

TRATADO
DE
GINECOLOGÍA



José Guicovachia

TRATADO
DE
GINECOLOGÍA

POR EL

Dr. Miguel A. Fargas

Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona;
Miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía;
ex Presidente de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña;
Miembro del Instituto Rubio de Terapéutica operatoria de Madrid;
Miembro honorario de la Sociedad de Obstetricia
y Ginecología de la Universidad Imperial de Moscou, etc.

SEGUNDA EDICIÓN

REVISADA

TOMO PRIMERO

I. GENERALIDADES

II. ENFERMEDADES DE LA VULVA Y VAGINA

BARCELONA

SALVAT Y C.^A, S. EN C., EDITORES

220 - CALLE DE MALLORCA - 220

ES PROPIEDAD

PRÓLOGO DE LA PRIMERA EDICIÓN

Desde que en el curso de 1897 á 1898 mis alumnos los señores Coroleu y Soler tomaron al oído mis explicaciones de cátedra y las imprimieron formando un tomo compacto (1), me creí obligado moralmente á escribir un libro de Ginecología. A los dos años la edición se había agotado, y con frecuencia recibía excitaciones para la publicación del presente TRATADO; la petición formal que se me hizo para imprimir una segunda edición de los apuntes, me decidió á poner manos á la obra.

Es, pues, el presente libro la segunda edición, en forma de obra didáctica, de mis apuntes, y si mis alumnos encontraron útil la primera, no será por mi parte presunción confiar que reciban bien la segunda.

De otro lado, gran número de colegas me instan con frecuencia para que publique una obra de Ginecología; hoy les complazco, y sólo anhelo que pueda serles de alguna utilidad y no les produzca una desilusión.

De aquí el carácter de la obra: ni tan corta en su desarrollo que sólo sirva para salir airoso los alumnos en los exámenes, ni tan extensa que pueda molestar á los médicos que busquen en ella la solución de algún problema clínico.

Los orígenes de estudio que me han servido para su redacción, son la lectura y consulta de obras y publicaciones cuya nota bibliográfica irá al final, limitada exclusivamente á las que figuran en mi pequeña biblioteca; mis visitas á la mayor parte de Clínicas ginecológicas de Europa; la asistencia á los Congresos generales de Berlín, Roma, Moscou, París y Madrid, especiales de Ginebra, Amsterdam y Roma; las relaciones personales y de buena amistad que con dichos motivos he entablado con la mayoría de ginecólogos contemporáneos; los trabajos de laboratorio realizados en mi Clínica privada, y la práctica de veinte años consagrados con asiduidad á la Ginecología, con un contingente de 18.000 enfermas.

Al comenzar mi práctica de ese período de veinte años, me inicié en la gran cirugía ginecológica: como actor he intervenido en los gran-

(1) *Ginecología*. Apuntes de las lecciones explicadas por el Dr. D. Miguel A. Fargas, redactados por W. Coroleu Borrás y P. Soler y Bertot; Barcelona, 1898.

des progresos realizados por la técnica, y me he visto obligado á guiar mi conducta en los distintos vaivenes que la Ginecología ha experimentado en este período de un cuarto de siglo.

La orientación ahora emprendida por la mayoría de ginecólogos de todos los países para comunicar á la cirugía ginecológica un criterio *conservador*, vengo sosteniéndola hace más de dos lustros en mis lecciones de cátedra, en algunos escritos de mis *Anuarios* y en mis comunicaciones á los Congresos de Moscou, Amsterdam, Roma y Madrid.

Creo firmemente que en nuestro país, como en los demás, un gran número de jóvenes é inteligentes ginecólogos han asimilado perfectamente la técnica de la cirugía ginecológica, poseyendo y practicando de una manera brillante y perfecta el arte de una intervención ginecológica cualquiera, por atrevida que sea. Quizás no corre parejas con esta educación artística el conocimiento científico de la especialidad, la manera de formular un diagnóstico y el estudio de las indicaciones. De ello resulta una ginecología heterogénea que da margen á intervenciones desproporcionadas, prematuras y acaso injustificadas. Comprendo que así ha de ocurrir ínterin de ese período de febril actividad de la cirugía ginecológica, que en momentos llega á tener algo de caótico, no se desprenda un criterio firme que trace una línea de conducta sancionada por la experiencia del tiempo y la mayoría de los ginecólogos. Por muy satisfecho me daría si lograra contribuir en algo á concretar las bases que han de servir de guía en la práctica ginecológica.

El carácter didáctico del *TRATADO* me obliga á seguir un plan determinado. Con mayor gusto hubiera escrito una serie de capítulos dedicados á distintos puntos, prescindiendo de algunos que ocupan en la obra bastante espacio. Con ello la confección del libro me habría resultado más fácil y habría podido darle un carácter mucho más personal; en cambio, los estudiantes y los médicos en general habrían beneficiado menos.

Estudio en la primera parte las **Generalidades** como base de preparación para exponer las ginecopatías en particular, y luego agrupo éstas, por orden topográfico, en **Enfermedades de la vulva y vagina, útero y anexos**. Este método tiene sus inconvenientes, por obligar á algunas repeticiones, mas para quien no está iniciado en los estudios ginecológicos ofrece grandes ventajas. Muchos autores contemporáneos empiezan por agrupar las ginecopatías según su naturaleza, estudiando, por ejemplo, la *tuberculosis genital*, la *gonococia genital*, etc. Es mucho más lógico y científico proceder así, pero menos pedagógico; en las *Generalidades* he procurado, en parte, subsanar los defectos de la clasificación topográfica.

Me esfuerzo en dar á cada capítulo carácter práctico, infiltrado del criterio y de las convicciones que mi experiencia personal me hacen considerar como mejores, con lo que quisiera lograr que el lector no se en-

contrara perplejo acerca de la conducta que debe seguir en un caso determinado. Este es uno de los motivos de que no haya prodigado la bibliografía, haciendo uso de ella con cierta discreción, y tan sólo cuando tengo necesidad de avalorar algún punto.

Es mi deseo que la obra, aunque sencilla, resulte clara, y pueda servir de guía en las intrincadas cuestiones de diagnóstico y tratamiento que la ginecología contemporánea plantea con tanta frecuencia.

Con ser mucho el trabajo y los sacrificios hechos para llevarla á término, no lo habría logrado de no contar con algunos colaboradores. Falto nuestro país de tradición en obras de ginecología, pues las últimas que conozco (Gómez-Torres y Campa) no llevan el sello del renacimiento ginecológico, he tenido que luchar con grandes dificultades. Sólo traducciones tenemos en español, y aunque las hay de obras inmejorables, no obligan á ningún trabajo original, porque texto y grabados está todo confeccionado.

A pesar de las dificultades, he procurado que la ilustración fuese en gran parte original y sacada del material de mi Clínica privada.

Mi principal colaborador ha sido el Dr. Terrades, jefe del laboratorio de mi Clínica: á él se deben todos los trabajos de laboratorio microbiológicos y micrográficos; las fotografías y microfotografías todas están hechas por dicho Dr. Terrades, que á una gran laboriosidad y conocimiento profundo de la Ginecología, reúne muy especiales aptitudes para los trabajos de laboratorio.

Los doctores Sres. Bartrina, Moragas, Salvat, Estrany y Guilera, con sus dibujos los dos primeros y por diferentes motivos los demás, me han favorecido también con su valioso concurso.

Finalmente, me considero obligado con los Sres. Salvat y Comp.^a, editores de mi libro, quienes no han perdonado sacrificio ni excusado esplendidez para contribuir al mejor éxito de la obra.

DOCTOR FARGAS.

Barcelona, Octubre de 1903.

PRÓLOGO DE LA SEGUNDA EDICIÓN

Apenas terminada la publicación de la edición primera, cuya confección me absorbió, durante cuatro años, todo el tiempo que mis ocupaciones me permiten dedicar á trabajos literarios, véome obligado á autorizar la segunda. Tan sólo un deber moral de justa correspondencia á la benévola acogida que á mi obra han dispensado los Profesores y alumnos de Ginecología y la clase médica en general, pueden impulsarme á la nueva publicación.

Las pocas modificaciones que introduzco en esta segunda edición en nada afectan al fondo, orden y método que puse en la primera. Alguna de las tendencias en ésta marcadas parecen hoy de mayor actualidad, porque en dicho sentido van orientándose los esfuerzos de los ginecólogos de todos los países; un mayor respeto á la función genital de la mujer inspira un más detenido estudio de las indicaciones y mayor tendencia á la práctica de operaciones conservadoras; es para mí muy satisfactorio poder conservar y quizás acentuar el criterio en que informé mi primera edición en tal sentido, porque ello obedece á convicciones personales cada vez más arraigadas, á la vez que una orientación análoga va acentuándose de una manera universal.

Algunas modificaciones en determinados capítulos, que unos años más de experiencia y los progresos contemporáneos han podido sugerirme, es lo único nuevo que en esta edición puedo ofrecer á mis compañeros de profesorado, á los alumnos y á la clase médica en general.

Teniendo en cuenta que la obra ha sido señalada de texto en muchas Universidades, he suplicado á sus editores una modificación en las condiciones materiales de la misma que la hiciera más asequible á los alumnos y médicos en general. Con este objeto se harán de esta edición dos tiradas: una de lujo, en condiciones iguales á la primera edición, y otra menos lujosa, aunque también buena y esmerada, pero mucho más económica; por ello les quedo á los editores muy reconocido (1).

DOCTOR FARGAS.

Barcelona, Enero de 1910.

(1) El presente TRATADO ha sido favorecido por el Excmo. Ayuntamiento de Barcelona con el premio destinado á galardonar la mejor obra de Biología publicada en esta capital durante el quinquenio de 1902 á 1906.

I

GENERALIDADES

ANATOMÍA

Considerados los órganos genitales de la mujer bajo el punto de vista anatómico, ofrecen variantes dignas de tenerse en cuenta. Sus funciones propias, con el embarazo, parto y puerperio, crean, por decirlo así, estados anatómicos distintos, según el momento fisiológico en que se estudia el aparato genésico.

No es lo mismo estudiar el aparato genital de una niña, que no presenta todavía su desarrollo completo y cuyos órganos, por tanto, no son lo que en la mujer púber, ó de una menopáusica adelantada, en la que las modificaciones producidas por la atrofia senil del aparato de generación, hacen que éste sea completamente desemejante del mismo cuando se halla en plena vida fisiológica.

Aun dentro del período de vida genital, las funciones propias de la generación y los múltiples fenómenos que las acompañan, llevan aparejados tales cambios anatómicos, que merecen justamente un estudio aparte.

Al estudiar los fenómenos de la gestación, se estudian también los procesos anatómicos concomitantes; así es que aquí he de tener en cuenta tan sólo el aparato genital de la mujer en completo desarrollo anatómico, ó sea el de la mujer púber en estado de vacuidad. Y aun así no he de hacer más que un resumen aplicado al estudio de la Ginecología, porque su descripción analítica corresponde de hecho y de derecho á la Anatomía.

Considerado en conjunto el aparato genital, y atendiendo á las funciones de cada una de sus partes, se echa de ver fácilmente que lo componen órganos esenciales y órganos accesorios: los primeros destinados á llevar á término la función de procreación; los segundos, órganos auxiliares de los primeros, desempeñan funciones menos importantes con respecto á la función propia del aparato. Entre los primeros se encuentran el ovario y el útero, con la trompa como órgano de perfeccionamiento, y entre los segundos, la vulva y la vagina con todos sus accesorios.

Los órganos esenciales son órganos viscerales situados en el interior de la pelvis, en la gran cavidad del peritoneo y lindando con las demás vísceras; los órganos accesorios son externos, hacia las regiones cutáneas, y ponen á aquéllos en comunicación con el exterior.

Los órganos esenciales constituyen el verdadero aparato de generación, con el ovario que forma el óvulo, la trompa, que lo lleva al útero, y éste que lo incuba hasta su desarrollo adecuado para la vida exterior. Observaremos que este último es también, como la trompa, un órgano de perfeccionamiento, pues el feto puede desarrollarse fuera del útero, como lo prueban los casos de embarazo extrauterino á término. Los órganos accesorios constituyen, por decirlo así, el aparato ú órganos de relación del aparato genital con la vulva, que, siendo asiento del apetito genésico, facilita la fecundación, y la vagina como órgano de paso y de comunicación entre los genitales internos y el exterior, así para el germen masculino como para el feto.

Alguna semejanza existe entre el aparato digestivo y el aparato genital. Tenemos en el primero la boca (vulva), que, con su sentido del gusto (sensibilidad erótica), busca instintivamente los alimentos que mejor pueden convenirle al estómago para satisfacer el hambre (apetito sexual). El estómago é intestinos delgados (útero), que reciben los alimentos (espermatozoides) y los modifican, formando, con ayuda de los productos de las glándulas gástricas, intestinales y hepáticas (ovario con su óvulo), los productos de la quimificación y quilificación (feto y anexos). La diferencia está en que, en vez de verificarse la digestión, se verifica la procreación, y anatómicamente, en que el esófago y el recto vienen representados en el aparato genital por un solo conducto, la vagina, que sirve á la vez para la entrada de elementos fecundantes y la salida de los productos de la fecundación. La trompa hace los oficios de conducto colédoco ó pancreático.

El aparato genital tiene una serie de elementos auxiliares para su funcionamiento, como son los órganos de sostén y el aparato circulatorio; los primeros para mantener á los órganos genitales en su posición adecuada, y los segundos para asegurar su nutrición.

Genitales externos.— Componen los genitales externos la vulva y la vagina, y como órganos adyacentes, la uretra, el ano y el periné.

Examinados á simple vista los genitales externos (fig. 1), nos encontramos con la región vulvo-anal. Hacia arriba y adelante, el monte de Venus, que extiende hacia abajo y atrás los dos grandes labios, separados por la hendidura vulvar; de arriba abajo, los grandes labios van adelgazándose para unirse en sus extremos y constituir la horquilla; detrás de la horquilla se encuentra el periné, que formando en la línea media una superficie de unos tres centímetros, separa la horquilla de la vulva, que está por delante, del ano, que viene inmediatamente detrás del periné. Todos los órganos que se ven por esta inspección están cubiertos de piel, con un grueso panículo adiposo hacia el monte de Venus y parte alta de los grandes labios, regiones comúnmente cubiertas de pelo, muy escaso, en cambio, hacia la horquilla y periné.

Si separamos los grandes labios, abriendo la hendidura vulvar, vemos, de arriba abajo, el clítoris en su parte alta, en el arranque de aquéllos, y formando salida á veces en la hendidura vulvar, con su capuchón constituido por dos repliegues mucosos, que extendiéndose hacia abajo, uno á cada lado, en la base de la cara interna de los grandes labios, en una longitud de unos tres centímetros, constituyen los pequeños labios ó ninfas; esos repliegues son mu-

cosos, y al continuarse con la piel de los grandes labios, invaden algo la cara interna de éstos, en donde se encuentra el punto de unión de la piel con la mucosa.

El ángulo formado por el clitoris y los pequeños labios se halla cerrado hacia atrás por el contorno de la abertura vaginal, con lo que queda constituido

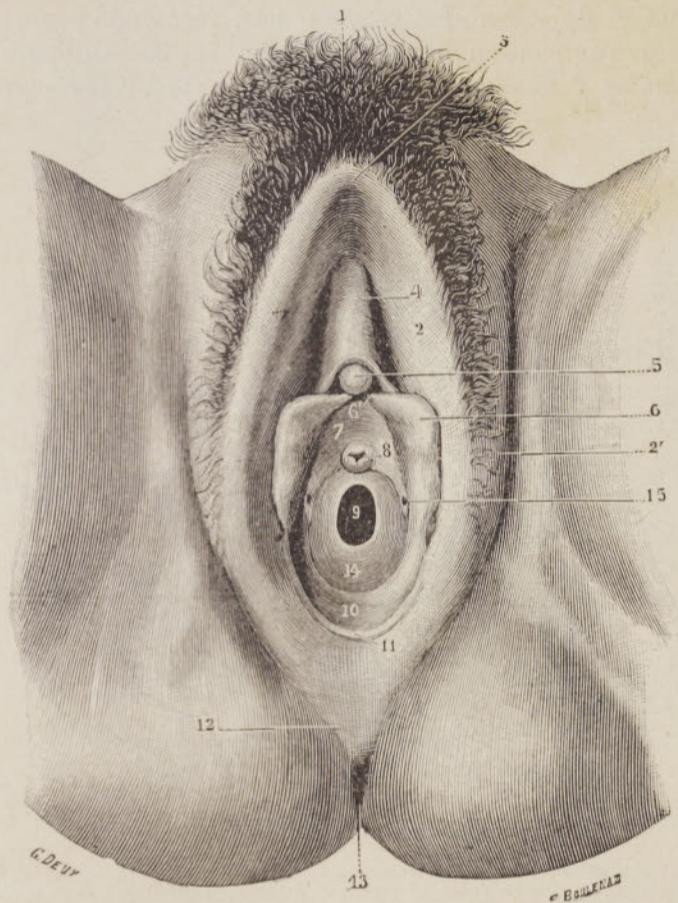


FIG. 1

Vulva de una joven virgen (según TESTUT).

1, pubis ó monte de Venus.— 2 y 2', superficie interna y superficie externa de los grandes labios.— 3, comisura anterior de la vulva.— 4, capuchón del clitoris.— 5, clitoris.— 6, pequeños labios, con 6', su raíz posterior, que nace de la cara posterior del clitoris (frenillo del clitoris).— 7, vestibulo.— 8, meato urinario.— 9, abertura de la vagina.— 10, fosa navicular.— 11, horquilla.— 12, periné.— 13, ano.— 14, himen.— 15, orificio exterior del conducto excretor de las glándulas de Bartolino.

un triángulo que forma el vestibulo vulvar; hacia el centro de este vestibulo, un poco más cerca de la base que del vértice de este triángulo, se encuentra la abertura de la uretra con el meato urinario, é inmediatamente detrás, y en la línea media, forma la mucosa una pequeña elevación algo rugosa, conocida con el nombre de tubérculo vaginal, que sirve de punto de referencia cuando se quiere verificar el cateterismo vesical con la sola ayuda del tacto.

Detrás del vestibulo, y formando parte de la vulva, se encuentra, en las vírgenes, el himen con sus formas variadas, percibiéndose á través de su aber-

tura la entrada de la vagina; en las que no son vírgenes aparece detrás del vestíbulo la abertura vaginal, limitada á los lados por los restos del himen, que constituyen las carúnculas mirtiformes, de forma y disposición sumamente variables.

La abertura vaginal presenta muchas variantes: en las nullíparas es casi circular, y permite ver el comienzo de la mucosa vaginal, de color rosado menos subido que el de las ninfas y carúnculas, formando pequeños repliegues longitudinales que se pierden hacia el interior. En las múltiparas la abertura es ántero-posterior y bastante más grande, porque á consecuencia del primer

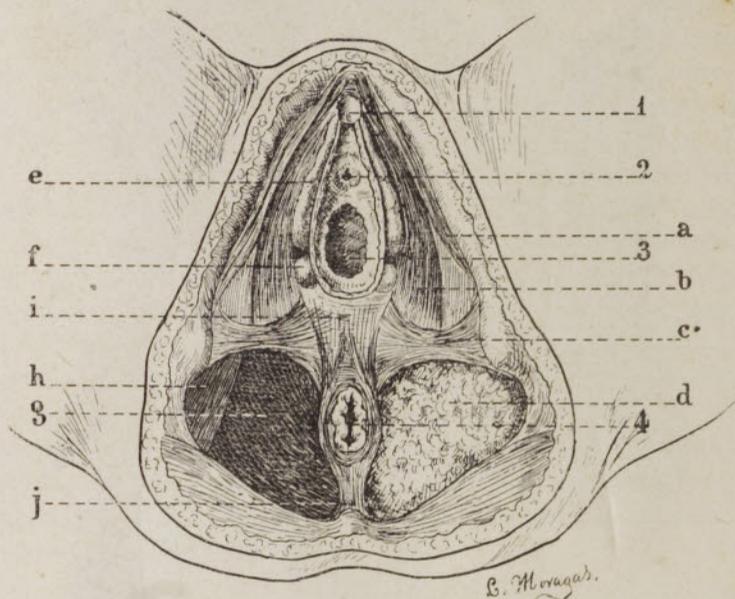


FIG. 2

Planos musculares del periné de la mujer.

a, músculo isquio-cavernoso.—*b*, bulbo cavernoso.—*c*, transverso del periné.—*d*, tejido celular adiposo de la fosa isquio-rectal.—*e*, bulbo de la vagina.—*f*, glándula de Bartolino.—*g*, elevador del ano.—*h*, obturador interno.—*i*, base del cuerpo perineal.—*j*, rafe ano-coxígeo.

1, clitoris.—2, meato urinario.—3, vagina.—4, ano.

parto casi siempre se rasga y desaparece la horquilla; por otra parte, el vestíbulo apenas puede distinguirse, porque su límite posterior desaparece con el paso del feto.

Si por una disección bien conducida separamos la piel con su tejido celular, el músculo cutáneo ó dartoico en la región de los grandes labios y las dos hojas de la fascia superficialis, desde el monte de Venus hasta la punta del coxis; y si en esta disección separamos también la mucosa vulvar hasta la entrada de la vagina, encontraremos órganos accesorios de la vulva y auxiliares del sistema de sostenimiento que más adelante indicaré.

En la línea media (fig. 2), de adelante atrás, encontramos: el cuerpo del clitoris constituido por tejido esponjoso, la abertura de la uretra, la de la vagina, el rafe perineal, el ano y el rafe ano-coxígeo.

Hacia los lados, y también de delante atrás, vemos el cuerpo esponjoso ó bulbo de la vagina, confundido por delante con los cuerpos cavernosos del clítoris y lindando por detrás con la glándula vulvo-vaginal ó de Bartolino; á los lados mismos de la vulva encontramos dos músculos: el bulbo cavernoso, haz



FIG. 3

Esquema sagital de la pelvis de la mujer.

a, vejiga.— *b*, útero.— *c*, recto.— *d*, asas intestinales.
1, ano.— 2, vulva.— 3, uretra.

muscular que desde la región del clítoris se dirige hacia atrás por los lados de la vagina, cubriendo en parte el bulbo vaginal y la glándula de Bartolino, y va á terminar en el periné; el isquio-cavernoso, ó erector del clítoris, que á partir del mismo punto se dirige hacia atrás y afuera para venir á terminar en la tuberosidad isquiática.

En la región del periné encontramos á cada lado el transverso del periné,

y en ella vienen á confundirse el transverso del periné, el bulbo cavernoso, el esfínter del ano y el elevador del ano. De su fusión con la hoja profunda de la fascia superficialis y tejido conjuntivo y celular, resulta el cuerpo perineal, en forma de pirámide, cuya base tenemos al descubierto y cuyo vértice se eleva unos tres centímetros entre la pared posterior de la vagina y la anterior del recto.

Alrededor del ano se halla el esfínter, confundido por delante con el periné y por detrás con el rafe ano-coxígeo. A los lados del esfínter del ano se encuentra un hueco ocupado por tejido celular, el hueco isquio-rectal, limitado hacia dentro por el elevador del ano, que forma un plano inclinado hacia abajo y adentro, y hacia afuera por el obturador interno, que hacia arriba se pone en contacto con el elevador del ano, de modo que el espacio isquio-rectal viene á tener la forma de una pirámide cuya base está cerrada por la capa cutáneo-celular.

A partir del orificio vulvar, la vagina forma un conducto mucoso-muscular de 9 á 10 centímetros de longitud, que, dirigiéndose oblicuamente hacia atrás y arriba, viene á unirse alrededor del cuello del útero, formando allí una inserción circular; esta inserción limita el fondo de saco vaginal, que se divide, á su vez, en cuatro: anterior, posterior y laterales. La dirección de la vagina (fig. 3) hacia arriba y atrás forma con el horizonte un ángulo aproximado de 60 grados, y así se comprende que la pared vaginal anterior sea dos centímetros más corta que la posterior.

La pared vaginal anterior (fig. 4) está en relación de abajo arriba: con la uretra, con la que tiene unión bastante íntima, y con el fondo de la vejiga; la unión de la pared vaginal con la vesical es menos íntima que con la uretral. Por su pared posterior se halla en íntima relación: con el cuerpo perineal, en unión íntima hacia la base de éste y laxa hacia el vértice; con la pared anterior del recto en unos tres centímetros, y con el peritoneo del fondo de Douglas; estas últimas conexiones son poco densas. Por los lados, con el elevador del ano y tejido celular.

Genitales internos.—Si separamos las cubiertas abdominales aparece á nuestra vista el delantal epiploico, cubriendo la gran masa de los intestinos delgados.

El estudio de la pared abdominal, que separamos para descubrir los genitales internos, tiene para el ginecólogo especial importancia, puesto que muchas son las veces que debe atravesar en vida dicha pared para llegar al alcance de los genitales internos.

En la línea media (fig. 5), encontramos sucesivamente la piel y el tejido celular subcutáneo, la línea alba, el tejido celular sub-peritoneal y el peritoneo. Hacia los lados, —entendiendo siempre que hablo de la región hipogástrica, —se encuentran los músculos rectos, y en la parte baja, inmediato al pubis y más próximo todavía á la línea media, el hacecillo piramidal (fig. 6); los músculos rectos están contenidos en una vaina aponeurótica, como si la línea alba se bifurcase (fig. 5); más hacia fuera se encuentran las aponeurosis del oblicuo externo, del interno y del transverso, y más á los lados, los tres músculos correspondientes de las cubiertas abdominales. La parte más intere-

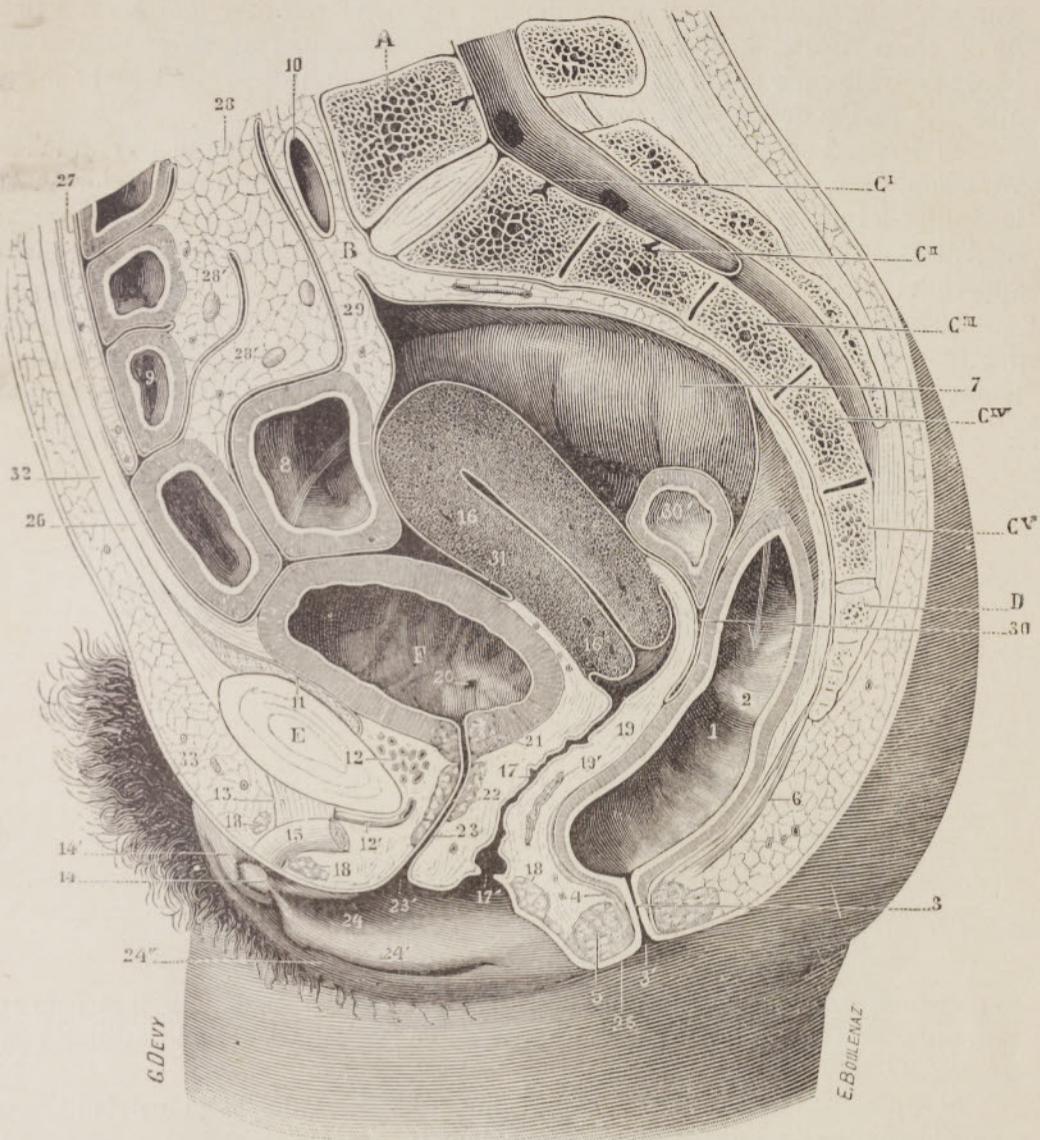


FIG. 4

Corte vertical medio de la parte inferior de la pelvis en la mujer, para demostrar las relaciones del útero con la vagina, la vejiga y el recto (según TESTUT).

A, quinta vértebra lumbar.—B, promontorio.—C^I, C^{II}, C^{III}, C^{IV}, C^V, las cinco vértebras sacras.—D, coxis.—E, sínfisis púbica.—F, vejiga.

1, ampolla rectal.—2, válvula de Houston.—3, porción anal del recto, con 3', ano.—4, esfínter interno.—5, esfínter externo.—6, haces isquio-coxígeos del elevador del ano.—7, porción terminal del colon pelviano (primera porción del recto de los autores).—8, corte de la asa pelviana del colon.—9, intestino delgado.—10, vena iliaca primitiva izquierda.—11, espacio prevesical.—12, plexo venoso de Santorini, con 12', vena dorsal del clitoris.—13, ligamento suspensorio del clitoris.—14, clitoris, con 14', su capuchón.—15, su raíz izquierda.—16, cuerpo del útero, con 16', su cuello.—17, vagina, con 17', su orificio.—18, constrictor de la vulva.—19, tabique del recto vaginal, con 19', haces retro-vaginales del elevador del ano.—20, orificio inferior del uréter.—21, esfínter vesical.—22, esfínter uretral.—23, uretra, con 23', meato urinario.—24, vulva, con: 24', un labio menor; 24'', labio mayor.—25, periné.—26, uraco.—27, epiplón mayor.—28, mesenterio, con 28', ganglios mesentéricos.—29, meso-colon ilio-pelviano.—30, fondo de saco recto-vaginal, con 30', una asa intestinal que ha descendido hasta este fondo de saco.—31, fondo de saco vésico-uterino.—32, pared abdominal.—33, monte de Venus.

sante es la línea media y su contigüidad, y conviene recordar que á los lados de la línea media, á una distancia de algunos milímetros, se encuentra el borde del recto, por si al practicar la incisión laparotómica se prefiere la línea alba ó la región de los rectos abdominales.

El delantal epiploico cubre los intestinos delgados, y aunque con muchas variaciones respecto á su grosor y extensión, no es raro verlo descender hasta la sínfisis del pubis y el área del estrecho superior; por eso en ciertos procesos flogísticos de los genitales internos, lo encontramos adherido hacia el estrecho superior.

Levantando el delantal epiploico encontramos toda la masa de intestinos delgados, que es lo único que aparece en la cavidad abdominal, serpenteando y llenando todos los huecos; descenden sus asas hasta la pelvis, de modo que

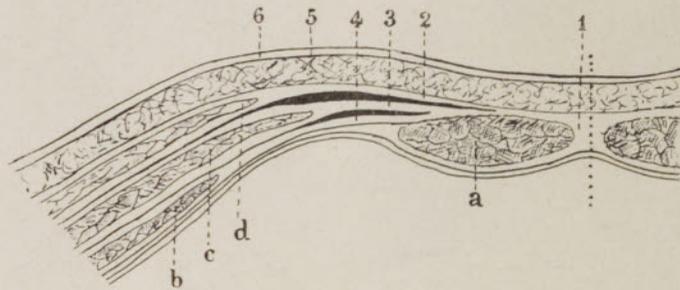


FIG. 5

Corte transversal de los músculos y aponeurosis de las paredes del abdomen.

a, músculo recto.— *b*, músculo transverso.— *c*, músculo oblicuo menor.— *d*, músculo oblicuo mayor.

1, línea blanca.— 2, aponeurosis del oblicuo mayor.— 3, aponeurosis del oblicuo menor.— 4, aponeurosis del músculo transverso.— 5, tejido celular subcutáneo.— 6, piel.

se ponen en contacto de los genitales internos (figs. 3 y 4), de la vejiga y de la cara anterior del recto; por eso son tan variables las adherencias intestinales en esa región.

Si separamos toda la masa de intestinos delgados, queda la pelvis libre y ocupada por sus órganos propios: hacia la fosa ilíaca derecha, el ciego con el apéndice, que fácilmente se pone en contacto con los anexos derechos del útero; y hacia la fosa izquierda, la S ilíaca con sus variantes y también con facilidad en relación inmediata con los anexos izquierdos.

Separados el ciego y la S ilíaca, queda al descubierto el fondo de la pelvis, en el que, de delante atrás, puede observarse: en la línea media (fig. 7), la vejiga aplanada y oculta detrás del pubis, si está vacía, ó formando una prominencia mayor ó menor según su estado de plenitud; detrás de la vejiga el útero, con su fondo mirando arriba y adelante aproximadamente en la dirección del ombligo, su cara anterior descansando sobre la vejiga y su cara posterior en parte libre y mirando arriba y atrás y en parte en relación con el recto, que se encuentra detrás del útero y delante de la concavidad del sacro.

Hacia los lados encontramos los ligamentos anchos, que parten de los bordes del útero, y extendiéndose hasta la pared pélvica lateral y fosa ilíaca, for-

man como un tabique transversal en la pelvis, que limita un espacio anterior, que contiene la vejiga, y uno posterior, que contiene el recto.

Los ligamentos anchos, constituidos por un repliegue del peritoneo, forman en su borde superior tres repliegues: uno anterior, en el que se encuentra el

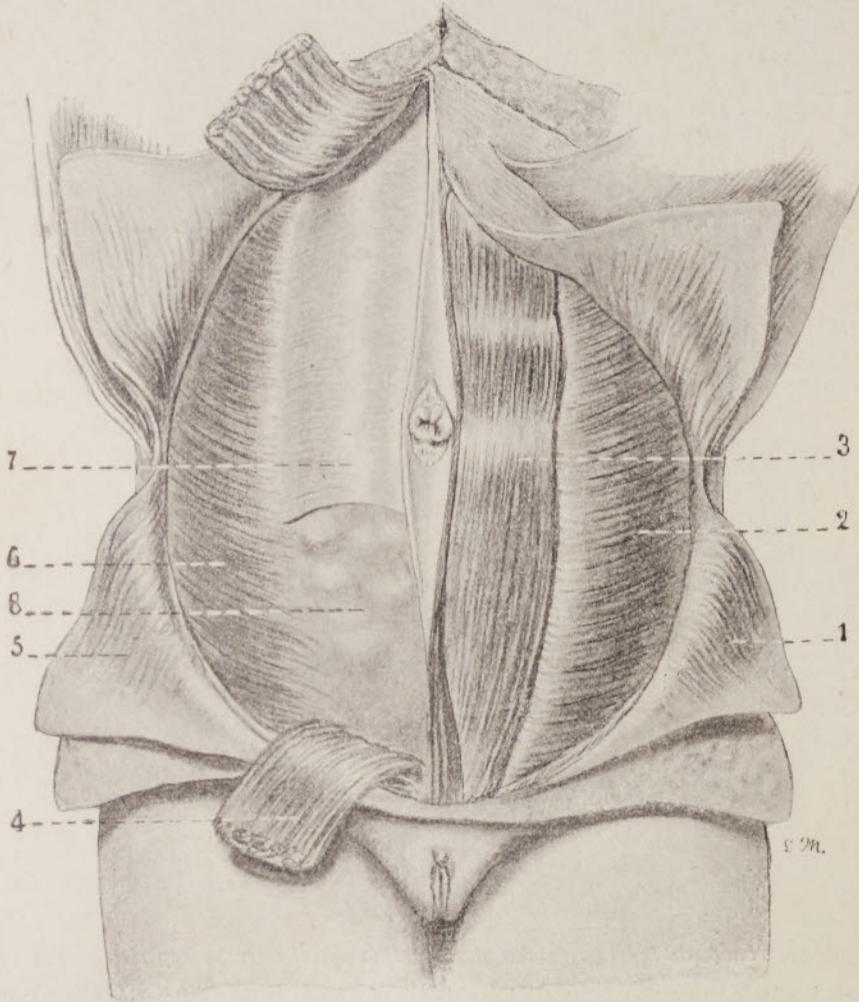


FIG. 6

Músculos del abdomen, vistos por su cara anterior.

1,º músculo oblicuo menor ó interno.—2,º músculo transverso.—3,º músculo recto.—4,º músculo recto seccionado.—5,º aponeurosis del oblicuo interno.—6,º músculo transverso.—7,º hoja posterior de la vaina del músculo recto.—8,º la misma por debajo del repliegue falciforme.

ligamento redondo, que desde el cuerno del útero va al conducto inguinal; otro medio, en el que se halla la trompa de Falopio, que va desde el cuerno del útero á la pared pélvica, es flexuosa y goza de gran movilidad; y otro posterior, en el cual se halla el ovario, que se continúa hacia afuera con el repliegue infundíbulo-pélvico y forma, para dicho órgano, un verdadero pedículo.

Todos estos órganos están cubiertos por el peritoneo. Desde la cara posterior de la pared abdominal (fig. 8), el peritoneo se refleja sobre la vejiga. Por debajo de este repliegue peritoneal se halla abundante tejido celular muy laxo,

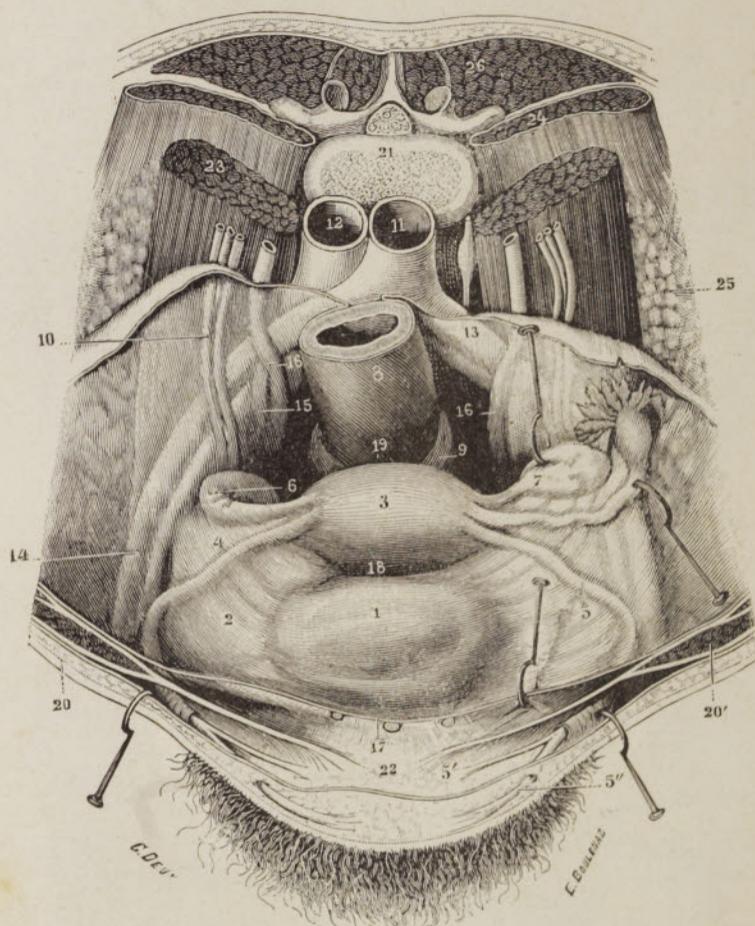


FIG. 7

Visceras intra-pelvianas de la mujer, vistas desde arriba por el estrecho superior (según TESTUT).

(En el lado izquierdo, el ovario y la trompa han sido erinados hacia arriba en dirección á la fosa ilíaca.)

1, vejiga.— 2, fosillas paravesicales.— 3, fondo del útero.— 4, ligamento ancho.— 5, ligamento redondo, introduciéndose en el conducto inguinal y bifurcándose para ir á insertarse en el pubis por medio de sus haces internos (5'), en el pubis y en el labio mayor por medio de sus haces externos (5'').— 6, trompa derecha en su sitio, hundiéndose hacia atrás en la fosilla ovárica.— 7, ovario izquierdo.— 8, porción terminal del colon ileo-pelviano, continuándose por abajo con el recto.— 9, ligamentos útero-sacos.— 10, vasos útero-ováricos.— 11, aorta.— 12, vena cava inferior.— 13, vasos ilíacos primitivos.— 14, vasos ilíacos externos.— 15, vasos ilíacos internos.— 16, uréter.— 17, peritoneo.— 18, fondo de saco vésico-uterino.— 19, fondo de saco recto-vaginal ó fondo de saco de Douglas.— 20, pared abdominal.— 20', oblicuo menor.— 21, cuarta vértebra lumbar.— 22, pubis.— 23, psoas.— 24, cuadrado de los lomos.— 25, tejido célula-adiposo subperitoneal, comprendido en el ángulo que forman el psoas y el músculo ilíaco.— 26, masa sacro-lumbar.

de manera que, según la vejiga esté llena ó vacía, el repliegue peritoneal se hallará á mayor ó menor altura; cuando está muy llena, queda bastante espacio para llegar á la vejiga por encima del pubis sin tocar el peritoneo, como se hace en la talla suprapúbica de la vejiga; la serosa se refleja después sobre la

cara anterior del útero, un poco más arriba del sitio correspondiente al istmo, adhiriéndose bastante al órgano y recubriéndolo en su fondo y cara posterior; entre la vejiga y el útero forma el peritoneo un fondo de saco que está separado del fondo de saco vaginal anterior tan sólo unos dos centímetros, en cuyo espacio la pared anterior del útero y la posterior de la vejiga están en relación inmediata, separadas sólo por tejido celular; cualquier cuerpo que haya en el fondo de saco peritoneal vesíco-uterino se podrá tocar al través del fondo de saco anterior. De la cara posterior del útero, el peritoneo desciende hacia abajo, recubriendo la pared vaginal posterior en una extensión de dos á tres centímetros, para reflejarse sobre la cara anterior del recto, al que forma el meso-recto, que

mantiene dicho órgano contra el sacro; al reflejarse el peritoneo de la cara posterior del útero y parte alta de la vagina sobre la cara anterior del recto, forma el fondo de saco de Douglas (fig. 9), en el que puede explorarse fácilmente por el tacto cuanto ocurra, desde la vagina, con el solo intermedio de la pared vaginal posterior y la hoja peritoneal, y desde el recto, á través de la pared rectal anterior y el peritoneo correspondiente.

Por los lados, el peritoneo forma el gran repliegue del ligamento ancho, que desde los bordes del útero va á las paredes de la pelvis. Por el borde libre, ese ligamento ancho tiene en su parte anterior el pequeño repliegue que contiene el ligamento redondo, el cual, extendiéndose hasta la abertura interna del conducto inguinal, limita ver-

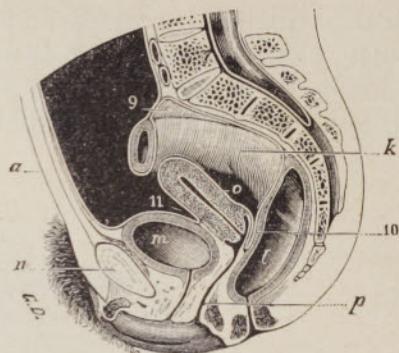


FIG. 8

Peritoneo en la mujer, visto en un corte medió vertical de la pelvis (segmento derecho del corte) (según TESTUT).

a, pared abdominal anterior.—*k*, colon ilio-pelviano.—*l*, recto.—*m*, vejiga.—*n*, sínfisis púbica.—*o*, útero.—*p*, vagina.

9, mesocolon ilio-pelviano.—*10*, fondo de saco recto-vaginal.—*11*, fondo de saco vesíco-uterino.

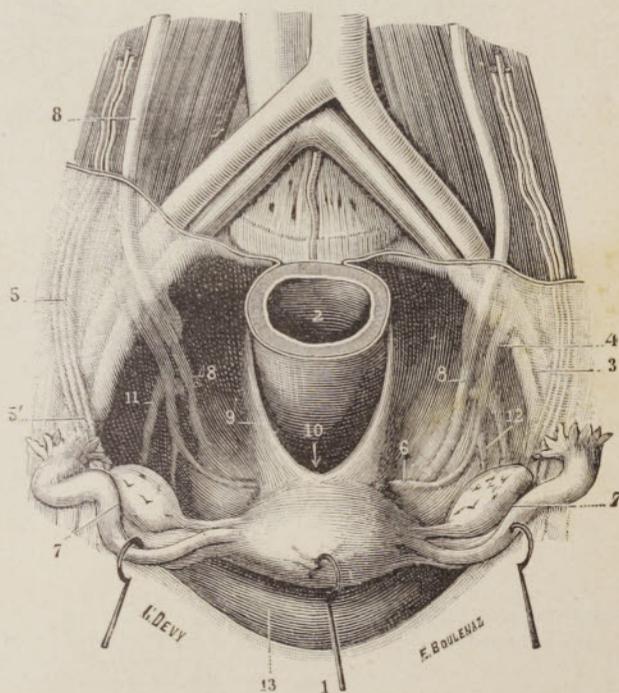


FIG. 9

Repliegues de Douglas en la mujer (según TESTUT).

1, útero repelido hacia adelante.—*2*, intestino grueso en situación.—*3*, vasos ilíacos externos.—*4*, vasos ilíacos internos.—*5*, vasos útero-ováricos.—*6*, arteria uterina.—*7*, ovario y trompa.—*8*, uréter.—*9*, repliegues útero-sacros ó repliegues de Douglas.—*10*, fondo de saco de Douglas.—*11*, arteria obturatriz.—*12*, arteria vesíco-vaginal.—*13*, vejiga.

daderamente los dos compartimientos de la pelvis, el anterior, en el que está la vejiga, y el posterior, en donde se encuentra el recto. El repliegue de la trompa ó meso-salpinx queda libre en su parte externa; el del ovario se halla tan sólo fijado por el ligamento infundibulo-pélvico (fig. 7), de manera que la trompa y

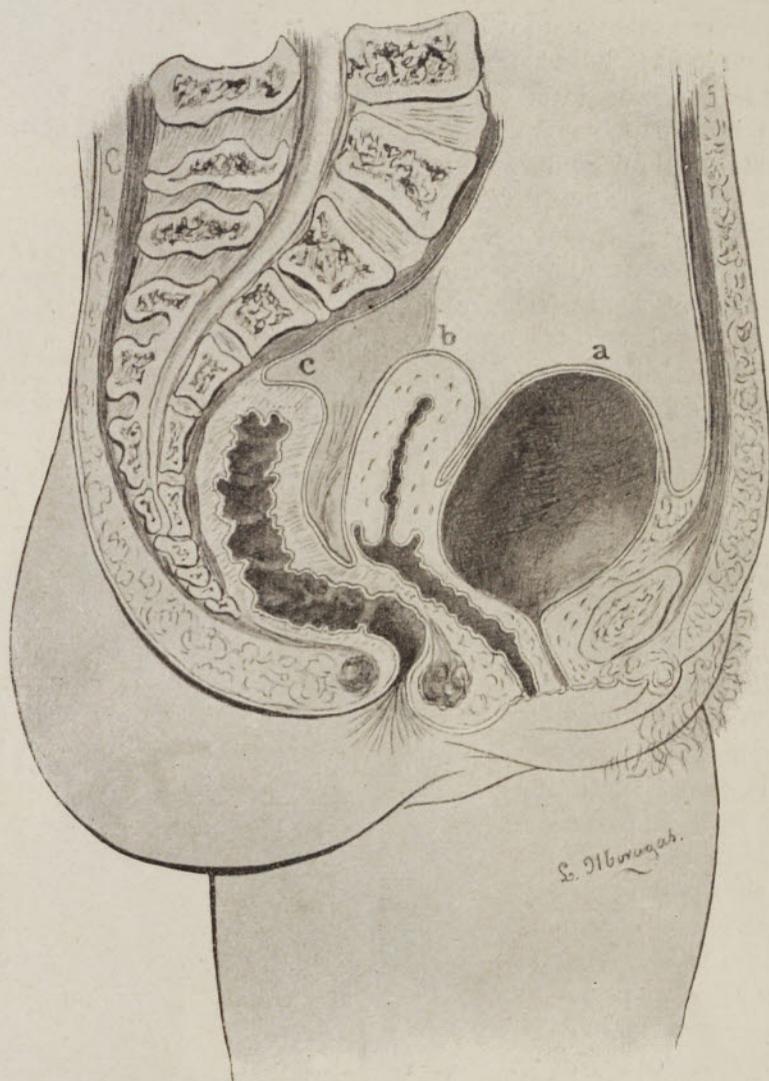


FIG. 10

Posición de los órganos genitales de la mujer estando la vejiga distendida (sección esquemática).

a, vejiga distendida.— b, útero.— c, recto.

el ovario, aunque contenidos en los dos repliegues ó alas posteriores del ligamento ancho, corresponden al compartimiento posterior de la pelvis; por eso los encontramos tan frecuentemente más ó menos prolapsados en el fondo de Douglas; la mejor vía para su exploración es siempre por el fondo de saco vaginal posterior ó el recto. Mantenido el útero en la anteversión fisiológica

por los ligamentos redondos, el compartimiento anterior de la pelvis sólo se hace visible cuando la vejiga está llena (fig. 10); si está vacía, el útero cae en anteversión más pronunciada sobre la vejiga, como si á manera de válvula cerrara este compartimiento anterior (fig. 11); de aquí que las asas intestinales

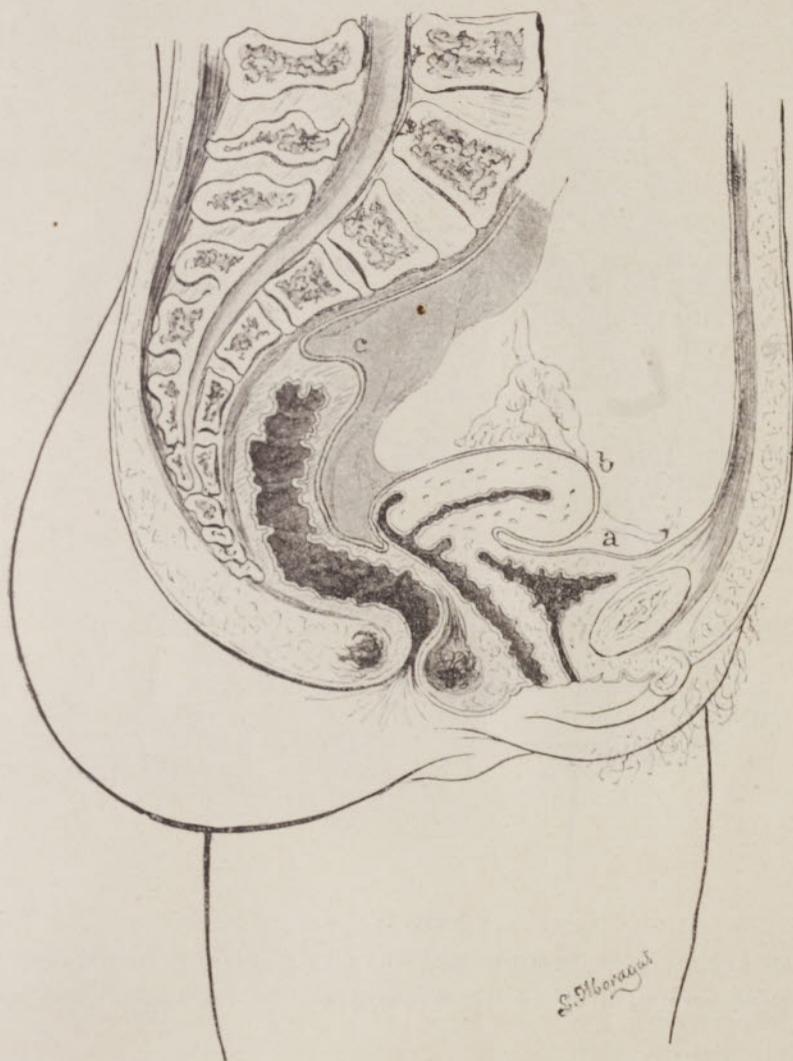


FIG. 11

Posición de los órganos genitales de la mujer encontrándose la vejiga vacía (sección esquemática).

a, vejiga.— b, útero.— c, recto.

raras veces se encuentren en el compartimiento anterior y, en cambio, ocupen usualmente el posterior, empujando el útero hacia adelante á manera de cuña; por eso veremos que, comparado el enterocele posterior con el anterior, es aquél mucho más frecuente, aunque normalmente no desciendan los intestinos hasta el fondo de Douglas; éste, en sus partes laterales, se halla limitado por los re-

pliegues peritoneales, que constituyen el ligamento útero-sacro ó repliegue de Douglas (fig. 9), que de cada lado del útero, á nivel del istmo ó un poco más arriba, se dirigen arriba y atrás hacia la articulación sacro-iliaca; esos ligamentos convierten el fondo de Douglas en una especie de infundibulum, en el que normalmente no penetran los intestinos.

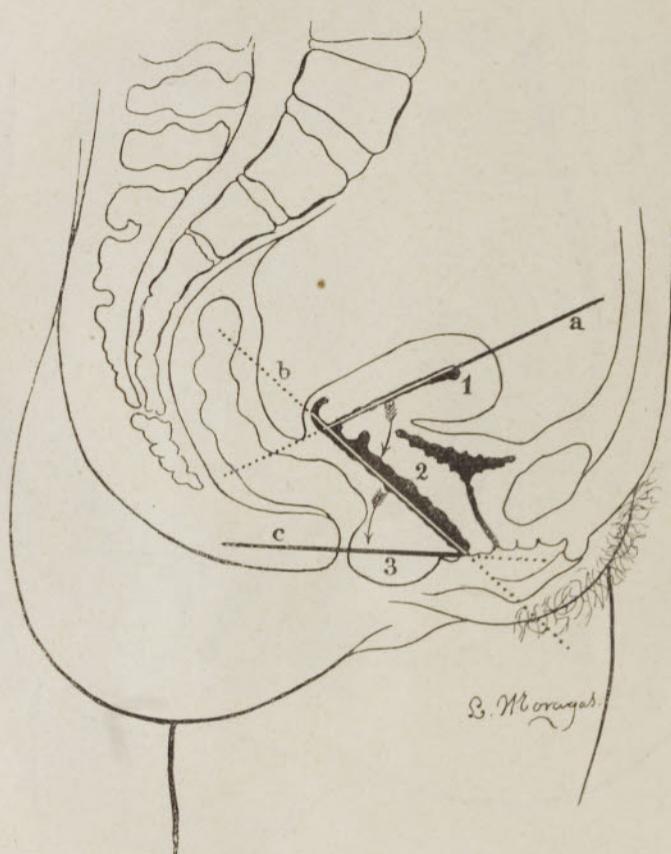


FIG. 12

Posición que guarda el útero respecto de la vagina y el suelo de la pelvis (sección esquemática).

a, línea pasando por el eje del útero.— *b*, línea pasando por el eje de la vagina.— *c*, línea que marca la dirección del suelo de la pelvis.

1, útero.— 2, vagina.— 3, periné.

De la posición del útero dentro de la pelvis en estado normal, resulta que se encuentra colocado siguiendo aproximadamente la dirección del eje de la pelvis, ó sea de arriba abajo y de delante atrás, formando por tanto un ángulo con el horizonte, abierto hacia adelante, aproximadamente de unos 70 grados, así como el que forma la vagina está abierto hacia atrás, resultando de ello que, al juntarse el útero y la vagina, forman sus ejes un ángulo abierto hacia adelante (fig. 12).

Si separamos el peritoneo pelviano como hemos hecho con la piel, veremos en el fondo de la pelvis, y en la línea media, la vejiga, el útero y el recto des-

provistos de su cubierta serosa; hacia los lados, el ligamento redondo, la trompa y el ovario; de atrás adelante, de arriba abajo y de fuera adentro, los vasos uterinos y ováricos y el uréter (fig. 9); y en el fondo, limitando el suelo de la pelvis, un plano muscular de concavidad superior, que es el elevador del ano.

Medios de sostén.— Contribuyen á mantener los órganos genitales en su posición respectiva: el elevador del ano con su aponeurosis, los ligamentos

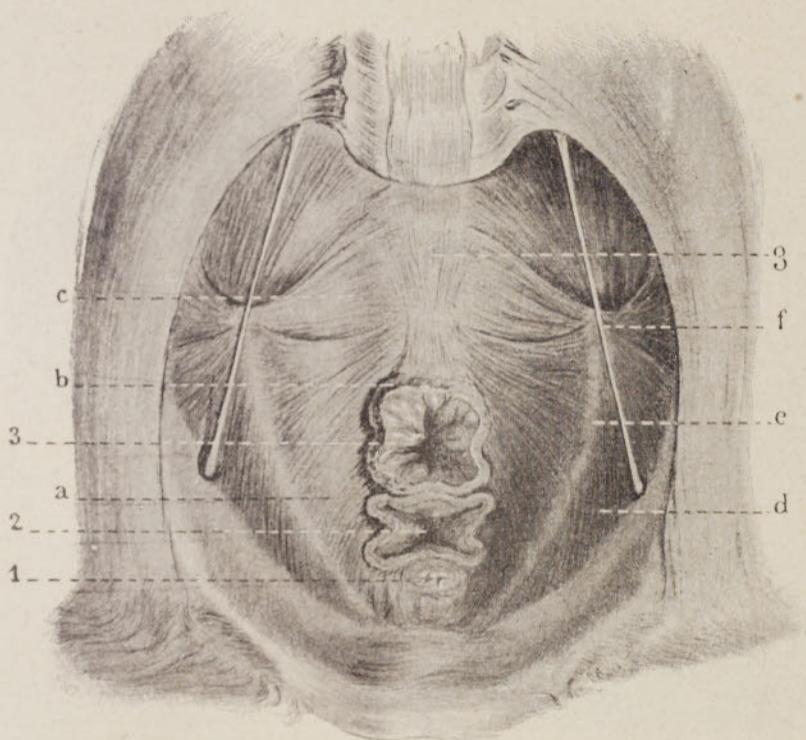


FIG. 13

Cara superior del elevador del ano KELLY).

a, c, elevador del ano.— *b,* rafe ano-coxígeo.— *d,* obturador interno.— *e,* línea alba de unión entre el obturador interno y el elevador del ano.— *f,* nervio obturador.— *g,* sacro.

1, uretra.— 2, vagina.— 3, recto.

anchos, los ligamentos redondos, los útero-sacros, el cuerpo perineal y el tejido celular.

a. El músculo elevador del ano, con el isquio-coxígeo, forma en el suelo de la pelvis un verdadero diafragma con la concavidad dirigida hacia arriba y, por lo tanto, completamente opuesta al diafragma superior (fig. 13).

Parten del pubis y de cada lado (de un vendote de inserción) hasta el isquion, una serie de fibras musculares arciformes que se dirigen hacia abajo y atrás, bordeando la uretra y la vagina, detrás de la que se entrecruzan buen número de dichas fibras en el cuerpo perineal, y el recto, entrecruzándose las restantes en el rafe ano-coxígeo (figs. 13 y 14). El músculo isquio-coxígeo, ex-

tendido desde el isquion al borde correspondiente del coxis, en forma de abanico, completa el diafragma pelviano. Mirando el elevador del ano por arriba, lo vemos limitado á los lados por una especie de línea alba constituida por el vendolite antes citado, debajo del cual pasa el músculo obturador interno.

De delante atrás el músculo elevador del ano se halla atravesado por la uretra, vagina y recto, formando á estos órganos un medio de sostén del que parecen estar suspendidos, puesto que la inserción periférica del elevador del ano es mucho más alta que sus inserciones centrales en los rafe, y en parte

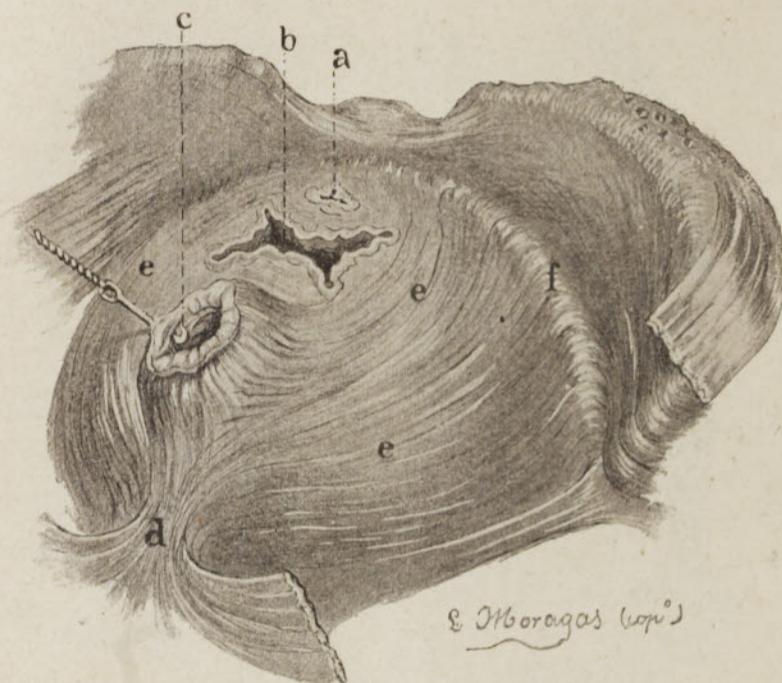


FIG. 14

Cara inferior del elevador del ano (KELLY).

a, uretra.—b, vagina.—c, recto.—d, rafe ano-coxígeo.—e, e, e, elevador del ano.—f, inserciones del elevador del ano.

también en la vagina y en el recto; su contracción eleva hacia adentro de la pelvis el ano, la vagina y algo la uretra; dada la disposición de sus fibras, no obra como esfínter de los órganos que lo atraviesan; tan sólo en los grandes espasmos del elevador del ano, la vagina puede resultar algo comprimida, lateralmente, por las fibras arciformes que se entrecruzan en el periné, y así se observa por rareza en algunas mujeres en el acto del coito, constituyendo lo que llaman algunos vaginismo superior, y aun hay autores que han señalado ese espasmo como dificultad á la salida del feto. He visto un caso en que ese espasmo era tan violento en el momento del orgasmo venéreo, que aparte del dolor que experimentaba la enferma, era absolutamente insoportable al marido por la fuerte compresión que ejercía sobre el pene: desapareció después del primer parto.

El músculo elevador del ano está reforzado en su cara superior por la aponeurosis pelviana, que no tiene como medio de sostén la importancia del músculo, pues éste permite los movimientos de proyección del suelo de la pelvis hacia abajo, restituyéndolo luego á su posición debida; por eso el nombre de *elevador del ano* expresa perfectamente sus funciones, pues si bien es elevador también de la vagina y del periné, esa función aparece más universal y manifiesta aplicada al ano.

b. Los ligamentos anchos, constituidos por el peritoneo, según ya he dicho, y por tejido celular, tienen, además, bastantes fibras lisas en su espesor, lo que les da mayor tonicidad y cierta contractilidad. Según sea la posición del útero, su cara posterior mira atrás ó atrás y arriba, y el útero parece puede moverse libremente hacia delante ó hacia atrás por la disposición de los ligamentos anchos.

En cambio, el útero no puede dislocarse lateralmente sin distender uno de los ligamentos anchos, los que se oponen á los movimientos de lateralidad del órgano, pues recobran con la contracción de sus fibras lisas la tonicidad que en un momento dado hubiese podido disminuir, colocando otra vez el útero en la línea media, sin permitir en estado normal desviaciones laterales. Por eso veremos que las látero-desviaciones suponen casi siempre alguna alteración de los ligamentos anchos.

c. Los ligamentos redondos (fig. 15), constituidos por un cordón de fibras musculares y tendinosas y extendidos del cuerno del útero al conducto inguinal, cuyo trayecto siguen hasta venir á insertarse en el tejido celular subcutáneo inmediato á la parte alta de los grandes labios, tienen gran importancia. Además de las adherencias al tejido celular subcutáneo, contraen en su trayecto adherencias más ó menos íntimas con el conducto inguinal y con el peritoneo pelviano que los cubre.

Su función es mantener el fondo del útero hacia adelante, en anteversión,

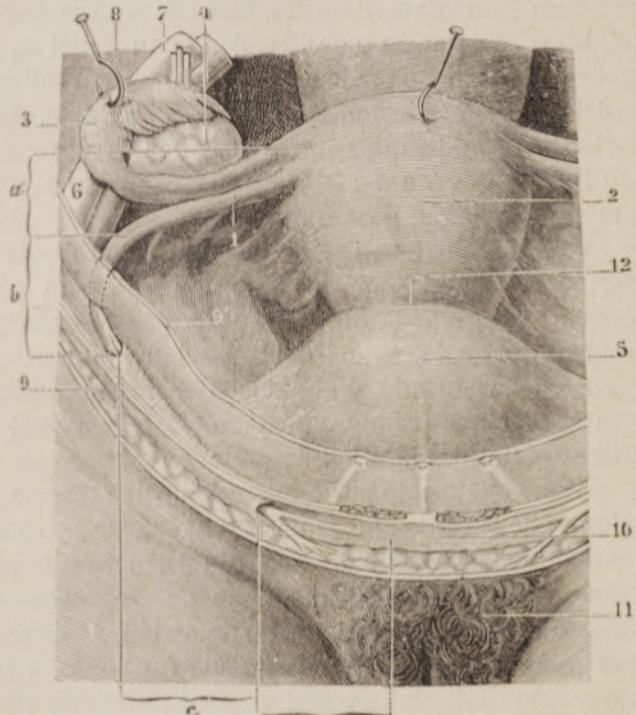


FIG. 15

*Ligamento redondo del lado derecho,
visto desde la parte superior (según TESTUT).*

1, ligamento redondo, con: *a*, su porción pelviana; *b*, su porción iliaca; *c*, su porción inguinal; *d*, su porción vulvar.—2, útero.—3, trompa, sostenida hacia arriba y afuera.—4, ovario.—5, vejiga.—6, vasos ilíacos externos.—7, vasos ováricos.—8, psoas ilíaco.—9, pared abdominal anterior, con 9', peritoneo parietal.—10, sínfisis púbica.—11, monte de Venus.—12, fondo de saco vesicouterino.

y quizá más que sostenerlo, volverlo á esta posición cuando la ha perdido, como ocurre frecuentemente, por motivos fisiológicos, cada vez que la vejiga se distiende demasiado (figs. 10 y 11); por eso las adherencias que tienen en su trayecto son laxas, para permitir esos movimientos, y su estructura es fibro-muscular, para contraerse oportunamente y volver á inclinar el fondo del útero hacia adelante.

d. Los ligamentos útero-sacos ó repliegues de Douglas (fig. 9), que, como he dicho, limitan por arriba y á los lados el fondo de Douglas, están constituidos por un repliegue peritoneal y fibras musculares lisas, que contribuyen por su dirección de abajo arriba, desde los bordes de la parte más baja del cuerpo del útero, inmediata al cuello, hasta la sínfisis sacro-iliaca, á mantener el istmo del útero hacia atrás y arriba, siendo su función, por tanto, complementaria de la de los ligamentos redondos; sus fibras musculares vuelven el útero á aquella posición cuando accidentalmente la ha perdido. Algunos autores conceden importancia grandísima á estos ligamentos útero-sacos como medio de sostén. Los ligamentos útero-vesicales, formados por el peritoneo al reflejarse del útero á la vejiga, tienen poca importancia.

e. El recto, en su parte terminal, cambia de dirección separándose de la vagina y dirigiéndose directamente abajo y un poco hacia atrás, quedando un espacio triangular limitado adelante por la cara posterior de la vagina, atrás por la anterior del recto, arriba por la confluencia de estas dos, que forman el vértice del triángulo, y abajo la base, cubierta por la piel. Sus dimensiones son: altura, 3 á 4 centímetros; diámetro transversal en su base, 4 centímetros, y ántero-posterior, de 2 á 3.

Está constituido por tejido conjuntivo fibroso y por fibras musculares terminales de distintos músculos (bulbo cavernoso y transversal del periné, esfínter del ano y elevador del ano). Su estructura le comunica una gran resistencia, y aparte la importancia que tiene por representar el punto de confluencia de distintos músculos, como medio de sostén, la tiene capital por el punto de apoyo que da al elevador del ano para sus funciones, y también por la resistencia que opone á la caída de la pared vaginal anterior y de la vejiga. Quizá la importancia capital del periné, como medio de sostén, que tan discutida ha sido, consiste más en el punto de apoyo que da el elevador del ano que en funciones directas de sostenimiento.

f. El tejido celular más bien representa un medio de unión que de sostenimiento, pero interpuesto en más ó menos cantidad en todas partes, aun dada su escasa resistencia, presta muchos medios de unión que no carecen de importancia como medio de sostén.

El tejido celular más importante es el que se halla en la pelvis, por encima del elevador del ano. Alrededor del útero, sobre todo del cuello y hacia los lados, y también algo alrededor de la vagina, en su parte alta, se halla el tejido celular, que algunos llaman *parametrium*. Los ligamentos anchos presentan una gran masa de tejido celular entre sus hojas, particularmente hacia la parte interna. El fondo de Douglas, entre el peritoneo, el recto y la vagina, se halla ocupado también por tejido celular; existe asimismo, aunque poco abundante, entre la cara anterior del útero y la posterior de la vejiga. Entre la sínfisis pubiana y la vejiga, el tejido celular es muy abundante y laxo. De modo que el

tejido celular pelviano lo encontramos más ó menos en todas partes, pero forma, sobre todo, sus principales núcleos alrededor del cuello del útero ó parametrium, en los ligamentos anchos, alrededor del recto y por delante de la vejiga.

Prescindiendo de toda teoría, tienen indiscutible valor los siguientes experimentos de Kœnig, pues demuestran cómo las distintas regiones del tejido celular pélvico comunican entre sí, y el por qué del trayecto que suele seguir el pus en las celulitis pelvianas: 1.º, inyectando agua en la parte alta del ligamento ancho, penetra algo en la fosa ilíaca y sigue el trayecto del psoas; 2.º, una inyección en la base del ligamento ancho, por delante del istmo, llena dicho ligamento, corre por los lados de la vejiga y sigue el trayecto del ligamento redondo; 3.º, si la inyección se hace en la parte posterior de la base del ligamento ancho, corre por el fondo de Douglas, debajo del peritoneo.

Mucho se ha escrito sobre el tejido celular pelviano; no obstante, basta con lo dicho, pues al estudiar ciertas enfermedades volveremos á insistir sobre algunos puntos.

Vasos y nervios.—El *sistema arterial* es relativamente sencillo y lo componen las arterias ováricas, las uterinas, las vaginales y las pudendas interna y externa.

La vulva, en su parte cutánea, está irrigada por la pudenda externa; los órganos vulvares profundos y la parte baja de la vagina, por ramas procedentes de la pudenda interna; la parte alta por las ramas vaginales, procedentes, por regla general, directamente de la ilíaca interna y á veces de la externa.

Las arterias que para el ginecólogo tienen más importancia son la uterina y la ovárica, porque son las que irrigan el útero y los anexos, y las que más cuidado ofrecen en las intervenciones (fig. 16).

La arteria uterina, procedente de la ilíaca interna, se dirige transversalmente, y á veces un poco hacia arriba y adelante, por la base del ligamento ancho, hasta llegar al lado del cuello del útero, en cuyo sitio se acoda para seguir al lado mismo del órgano hacia arriba, hasta llegar cerca del cuerno del útero correspondiente, en donde se anastomosa directamente con una de las ramas terminales de la ovárica. Es muy flexuosa en su trayecto, sobre todo al lado del útero, y da varias ramas á la cara anterior y posterior del mismo, siendo la más importante para el ginecólogo la rama ó ramas cervicales que da antes de acodarse para hacerse ascendente, porque se interesan en ciertas operaciones y pueden dar hemorragias de alguna importancia, aun ligada la uterina; de esas ramas cervicales importa recordar, sobre todo, las anteriores.

La arteria ovárica, procedente directamente de la aorta, penetra en la pelvis y en el ligamento ancho por el ligamento ó repliegue infundíbulo-pelviano, y sigue por el borde libre del ligamento ancho hacia adentro, hasta el cuerno correspondiente del útero, en donde se anastomosa directamente con la uterina. Como ésta, es flexuosa en su trayecto y da ramas á la trompa, al ligamento redondo y particularmente al ovario, del que recibe su nombre.

De este modo de ser de la circulación arterial se desprenden algunas consideraciones importantes, bajo el punto de vista quirúrgico. Desde luego se comprende que en cualquiera operación que se interese la arcada útero-ovárica, deberá ligarse ésta por los dos extremos para conseguir la hemostasia, como

sucede con la radial. El útero recibe su circulación por ambos lados tan sólo, de modo que la línea media es la menos vascular y no tiene vasos bastante grandes para que exijan hemostasia directa; basta una sutura para cohibirla. En todos los cambios normales y patológicos que el útero pueda sufrir, nunca hay otras arterias para su nutrición que la ovárica y la uterina, las que, descubiertas y ligadas, dan perfecta seguridad al ginecólogo; los procedimientos actuales de histerectomía abdominal están fundados en este dato anatómico, del cual no se ha sacado todo el partido posible para la histerectomía abdominal hasta des-

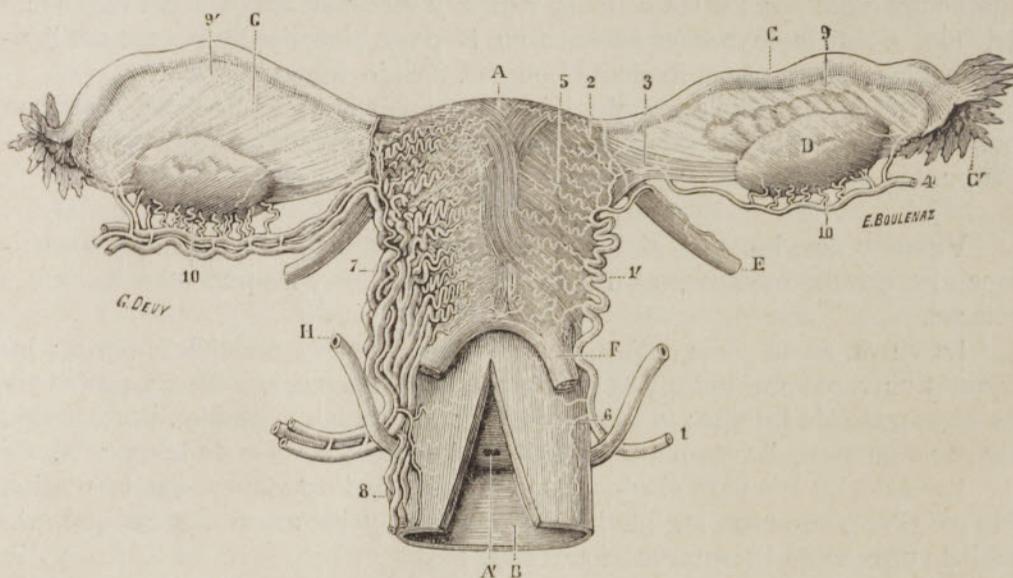


FIG. 16

Vasos del útero y de sus anexos, vista posterior (según TESTUT).

A, fondo del útero.—A', hocico de tenca.—B, vagina abierta por su pared posterior.—C, trompa de Falopio, con C', su pabellón.—D, ovario.—E, ligamento redondo.—F, ligamentos útero-sacos.—G, ala superior del ligamento ancho ó meso-salpinx.—H, útero.

1, arteria uterina, con 1', su porción ascendente.—2, ramo terminal de la uterina.—3, anastomosis por inosculación entre la arteria uterina y la arteria ovárica.—4.—5, arterias helicinas del cuerpo del útero.—6, arterias vaginales superiores.—7, plexo venoso uterino.—8, plexo venoso vaginal.—9, 9', arteria y vena tubáricas.—10, vaso del hileo del ovario.

pués de un cuarto de siglo que se practicaba por procedimientos supeditados á una hemostasia poco científica.

El *sistema venoso* sigue al arterial; el de la vulva y vagina sigue en su trayecto las arterias pudendas, debiendo hacer notar que en la parte baja de la vagina es donde se presenta más abundante, formando en esta última región dos plexos, uno submucoso y otro submuscular.

Los plexos venosos del útero, cuya disposición dentro del órgano tanta importancia tiene en tocología, forman, al lado del órgano, dos grupos: uno superior, que sigue la ovárica y va á confundirse con las venas ováricas ó plexos ováricos ó pampiniformes, y otro inferior, que siguiendo la uterina desemboca en la hipogástrica ó iliaca interna, con alguna comunicación á la iliaca externa, dato importante para explicar el mecanismo de la *flegmasia alba dolens*.