

El pesario representa tan sólo un cuerpo extraño que mecánicamente mantiene reducido el prolapso genital; requiere grandes cuidados de limpieza y antisepsis, y aun así sus efectos de cuerpo extraño, si bien aminorados, no desaparecen. La leucorrea es frecuente y la vaginitis ulcerosa también, si no se quita con frecuencia el artefacto y se deja libre por unos días el aparato genital de los efectos irritantes que produce. Con grandes cuidados y atención puede hacerse tolerable un pesario, pero teniendo en cuenta que muchas de las enfermas afectas de prolapso cuidan poco de su pesario, y sintiéndose aliviadas del prolapso llegan algunas al extremo de olvidarse que lo tienen puesto, se comprende que con frecuencia puede producir destrozos de consideración; recuerdo un caso de un pesario de madera que la enferma llevó diez y ocho años, y que fué preciso anestésiarla para extraerlo después que hubo perforado la vejiga y el recto. Neugebauer ha llegado á reunir 242 casos en que el pesario ocasionó grandes destrozos, llegando á veces á penetrar en los órganos vecinos, como la vejiga, el recto, el mismo útero y el tejido celular paramétrico. Sin llegar á

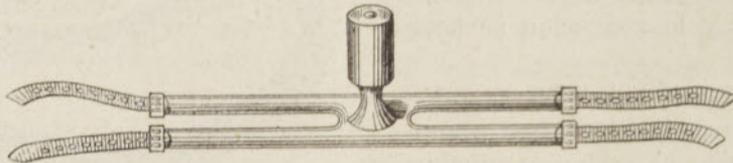


FIG. 104

*Histeróforo de Borgnet.*

tales extremos, he visto muchas enfermas con leucorreas fétidas muy profusas que desaparecieron á poco de retirado un pesario que permanecía hacía meses en el aparato genital.

Dados los muchos inconvenientes y aun peligros que el pesario produce, y teniendo en cuenta que no pasa de ser un tratamiento paliativo, pues en cuanto cesa su empleo el prolapso reaparece, se comprende que cada día se haya restringido más su uso, y tan sólo puede aceptarse como un mal menor, rodeándolo siempre de grandes cuidados, cuando por condiciones especiales de la enferma referentes á edad ú otros estados constitucionales, no puede realizarse una intervención quirúrgica curativa, ó cuando la enferma decididamente se opone á sufrir una intervención.

De treinta años á esta parte, las operaciones contra el prolapso han adquirido una perfección y benignidad que hacen del tratamiento curativo ó quirúrgico un método perfectamente viable, más inocuo que el pesario y de resultados definitivos y muy perfectos. Se comprende que dada la benignidad y seguridad alcanzada por el tratamiento quirúrgico, actualmente sea el que merezca la preferencia de los ginecólogos y el verdaderamente científico contra una enfermedad rebelde, incurable y expuesta á gran número de accidentes y complicaciones.

**Tratamiento quirúrgico.**— Reina indudablemente cierta anarquía en el tratamiento quirúrgico de los prolapso del útero; se han propuesto gran nú-

mero de procedimientos, ingeniosos muchos de ellos, pero que no siempre tienen por fundamento el modo de ser de la afección que tratan de combatir.

En la constitución de la mayoría de prolapsos entran una serie de elementos que cada uno constituye de por sí entidad nosológica, y que tienen un tratamiento propio reconocido como el mejor. Sin duda que si aplicamos á cada elemento constitutivo el tratamiento adecuado, la enfermedad quedará corregida.

Si un prolapso tiene como primordial elemento una hipertrofia del cuello, todo tratamiento que no cuente con la amputación de la parte hipertrofiada fracasará seguramente. Si su origen se encuentra en un cistocele, hijo de un desgarró del periné, sin reconstituir el cuerpo perineal y devolver á la pared vaginal anterior su pristina forma reduciéndola debidamente, el resultado será efímero. Si una retroflexión primitiva hizo que el útero enfilara por la vagina y pudiese atravesar un suelo pelvi-perineal relajado, y al intervenir no damos al útero su posición normal á la vez que al suelo pelvi-perineal su tonicidad perdida, es más que probable una recidiva.

De aquí que el tratamiento quirúrgico de la útero-ptosis consiste en una síntesis adecuada de las intervenciones que ya conocemos que tienen por objeto corregir los elementos constitutivos de la misma.

En los que podríamos llamar falsos prolapsos, en que el fondo del útero ocupa su sitio ó está ligeraménte descendido conservando el órgano su anteversión normal, está destruido tan sólo el ángulo que forma la vagina con el periné, éste está desgarrado ó relajado, y la pared vaginal anterior, faltándole el apoyo perineal, se prolapsa, arrastrando en su caída todo el segmento pubiano y aun el útero: en estos casos basta reconstituir la pared vaginal anterior y el periné.

Si á los elementos dichos se añade una hipertrofia primitiva ó consecutiva del cuello, debe practicarse además la amputación más ó menos alta de la porción vaginal del útero. Aunque raras veces, puede encontrarse una hipertrofia del cuello con desgarró ó relajación vulvo-perineal sin colpocele anterior, y en tal caso puede prescindirse de la colporrafia anterior.

Siempre que el útero no presenta descenso de su fondo y desviación posterior, bastarán operaciones por la vía vulvar, cuyo objeto ha de ser reconstituir la vagina en su dirección normal á base particularmente de rehacer el suelo vagino-perineal y á la vez separar lo que pueda considerarse como cuerpo extraño; según resultan serlo la hipertrofia del cuello y el colpocele anterior.

En el prolapso verdadero, en que el útero ha comenzado por sufrir una retro-desviación para descender luego al través de la vagina, si bien alguna vez las operaciones plásticas vulvo-vaginales podrán hacer efecto contentivo, no corrigen más que parte de las perturbaciones y dejan exposición á una recidiva, y precisa, por tanto, volver el útero á su posición normal aplicando los principios que antes dejé establecidos para el tratamiento de la retrodesviación, y añadiendo, por tanto, á las operaciones indicadas, el acortamiento de los ligamentos redondos, la histeropexia abdominal ó la histeropexia vaginal.

Entiéndase bien que al preconizar el acortamiento de los ligamentos redondos y la histeropexia abdominal no lo hago contra el prolapso, sino contra la

retrodesviación. Muchos autores hablan de estas operaciones considerándolas capaces de producir efecto contentivo y retener el útero dentro de la pelvis por las adherencias de nueva formación; está demostrado que, bajo este punto de vista, su acción es puramente ilusoria, y que si no combatimos á la vez la relajación vulvo-perineal, que quizás fué la causa de que el útero cayera en retroposición, las adherencias de la histeropexia se pediculizan pronto y los ligamentos redondos se relajan nuevamente; el objeto de estas operaciones es mucho más sencillo, pues se reduce á colocar el útero de manera que obre como válvula, y que al recibir la presión intra-abdominal apriete la hoja constituida por el segmento pubiano contra la formada por el segmento sacro, y contribuya así á cerrar el suelo pelviano; para que esto sea posible, es necesario, por tanto, haber reconstituído antes el suelo vulvo-perineal. Lo importante es que el útero forme ángulo con la vagina, para que al comprimirla la cierre y que ésta tenga un periné sólido sobre el que descansar (1).

Hago descansar mi intervención quirúrgica en los prolapsos genitales en los siguientes principios:

1.º Extirpación de todo lo que represente cuerpo extraño ó hipertrofias, bien sean causa ó efecto del prolapso.

2.º Reconstitución del periné desgarrado ó relajado y de una vagina estrecha é inclinada lo más posible hacia adelante.

3.º Reposición del útero en anteversión, si la hubiese perdido, por el procedimiento más adecuado á cada caso.

La amputación más ó menos alta del cuello y las colporrafias anterior y posterior de extensión variable, pero por lo general muy extensas, cumplen la primera base. La perineorrafia extensa, sólida, que abarque la parte correspondiente de la pared vaginal, tal como permite hacerlo en los casos difíciles en que existe colpocele posterior, la colpoperineorrafia de Hegar (2), llena la segunda. La operación de Alexander ó una histeropexia, satisfacen la tercera, y queda reconstituída la arquitectura del suelo pelviano con toda su solidez.

En las operaciones plásticas vulvo-vaginales no existe dificultad para su elección, pues las indicaciones suelen ser claras por ser evidentes las lesiones que las motivan. El escollo está en la dificultad de llevarlas á cabo con perfección; el defecto en que caen con mayor frecuencia los operadores es el de practicar avivamientos poco extensos en las colporrafias; deben hacerse de tal índole que reduzcan lo necesario las paredes vaginales para que quede un conducto estrechado, y hacia la pared posterior importa en gran manera que quede una gran superficie avivada en ambos lados para que al juntarse ofrezcan gran superficie de coaptación y una pared inclinada para servir de apoyo á la anterior; al practicar la sutura se tendrá en cuenta cuanto dije (3) referente al elevador del ano para reunir sus fibras en la línea media y reconstituir su hendidura ántero-posterior.

En estas operaciones plásticas no se debe ser esclavo del trazado de avivamiento, pues á veces debe modificarse su forma para comprender en el área

(1) Véase tomo I, pág. 24.

(2) Véase tomo I, pág. 461.

(3) Véase tomo I, págs. 429 y siguientes.

del mismo una ulceración más ó menos extensa, que podría dificultar la reunión por primera intención; cuando el caso lo requiera, la colporrafia puede lateralizarse para ajustarse mejor á la forma y necesidades de cada caso; lo que importa sobre todo es que la coaptación sea perfecta y se obtenga la reunión por primera intención.

La elección de procedimiento para corregir la posición del útero y hacer que venga á formar parte del segmento pubiano, es más difícil. No hay duda que el procedimiento que cumple mejor esta indicación es la hysteropexia vaginal; pero si se trata de una mujer joven, el inconveniente de una concepción posterior obliga á recurrir á la hysteropexia abdominal ó á la de Alexander. Si el prolapso no es muy acentuado, que el útero no haya salido de la vulva, prefiero el acortamiento de los ligamentos redondos; pero si se trata de un descenso de segundo ó tercer grado, prefiero la hysteropexia abdominal, porque los ligamentos redondos han sufrido excesivo estiramiento y suelen presentar poca consistencia. Cuando la mujer está próxima á la menopausia, prefiero siempre la hysteropexia vaginal, con la que he obtenido siempre excelentes resultados y cuya eficacia demuestro á los alumnos con el siguiente experimento: escojo un caso de prolapso de tercer grado muy pronunciado, y una vez realizada la colporrafia anterior y la amputación del cuello, si ha lugar, antes de realizar las plásticas del suelo vulvo-perineal, hago que la enferma vomite, y se observa que la presión intra-abdominal, cuando queda hecha la colpo-hysteropexia, se transmite hacia atrás, al nivel del ano, y el prolapso no se reproduce; si luego se añade la reconstitución vulvo-perineal, los resultados son todavía mucho más seguros, pues la dirección de la presión abdominal se cruza con el eje de la vagina y es sostenida por el suelo pelvi-perineal; el útero forma por completo parte del segmento pubiano y por lo tanto descansa sobre el segmento sacro.

He aquí cómo procedo en un prolapso con hipertrofia del cuello, cistocele, rectocele y relajación vulvo-perineal, en una mujer de más de cuarenta años: 1.º, raspado del útero ó por lo menos desinfección del mismo por medio de aplicadores; 2.º, fijo el cuello con pinzas de garfios, trazo una incisión que desde la región uretral forma una curva hacia la izquierda hasta cerca del cuello; á dos centímetros ó centímetro y medio del hocico de tenca desvío la incisión

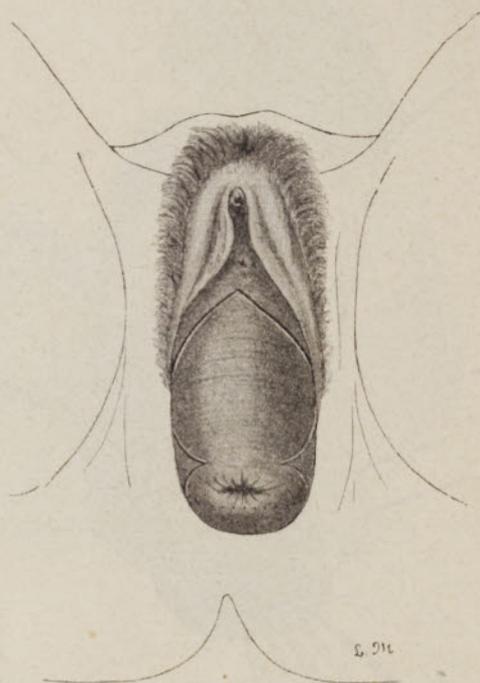


FIG. 105

*Incisión única para la colporrafia anterior y amputación del cuello en un caso de prolapso.*

hacia atrás, de modo que, circunscribiendo el cuello, venga á un sitio diametralmente opuesto del lado derecho sobre el que continúo la incisión simétrica á la primera hasta juntarse con su punto de origen (fig. 105); 3.º, diseco el colgajo vaginal y aislo el cuello, del que hago una amputación circular, sacando ambas zonas en una misma pieza; 4.º, suture circularmente la incisión vaginal alrededor del cuello aproximando sus extremos á la línea media, dejando un

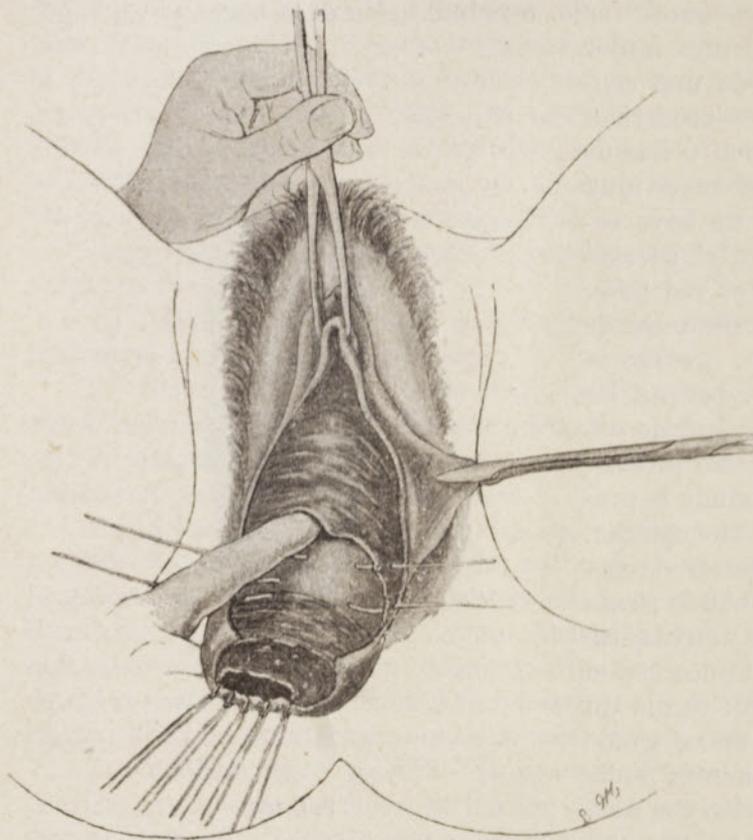


FIG. 106

*Histeropexia vaginal en el caso de la figura 105 y sutura del cuello.*

espacio sin suturar; 5.º, separo la vejiga de la cara anterior del cuello hasta penetrar en el peritoneo para coger la cara anterior del útero y practicar la histerorrafia con puntos perdidos de catgut, llegando muy cerca del fondo del útero (fig. 106); 6.º, colporrafia anterior por el procedimiento usual y terminación de la sutura circular del cuello con la vagina. Luego procedo á la colpo-perineorrafia, perineoplastia ó perineorrafia simple, según los casos (figura 107).

Si he de practicar el acortamiento de los ligamentos redondos ó la láparo-histeropexia, procedo primeramente á las plásticas vulvo-vaginales

para que el útero goce de toda su movilidad, lo que facilita mucho la intervención; algunos aconsejan proceder en orden inverso.

He tratado, siguiendo estos principios, más de 200 enfermas, y si bien he de confesar que en mis primeros casos obtuve resultados algo defectuosos, ahora puedo asegurar que obtengo resultados perfectos, y que los defectos de los primeros casos eran debidos á imperfecciones técnicas y á falta de pericia. He visto muchas enfermas al cabo de años y los resultados se mantienen del todo buenos; cierto que en algunas se observa que el útero descansa en el suelo perineo-vaginal, ó que por la vulva alguna porción de vagina forma una pequeña hernia; pero el prolapso no se ha reproducido, y la enferma puede dedicarse perfectamente á sus ocupaciones. Algunos casos poseo de mujeres jó-

venas con acortamiento de los ligamentos redondos ó hysteropexia, que han tenido sin inconveniente algún parto, manteniéndose bastante bien los efectos obtenidos.

Estos resultados no son absolutos, y algunas enfermas muestran una tendencia marcadísima á la recidiva, pudiendo evaluarlas en totalidad á un seis ú ocho por ciento, de las que alguna acaba por sufrir otra vez prolapso. Recuerdo un caso en que al año de la primera intervención se había reproducido el prolapso; practiquéla la segunda con los mismos principios, pero exagerando los avivamientos, y á los cuatro años se mantenían perfectamente los resultados obtenidos. Tengo la firme convicción de que, perfeccionando la técnica, los éxitos han de ser cada vez más perfectos y más pocos los casos en que puede ocurrir una recidiva; esto me autorizan á pensar mis últimos casos, entre los que no tengo una sola recidiva total ni parcial.

En general, el criterio de los ginecólogos que demuestran conocer la técnica de las operaciones plásticas, es favorable á la intervención en términos parecidos á los que acabo de exponer; en el último Congreso de París (1) la discusión que motivó una comunicación de Terrier demostró en casi todos un criterio favorable á las operaciones plásticas; ya en 1896, en el Congreso francés de Cirugía, Bouilly había hecho una defensa enérgica de tales medios. Richelot, Pozzi, Legueu, Doleris y muchos otros han demostrado su opinión favorable. En Alemania, donde nacieron estas intervenciones bajo los auspicios de Hegar, Martin, Freund, Schröder y tantos otros, sigue teniendo defensores convencidos como Fritchs (2), Kustner (3) y otros muchos. La lista sería interminable á poco que buscáramos en la literatura de todos los países, quien, con hechos personales más ó menos numerosos, abogara en pro de las operaciones plásticas vulvo-vaginales, y todos están conformes en que producen excelentes resultados, señalando un número de recidivas que varía de un diez á un quince por ciento. Los resultados son variables para cada operador, pero desde luego mejores para aquellos que á la vez que corrigen la relajación vulvo-vaginal, obran sobre la



FIG. 107

*Disposición de las partes terminada la operación y hecha la perineorrafia total en el caso de la figura 105.*

- (1) *Comptes rendus*, 1900, pág. 192 y siguientes.
- (2) *Traité des maladies des jennes*, pág. 239.
- (3) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo I, pág. 239.

posición del útero, elemento indispensable y al que no todos conceden la importancia debida.

Aun aceptando que existen casos con tal tendencia al prolapso, que la técnica más perfeccionada puede fracasar, lo cierto es que no existen mejores procedimientos que los indicados.

Desde luego aparece como un contrasentido hablar de un procedimiento único para el tratamiento del prolapso: una enfermedad de génesis tan variada y distinta, y constituida por elementos tan desemejantes, no puede ser objeto de un procedimiento único de tratamiento, que si realmente podrá ser bueno para un caso determinado, no tendrá aplicación en otros de índole distinta; los procedimientos y la técnica han de ser adecuados á cada caso concreto. Quizás alguno de estos procedimientos puede en un caso tener aplicación, pero nunca

podrá aceptarse como procedimiento general.

Fritch propuso la histerectomía vaginal total para remediar ciertos prolapso: tuvo bastantes imitadores, y no hace mucho la recomendaba Quenu en Francia, en donde tuvo, y tiene aún, sus partidarios; Pozzi, Legueu, Ricart y muchos otros la han practicado como procedimiento seguro, aunque de excepción. Fritch recomendaba practicar al mismo tiempo una

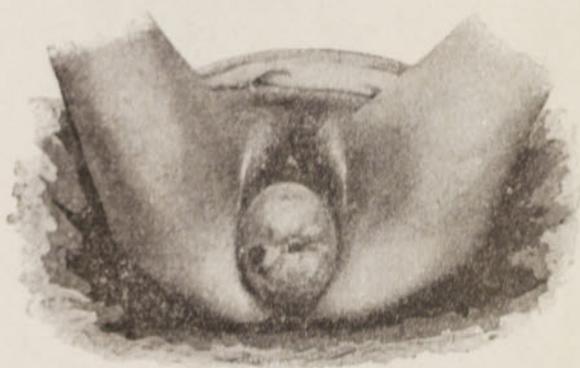


FIG. 108

*Prolapso reproducido después de la histerectomía vaginal.*

verdadera colpectomía (1), y los que no practican el procedimiento de Fritch acompañan á la histerectomía operaciones plásticas vulvo-vaginales en la misma sesión ó después de unos días; esta práctica se ha adoptado después que la experiencia ha demostrado los pocos resultados que podían esperarse de la simple histerectomía.

Por mi parte no la he practicado nunca, porque *á priori* me ha parecido siempre una idea engañosa, porque, desarrollado el prolapso, tiene quizás más importancia la inversión vaginal que el propio descenso del útero; no solamente creo que no es eficaz, sino que todo lo contrario, creo que al extirpar el útero nos privamos de un medio que bien manejado sirve perfectamente como medio de contención para formar la válvula que cierra el suelo pelviano. La fig. 108 es un prolapso de una enferma tres meses después de practicada la histerectomía vaginal, y no tiene otra diferencia que en el vértice del tumor prolapsado en vez de existir el hocico de tenca existe una cicatriz; en la misma enferma las plásticas vulvo-vaginales produjeron un resultado positivo que se mantenía perfectamente bien dos años después, y no dudo que habría sido más seguro todavía el éxito si hubiese podido utilizar el útero como medio de contención.

(1) *Loc. cit.*, pág. 244

Creo firmemente que el procedimiento es malo, tanto si se hace la histerec-  
tomía sola como si acompaña de resección vaginal ó de plásticas vulvo-vagina-  
les, como si se sutura la vagina, como se ha recomendado por Quenu y otros,  
á los pedículos del ligamento ancho para que la mantengan retenida, y que  
cada día se practicará menos, acabando por abandonarlo sus partidarios, como  
lo ha hecho ya Fritchs (1); Richelot (2), Kustner (3) y algún otro, condenan tam-  
bién el procedimiento.

Claro está que si la in-  
dicación procede de la  
existencia de una neo-  
plasia maligna ó de fibro-  
mas, es indiscutible y  
debe realizarse, pero  
nunca como simple indi-  
cación para combatir un  
prolapso.

La histerectomía ab-  
dominal supravaginal y  
la *colpopexia ligamento-  
sa* consecutiva, así como  
el procedimiento de Le-  
gueu, quien fija el pedi-  
culo en el ángulo infe-  
rior de la herida, como  
en los antiguos procedi-  
mientos de pedículo-ex-  
terno, no cumple tampo-  
co ninguna indicación, y  
únicamente cuando otra  
indicación nos obligue á  
la histerectomía abdomi-  
nal podremos echar ma-  
no de alguno de estos pro-  
cedimientos para fijar ha-  
cia la parte alta la parte  
superior de la vagina.

Todos los procedimientos de tabicamiento vaginal, como el de Lefort y sus  
derivados, deben desecharse, y tan sólo creo merece mención especial el de  
Freund, de *transfixión vaginal*. Tiene aplicación en los grandes prolapsos de  
las mujeres muy ancianas que no pueden sufrir operaciones plásticas. La téc-  
nica es sumamente sencilla (fig. 109): con una grande aguja curva de Hage-  
dorn se pasa un primer punto circular á dos centímetros del hocico de tenca,  
haciendo que salga por el mismo orificio de entrada; el punto es de plata y se

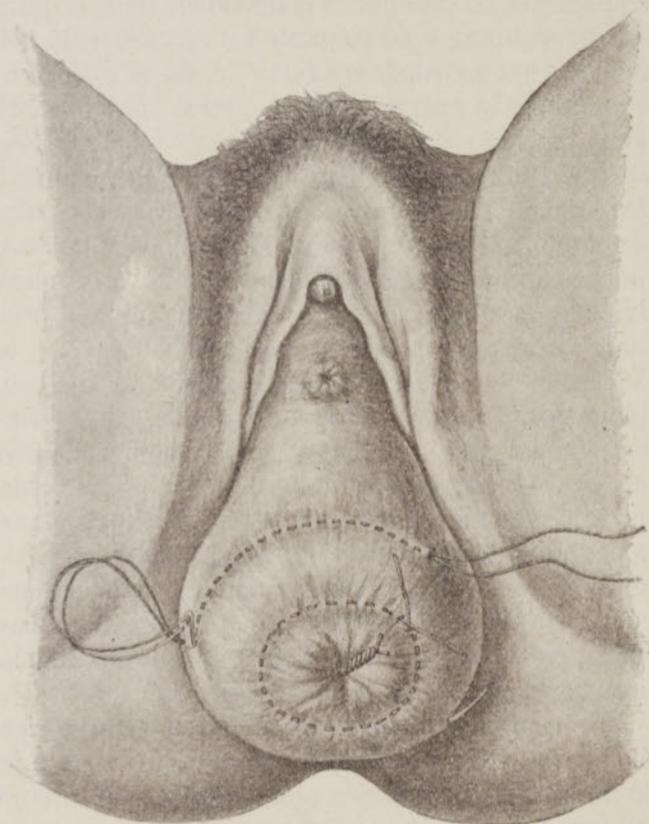


FIG. 109

*Transfixión vaginal circular contra el prolapso.*

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, pág. 327.

(2) *Chirurgie de l'uterus*, pág. 205.

(3) *Enciclopedia de Ginecologia*, tomo I, pág. 206.

anuda después de fruncir fuertemente la vagina con lo que el útero se esconde; en seguida se aplica otro, y así de dos en dos centímetros, hasta que el último abraza la base del prolapso y forma en la vulva un diafragma completo. La operación se hace sin anestesia, y los efectos contentivos son completos hasta que los puntos se van rompiendo ó eliminando; la vagina queda completamente obturada, por lo que sólo puede emplearse en mujeres cuyo aparato genital no esté en funciones. Dos veces lo he practicado: ambos eran grandes prolapsos irreparables por las malas condiciones de la enferma; en una de ellas al cabo del año se mantenían bastante los efectos, se habían eliminado dos puntos, que repuse, y no he sabido más de ella. En el otro caso pasó un hecho muy original: le practiqué la operación en la clínica del Hospital y á los dos días la di de alta, compareciendo nuevamente á los tres ó cuatro días con todos los puntos saltados; preguntada por la causa de semejante anomalía, manifestó que otro médico, creyendo que eran puntos de una operación plástica que se habían dejado por olvido, los fué quitando uno á uno; esta relación de la enferma es tanto más dudosa cuanto no se dejó aplicar de nuevo los puntos, lo que se explica porque, viviendo en la suma miseria, mientras tenía el prolapso podía seguir en el Hospital, y no quería que la diesen de alta.

Muller ha ideado un procedimiento plástico cuyos resultados son parecidos al anterior. Practica un avivamiento de todo el cono prolapsado, comenzando en el cuello del útero y llegando más ó menos cerca de la base; luego se sutura del vértice á la base, de manera que el útero quede oculto y retenido por encima de una columna de cicatriz que sustituya á la vagina en su parte alta. Este procedimiento, del que Wormsler ha dado á conocer los resultados, mecánicamente parece eficaz; pero es sólo aplicable á mujeres viejas que no menstrúan, porque puede ocasionar fenómenos de retención é imposibilita el coito. Queda, por tanto, reducido á un procedimiento de excepción, que sería peligroso y contraproducente generalizar.

Freund ha ideado un procedimiento muy original, pero también aplicable sólo á casos como el anterior, y que parece ha de tener gran eficacia como medio contentivo. Se practica el avivamiento de una colpografía anterior y posterior; se abre el fondo de Douglas y á su través se invierte el útero con el fondo hacia abajo, de manera que la cara posterior del útero se hace anterior, y se sutura con el avivamiento de la colpografía anterior, y la anterior viene á ser posterior y se sutura con la colpografía posterior; en el fondo del útero se practica una incisión para asegurar el desagüe del órgano. Wertheim hace igual operación basculando el órgano por el fondo de saco anterior; Fritchs se declara partidario del procedimiento y lo prefiere á la hysterectomía vaginal, y ha demostrado que por los lados queda asegurado el desagüe. El útero representa un verdadero tapón, y desde luego, entre extirparlo ó conservarlo, es mejor esto último. Tiene, como el procedimiento de Muller, el inconveniente de no poderse practicar más que en casos excepcionales y que recaiga en mujeres cuyo aparato genital esté inactivo. Como medio de contención parece ha de ser eficaz, pero no lo creo muy superior á las simples operaciones plásticas enumeradas anteriormente con hysteropexia vaginal, teniendo éstas la ventaja de no ser incompatibles con la función genital. Mandelstamm, entusiasta de este procedimiento, dice que cuando está indicado en personas jóvenes puede practicarse á la vez

la castración para evitar un embarazo consecutivo (1). No me parece justificada tal conducta, y si quizás es bueno recordar el procedimiento para algún caso raro, nunca como medio usual de tratamiento ni que ofrezca ventaja ninguna sobre la técnica expuesta anteriormente.

Parece que, actualmente, en Alemania merece la preferencia el procedimiento de Wertheim-Schauta para el tratamiento de los grandes prolapsos. Casi abandonada la histerectomía de Fritchs con plásticas vaginales, que gozó de boga durante un tiempo, y la misma histerectomía parcial de Landau que no ofrece ventaja ninguna, reconocidos los inconvenientes de la basculación total del útero hacia atrás (Freund) ó hacia adelante (Fritchs), suturando sus caras invertidas á las superficies vaginales de avivamiento, y perforando el fondo del útero para asegurar el desagüe, la mayoría de ginecólogos alemanes acepta, como el mejor, el procedimiento Wertheim-Schauta, en el que el útero se coloca en anteflexión forzada, de manera que quedando el cuello en su sitio el fondo viene directamente hacia abajo y la cara anterior aparece en una pequeña zona entre los labios de la incisión de la colporrafia; esta porción de útero se cutifica á las pocas semanas y la pared vaginal anterior aparece lisa; como en esta posición el útero hace imposibles las funciones de generación, si la enferma no es menopáusica es preciso esterilizarla, resecaando una porción de ambas trompas al través de la abertura del fondo de saco anterior. En manos de Doderlein, de Wert, de Wertheim, de Schauta y de otros, ha dado excelentes resultados con algún fracaso, y resultados incompletos atribuidos por todos á insuficiencia é imperfección de las plásticas vagino-perineales; en cuanto á resultados lejanos, todavía es pronto para juzgar, pues la operación lleva sólo siete años de implantación en la práctica ginecológica (2).

Indudablemente el procedimiento Wertheim-Schauta representa un adelanto sobre la histerectomía y sobre la inversión total del útero: entre este procedimiento y el que yo preconizo existe la diferencia de que en el mío se produce por la hysteropexia vaginal una anteversión algo exagerada (figs. 107 y 110), y en el de Wertheim una anteflexión forzada, convirtiendo el órgano en extra-peritoneal (fig. 111). Comparándolos se observa que en el primero es todavía posible el embarazo (lo he visto en más de un caso, aunque reservo el procedimiento de preferencia desde las proximidades de la menopausia en adelante), y en el segundo ha de ser forzosamente accidentado. Pero se observa, particularmente comparando ambas figuras, que en la 111 el útero y la vagina forman un mismo eje, lo que puede facilitar la recidiva, porque la presión intra-abdominal empuja el útero paralelamente al conducto vaginal, mientras que en la 107 el ángulo del eje del útero sobre la vagina hace que la presión se desvíe hacia atrás y venga directamente sobre el segmento sacro; en las figs. 107 y 110 se vé perfectamente reconstituído el segmento pubiano, formando con el sacro la válvula que cierra el suelo de la pelvis (3): en la 111 se vé cómo el útero puede obrar á manera de cuña: la primera resistirá la presión intra-abdominal, porque hay yuxtaposición de planos opuestos, si el segmento sacro es sólido; la

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 1019.

(2) DODERLEIN y KRONIG: *loc. cit.*, pág. 236 y siguientes.

(3) Véase tomo I, pág. 24.

segunda producirá fácilmente la dilatación necesaria para permitir la salida del útero y la vejiga á la vez. Por todas estas razones y por los resultados que he obtenido con mi técnica y los que se relatan de la anteflexión forzada, sigo fiel al procedimiento descrito, del que cada día estoy más satisfecho, sin por esto, y repitiéndolo una vez más, generalizarlo á todos los casos.

Las inyecciones de quinina en el tejido celular paramétrico, recomendadas por Inglis-Parsons, con el objeto de provocar una flogosis aséptica, si vale la

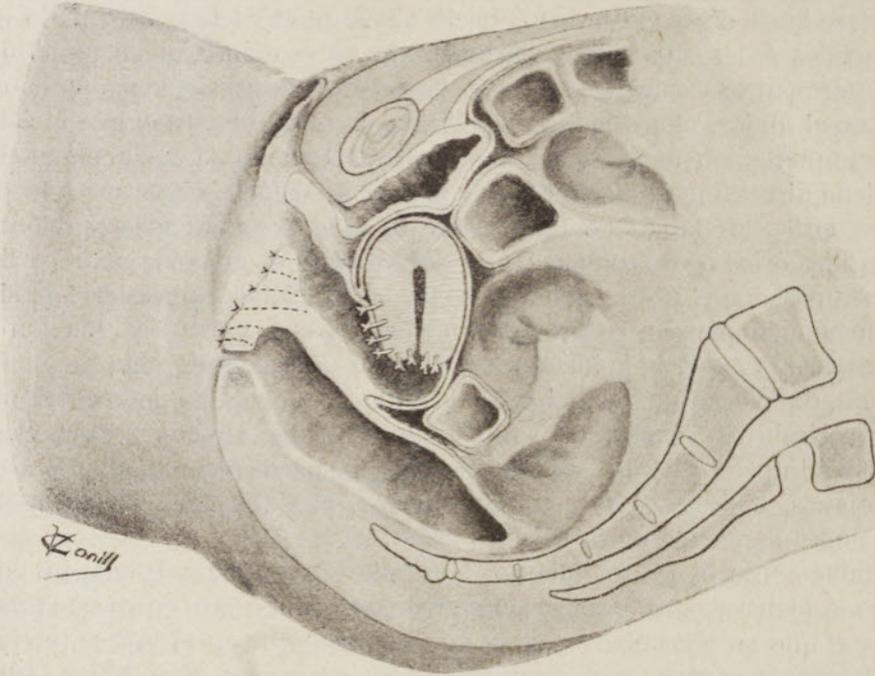


FIG. 110

*Reconstitución de los segmentos pubiano y sacro con mi procedimiento. El útero queda intraperitoneal y su eje forma ángulo agudo con el de la vagina.*

frase, en el tejido celular que luego ejerce los efectos de anquilosis del útero, reteniéndolo como lo hace la parametritis usual, no han sido todavía bastante ensayadas para poderse recomendar. Carezco de experiencia sobre el mismo, pero he de confesar que me inspira recelos, lo mismo que las inyecciones de parafina que recomienda Stein, y cuyos resultados en el prolapso del útero dice son buenos. Teóricamente parece que no han de ser malos procedimientos, pero ínterin no se demuestre su inocuidad, de la que desconfío mucho, prefiero las operaciones plásticas, cuyos resultados son bien conocidos y cuya benignidad está bien acreditada.

No está agotada la lista de los procedimientos aconsejados para corregir el prolapso útero-vaginal. Alguno de los enumerados podrá servir de recurso en determinados casos, pero el verdadero tratamiento de los prolapsos genitales lo tenemos en las operaciones plásticas vulvo-vaginales bien practicadas y en la

reposición del útero; con él obtenemos resultados perfectos y conservamos íntegro el funcionamiento genital, y á los que encuentran el tratamiento defectuoso y buscan nuevos medios con que substituirlo, les aconsejaría que antes se fijasen bien en la manera de llevar á cabo dichas intervenciones y procurasen per-

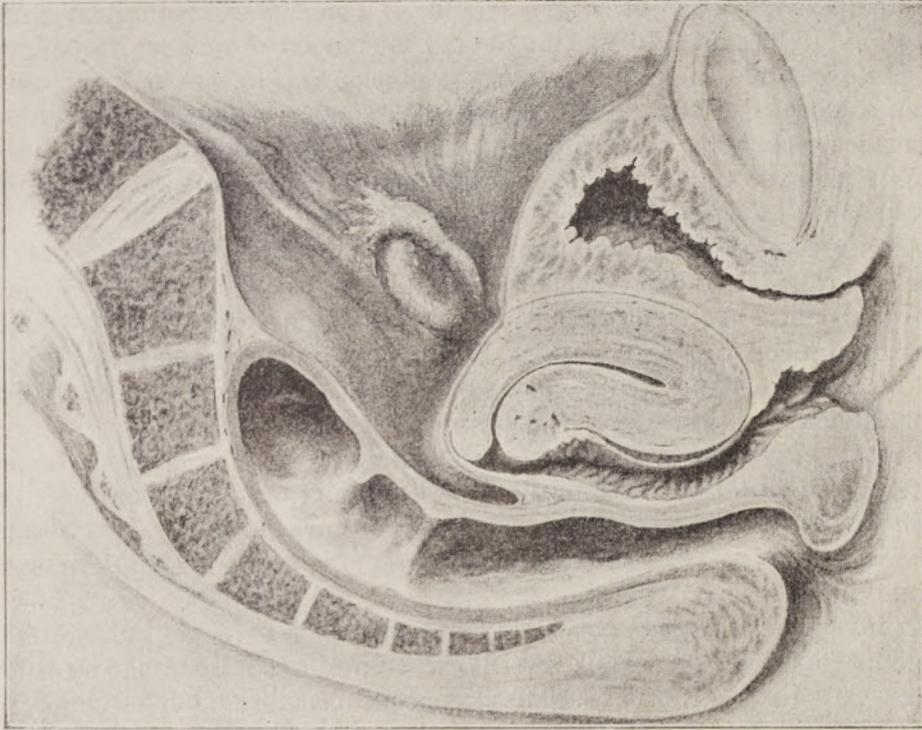


FIG. 111

*Corte sagital procedente de una operada muerta un mes después de practicada la operación de Schau'a-Wertheim (Doderlein y Kronig, pág. 246). Se observa como el útero queda un órgano extra-peritoneal y como su eje paralelo al eje vaginal no cierra el suelo de la pelvis por no apoyarse en el segmento sacro.*

feccionar su técnica en cada caso, y digo esto recordando cierto número de operaciones realizadas por distintos operadores con una técnica bastante imperfecta y detalles defectuosos.

### INVERSIÓN DEL ÚTERO

**Etiología y patogenia.**— Consiste en la inversión total ó parcial del útero, de manera que su cavidad tiene su entrada por el abdomen y está cubierta de peritoneo, y el cuerpo del útero forma salida hacia la vagina recubierto de su capa mucosa; es análoga á la inversión de un dedo de guante.

Es enfermedad bastante rara y sólo reconoce dos causas: el parto y los miomas del útero. La proporción es de siete casos de origen puerperal por uno debido á miomas.

Beigel ha calculado que ocurre una inversión por cada 190.000 partos; al-

gunos autores creen que es más frecuente el fenómeno, y realmente parece que así debe ser; indudablemente muchas inversiones no figuran en las estadísticas, unas porque son reducidas en el acto de realizarse y no se cuentan ya en el grupo de dicha dolencia, y otras porque ocasionan la muerte de la enferma.

La inversión de origen puerperal tiene lugar en el acto del parto: tracciones intempestivas sobre el cordón cuando la placenta está adherida, cortedad del cordón que permite el estiramiento del mismo en el acto de la salida del feto, parto estando la mujer de pie y expulsión rápida, son las causas que se indican como productoras de la inversión puerperal. Se comprende fácilmente el mecanismo por estas causas, que obran mecánicamente produciendo una inversión rápida; en una estadística de Beckmann, de 100 casos, la cuarta parte, es debida á un motivo violento como los apuntados.

Algunos autores admiten una inversión lenta que aparece espontáneamente en los primeros días del puerperio sin causa manifiesta. El hecho de que la inversión no se hace sensible hasta unos días después del parto, está plenamente comprobado; pero la mayoría de autores aceptan que la inversión existió, si no del todo en parte, desde el acto del parto, y que más adelante se acentuó haciéndose más sensible. Pozzi explica esta forma de inversión aceptando que durante el parto, por una presión abdominal fuerte, una parte de la pared del útero se invierte como el fondo de una botella, el órgano se contrae y la inversión queda aprisionada por la contracción; más adelante, ya entrado el puerperio, al relajarse el útero por cualquier motivo, la inversión comenzada terminaría y aparecerían los síntomas (1).

La inversión producida por los miomas obedece á la misma causa que muchas de las de origen puerperal. Un mioma voluminoso implantado en el fondo ó en una pared del órgano, es expulsado por un mecanismo enteramente parecido al parto normal con fuertes contracciones uterinas y dilatación del cuello, hasta que el tumor atraviesa el conducto cervical para ocupar la vagina y arrastra en su descenso las paredes del útero, produciendo una inversión por un mecanismo enteramente igual al que lo hace una placenta insertada en el fondo del útero y de cuyo cordón se tira violentamente. Esta inversión es mucho menos frecuente que la anterior; sin embargo, si contáramos las inversiones parciales que acompañan á los miomas, creo que superarían á las de origen puerperal; pero las inversiones parciales con miomas tienen poca importancia, y tan sólo cuando es total ó casi total comunica al cuadro clínico un sello propio. Sin embargo, debe tenerse muy en cuenta la posibilidad de una inversión parcial.

Para que se produzca la inversión, tanto en uno como en otro caso, se requiere alguna circunstancia que la favorezca, pues las tracciones del cordón se hacen con frecuencia y los miomas se expulsan también á menudo sin que la consecuencia habitual de tales hechos sea la inversión; por el contrario, á veces se rompe el cordón ó se observa el mioma en la vagina y retenido hacia el útero por un pedículo tirante que le mantiene en parte dentro del cuello, sin que la inversión se produzca: es que aun que se tire en un útero normal, no se invierten sus paredes. Es preciso que las paredes del útero estén atónicas y flá-

(1) POZZI: *Traité de Gynecologie*, pág. 599.

cidas, á la vez que el cuello dilatado, para que el dedo de guante se produzca y pase al través del conducto cervical, pues si éste está contraído, no puede tener lugar una inversión acentuada. De la importancia que puede tener esta relajación ó atonía de las paredes del órgano dan una idea los casos de inversión puerperal en cuya anamnesis no se encuentra un acto violento como causa determinante, y parece bastar un esfuerzo en la presión abdominal, ó bien una expulsión rápida, para que sus paredes se inviertan hacia la vagina como por aspiración.

Se cita algún caso de aborto seguido de inversión: el mecanismo es el mis-

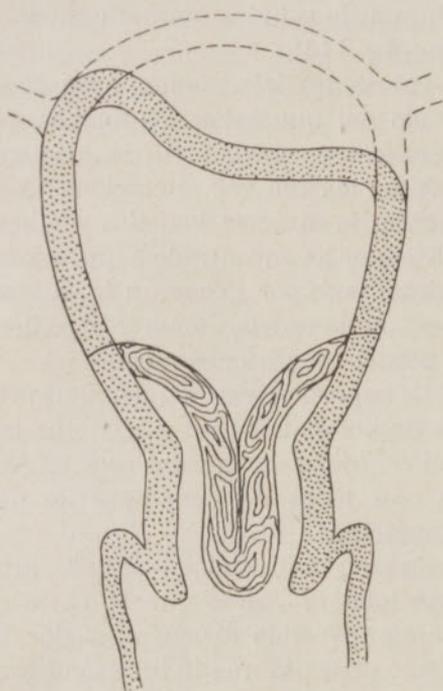


FIG. 112

*Esquema de inversión parcial intra-uterina.*

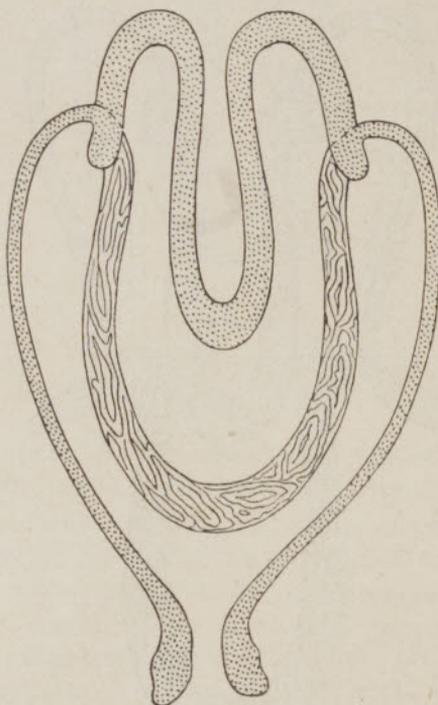


FIG. 113

*Esquema de inversión uterina vaginal, parcial y total.*

mo, pero el hecho sumamente raro, porque las circunstancias abonadas á su producción no se encuentran muy desarrolladas.

Demuestra la importancia que en la producción de la inversión tiene la atonía ó relajación uterina, la frecuencia con que sobreviene en el parto cadavérico, entendiendo por tal el que tiene lugar después de la muerte de la madre. Reimann, en 64 casos que ha reunido encuentra señalada la inversión en 7.

**Anatomía patológica.**— La inversión puede revestir distintos grados, según que las paredes del útero se encuentren más ó menos invertidas. En su primer grado no salen del cuello del útero, y podría llamarse intra-uterina: unas veces es el fondo del órgano, otras una de sus paredes, que llegan á aso-

mar por el cuello sin salir hasta la vagina (fig. 112). En su segundo grado, el cuerpo del útero, completamente vuelto al revés, se halla todo él en la cavidad vaginal formando un tumor piriforme que sale al través del cuello, el que forma un rodete alrededor del pedículo uterino. Finalmente, aunque raras veces, la inversión puede arrastrar el cuello del órgano en su movimiento, y entonces el cuello del útero toma también parte en la anomalía (figura 113).

Colocado el útero invertido en la cavidad vaginal, forma un tumor piriforme aproximadamente del volumen del útero, y más ó menos alto según que exista ó no descenso del órgano ó inversión vaginal; cuando ésta es muy acentuada, puede salir el útero fuera de la vulva (fig. 114).

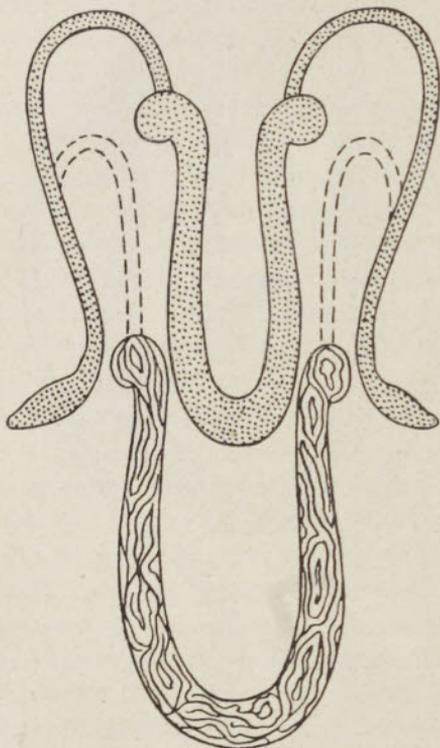


FIG. 114

*Esquema de inversión uterina con prolapso (MONTGOMERY).*

Por dentro del abdomen fórmase un embudo del que salen los anexos, que generalmente quedan fuera, aunque presenten alguna vez alteraciones consecutivas de carácter flogístico y adhesivo. Kustner ha encontrado supuraciones ováricas; pero por lo común las alteraciones son de escasa monta y se extienden poco á las regiones vecinas.

La superficie vaginal del útero recubierta del endometrio, ofrece una coloración roja, y la mucosa está engrosada con todos los caracteres de una endometritis.

Cuando la inversión no es absolutamente total, el rodete que la parte de cuello no invertida forma alrededor del pedículo presenta una induración fibrosa que lo hace muy resistente, y es el mayor obstáculo para la reducción. Cuando la inversión alcanza al cuello, se hace difícil marcar el límite que separa el cuello de la vagina.

No existen por lo común cambios de relaciones con los órganos vecinos, pues ni la vejiga, ni los intestinos son arrastrados en la inversión, sobre todo cuando ésta está ya definitivamente constituida. Es de notar que á pesar de los trastornos que supone la inversión del útero y de la compresión que sufren los ligamentos anchos, trompas y ovarios en el cuello del embudo uterino, generalmente no contraen adherencias, lo que importa tener muy en cuenta para la posibilidad de una reducción, aun cuando la lesión sea algo inveterada.

**Síntomas y diagnóstico.**— Tanto si es de origen puerperal como neoplásico, las enfermas señalan el comienzo de la afección por un dolor agudo é

intenso en el abdomen, acompañado de fenómenos de colapso y de tendencia al síncope. Una vez establecida la dolencia suele ser muy poco dolorosa.

El síntoma dominante son las metrorragias, que se presentan abundantes, persistentes y sin carácter determinado respecto á periodicidad, aunque generalmente los períodos de calma son más cortos que en estado normal. Cuando cesa la metrorragia es substituída por leucorrea abundantísima. Su síndrome es enteramente igual al de los miomas útero-vaginales.

Como fenómenos generales, lo que más llama la atención es la profunda anemia que presentan las enfermas; en tres casos de inversión uterina que he tenido ocasión de ver, la palidez era extremada.

El diagnóstico no es difícil: la existencia de un tumor piriforme, duro, liso, que

sangra fácilmente, más ó menos rojo y situado en la cavidad vaginal, sólo puede confundirse con un mioma útero-vaginal pediculado; en ambos casos, al través del cuello sale un pedículo que retiene el tumor, y alrededor del mismo se toca el rodete del cuello. El tacto vaginal solo no basta para el diagnóstico (figs. 115 y 116).

La exploración combinada, si la enferma es dócil y no es obesa, permitiendo tocar la falta de útero y la depresión que la inversión forma, permitirá fácilmente un diagnóstico, pues si además de tumor vaginal tocamos el útero por el abdomen no podrá tratarse de una inversión.

El histerómetro nos permite dilucidar el problema cuando la exploración combinada no es posible ó lo deja dudoso, pues en los casos de inversión la punta del histerómetro se atasca en el sitio de la inversión, y aunque se tantee alrededor no penetra por ningún lado, en tanto que si se trata de un pólipo, por delante ó detrás ó por los lados penetra el histerómetro lo suficiente para comprender que el cuerpo del útero está en su sitio.

Las dificultades existen cuando se trata de inversiones parciales acompañadas de mioma, pues es difícil entonces precisar dónde acaba el tumor y comien-

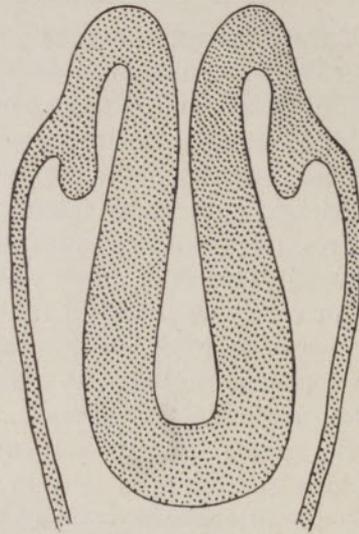


FIG. 115

*Inversión parcial formando tumor piriforme en la vagina.*

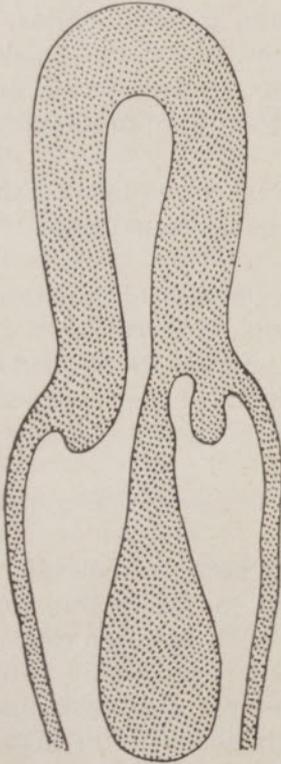


FIG. 116

*Pólipo formando en la vagina tumor piriforme (MONTGOMERY).*

za el útero; de aquí el consejo de que cuando se extirpa un mioma más ó menos sesil, se haga siempre por enucleación para no interesar las paredes del útero, que pueden ofrecer una inversión parcial.

**Curso, complicaciones y pronóstico.**—Una vez establecida la inversión, el útero sigue involucionando y recobra casi su volumen normal la mayoría de veces; otras queda abultado, pero su volumen está sujeto á variaciones en virtud del edema que frecuentemente sufre y que cambia con gran facilidad.

La dolencia es eminentemente estacionaria y los fenómenos se perpetúan produciendo á la larga trastornos generales, incompatibles con un estado de salud regular; no sufre cambios ni alteraciones, y ni aun la menopausia acaba con las pérdidas sanguíneas y serosas de la inversión.

Por rareza se cita algún caso en el que lentamente y de una manera espontánea se ha reducido el órgano; pero esto podrá ocurrir al principio de existir la dolencia, pues cuando ésta queda del todo establecida, no hay que contar con tan favorable contingencia.

En cambio, pueden sobrevenir complicaciones caracterizadas, sobre todo por ptosis genitales que permiten al útero salir fuera de la vulva, y por infecciones que interesan los anexos y aun el peritoneo, pues la mucosa uterina, en contacto con las secreciones vaginales, se irrita y exulcera con cierta facilidad, abriendo puertas de entrada á la infección. Sin embargo, raras veces se forman en la superficie mucosa del órgano en inversión grandes ni profundas ulceraciones.

El pronóstico es decididamente grave, pues la enfermedad es incompatible con la salud, inutilizando á la enferma si no se interviene oportunamente.

**Tratamiento.**—Sólo dos indicaciones pueden presentarse en el tratamiento de la inversión: reducir el órgano, y, caso de no ser posible, extirparlo.

Debe tenerse en cuenta que el útero no pierde sus propiedades fisiológicas, aunque haya estado invertido mucho tiempo. Tyler-Smit cita el caso de una mujer que tuvo once años el útero invertido y después de reducido se hizo embarazada.

Dados estos hechos, se comprende el interés que existe en conservar un órgano que goza de todas las propiedades fisiológicas.

En la inversión aguda, tanto puerperal como neoplásica, la reducción no suele ofrecer dificultades si se practica la taxis periférica, no la central, como algunos recomiendan, con los dedos introducidos en la vagina, que cogen el órgano cerca del cuello para comprimirlo y empujarlo á la vez, en tanto la otra mano por el hipogastrio procura un apoyo á la parte de útero asequible. Inmediatamente después del parto, ó cuando se acaba la extirpación de un mioma, resulta esto relativamente fácil; un caso he visto de inversión puerperal á las veinticuatro horas de realizada, que me fué fácil reducirla, dando inmediatamente á la enferma cornezuelo después de haber aplicado un taponamiento útero-vaginal; el resultado fué bueno; en casos de mioma, varias veces después de extirpado, reduje con gran facilidad una porción de útero invertida; en un caso de un gran mioma vaginal, con inversión completa del útero, el tumor estaba insertado en el fondo del órgano, y, después de enucleado, practiqué la

reducción del útero, que no fué muy difícil, á pesar de hacer mucho tiempo que el parto del mioma se había realizado (1).

En la inversión definitiva debe procurarse por todos los medios la reducción del órgano, y á ello tienden todos los procedimientos propuestos. La taxis, sola ó con anestesia, ha permitido algunas reducciones; para facilitar el buen resultado puede cogerse el cuello del útero con pinzas de garfios ó pasar á su través algunos cordonetes fuertes para tirar del cuello hacia abajo, en tanto que con la taxis se empuja el útero hacia arriba; la rigidez del anillo en el sitio de la flexión del útero invertido impide muchas veces obtener un resultado rápido y hace fracasar la taxis manual, aunque se siga el consejo de repetirla varios días consecutivos.

Para vencer la resistencia del anillo se han propuesto varios medios de presión constante que acaban por producir la relajación de dicho rodete. Un pesario de caucho introducido en la vagina y que se llena distendiéndolo fuertemente con aire ó con agua (colpeurinter), ha dado algunos resultados; un pesario

duro que apriete el fondo del útero, sostenido desde el exterior por cuerdas elásticas (Thomas, Aveling, Lawson-Tait, etc.), ha dado algunos resultados; un simple taponamiento compresivo con gasa yodofórmica, que se renueva cada dos ó tres días, ha servido para reducir alguna inversión rebelde.

Todos estos medios obran forzosamente y no carecen de peligros; varios casos de rasgadura, producidos por una taxis fuerte ó por reductores mecánicos, seguidos de muerte, hacen que todos estos medios estén hoy casi abandonados; el único que debemos emplear es la taxis, procurando siempre no llevarla al extremo de poder producir una dislaceración, pues si no basta una taxis que no sea peligrosa, tenemos otros medios más inocentes y seguros.

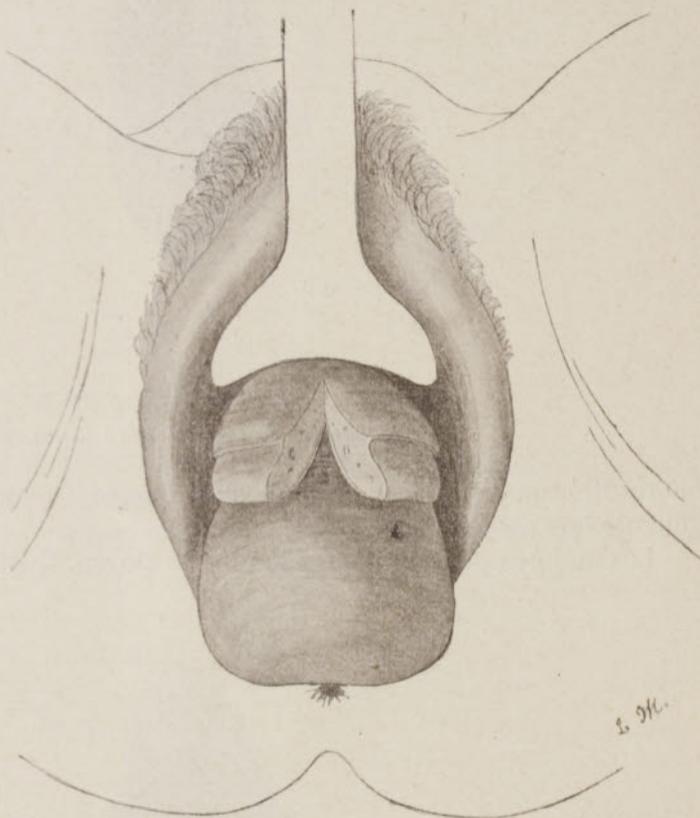


FIG. 117

*Procedimiento de Doyen contra la inversión parcial.*

(1) *Anuario de mi clínica privada*, 1895, pág. 6.

Thomas propuso, cuando la reducción es rebelde, practicar la laparotomía, ir en busca del embudo uterino, dilatarlo con el divulsor de Sims ó con los dedos y luego hacer la reducción desde la vagina; de 13 casos reunidos por Oui,

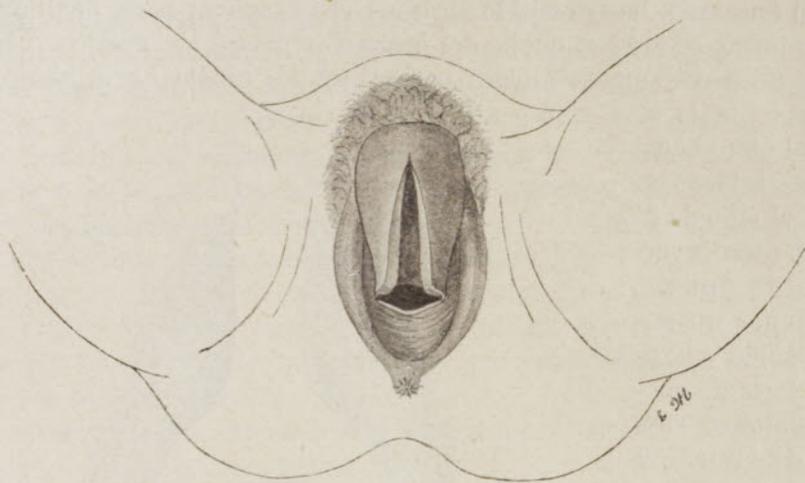


FIG. 118

*Procedimiento de Piccoli contra la inversión.*

sólo resultó con éxito en 9; en manos del mismo Thomas fracasó. Es un procedimiento hoy abandonado.

Los mejores procedimientos son los de Doyen, Kustner, Piccoli y Oui. Todos



FIG. 119

*Reducción de la inversión en el procedimiento de Oui.*

ellos permiten la reducci6n del 6rgano desde la vagina, conserv6ndolo íntegro.

El procedimiento de Doyen (1) es, sin duda, el mejor; pero sus aplicaciones

(1) *Technique chirurgicale*, 1897, pág. 429.

son limitadas á los casos en que existe cuello del útero y él es el obstáculo para la reducción; se incinde transversalmente el fondo de saco anterior para mejor

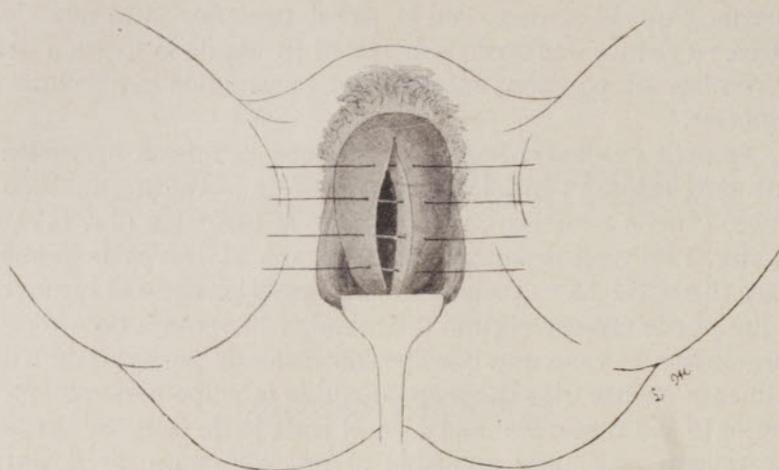


FIG. 120

*Sutura de la incisión una vez realizada la reducción (OUI).*

descubrir el cuello; luego se incinde éste longitudinalmente hasta el ángulo de flexión, el útero se reduce y se suturan las incisiones (fig. 117).

El procedimiento de Kustner (1), perfeccionado por Piccoli (2), ha dado

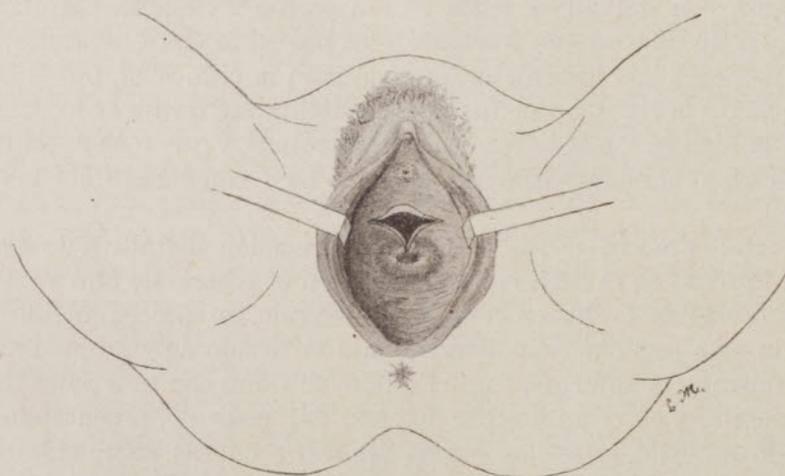


FIG 121

*Reducción del útero al través del fondo de saco anterior (OUI).*

excelentes resultados. Se abre el fondo de Douglas transversalmente, se incinde el cuello del útero y toda la pared hasta el fondo del órgano (fig. 118) (Kustner,

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo I, pág. 227.

(2) OUI: *Des operations conservatrices*, etc. *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, 1902, tomo LVII, pág. 245.

en su caso, sólo incindió el cuerpo y obtuvo un éxito; Piccoli propuso incindir también el cuello después de haber fracasado en un caso, pero no lo practicó en el vivo), se practica la reducción, que resulta entonces fácil, se sutura la incisión uterina y queda el útero con la pared posterior suturada delante y la anterior atrás, se reduce dentro de la pelvis al través de la incisión del fondo de Douglas y recobra su posición, suturándose en seguida la abertura del fondo de saco posterior.

Kerer, Spinelli y Oui (1) hacen exactamente la misma operación al través del fondo de saco anterior: incisión transversal de la vagina, incisión longitudinal del útero (cuello y cuerpo), reducción de la inversión (fig. 119), sutura de la incisión (fig. 120) y reintroducción del órgano al través de la abertura del fondo de saco (fig. 121). La colpo-histerotomía anterior tiene el inconveniente de la vejiga, que puede ofrecer alguna dificultad, y la ventaja de ofrecer un campo operatorio más á la vista que la colpo-histerotomía posterior de Kustner.

Actualmente cuenta más casos en su activo la colpo-histerotomía posterior que la anterior (9 y 3 respectivamente en el trabajo de Oui). Si tuviese que intervenir en un caso y no fuese aplicable el procedimiento de Doyen de discisión del cuello, optaría por la colpo-histerotomía posterior.

Pocos serán los casos que no puedan curarse con los procedimientos conservadores antes indicados; el problema de la histerectomía será cada día más reducido en número. Antes, cuando fracasaba la reducción manual ó instrumental, quedaba tan sólo el recurso de extirpar el órgano; la histerectomía por inversión fué de las primeras que se practicaron, habiendo recurrido los operadores á los procedimientos entonces en uso: aprieta-nudos, ligadura elástica, estrangulador, asa galvánica, todos se emplearon y cuentan algún éxito. Actualmente, en un caso en que fracasaran los procedimientos indicados, ó que en el acto de proceder á la histerotomía previa para la reducción, una hemorragia, ó adherencias, ó la rigidez del útero imposibilitaran terminar la operación, se aplicaría á la histerectomía la técnica reglamentada y que más adelante expondré, sea haciendo la hemostasia con pinzas ó bien con ligaduras; la operación resulta fácil.

Hace veinte años tuve que tratar una inversión definitiva de dos años de existencia. Fracase en la taxis con anestesia, en el pesario de aire y en los taponamientos. Decidida la histerectomía, y buscando un procedimiento rápido y exento de la más pequeña hemorragia, dado el estado de profunda anemia en que se encontraba la enferma, cogí el fondo del útero con una pinza de garfios, tiré suavemente, y en el punto más delgado del pedículo, procurando no comprender todo el cuello, puse dos pinzas *longuette* curvas sobre el borde, cuyas puntas se entrecruzaron, y corté con la tijera por debajo de las pinzas. La operación duró unos dos minutos; á los tres días retiré las pinzas y la enferma no tuvo el más pequeño accidente. Hoy no procedería á la histerectomía sino después que fracasara en la reducción previa histerotomía, según los principios que acabo de apuntar.

---

(1) OUI: *loc. cit.*, pág. 272.

# NEOPLASIAS DEL ÚTERO

## MIOMAS UTERINOS

**Etiología y patogenia.**— Empléanse indistintamente los nombres de *miomas*, *fibromas*, *fibro-miomas*, *cuerpos fibrosos*, *tumores fibrosos*, *histeromas*, *fibroides*, *leyo-miomas*. En la mayoría de casos, por no decir en todos, la denominación más adecuada sería la de *fibro-miomas* por estar compuestos todos ellos de tejido fibroso y muscular; sin embargo, las palabras *fibroma* ó *mioma* son las más cortas y concisas, y de las dos la de *mioma* es la que más caracteriza esta clase de neoplasias.

Poco sabemos de la etiología de los miomas uterinos; es una enfermedad excesivamente común, observándose su mayor frecuencia de los treinta á los cincuenta años. No puede darse por bien averiguada la existencia de estas neoplasias antes de la pubertad; Richelot (1), y con él otros, apenas las admiten antes de los veinte años, y las consideran excepcionales antes de los treinta, por lo menos en la raza blanca; he visto varios casos antes de los veinte años, y en dos de ellos (diez y siete y diez y nueve respectivamente) me he visto precisado á practicar la histerectomía; de los veinte á los treinta son muchos los casos que he observado, y aunque no alcanza en esa época de la vida su mayor frecuencia, no lo considero en ninguna manera como excepcional.

De los treinta á los cincuenta años es la época de la vida en que con mayor frecuencia se presenta el mioma uterino; Bayle evalúa en un 20 por 100 las mujeres que sufren dicha enfermedad de los treinta y dos años para arriba, y Kolb calcula en un 40 por 100 las que hacia los cincuenta años padecen dicha dolencia; no parece exagerado admitir que en una ú otra época de la vida, y en forma larvada ó sensible, una tercera parte de las mujeres presentan miomas uterinos.

No parece dudoso que la raza influye en su desarrollo, y que en la raza negra es bastante más frecuente que en la raza blanca, según han podido comprobar los autores norte-americanos que tienen ocasión frecuente de intervenir

(1) *Chirurgie de l'uterus*, 1902, pág. 327.

en las dos razas (1). Creo, por lo poco que he visto, que debe haber una diferencia muy sensible entre una y otra raza, pues yo he tenido ocasión de practicar la laparotomía por mioma en cinco mujeres de la raza negra (hasta 1904), lo que representa muy cerca de un 2 por 100, y ciertamente que la escasa población negra de nuestra localidad no representa, ni mucho menos, el 2 por 100 de la población total.

No está demostrado si el clima puede ó no influir en el desarrollo de los miomas uterinos; falta un estudio de la proporcionalidad en distintos países para darle algún valor; tengo la idea de que no es indiferente y de que los países tropicales y cálidos favorecen la evolución de dichas neoplasias. De mis conversaciones con ginecólogos de otros países (Treub, de Amsterdam, y Otto, de Helsingfors) he sacado la convicción de que en Barcelona son más frecuentes que en dichas capitales; un estudio estadístico mutuamente ofrecido, pero no terminado, quizás arroje alguna luz sobre la cuestión.

La herencia es invocada por unos y negada por otros. Beyea (2) comunica la historia de una familia en la que los tumores fibrosos aparecen en tres generaciones; no obstante, Montgomery, dada la gran frecuencia de los miomas uterinos, no da ningún valor á esta observación. Spanocchi (3) publica una historia curiosa en la que parece que la herencia goza de cierto papel en el desarrollo de los fibromas del útero. Veit (4) cita el caso de una madre y dos hijas, una prima carnal y otra prima segunda con su madre, todas miomatosas, para apoyar su creencia del papel que en el desarrollo de los miomas uterinos desempeña la herencia. Gusserow, Ebell, Hoffmeier, Kleintwaechter y otros citan casos parecidos, y Richelot declara que el factor etiológico más importante es la herencia, si no directa indirectamente, por el temperamento, el artritismo y la tendencia á las neoformaciones fibrosas. En mi práctica he tenido ocasión de ver el caso de tres hermanas (dos casadas, con hijos, y otra soltera), cuya madre parece murió de tumor abdominal por el relato de sus hijas; otro caso de dos hermanas y una hija de éstas; otro caso de madre é hija, y quizás las observaciones aumenten á medida que la práctica vaya alcanzando nuevas generaciones. Dada la gran frecuencia de los miomas uterinos, los casos de herencia han de ser muchos para dar una verdadera convicción; sin negarlo, no me hallo convencido todavía: que el conjunto orgánico por su temperamento, constitución y taras hereditarias de orden trófico, lleva un sello que más ó menos predispone el útero al desarrollo de los miomas, no me cabe duda.

Strassmaun y Lehmann han examinado setenta miomatosas en la clínica de Gusserow y han encontrado el 40 por 100 de enfermas con lesiones endocárdicas y endovasculares. Ciertamente, la frecuente coincidencia de lesiones cardíacas con los miomas uterinos que ha hecho que alguien hablara de *corazón miomatoso*, y las frecuentes lesiones vasculares que les acompañan y traducen por accidentes inesperados de orden vascular, así en el curso espontáneo de los

---

(1) R. S. SUTTON: *Systeme of Gynecology and Obstetrics by american authors*, 1889, tomo II, parte primera, pág. 550.

(2) *American journal of obstetrics*, 1901, tomo I, pág. 703.

(3) *Annali de Ostetricie é ginecologie*, 1899, pág. 321.

(4) *Enciclopedia de Ginecologia*, tomo II, pág. 474.

miomas como en el curso de las intervenciones que contra los mismos se practican, dan cierto valor á estas observaciones. Me ha llamado la atención la extremada frecuencia con que existen lesiones endocárdicas en los casos de grandes miomas, lo que motivó una comunicación mía al Congreso internacional de Barcelona, en la que atribuía á una causa común los dos hechos; posteriormente la observación de numerosos casos me hace afirmar más en la idea de que alguna predisposición existe en el organismo que influye en el desarrollo de ambas dolencias, aunque quizás la interpretación sea distinta de la que entonces pude darle. No parece dudoso que en la mayoría de enfermas miomatosas el aparato circulatorio lleva el sello de una tendencia á la esclerosis prematura y por tanto á toda suerte de alteraciones endo-vasculares y congestivas en distintos órganos. Así concebido, no hay duda que habría organismos predispuestos que responderían á las causas ocasionales capaces de producir el mioma.

Prochownik busca la causa de esta predisposición del organismo en la existencia de la sífilis; sus observaciones son poco concluyentes, y si bien no es posible desechar en absoluto que algunas veces pueda la sífilis obrar predisponiendo, no cabe invocarla como causa general ni menos única en la etiología de los miomas.

Uno de los puntos más discutidos es el de la influencia de la concepción y de la multiparidad. El análisis hecho por Schroeder (1), de 604 mujeres atacadas de miomas demostró que la concepción no influye en el desarrollo de los mismos, sino que por el contrario los miomas influyen en la concepción provocando la esterilidad. Ésta en ninguna manera puede influir en el desarrollo de los miomas por ser un agente absolutamente negativo, y los que la han invocado como causa han cometido una falta de interpretación. Ciertamente que es más frecuente el mioma en las mujeres estériles que en las fecundas; en la estadística mentada de Schroeder hay 75 por 100 de mujeres que han concebido y 25 por 100 estériles, proporción de esterilidad, por tanto, bastante mayor de la usual. Dicha esterilidad es debida, por una parte, á la misma existencia de los miomas, y por otra, á otras causas que, á la vez que influyen en las funciones de fecundación, obran favoreciendo el desarrollo de los miomas; son estas causas las anomalías en las funciones genitales de relación.

La masturbación, y quizás más que ésta las excitaciones genitales producidas por los coitos incompletos y por las excitaciones eróticas, ya sean de orden moral, ya por aproximación de sexos, produciendo congestiones uterinas, obran, sin ninguna duda, como causa ocasional en el desarrollo de los miomas. Es sumamente difícil someter estos hechos á la comprobación exacta de estadísticas, observaciones concretas y experimentaciones. Por una parte, la excitabilidad erótica de las mujeres es sumamente variable (2), y por otra, los agentes exteriores que la ponen en juego de una manera anómala, todavía más; unas veces un exceso de excitabilidad lleva á la mujer á la congestión erótica por una simple lectura ó el trato, aun honesto, con el otro sexo; otras veces es por esta falta de excitabilidad, que aun por efecto de los más eficaces excitantes que puedan obrar sobre el aparato genital por virtud de relaciones sexuales,

(1) SCHROEDER: *Organes genitales de la femme*, pág. 229.

(2) Véase tomo I, pág. 47.

apenas alcanza á desarrollarse una excitación incompleta, origen, sin embargo, de congestiones perjudiciales; en ocasiones un aparato genital bien desarrollado es víctima de las condiciones funcionales del sexo opuesto que ha de ser su complemento, y la excitación sin coito por impotencia del marido ó con coito incompleto por impotencia relativa ó excitabilidad exagerada del varón, producen iguales resultados. La observación y estudio de muchos casos de miomas, me ha llevado á la convicción de que las excitaciones sexuales no satisfechas ó satisfechas incompletamente, en sus múltiples y variadas formas, son una de las más frecuentes causas ocasionales del desarrollo de los miomas uterinos. Se comprende que Veit, que acepta la importancia de este factor etiológico (1), encuentre su análisis algo incongruente y novelesco; no puede menos de ser así, pues las enfermas, al referir sus historias, no dan los datos de interpretación necesarios, ó, si los dan, los dan exagerados, y son tan variables las condiciones de cada caso concreto, que no parece haya medio de ponerlos en lógica comparación. ¿Cómo, sino compenetrándose del mecanismo íntimo de esta causa pueden interpretarse de igual manera el caso de una mujer con útero infantil y un mioma que apareció á los seis años de matrimonio, y el de otra bien constituida, reglando normalmente y en la que también aparece un mioma á los pocos años de casada? Ambas necesitaron la laparotomía, y pude averiguar que la primera, con un marido vigoroso, y quizás lujurioso, experimentó muchas veces el malestar de una excitación erótica general con dolores pélvicos por congestión, sin poder alcanzar jamás el paroxismo del coito completo por incapacidad de desarrollo de su aparato genital, ¿cómo no aceptar que este estado de cosas pudo influir en el desarrollo del mioma, tratándose precisamente de una enferma que nunca menstruó por falta de desarrollo del útero? En la segunda, casada con marido lujurioso, pero impotente, se producía un fenómeno igual; las excitaciones eróticas frecuentes y repetidas, pero nunca normalmente satisfechas, produjeron resultados iguales, y pude en esta enferma, que tuve en observación durante años, seguir paso á paso el desarrollo de la dolencia, marcándose primero una congestión uterina persistente, luego fenómenos de metritis, y, finalmente, un mioma de crecimiento rápido. Tales ejemplos podría repetirlos en las más variadas condiciones, y de aquí mi convicción acerca de la importancia de este factor etiológico en el desarrollo de los miomas.

La influencia que otras afecciones genitales puedan tener en la evolución de los miomas, es difícil de comprobar, por cuanto las lesiones coexistentes no siempre es fácil averiguar si son consecuencia del mioma ó han sido causa del mismo. Se comprende, sin embargo, que las lesiones tróficas de los anexos, las desviaciones del útero y las afecciones flogísticas del mismo órgano, alterando las condiciones de circulación pueden influir en el desarrollo de los miomas; Winckel acepta como causa de miomas toda causa de irritación local.

No falta quien, siguiendo las corrientes actuales, acepta que el origen de los miomas uterinos se halla en la infección, apoyándose en que la afección comienza por ser de carácter vascular, según han demostrado casi todos los histólogos, y por eso la califica Pilliet de *una enfermedad primitiva de la red*

(1) *Loc. cit.*, pág. 477.

*vascular del útero*; Vedeler pretende haber encontrado amibas con la hematoxilina y la eosina, que considera como causa de los miomas. Labadie-Lagrave y Legueu (1) aceptan el origen infeccioso de los miomas uterinos, y Claisse, en su tesis de 1900, defiende el origen flogístico de los miomas uterinos, y dice que la infección tiene lugar por vía circulatoria y que la puerta de entrada de los gérmenes tiene lugar por la mucosa uterina. Puedo decir que no me convencen todos sus argumentos; que todo ello son puras hipótesis que significan un olvido completo de una serie de circunstancias firmemente establecidas por la observación y un culto excesivo á la corriente actual, que quiere encontrar siempre como único agente patógeno un microbio.

La patogenia de un mioma uterino es hoy conocida gracias á los trabajos de Klek, Kleinvachter, Gostchalk, Keeiffer y muchos otros. Aparte las variantes que algunos autores hayan encontrado en la evolución primera de los elementos histológicos constitutivos del mioma, resulta comprobado que los vasos uterinos, arteriolas ó capilares, forman el núcleo de origen de los miomas, únicos ó múltiples; alrededor de un capilar ó de una arteriola y en sus mismas tónicas se apelonan cierto número de células redondas, las que lentamente van modificándose y convirtiéndose en elementos micelulares propios del tejido uterino; las paredes del vaso son pronto invadidas y destruidas, siendo la última en desaparecer el endotelio; así queda constituido el núcleo microscópico del mioma, en el espesor del que, creen algunos, conserva el vaso originario su permeabilidad; esa patogenia es exactamente igual á la evolución de los elementos musculares normales constitutivos del útero, según ha descrito Doran, de modo, que por sus elementos y por su evolución el mioma no parece otra cosa que un crecimiento exuberante y anormal del propio tejido uterino. A este núcleo se añaden nuevas capas, y así va creciendo, constituyéndose lentamente un tumor más ó menos grande.

La aparición de esos núcleos en el espesor de la capa uterina la atribuye Virchow á fenómenos puramente irritativos, y Conheim considera que quedaron células embrionarias parásitas en distintos puntos del útero, hasta que llega el momento de su evolución; aunque Richelot considera esta teoría, que atribuye á los miomas un origen congénito, pasada de moda, Leopold se adhiere á ella, y Kelly (2) cree que *probablemente todos los miomas existen ya desde la vida fetal*. Los trabajos de Rekhinghausen sobre los adeno-miomas, confirmados por varios autores, vendrían á dar cierto apoyo á la teoría de Conheim, pues en los adeno-miomas se encuentran glándulas en el espesor del tejido miomatoso cuyo origen es difícil explicar, inclinándose muchos á que son restos del cuerpo de Wolf incluídos en el espesor de las paredes del útero, las que proceden de los cuerpos de Muller y son de evolución ulterior á aquéllos. Esta idea es aceptable, ya que en casos parecidos está bien comprobada una heterotopia glandular congénita origen de distintas afecciones; pero la analogía no es una demostración, y sólo sirve para hacer viable la teoría, pero no para darla como cosa cierta y menos hacerla extensiva á la mayoría de casos en que se trata de miomas puros y no de adeno-miomas.

(1) *Traité médico-chirurgicale de Gynecologie*, 1898, pág. 829.

(2) *Operative Gynecology*, tomo II, pág. 339.

En la teoría de Virchow, ó sea admitiendo el origen irritativo de la neoplasia, no hay que forzar ningún hecho, pues una pared vascular alterada, un pequeño coágulo intersticial, hijo de una pequeña rotura vascular, bastarían para provocar una irritación local, la que, sostenida por causas diversas, conduciría á la proliferación de los elementos propios del órgano, ó sean las células musculares, pues claro está que seguirían en su evolución el mismo proceso que el desarrollo normal de dichos elementos anatómicos.

Sea por este mecanismo de la irritación local, que parece el más verosímil, sea que en casi todos los úteros existan congénitamente los gérmenes de un mioma, no cabe duda que las causas indicadas nada pierden de su valor; en el primer caso por las razones ya indicadas, en el segundo originarían el crecimiento y evolución del germen existente, que sin tales medios quizás quedara latente para siempre.

Que el mioma crece y evoluciona con la vida genital no cabe duda; la fluición menstrual es una condición de vida para el mioma uterino; por eso no aparecen antes de la pubertad ni después de la menopausia, en que sólo existen aquellos miomas que ya se iniciaron en períodos anteriores.

Compréndese fácilmente la importancia de los movimientos fluxionarios y trastornos circulatorios del útero por virtud de las anomalías en las funciones sexuales de relación, cualquiera que sea la teoría que se admita, como también la influencia de la predisposición que la enferma pueda tener por virtud de su tendencia á alteraciones del aparato circulatorio congénitas ó adquiridas, la de la raza y aun la del clima que, imprimiendo modificaciones en la circulación del aparato genital, abonan el terreno en un sentido más ó menos favorable á la evolución de los miomas.

Ya comenzada la existencia del nódulo primitivo, se comprende fácilmente su crecimiento y evolución, así sea único ó múltiple, así como la hipertrofia que acompaña á los miomas. Así comprendida la etiología y patogenia, se explican fácilmente los casos de hipertrofia total del órgano ó de gigantismo uterino, llamado por otros mioma difuso, y en el que con una gran hipertrofia é hiperplasia del tejido uterino no existe la formación de nódulos miomatosos, y así se comprende también que el mioma, como el tejido uterino, presenta, más ó menos pronunciado, un estroma de tejido conjuntivo que le asemeja más al tejido normal del órgano.

Finalmente, explicado así el fenómeno y buscando su origen en las condiciones especiales del órgano uterino, comprendemos que sea en tal región una enfermedad frecuentísima lo que en otras, aun de naturaleza muscular, es una verdadera rareza. En varias ocasiones, teniendo en cuenta las doctrinas antes expuestas, he podido sospechar y aun pronosticar la evolución de miomas que á los pocos años he visto confirmada.

**Anatomía patológica.—Topografía.**—El asiento de los miomas uterinos es variable. Sin que sean exclusivos del cuerpo del útero, son mucho más frecuentes que en el cuello, y aunque éstos constituyen un grupo aparte por su curso clínico y su tratamiento, bajo el punto de vista anatómico son iguales los del cuerpo y los del cuello. Fehling evalúa la proporción de los miomas del cuello en 5 á 8 por 100; Schroeder, 8 por 100; Winkel dice que no ha visto un

solo caso de mioma primitivo del cuello, y Ammaun, que cita uno, lo considera como una verdadera rareza.

Realmente hay una causa de error, pues algunos de los miomas del cuello proceden de miomas del cuerpo que, teniendo su origen en zonas muy cercanas al cuello, en su evolución ulterior se desarrollan hacia el cuello y la vagina simulando miomas de la porción cervical. De mis observaciones resulta realmente exagerada la proporción establecida por Fehling y Schröder. Los miomas del cuello, verdaderamente indiscutibles, son los de la porción vaginal del cuello que crecen hacia la vagina: tres casos recuerdo haber visto, y dos de ellos eran del labio anterior (lámina III, 4). Algunas veces se encuentran pólipos fibrosos, cuyo pedículo tiene su implantación en el conducto cervical, lo que hace creer que tienen su origen en el cuello mismo del útero. Los miomas de la porción supravaginal que describen aparte Sanger

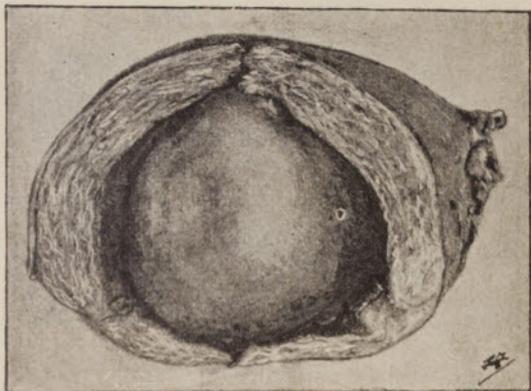


FIG. 122

*Mioma uterino sub-mucoso y solitario.*

y Pozzi, son más difíciles de interpretar, porque pueden confundirse con los procedentes de la parte baja del cuerpo; pero indudablemente existen, constituyendo una variedad peligrosa por la facilidad con que determinan fenómenos de compresión; crecen en el espacio que separa el peritoneo de la vagina, sobre todo hacia la parte posterior, levantando el peritoneo hacia arriba y empujando hacia abajo la bóveda vaginal del fondo de saco posterior; se insinúan entre las hojas del ligamento ancho, confundiendo con los que, procedentes del cuerpo, llamaremos intra-ligamentosos.



FIG. 123

*M*, mioma intrauterino pediculado implantado en el fondo del útero.—*A*, anexos.—*G*, cuello hipertrofiado.

Los miomas del cuerpo pueden dividirse, por su topografía con relación al órgano, en *sub-mucosos*, *intersticiales* ó *intra-murales* y *sub-serosos*, constituyendo estos grupos una variedad digna de ser tenida en cuenta por las diferencias que presentan en su curso, complicaciones y tratamiento.

En rigor, todos los miomas comienzan por ser intersticiales, formándose un nódulo en el espesor de las paredes uterinas, más ó menos próximo á la superficie mucosa ó peritoneal del órgano; en su crecimiento ulterior van aproximándose y formando relieve hacia una de dichas superficies, ó continúan empotrados en el espesor de la pared uterina dibujándose las tres clases indicadas.

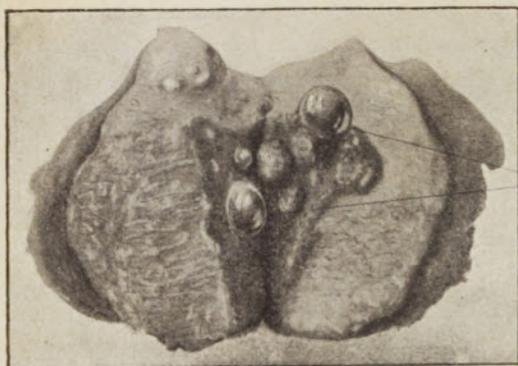


FIG. 124

Mioma difuso del útero, con P, pequeños miomas sub-mucosos pediculados.

Los *miomas sub-mucosos* son los que se desarrollan hacia la cavidad del útero formando relieve debajo de la mucosa y aislados del estroma de la pared del útero: unos son *sesiles* y otros *pediculados*. Los tumores *sesiles* tienen una base de implantación más ó menos amplia en la pared del útero; pero lo menos la mitad del tumor forma relieve en la cavidad del órgano y está cubierta tan sólo por la mucosa (lám. III, 5 y 7). Los *pediculados* constituyen los verdaderos pólipos fibrosos, unidos á la pared del útero tan sólo por su pedículo, más ó menos largo y delgado, según los casos. Estos tumores pueden ser *cavitarios ó vaginales*, según sean retenidos en el interior del útero ó sean expulsados hacia la vagina (lám. III, 1, 2 y 3). Leyden, Kustner y otros han descrito casos de *miomas libres* en la cavidad del útero sin conexiones con las paredes del órgano, y que se nutrían por adherencias contraídas con la mucosa uterina.

Generalmente los *miomas sub-mucosos* no son los que alcanzan gran volumen; raras veces traspasan el de una cabeza de feto; son los que con mayor frecuencia se presentan solitarios (figs. 122 y 123), aunque á veces son muy numerosos (figs. 124 y 125).

Los *miomas intersticiales* se desarrollan en el espesor de la pared uterina, y aunque por lo común se aproximan más á una de las superficies del órgano, siempre existe substancia del útero cubriendo el tumor (lám. III, 6 y 8, y figuras 126, 127 y 128).

P

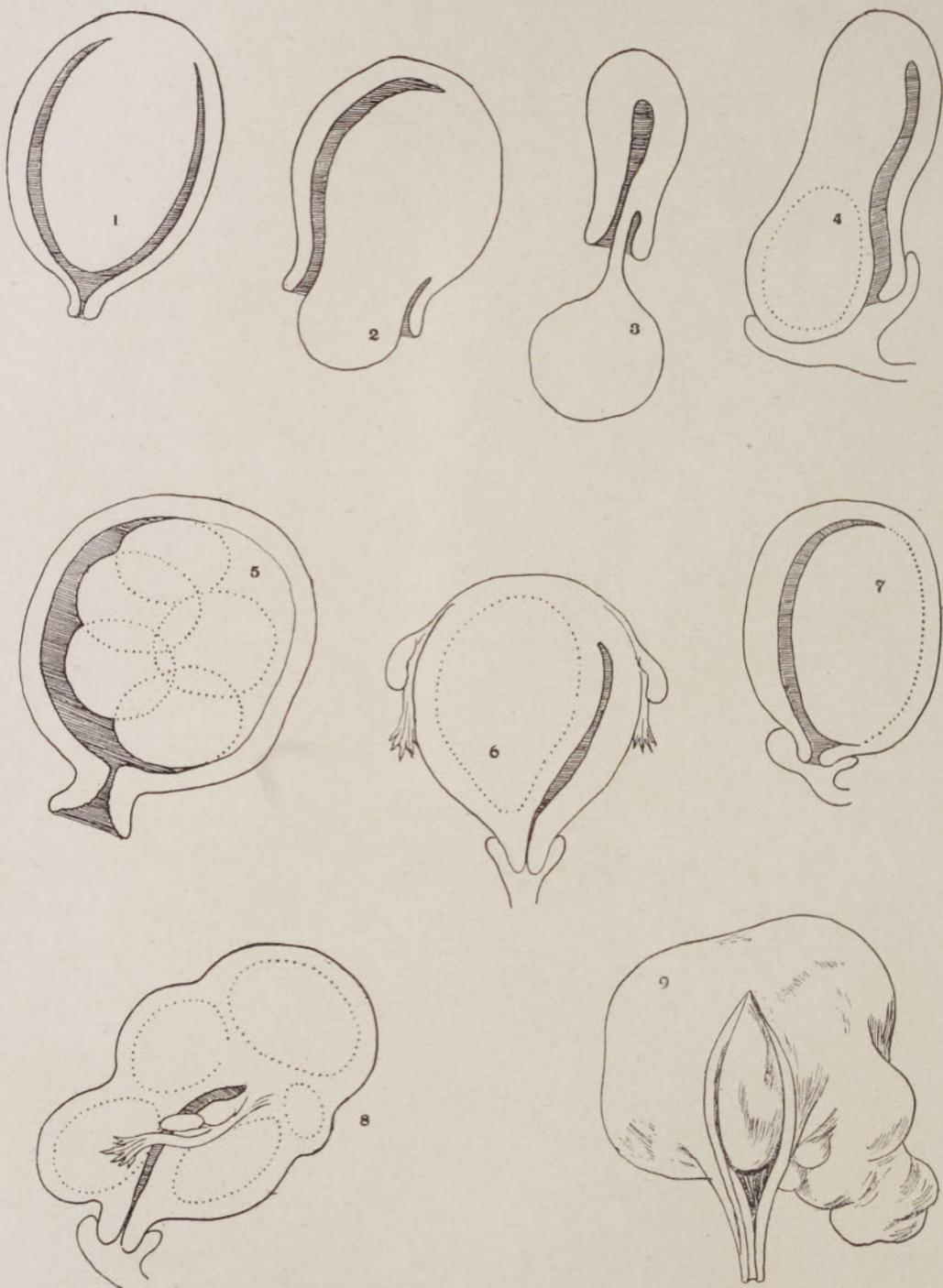


FIG. 125

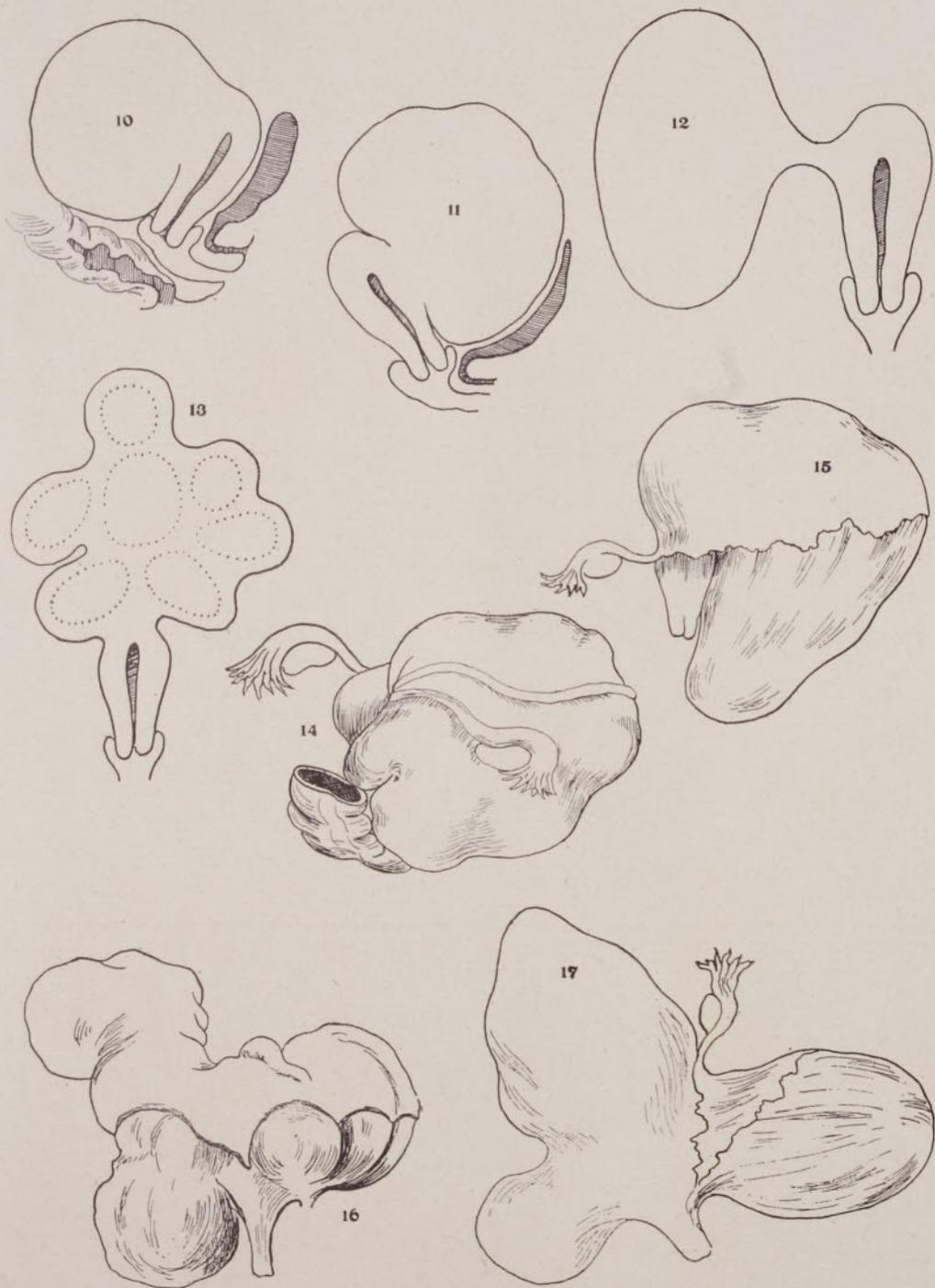
Útero abierto conteniendo diez y siete miomas sub-mucosos desde el tamaño de una avellana al de una nuez; diez de ellos pediculados.



LAMINA III



1. Mioma cavitario, sub-mucoso y pediculado. — 2. Mioma sub-mucoso sesil útero-vaginal, por formar hernia al través del cuello dilatado. — 3. Pólipo miomatoso vaginal con pedículo uterino. — 4. Mioma del cuello del útero. — 5. Mioma sub-mucoso sesil multinodular. — 6. Mioma intersticial con aumento de la cavidad uterina. — 7. Mioma único sub-mucoso y sesil. — 8. Miomas múltiples intersticiales. — 9. Miomas sub-peritoneales y gran mioma sub-mucoso en un mismo útero.



10. Mioma sub-peritoneal de la pared posterior ó retro-uterino. — 11. Mioma sub-peritoneal de la pared anterior ó ante-uterino. — 12. Mioma sub-peritoneal pediculado. — 13. Mioma multinodular sub-peritoneal implantado en el fondo del útero. — 14. Mioma sub-peritoneal intra-ligamentoso del lado derecho, visto por arriba. — 15. Mioma intra-ligamentoso del borde derecho y fondo del útero. — 16. Miomas múltiples sub-peritoneales intra-ligamentosos por ambos lados. — 17. Miomas múltiples sub-peritoneales: uno de ellos retro-peritoneal.

