hemos observado ningún caso en que la reducción del útero no fuese posible, por más que en algunos casos haya sido más ó menos difícil y haya exigido más de una sesión para realizarla de un modo perfecto. Este resultado de nuestra práctica sobre un número crecido de casos, nos induce á creer que, tratándose simplemente de la histeroptosis, no habrá que recurrir á este medio extremo que, aparte de su gravedad, tiene el serio inconveniente de condenar la mujer para siempre á la esterilidad. Mas en el supuesto de que la reducción fuese imposible, podría aceptarse la amputación total del útero como medio supremo, sobre todo si se tratase de una mujer que hubiese alcanzado la edad de la menopausia, en cuyo caso queda eliminada la posibilidad de ser nosotros los causantes de la esterilidad. Completariase la indicación de este medio operatorio por el hecho de que los sufrimientos que experimentase la mujer le hicieren sobrellevar muy penosamente la histeroptosis.

Tócanos ahora considerar los procedimientos operatorios que se dirigen á los medios de suspensión del útero. Este asunto por sí sólo merecería figurar aparte como tema aislado, para una discusión luminosa; pero formando parte del estudio colectivo del tratamiento de la histeroptosis, los habremos de referir de un modo sintético. Procuraremos, sin embargo, analizar algún tanto este método operatorio, siquiera sea para contribuir á generalizar su conocimiento, ya que es de reciente adquisición, y aun no figura en los tratados de ginecología.

La ingeniosa idea desarrollada por Alquié, de Montpellier, ante la Academia de Medicina, en 1840, al proponer un método operatorio que obrase sobre los ligamentos redondos, acortando su longitud para producir la elevación del útero en descenso ó en prolapso y conseguir la curación radical de la histeroptosis, tuvo ya eco en la obra de Aran, aunque la recomendó más especialmente para la curación de la retroflexión ute-

rina. Después de esto ha sido llevada más recientemente á la práctica por Deneffe en Bélgica, Alexander y Adams en Inglaterra, y posteriormente por gran número de ginecólogos distinguidos, como Reid, Campbell, Carlisle Lediard é Imlac, Burton, Duncan, Doleris y otros.

El fundamento de la operación consiste en considerar los ligamentos redondos como medio susceptible de retener el útero á la altura que normalmente le corresponde, después de hecha la reposición, y obrar sobre la parte superior de dicho órgano, atrayéndola por movimiento de báscula hacia adelante y producir la anteversión. Realizada esta última circunstancia, el eje del útero forma con el de la vagina un ángulo, que ha de ser garantía de la permanencia del primero de estos órganos á la altura conveniente, ya que así no es fácil se deslice por el interior del segundo.

Tal manera de proceder debe indudablemente su generalización en la práctica á William Alexander, de Liverpool, quién practicó su primera operación en Diciembre de 1881 y publicó en 1884 una obra en que se refieren 49 casos operados por el acortamiento de los ligamentos redondos, de los cuales 22 eran de su práctica personal. Conformes en un todo con las apreciaciones de Doleris, respecto á la prioridad de la idea que encierra esta operación, consideramos indiscutible que, según los datos bibliográficos hasta hoy exhibidos, corresponde á Alquié de Montpellier, y teniendo en cuenta el mérito conquistado por Alexander, como propagador en la práctica de esta intervención quirúrgica, la calificaremos en lo sucesivo de operación de Alquié-Alexander, en sustitución del que se le ha tratado de dar, titulándola operación de Alexander-Adams, por más que reconozcamos en este último otro esforzado adalid en la clínica de tal procedimiento.

Justo es que, reconociendo el mérito de unos y de otros, hagamos aquí mención del excelente, completo y bien escrito trabajo del malogrado ginecólogo español Dr. Rull y Artós acerca de la *Operación de Alexander-Adams*, publicado primeramente en la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona* y después, como obra póstuma, junto con otro erudito trabajo del mismo autor titulado *El miedo al peritoneo*. La monografía de nuestro inolvidable compatriota, está llamada, aun después de la desgraciada pérdida que lloramos, por la muerte de este, á representar, en la literatura relativa al acortamiento de los ligamentos redondos, un importante papel, y por lo magistral de su exposición, como por dejar agotada la doctrina, generalizando con perfecta claridad el conocimiento de una intervención quirúrgica, á la que por otra parte proporciona materiales de investigación personal el erudito Santiago de Rull.

La operación de Alquié-Alexander comprende cuatro tiempos. En el primero, después de rasurar el empeine y colocar la parte en condiciones de perfecta antisepsis, el operador, que debe estar colocado á la parte opuesta del lado sobre que va á intervenir, verifica una incisión de seis á siete centímetros que, interesando la piel y la *fascia superficialis*, se dirija desde la espina del pubis hacia fuera y arriba en la dirección del anillo inguinal cutáneo, con el objeto de ponerlo en evidencia. Hecho esto, se practica el segundo tiempo, que consiste en buscar y hacer presa del ligamento redondo, para lo que es conveniente cortar la fascia *intercolumnaris* en toda su extensión y en la dirección del anillo inguinal, y luego levantar é invertir hacia fuera los órganos que forman haz dentro del conducto del mismo nombre para poder separar cuidadosamente aquel ligamento del nervio, vasos, bandas tendinosas y tejido adiposo que le rodean. Este tiempo ofrece dificultades reconocidas por el mismo Adams para separar el ligamento redondo, exigiendo, por la tanto, mucha cautela y el haberlo practicado varias veces en el cadáver. En algunos casos, en que estas dificultades han subido de punto, se ha practicado el desbridamiento del anillo inguinal. Otra precaución, que no debe olvidarse, consiste en evitar todo lo posible la abertura del peritoneo, que puede aparecer invaginado cuando tiramos del ligamento redondo. El tercer tiempo consiste en la reposición del útero, que se verifica por medio de la palpación combinada, de los dedos ó de aparatos especiales, empleando además la sonda uterina cuando además de la histeroptosis hay retroversión ó retroflexión muy acentuadas. Repuesto ya el útero, se tira del ligamento redondo para atraer al primero de estos órganos hacia adelante, pero procurando no excederse en su aproximación á la arcada pubiana, pues resultaría una anteversión forzada. Después de haber hecho salir del conducto inguinal toda la porción excedente del ligamento redondo, se procede al último tiempo. Consiste en reseca esta porción excedente ó lo que es mejor en arrollarla sobre sí misma, y verificada una cosa ú otra se procede á suturar el ligamento redondo con los pilares del anillo inguinal. Hé ahí, en resumen, lo que hay reglado respecto de esta operación, cuyos detalles más minuciosos omitimos en gracia á la brevedad impuesta por la indole de nuestro trabajo, y para cuyo exacto conocimiento no hacemos más que recomendar de nuevo la monografía del Dr. Rull.

¿Cuál es el juicio y cuáles las indicaciones que en la actualidad pueden señalarse á la operación de Alquié-Alexander? Aquí hemos de refe-

rinos á dos puntos capitales para apreciar la cuestión, á saber: 1.º las ventajas ó inconvenientes que la operación ofrezca en sí, y 2.º los resultados que en la práctica haya proporcionado. Por lo que respecto al primer punto, es preciso reconocer algunas dificultades, tanto por lo que se refiere á encontrar el ligamento redondo, como por la desventaja que ha de resultar en los casos en que este órgano no sea bastante robusto para mantener el útero en su posición normal, mayormente si la alteración de este depende de otras circunstancias ajenas á la relajación de los ligamentos suspensorios del útero. Desde el mismo Alexander, que parece ser el más afortunado en encontrar el ligamento redondo y varios de los autores que cita en su obra, hasta Doleris y Richet, en Francia, y Rjassentzew en Rusia, que han hecho investigaciones concienzudas sobre esta operación, todos han reconocido que en algunos casos es inaccesible dicho ligamento. Nosotros recientemente hemos practicado varias veces la operación en el cadáver, y en alguna ocasión hemos encontrado el ligamento redondo en extremo atrofiado, tanto que, para evitar la duda de si habíamos tomado por tal algún hacecillo tendinoso, hemos abierto la cavidad abdominal y buscado el útero para recorrer desde él este ligamento, comprobando que realmente lo habíamos encontrado. En algunas de estas investigaciones podemos recurrir al testimonio del Dr. Margarit, cuya colaboración nos ha sido más de una vez provechosa.

En cuanto á decidir si la robustez que ofrezca el ligamento redondo es suficiente para sostener el útero, claro está que siempre que se halle más ó menos atrofiado será deficiente, tanto más cuanto que, según hemos visto al apuntar algunas nociones etiológicas, el elemento de mayor fuerza para la suspensión del útero lo constituyen los ligamentos útero-sacros, mientras que los redondos tienen por objeto principal hacer bascular hacia delante el cuerpo de aquel órgano y mantenerlo en ligera anteversión.

La operación de Alquié-Alexander tiene, sin embargo, las ventajas de proporcionarnos un nuevo medio de combatir ciertas histeroptosis que precisaremos con sus indicaciones, aprovechando recursos que hasta ahora no se habían utilizado, así como la de no ser operación que ponga en peligro la existencia de la enferma cuando se verifica con las reglas de la antisepsis.

En cuanto á los resultados que esta operación ha dado en el tratamiento de la histeroptosis, precisa consignar que no han satisfecho las esperanzas que en un principio hicieron concebir Alexander y Adams, con-

siderándola como medio suficiente para mantener el útero en su posición normal. La idea concebida por Alquié ha sido feliz, en tanto que permite elevar y dirigir el útero hacia delante, haciendo que desaparezca la uniformidad entre el eje de este y el de la vagina, circunstancia que tanto contribuye á la continuación y progresos del descenso uterino. Mas por sí sola y en la generalidad de los casos no restablece esta operación el equilibrio apetecido entre el útero y sus medios de suspensión y apoyo, tal cual lo hemos reconocido al principio de este trabajo. Véase sino lo que sucede en gran número de casos que se nos presentan á la observación y en que se trata de los últimos grados de la histeroptosis. Si no hay huellas de rasgaduras perineales, existe una notable dehiscencia de la vulva por efecto de la misma procidencia del útero, y si no hacemos más que practicar la operación de Alquié-Alexander, no conseguimos más que atender á una de las causas inmediatas de la dislocación y, por lo tanto, aunque de momento parezca que obtenemos un resultado completo, veremos reproducirse con el tiempo el descenso del útero y progresar nuevamente.

Consignemos también que, según observaciones de los mismos patrocinadores de la nueva operación, no se ha podido combatir con ella el cistocele en varios casos. Y, finalmente, añádase que las operadas según este procedimiento, lo han sido además por otros distintos á la vez, que se las ha sujetado al empleo de pesarios largo tiempo después de la operación, que la mayoría han sido reconocidas para la comprobación de resultados poco después de operadas (dos ó un año después, periodo que no puede ser decisivo) y que en conjunto no puede valorarse en la clínica hasta tanto que haya trascurrido una serie de años mayor de la exígua que hasta hoy comprende su generalización.

Mas del mismo modo que rechazamos las exageraciones en sentido favorable respecto de la operación de Alquié-Alexander, no admitimos una apreciación sistemáticamente adversa, ya que consideramos que con esta nueva intervención se ha enriquecido notablemente la cirugía ginecológica con un medio que permite cumplir indicaciones del todo nueva y que constituye un precioso complemento de otras que completan el tratamiento de la histeroptosis.

De lo que llevamos dicho y desprendiéndose también de las nociones etiológicas más fundamentales, pueden deducirse las indicaciones de la operación de Alquié-Alexander en la histeroptosis.

En primer lugar, estará indicada en todas las histeroptosis incipien-

tes ó poco graduadas en que el periné conserva su solidez y extensión normales, pues entonces la dislocación dependerá principalmente de la relajación de los ligamentos uterinos.

De una manera más especial estará indicada en casos análogos de histeroptosis, si además existe retroversión del útero y mayormente si hay retroflexión.

En todo otro caso, bien sea que el periné no preste el debido apoyo al útero, bien que el prolapso de la vagina sea pronunciado en forma de cistocele ó de rectocele, el acortamiento de los ligamentos redondos será sólo una operación complementaria de otras que pueden estar indicadas.

Decididamente deja de estar motivada la operación de Alquié-Alexander en los casos en que la histeroptosis es de origen intrínseco, por alteraciones de tejido que pueden propagarse del útero á los ligamentos redondos, por falta de involución y por hipertrofia del cuello uterino. En estos casos debe recurrirse á los medios oportunamente expuestos, y sólo después de que estas circunstancias desaparecen es cuando debe examinarse si conviene ó no echar mano del acortamiento de los ligamentos redondos.

Hemos dicho que la intervención quirúrgica del ginecólogo al tratar de la histeroptosis puede dirigirse á los medios de suspensión del útero, ó sea á sus ligamentos; mas en la actualidad únicamente se conoce la operación de Alquié-Alexander que lo verifique, y bien se vé que su acción se limita á los ligamentos redondos. Pues bien, nosotros preguntamos: ¿en atención al papel que desempeñan en la sustentación del útero los ligamentos útero-sacros, no sería racional dirigir sobre ellos nuestra acción y procurar por otra vía más la curación del descenso y del prolapso uterinos? Ya hemos precisado anteriormente las circunstancias que concurren en los ligamentos de Douglas para considerarlos como el elemento más poderoso entre los encargados de suspender el útero, así como hemos citado los experimentos de Kiwisch y Savage demostrativos del mismo hecho, puesto que en ellos se comprueba que los pliegues de Douglas son los ligamentos que ofrecen más resistencia á la producción experimental del prolapso; y, en efecto, éste se produce desde el momento en que se seccionan aquellos. Valiosa consideramos también, en favor de la idea que proponemos, la opinión de Schultze, que reputa como la causa principal del prolapso el relajamiento de los ligamentos útero-sacros. Si, por otra parte, tenemos en cuenta que merced al método antiséptico se va haciendo cada día menos peligroso el abrir el peritoneo y operar por

laparotomía, tendremos no sólo la posibilidad, sí que también la probabilidad de obtener ventajas superiores operando sobre los ligamentos útero-sacros que sobre los redondos.

Entiéndase, sin embargo, que al proponer esta idea reconocemos que con su ejecución no alcanzaríamos tampoco un medio de valor absoluto para todos los casos, pues fácil es comprender que podría darse alguno en que no tuviese más que una aplicación complementaria de otros medios; mas nos figuramos que esto sucedería raras veces.

Fijémonos ahora en los procedimientos operatorios que obran sobre los medios de apoyo del útero, los cuales han tomado ya el carácter de clásicos en el tratamiento de la histeroptosis. Esto se entiende respecto de aquellos que están perfectamente reglados y que se apartan de algunas manipulaciones que, como el empleo de cáusticos químicos y aún el cauterio actual, han sido desechadas, indudablemente porque no ofrecen garantías de regularidad en la acción, ni de eficacia, y producen adherencias á través de la luz del conducto vaginal dificultando las funciones sexuales.

Los medios de apoyo del útero son la vagina y sobre todo el suelo perineal. Al primer órgano se dirijen los procedimientos plásticos de estrechamiento conocidos con el nombre de colporrafia ó el de elitrorrafia, los cuales están indicados principalmente en los casos raros en que el prolapso de la vagina antecede al del útero y además como operación complementaria del tratamiento de la histeroptosis cuando, aún existiendo varias causas inmediatas de esta dislocación, el descenso de vagina ó su hipertrofia considerable se notan después de reducido aquel. La colporrafia puede dirigirse á la pared posterior ó á la anterior de la vagina. Los mejores procedimientos de colporrafia ó elitrorrafia son, en nuestro concepto, el de Graily-Hewitt para la colporrafia posterior y el de Sims para la colporrafia anterior. En el procedimiento de Graily-Hewitt, al trazar las dos superficies triangulares de avivamiento por los lados de la columna vaginal posterior, se respeta ésta, conservando un importante elemento de resistencia de parte de la vagina para el apoyo del útero. Por otra parte, esos dos triángulos, cuya base está en la parte inferior, pueden tener mayor ó menor amplitud y altura según lo exija el grado de distensión de la vagina producido por el prolapso. Finalmente, adosando las dos superficies cruentas, se suturan una y otra parte lateral de la vagina, obteniéndose una cicatriz sólida, si como debe hacerse se practica la sutura profunda y la superficial.

En los casos en que la relajación de la vagina afecta principalmente á su pared anterior y existe cistocele, está más indicada la operación de Sims, según la cual se practica, desde por encima de la uretra hasta la proximidad del cuello uterino, un avivamiento en dicha pared en forma de V, cuyas dos ramas tienden á unirse por otra superficie de avivamiento interceptada en su parte media por una porción de mucosa que se respeta. Hecho esto, se adosan las superficies cruentas de uno y otro lado, suturándolas y quedando en la parte superior donde se respetó la mucosa un punto de desagüe para las mucosidades del fondo de saco artificialmente obtenido al terminar la operación. Por este procedimiento se obtiene una perfecta curación del cistocele al mismo tiempo que un estrechamiento suficiente para sostener el útero elevado.

Separadamente de estos procedimientos, que obran sobre la vagina, figuran otros cuya acción se dirige á restablecer el suelo perineal. Esto se impone cuando se trata de histeróptosis á las que acompaña un estado de notable dehiscencia de la vulva, ya sea por haberse producido anteriormente roturas perineales, ya por efecto de la procidencia del útero. De aquí el que se haya recomendado el refrescamiento del borde anterior del periné para luego suturarlo de un lado á otro, incluyendo en parte la vulva y aumentando la extensión hacia delante del periné. Mas en el estado actual de conocimientos no se puede admitir que la perineorrafia por sí sola produzca la restitución del útero á sus condiciones normales de posición y dirección, sino que es preciso reconocer que se limita á encerrarlo en la vagina exponiendo el caso á otras desviaciones, quizás retroflexiones forzadas. Para obtener una buena curación, es preciso que la vagina que ha sido dilatada por el descenso del útero sea modificada asociando á la perineorrafia la colporrafia. Entonces apelaremos á la colpo-perineorrafia, cuya aplicación es muy general por ser numerosos los casos en que concurren las circunstancias que la hacen estar indicada.

De entre todos los procedimientos de colpo-perineorrafia merecen ser preferidos los de Hegar, Simon y Winkel. Con frecuencia elegimos el primero por su sencillez en la ejecución y sus resultados prácticos. Verificamos como Hegar una incisión que limite un triángulo, cuyo vértice dista poco del cuello uterino y cuya base coincide con el borde anterior del periné que debe ser refrescado. Manteniendo tensa los ayudantes la pared posterior de la vagina, se procede al despegamiento ó disección del colgajo limitado antes, empezando por el vértice y siguiendo hasta la base, procurando al mismo tiempo rasar con el bisturí más bien contra la

mucosa que se disecca, que contra la pared vaginal. Desprendida la mucosa, se procede á la doble sutura profunda y superficial de un lado á otro, siguiendo para la primera el procedimiento que generalmente se recomienda en estas operaciones y que consiste en hacer salir el hilo de sutura por encima de la parte media de la superficie cruenta para luego hacerlo pasar por debajo de la parte lateral opuesta á aquella por donde se ha empezado.

El procedimiento de Simon, que sustituye el vértice del triángulo de Hegar por un ángulo superior muy obtuso, debe preferirse en los casos en que es difícil llegar á la parte alta de la vagina y en que á la vez este órgano se encuentra muy ensanchado. En cuanto al procedimiento de Winkel, aunque más ingenioso que los anteriores, creemos que está menos indicado por su complicación y porque siempre es algo problemática la perfecta adherencia á la superficie avivada de colgajos de mucosa diseccada.

Los procedimientos por colpo-perineorrafia son de todos modos superiores á los mejores de simple colporrafia ó perineorrafia por reunir las ventajas de estas dos operaciones aisladas. Mas aquí, al dar la preferencia á tales operaciones sobre todas las demás que tienden á proporcionar medios de apoyo al útero, hemos de evidenciar que no son suficientes en todos los casos para la curación de la histeroptosis. Y, en efecto, consecuentes con las apreciaciones que hemos hecho respecto de la estática del útero, su equilibrio debemos considerarlo como resultado común de la acción de los medios de suspensión ó ligamentos y de los medios de apoyo, vagina y periné.

Si como sucede en los casos más adelantados de histeroptosis, á la vez que el apoyo perineal y vaginal son insuficientes concurre la relajación de los ligamentos uterinos, ni el obrar sobre los órganos que han de realizar aquel ni el acortamiento de estos ha de ser bastante garantía de curación; la dislocación se reproducirá con el tiempo si nos limitamos á una de estas intervenciones.

Estas consideraciones y las que hemos hecho en particular al referirnos á otros medios de tratamiento de la histeroptosis, explica el que hoy respecto á este asunto se vaya generalizando la idea de plantear una síntesis quirúrgica que atienda á la idea de borrar todas las condiciones anormales que pueden originar ó reproducir el descenso ó prolapso uterino. A esto han venido á parar, Alexander al combinar la resección ó acortamiento de los ligamentos redondos con la colpo-perineorrafia, Do-

leris al establecer la misma síntesis, aunque anteponiendo la práctica de la segunda operación sobre la primera, Rjassentzew invirtiendo este orden, y nuestro erudito y malogrado Dr. Rull y Artós proclamando la necesidad de la síntesis quirúrgica en su excelente monografía.

Nosotros, entusiastas también de esta conclusión general, la abrazamos por completo, aunque creemos que en algunos casos especiales, cuya especificación puede deducirse de lo que llevamos estudiado, puede ser suficiente uno de los procedimientos operatorios señalados.

Cúmplenos ahora sintetizar nuestro criterio con las siguientes

CONCLUSIONES

1.^a La base de las indicaciones terapéuticas acerca de la histeroptosis debe ser etiológica. El tratamiento deberá consistir en borrar ó contrarrestar las causas de la dislocación, hasta que se consiga restablecer sólidamente el equilibrio normal en las condiciones estáticas del útero.

2.^a Al proceder á la elección del medio indicado para cada caso particular, debe determinarse ante todo si la histeroptosis es de origen intrínseco, extrínseco ó mixto.

3.^a Reconocido el origen de la histeroptosis, precisa investigar que circunstancias existen por efecto de la misma dislocación que sean capaces de reproducirla y que, por lo tanto, revistan el carácter de causas inmediatas.

4.^a El tratamiento perfecto de la histeroptosis debe combatir á la vez la causa originaria, así como las inmediatas de su reproducción.

5.^a Imponiéndose como intervención primera la reposición del útero, para practicarla de un modo perfecto es preciso rodearse de todas las circunstancias convenientes, como la posición de la enferma, la evacuación de la vejiga y del recto, etc., con el objeto de colocar aquel órgano en sus condiciones normales de *elevación y dirección*.

6.^a Reducido ya el útero á su posición normal, debe procurarse la consolidación de esta, para lo que puede echarse mano de los medios mecánicos y de los métodos operatorios.

7.^a Los medios mecánicos, conocidos con el nombre de pesarios, son en su mayoría inútiles ó perjudiciales, debiendo desterrarse de la práctica todos aquellos que obran sólo á manera de tapón vaginal. Serán, en

cambio, preferidos los de aleación flexible, adaptándolos al caso bajo las formas de trineo ó de ocho de guarismo.

8.^a En general, los pesarios están indicados para la curación definitiva de histeroptosis recientes de origen intrínseco, y para oadyuvar al éxito de los métodos operatorios empleándolos antes ó después de practicar estos.

9.^a Los pesarios intra-uterinos sólo estarán indicados en los casos de flexiones del útero.

10. Los métodos operatorios que obran sobre el útero raras veces tienen aplicación en la histeroptosis. Los procedimientos que más frecuentemente podrán estar indicados, serán los de traquelorrafia y aún de estos los encaminados á corregir el ectropion. La traquelorrafia en masa rara vez estará indicada, porque raro es también el que exista verdadera hipertrofia del cuello uterino.

11. La fijación peritoneal del útero según el procedimiento de Seyfert, ni es racional ni aceptable por sus resultados.

12. La operación de Müller procurando la fijación del útero á las paredes abdominales, no está legitimada por la sola existencia de la histeroptosis, en cuyo caso puede reemplazarse ventajosamente con otros medios.

13. La extirpación total del útero sólo estará motivada por la irreductibilidad absoluta y sostenida de este órgano y por los sufrimientos de la enferma. Completará esta indicación el hecho de que la mujer haya alcanzado la época de la menopausia.

14. Los métodos operatorios que se dirijen á corregir los defectos en los medios de suspensión y apoyo del útero, sobre ser de aplicación frecuente son del todo racionales.

15. La operación de Alquié-Alexander ofrece dificultades reconocidas respecto de su segundo tiempo, esto es, el hacer presa del ligamento redondo. Es indudable que en algunos casos existe la atrofia de estos ligamentos, en cual circunstancia, además de las dificultades para encontrarlos, ofrecen poca robustez para sostener el útero.

16. A pesar de todo, la operación de Alquié-Alexander tiene las ventajas de proporcionar un nuevo medio para combatir la histeroptosis en determinados casos y de no ser peligrosa para la vida de la mujer. Sus indicaciones consisten: 1.^o como tratamiento suficiente en las histeroptosis poco graduadas en que el periné está íntegro; 2.^o en las histeroptosis acompañadas de retro-versión ó de retro-flexión, y 3.^o como procedimiento complementario de otras intervenciones quirúrgicas.

17. Sería racional intentar la rectificación de la histeroptosis operando sobre los ligamentos útero-sacros, ya que desempeñan un papel más importante que los redondos en la suspensión del útero.

18. La colpografía está indicada siempre que la vagina se halla muy hipertrofiada y prolapsada; siendo los procedimientos preferibles, para la colpografía posterior el de Graily-Hewitt, y para la anterior el de Sims.

19. La colpografía es insuficiente cuando hay excesiva dehiscencia de la vulva, en cuyo caso conviene atender á la rehabilitación del periné.

20. La perineografía es también insuficiente, debiendo ir asociada con la colpografía, constituyendo el proceder mixto por colpo-perineografía.

21. Los mejores procedimientos por colpo-perineografía son los de Hegar, Simon y Winkel, mereciendo el primero por su sencillez y por sus resultados una preferencia mayor que los demás.

22. La colpo-perineografía tampoco es siempre suficiente para mantener el útero en su lugar. En los casos en que hay relajación de los ligamentos exijese asociarle la operación de Alquié-Alexander.

23. Como conclusión general debe sentarse la de que en la mayoría de los casos conviene plantear una síntesis quirúrgica para el tratamiento de la histeroptosis. Los elementos de esta síntesis variarán según las diversas causas que sostengan ó puedan reproducir la dislocación.
