

## 1.º Anomalías de la vagina:

- a. *Ausencia*: { Total;  
 { Parcial, existe sólo la vagina inferior  
 (seno urogenital).
- b. *Tabiques*:  
 Completos, á veces con una vagina ciega lateral;  
 Incompletos, simples bridas, vestigios de tabique.
- c. *Estenosis* debida á una detención de desarrollo del  
 conducto de Müller en un punto del conducto.

## 2.º Anomalías del útero:

- a. *Ausencia*. — Más á menudo desarrollo rudimentario;
- b. *Útero unicornio*. — Un solo conducto de Müller ha evolucionado; se pueden encontrar á veces vestigios del otro.
- c. *Úteros dobles*:

- $\alpha$  Bicorne { Bicorne doble.  
 { Bicorne unicervical.  
 { Bicorne arqueado.  
 { Bicorne doble separado con dos vaginas.
- $\beta$  Biloculares { Completo con vagina única ó tabicada.  
 { Incompleto.

*Accidentes comunes á las atresias congénitas*. — Solamente al llegar la pubertad se presentan los accidentes que resultan de una estrechez ó de una obliteración en un segmento inferior del aparato genital, y su aparición es debida á la retención de la sangre de las reglas. Se dice que hay *hematocolpos*, si la retención se efectúa en la vagina; *hematómetra*, si tiene lugar en el útero, y *hematosalpinx*, si reside en las trompas.

El tumor formado por el hematocolpos adquiere á veces un volumen considerable, empuja la vejiga hacia delante, el recto hacia atrás y eleva el útero, que cubre su polo superior. La hematómetra, constituída por la distensión uterina, coincide con el hematocolpos si el himen está imperforado, existe sola si la impermeabilidad reside á nivel del cuello.

Esta retención de las reglas con distensión vaginal ó vagino-uterina, se establece con fenómenos dolorosos, primero limitados al período menstrual que aborta, y luego continuos; estos dolores toman la forma de cólicos expulsivos y aparecen fenómenos de reacción peritoneal (sensibilidad del vientre y vómitos). En el hipogastrio se desarrolla un tumor en la línea media, de volumen creciente, que puede alcanzar el ombligo. El ceterismo vesical demuestra que la alteración no reside en la vejiga; el examen de la vulva demuestra, en caso de himen im-

perforado, la membrana abombada bajo la colección; en la hipótesis de una atresia del cuello, el tacto vaginal revela la distensión del cuerpo uterino: el tacto rectal, combinado con la palpación hipogástrica, da cuenta de la forma y situación del tumor.

El tratamiento consiste en el desbridamiento de la atresia congénita, fácil de realizar si se trata de un himen imperforado, que se incinde con el bisturí, más dificultoso si la obliteración se encuentra en la parte alta de la vagina ó en el cuello.

## CAPÍTULO II

# AFECCIONES DE LA VAGINA

### ARTÍCULO PRIMERO

#### AFECCIONES INFLAMATORIAS

El gonococo es el factor ó agente predominante de la inflamación de los repliegues cutáneos y mucosos que forman la vulva (vulvitis), de las glándulas de Bartolino (bartolinitis) y de la vagina (vaginitis). Además del gonococo, podemos encontrar, en las secreciones de estas partes inflamadas, microbios asociados (estreptococos, estafilococos, colibacilos); es cierto que los microorganismos patógenos ó saprofitos que normalmente viven en la vulva ó la vagina, pueden, en determinados casos, adquirir una especial virulencia y originar una inflamación no gonocócica: tal ocurre en la *vulvitis saprofitica* de las niñas.

La vulvitis se manifiesta por una rubicundez de los grandes labios, que están tumefactos y con una especie de costras formadas de pus más ó menos concreto ó desecado; la mucosa del vestíbulo está roja y granulosa y los orificios de las glándulas de Bartolino están hiperemiados. — En caso de bartolinitis aguda que complica á la vulvitis, el labio correspondiente á la glándula inflamada (el izquierdo con más frecuencia) está hinchado y rojo, especialmente á nivel de su tercio inferior, donde, á la palpación con el pulgar y el índice, se descubre una induración submucosa, del volumen de una avellana, observándose además que á la presión sale pus por el orificio del conducto excretor; el absceso de dicha glándula abandonado á sí mismo, tiende á abrirse hacia la cara interna del labio mayor. — En la vaginitis se observa, al separar los pequeños labios, rojos y tumefactos, un pus amarillo, filamentososo, que fluye por la vagina; si se practica el tacto, que es doloroso, se comprueba

el calor y la turgencia de la mucosa y con el espéculo se ve la mucosa vaginal de un color rojo intenso y destruída en algunos puntos.

El tratamiento consiste en las inyecciones del permanganato de potasa.

## ARTÍCULO II

### FÍSTULAS VÉSICOVAGINALES

Entre las fístulas urinarias, las más frecuentes son las que hacen comunicar la vejiga con la vagina, *fístulas vésicovaginales*; es mucho más rara la observación de *fístulas vésicouterinas* ó sea la comunicación del fondo de la vejiga con el cuello del útero. — Entre las causas de estas fístulas urinarias, la que realmente predomina es el parto laborioso: la cabeza, encajada en la excavación, rechaza ó comprime contra la sínfisis pubiana el tabique vésicovaginal; si por razón de su volumen ó por la estrechez de la pelvis la cabeza permanece en tal situación demasiado tiempo, se producirá una escara que al desprenderse dejará una pérdida de substancia intervésicovaginal.

La fístula, de este modo producida, radica: 1.º á nivel del tercio superior de la vagina, sea que la fístula forme sólo una muesca en el labio anterior del cuello uterino (*fístula vésicocervical superficial*), sea que destruya este labio anterior en todo su espesor (*fístula vésicocervical profunda*); 2.º en el tercio medio de la vagina; 3.º en su tercio anterior, en cuyo caso afecta la parte posterior de la uretra (*fístula uretrovaginal*).

Sus dimensiones son variables: á veces es la fístula tan pequeña que sólo puede reconocerse mediante una inyección coloreada que se ha practicado en la vejiga, pero de ordinario es de uno ó dos centímetros de ancha. — La fístula parece un agujero, sin trayecto y abierto en el tabique bimucoso vaginovesical: en sus bordes, unas veces blandos, otras gruesos ó indurados, se continúan las dos mucosas adosadas; en las fístulas algo extensas, la mucosa vesical tiende á formar ectropión, constituyendo un pequeño rodete rojizo. — A menudo, la fístula se complica con estrechez cicatricial de la vagina, bridas interparietales y adherencias que tabican parcialmente su cavidad, lesiones todas que resultan de la eliminación de las escaras y de la irregularidad con que cicatrizan esas pérdidas de substancia:

tales cicatrices pueden más ó menos dificultar la intervención operatoria.

El flujo ó salida de orina por la vagina, cuya cantidad varía según el sitio y las dimensiones de la fístula y que en las fistulas extensas llega hasta la incontinencia absoluta, transforma la afección en un achaque intolerable: el olor urinoso que despiden la enferma, el eritema de los muslos y de la vulva y la cis-

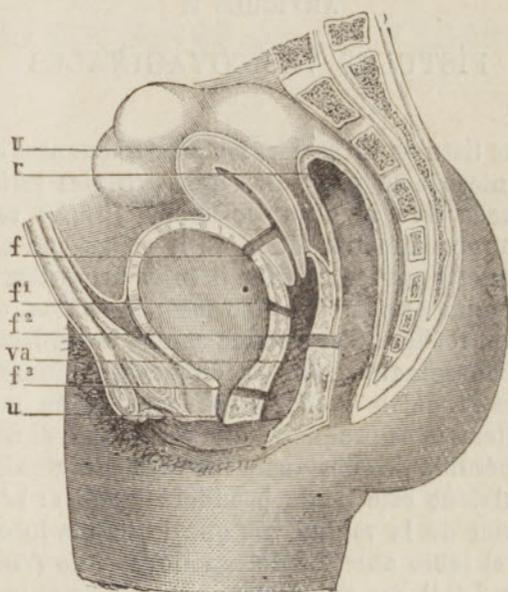


Fig. 276

Principales variedades de fistulas vaginales (DE SINÉTY)

*f*, fistula véscouterina; *f*<sup>1</sup>, fistula véscivaginal; *f*<sup>2</sup>, fistula rectovaginal; *f*<sup>3</sup>, fistula uretrovaginal; *U*, útero; *r*, recto; *va*, vagina; *u*, uretra

titis por infección vesical, constituyen serias indicaciones para la intervención cruenta.

Lógicamente, consiste la intervención en la sutura de los bordes de la pérdida de substancia. Mas esta sutura ha encontrado por mucho tiempo serios obstáculos, dificultades verdaderamente insuperables. En este particular se han realizado verdaderos progresos: JOBERT, con el fin de facilitar la aproximación de los bordes, ideó el movilizar la vejiga mediante incisiones liberatrices que permiten su deslizamiento, separándole del cuello uterino después de incidir transversalmente el fondo de saco anterior (*autoplastia vesical por deslizamiento*); entre los ame-

ricos, MARION SIMS fué quien tuvo el mérito de substituir el simple avivamiento por el avivamiento practicando una especie de excavación, «avivamiento en cubeta», con el fin de adherir superficies y no bordes, de emplear la sutura metálica más aséptica y de idear un instrumental más adecuado para vencer las dificultades que puedan presentarse al practicar esta sutura

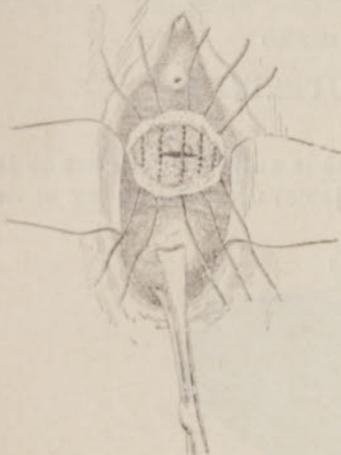


Fig. 277

Método de desdoblamiento:  
suturas (RICARD y LAUNAY)

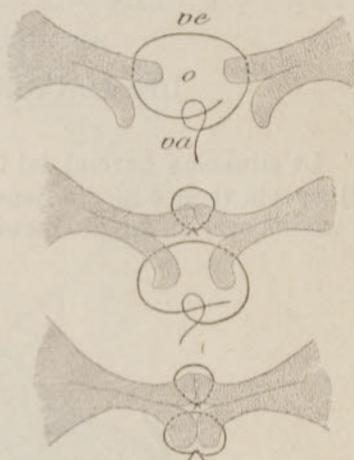


Fig. 278

Método de desdoblamiento con sutura  
aislada del plano vesical y del va-  
ginal.

ve, vejiga; o, fistula; va, vagina

profunda. — Actualmente se prefiere el método por desdoblamiento (figs. 277 y 278), que consiste en desdoblar el tabique vésicovaginal y cerrar ú ocluir separadamente la vejiga y la vagina. — En el caso de fistula vésicocervical, inaccesible por la vagina, se puede intervenir por la *vía suprapúbica*, ya sea abriéndose paso á través de la vejiga urinaria mediante la talla hipogástrica (operación *transvesical* de Trendelenburg), ya sea llegando á la fistula por la *vía transperitoneal* (operación de Dittel-Forgue).

CAPÍTULO III  
AFECCIONES DEL ÚTERO

ARTÍCULO PRIMERO  
DESVIACIONES UTERINAS

La situación normal del útero es la anteversión: cuando la vejiga está vacía ó medio llena, el eje del útero forma con el de la vagina casi un ángulo recto.

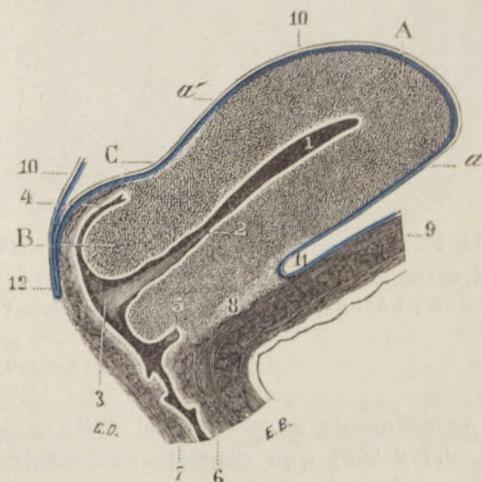


Fig. 279

Corte sagital del útero (mujer multipara) que demuestra la anteversión normal del útero (L. TESTUT)

A, cuerpo del útero: *a*, su cara anterior; *a'*, su cara posterior.—B, cuello.—C, istmo.  
1, cavidad del cuerpo.—2, orificio interno del cuello.—3, orificio externo.—4, fondo de saco posterior de la vagina.—5, fondo de saco anterior.—6, pared vaginal posterior.—7, pared vaginal anterior.—8, tabique vésicouterino.—9, pared de la vejiga.—10, peritoneo señalado en azul.—11, fondo de saco vésicouterino.—12, fondo de saco rectovaginal ó de Douglas.

El plano que pasa por *el eje de suspensión* del órgano y que corresponde á los ligamentos úterosacros por detrás y á los úteroúbicos por delante, está situado á nivel del istmo del

útero; por consiguiente, se encuentra por debajo del centro de gravedad del órgano. De ello resulta una posición de equilibrio inestable del útero y también la posibilidad de sufrir bajo la influencia de la presión abdominal y de la depleción ó repleción de la vejiga y del recto, una inclinación hacia delante ó atrás: la distensión de la vejiga rechaza hacia arriba y atrás el cuerpo de la matriz, borrando ó modificando temporalmente su anteversión; la repleción del recto lo rechaza hacia delante. Conforme ha establecido SCHULTZE, el movimiento hacia delante

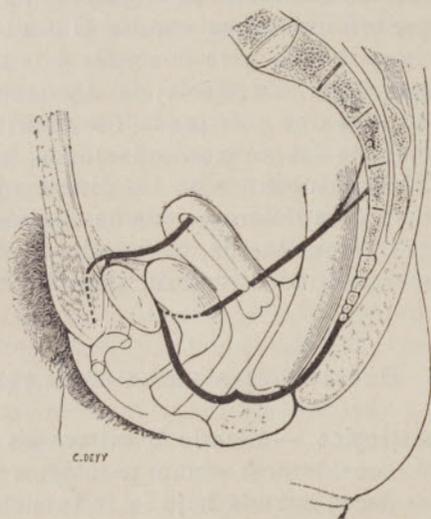


Fig. 280

Esquema general de los ligamentos uterinos (corte ánteroposterior)  
Ligamentos redondos. Ligamentos úterosacros. Ligamentos úteropúbicos  
Suelo ó diafragma pelviano (AUVARD)

que realiza el fondo del útero cuando se efectúa la evacuación de la vejiga, es debido, en la joven, á una *anteflexión* (es decir, á un acomodamiento del órgano á nivel de su istmo), y en la mujer que ha tenido hijos, á una *anteversión* (es decir, á una basculación total del órgano sobre la vagina).

Por tanto, el útero está dotado, en el sentido ánteroposterior, desde su posición ordinaria de anteversión horizontal hasta una posición de enderezamiento más ó menos cercana á la vertical, de una movilidad fisiológica. Por eso, lo que caracteriza la desviación, es menos la actitud morbosa que la fijeza en esta actitud anormal.

Las desviaciones pueden ser hacia delante, hacia atrás ó hacia los lados.

Si la dislocación es *total*, es decir, si el útero, cuerpo y cuello, bascula todo entero sobre su eje de suspensión, se trata entonces de una *versión*: anteversión, retroversión ó lateroverción.—Si la desviación es *parcial*, es decir, si sólo el cuerpo del útero es el que se disloca mientras el cuello conserva su posición normal, dicese que hay *flexión*: anteflexión, retroflexión ó lateroflexión.

Con VELPEAU las desviaciones adquieren en patología uterina un lugar predominante; en cambio GOSSELIN las ha desposeído de tal importancia para conceder á la metritis concomitante el primer lugar. En efecto; la desviación uterina no constituye por sí sola una enfermedad: la metritis, la inflamación y dislocación de los anexos inflamados, la existencia de focos inflamatorios periuterinos en los diversos períodos de su estado y las adherencias dolorosas que de ello resultan, constituyen otros tantos elementos de un estado morboso complejo, del cual la retroversión constituye el tipo clínico más interesante.

#### I.—DESVIACIONES HACIA DELANTE

**Anatomía patológica.** — Siendo la *anteversión* el estado normal, sólo podrá considerarse como patológica esta posición cuando es fija, es decir, cuando bajo la influencia de exudados paramétricos, el útero no se endereza al llenarse la vejiga; en realidad, esta condición es excepcional.

La *anteflexión*, ó sea la fijeza ó estabilidad del ángulo que forma el cuerpo con el cuello, es más frecuente: Puede ser *congénita* ó *adquirida*, pero en lugar de congénita vale más decir «anteflexión pueril».

En efecto, dos son las condiciones que caracterizan al útero infantil. De una parte, se compone de un cuello voluminoso dirigido hacia el eje de la vagina y de un cuerpo menos voluminoso unido al cuello y gozando de cierta flexibilidad en los movimientos. De otra parte, la pared posterior del cuello está más desarrollada que la anterior. Si persiste este estado pueril, resulta de esta inserción viciosa del cuello sobre la vagina, que en la pubertad, cuando el cuerpo del útero se desarrolla y tiende á adquirir su anteposición normal, el órgano no puede doblarse sobre la vagina por una basculación total: forzoso es que se forme el acodamiento á nivel del istmo formando charnela, per-

maneciendo el cuello en el eje de la vagina y sólo el cuerpo se inclina hacia delante. Tal es la teoría de SCHULTZE.

Cuando es *adquirida* la anteflexión es debida principalmente á la metritis: el cuerpo del órgano, aumentado de volumen y reblandecido por la inflamación, se dirige hacia delante; el ángulo de flexión se cierra, y cuando la esclerosis ha endurecido las paredes ó cuando se han establecido las adherencias anteuterinas, la desviación quedará definitivamente constituida.

**Sintomatología.** — Dos síntomas caracterizan la anteflexión por persistencia del estado pueril: la dismenorrea y la esterilidad. Las mujeres jóvenes se quejan de dismenorrea dolorosa desde la primera aparición de las reglas; pasan en cama una parte ó la totalidad de sus períodos menstruales, y en general, nunca han quedado embarazadas. Se examina el útero y se encuentra un cuello pequeño, puntiagudo, estenosado y una anteflexión muy marcada. — En las *anteflexiones* adquiridas se observan los mismos síntomas asociados á los de la metritis.

**Tratamiento.** — La anteflexión congénita reclama la dilatación progresiva por medio de los tallos de laminaria, que ensancha el conducto cervical, de ordinario estenosado, y rectifica el eje del útero. Esta previa dilatación conviene también á la anteflexión adquirida, el tratamiento de la cual debe dirigirse además contra la metritis concomitante: raspado y curas intrauterinas. — Para corregir los trastornos dismenorreicos se han practicado operaciones que tienen por efecto la rectificación de la cavidad cervical: 1.º la discisión del cuello, que ha perdido su antiguo predicamento; 2.º la incisión bilateral del cuello, cuyo objeto es agrandar el orificio mediante la formación de dos comisuras artificiales; 3.º la escisión cuneiforme de la pared posterior con el fin de enderezar el útero del mismo modo que se endereza una anquilosis angular de la rodilla. Estos procedimientos plásticos no superan á la dilatación.

## II. — DESVIACIÓN HACIA ATRÁS: RETROVERSIÓN Y RETROFLEXIÓN

Las retrodesviaciones uterinas son mucho más frecuentes que las antedesviaciones. No se caracterizan, como estas últimas, por una simple fijeza en una actitud más ó menos aproximada á la normal: representan una posición diametralmente opuesta á la normal.

**Anatomía patológica.** — En la *retroversión* del útero el *eje*

*uterino* forma con *el de la vagina* un ángulo abierto hacia atrás: esta desviación varía desde la ligera dislocación en que el útero apenas se separa de la anteflexión normal, hasta la basculación total en la que el fondo del órgano toca con el fondo de saco de Douglas.

En la *retroflexión*, el *cuerpo* forma con el *cuello* un ángulo más ó menos abierto hacia atrás y abajo.

Retroversión y retroflexión se asocian con frecuencia. Además, esta retrodesviación se combina, de ordinario, con cierto grado de descenso: en efecto; la caída hacia atrás del útero es una consecuencia ó una coincidencia frecuente del prolapso úterovaginal. Para apreciar el grado de retrodesviación uterina, SCHULTZE busca la vértebra á cuyo nivel descende el fondo del órgano, que generalmente corresponde á las últimas vértebras sacras.

Hay que distinguir: 1.º las *retrodesviaciones reducibles*, que no van acompañadas de ninguna adherencia; 2.º las *retroflexiones adherentes más ó menos irreducibles*. — Las adherencias que constituyen un hecho capital en la historia clínica de las retrodesviaciones, se presentan bajo diferentes formas: unas son bridas extensibles que se dejan estirar, y otras son cortas, resistentes, que fijan el útero á la pared rectal. La retrodesviación del útero va acompañada de una dislocación de los anexos, con frecuencia inflamados: el ovario bascula hacia atrás y abajo alrededor de su ligamento infundíbulo pelviano. La trompa tiende también á caer hacia el fondo del saco de Douglas. Los úteros en retroversión son, lo más á menudo, gruesos úteros inflamados por la metritis parenquimatosa, alargados por la hipertrofia supravaginal y afectos de endometritis.

**Etiología y patogenia.** — Las retrodesviaciones *congénitas*, ó sea aquellas cuyo origen es la persistencia de la conformación infantil (cuerpo uterino que permanece, como el cuello, en el eje de la vagina), son excepcionales.

Por regla general, la retrodesviación es *adquirida*. Dos causas pueden producirla: la puerperalidad y las inflamaciones perimetríticas, siendo la primera la predominante. — A consecuencia de un parto ó de un aborto, la involución defectuosa ó la metritis consecutiva deja un útero grande y congestionado; los medios y ligamentos para fijar el útero, alargados durante el embarazo, han permanecido distendidos. He aquí condiciones favorables á que el útero bascule. Pero ¿por qué este movimiento de báscula se produce hacia atrás? MARTIN atribuye en ello gran importancia á la *falta de involución de la cara anterior* de la

matriz, motivada por la inserción de residuos de la placenta: de esta menor resistencia hacia delante resultaría una desviación hacia atrás: el cuerpo uterino, grande y pesado, se doblaría á nivel del istmo, que forma como una charnela. Otra condición anatómica, expuesta principalmente por SCHULTZE, consiste en la relajación de los ligamentos: gracias á la debilitación de sus dos ligamentos aduersos, del redondo que deja que el fondo se incline hacia atrás y de los ligamentos úterosacros que dejan que el cuello se incline hacia delante, el órgano bascula hacia el fondo de Douglas, constituyéndose la *retroversión*.—Supongamos que, mientras los ligamentos redondos ceder, los úterosacros se resisten; entonces sólo el fondo del órgano se inclina hacia atrás, acodándose sobre el istmo á manera de charnela: de este modo se constituye la *retroflexión*.

Fuera del estado puerperal, la retrodesviación se observa en los casos de debilidad de los medios de fijación del útero: así, la retroversión, con mucha frecuencia, no es más que el primer tiempo del prolapso, colocándose el órgano en el eje de la vagina antes de descender. — La metritis y la salpingitis coinciden á menudo con las retrodesviaciones: la salpingitis es muy común en las retroflexiones irreducibles, y esta irreducibilidad depende más bien de las adherencias de los anexos que de las del mismo útero con la pared pelviana. En este caso, ¿la salpingitis es lesión primitiva y causa de la retrodesviación uterina, ó bien no es más que una complicación secundaria, nacida de la metritis que agrava la posición viciosa de la matriz? Clínicamente pueden observarse ambas cosas, pero la primera es más frecuente. Por último, existen *retrodesviaciones esenciales*, primitivas, que pueden observarse en mujeres jóvenes, no infectadas, nulíparas y aun vírgenes.

**Síntomas.** — § 1.º SIGNOS FUNCIONALES: FENÓMENOS DE ORDEN MECÁNICO; TRASTORNOS NERVIOSOS REFLEJOS. — El ranversamiento del útero hacia atrás produce *mecánicamente*: dolores lumbares, pesadez anal que aumenta con la defecación, menstruación dolorosa ó irregular, esterilidad frecuente y dolor durante el coito debido al prolapso de los ovarios.—Los trastornos nerviosos pronunciados, especialmente en la retroflexión, consisten en irradiaciones dolorosas hacia la pared abdominal, los vacíos y los riñones; en una excitabilidad histérica, tos quintosa, fenómenos dispépticos, vómitos y á veces histeroepilepsia; es el *síndrome uterino* y con toda probabilidad que puede atribuirse lo mismo á la metritis ó á la salpingoovaritis concomitante que á la misma desviación. Es evidente que el estado

neuroartrítico de los enfermos contribuye en gran manera á exacerbar dichos síntomas nerviosos.

§ 2.º SIGNOS FÍSICOS.—El diagnóstico se establece por el tacto vaginal combinado con la palpación hipogástrica y por el tacto rectal.—En el caso de una *retroversión*, el dedo reconoce en el fondo de saco posterior de la vagina una superficie que es la cara posterior del útero; el cuello está hacia delante; oculto detrás del pubis; si se trata de una simple retroversión se recorre perfectamente el útero en toda su extensión desde el tumor percibido en el fondo de saco posterior hasta el cuello. Si es una *retroflexión*, el cuello está en su sitio, el fondo de saco ante-



Fig. 281

Levantamiento del útero retroflexionado (SCHULTZE)

rior libre y en el posterior se encuentra un tumor duro, liso y redondeado que no es más que el fondo del útero flexionado. Con la palpación hipogástrica se comprueba la falta del cuerpo del útero en su sitio normal; casi puede ponerse en contacto el dedo que está colocado dentro de la vagina con la mano aplicada sobre el abdomen. Por tacto rectal se comprueba la existencia de un tumor que deprime la pared anterior del intestino.

En casos de esta naturaleza deben discutirse tres eventualidades: el tumor que forma relieve en el fondo de saco de Douglas, ¿corresponde en realidad *al fondo del útero en retroflexión*? ¿es debido quizá á un *fibroma que ocupa la pared posterior del útero*? ¿débese acaso á una *retrodesviación complicada con anexitis*? (fig. 285).

En el primer supuesto (retroflexión) LE DENTU ha señalado, como dato característico, la cresta posterior y media que se percibe normalmente sobre el útero á través del fondo de

saco vaginal: síntoma inseguro. Procúrese establecer la conti-

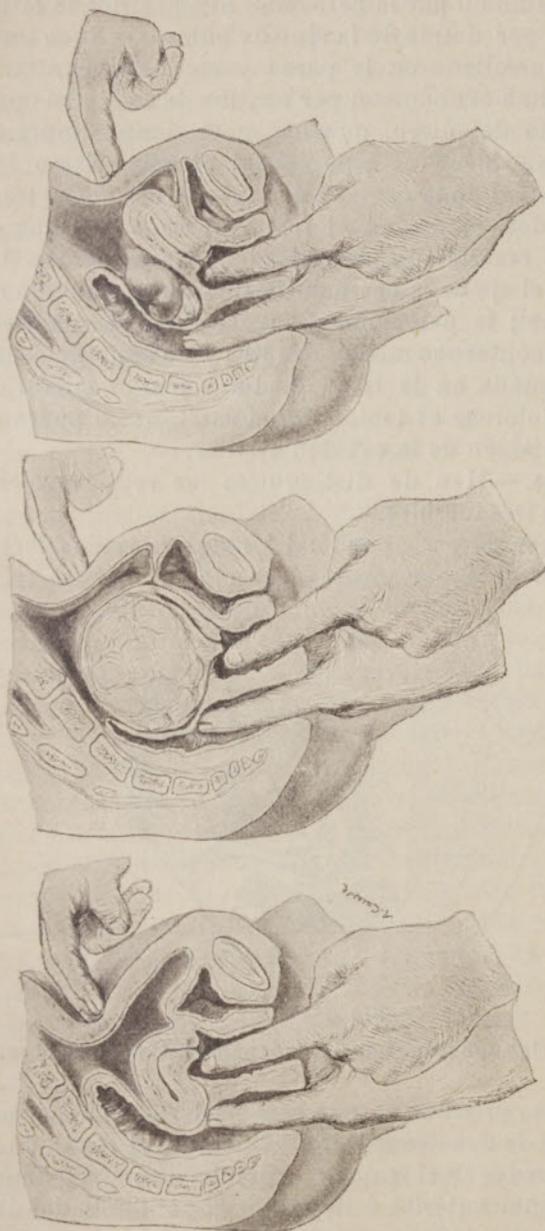


Fig. 282

Esquema demostrativo de las indicaciones de la palpación abdominal combinada con el tacto vaginal y con el tacto rectal

1.º hacia abajo, en una retrodesviación uterina. — 2.º en la figura media, en el caso de un fibroma de la pared uterina posterior  
3.º hacia arriba, en el caso de una salpingoovaritis prolapxada en el fondo de saco de Douglas

nuidad entre el tumor del fondo de saco posterior y el cuello, siguiendo con el dedo la cara posterior del cuello y penetrando

en el ángulo agudo que forman el cuello y el cuerpo del útero. Compruébese también por la palpación hipogástrica la falta del cuerpo uterino por detrás de la sínfisis púbica. — Si se trata de un fibroma desarrollado en la pared posterior de la matriz, la mano que deprime el abdomen por encima de la sínfisis púbica percibe el fondo del útero, que los movimientos impresos al tumor proyectan hacia el hipogastrio; el cateterismo indica la dirección normal de la cavidad uterina. — Cuando se trata de anexos inflamados, caídos en el fondo de saco de Douglas, el fondo del útero resulta aún perceptible por la palpación detrás de la sínfisis y el eje de la cavidad uterina está orientado como en estado normal; la palpación demuestra que el tumor retrocervical es de contornos menos limpios y de superficie menos exactamente situada en la línea media y menos simétrica, y también más doloroso al tacto. Por el cateterismo podrá establecerse la desviación de la cavidad uterina.

**Tratamiento.** — Han de distinguirse las retrodesviaciones reducibles y las irreducibles.

En el primer caso se puede: 1.º reducir las desviación y mantenerla corregida por medio de un pesario. Para reducir

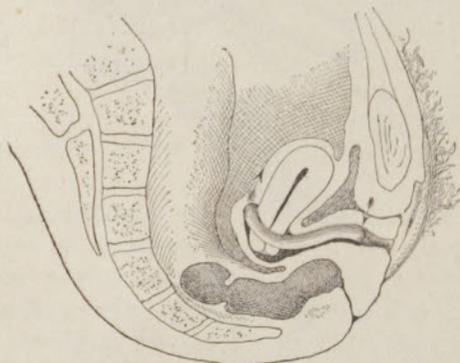


Fig. 283

Pesario de Hodge aplicado. Las flechas indican su modo de obrar

(fig. 281), se hace presión sobre la cara posterior del cuerpo del útero por medio de dos dedos introducidos en el fondo de saco posterior ó colocados en el recto (fig. 282). La otra mano deprime la pared abdominal anterior é intenta coger el fondo del útero: en este momento los dedos vaginales dejan la cara posterior del útero y son conducidos por delante del cuello, al que rechazan ó empujan hacia atrás (maniobras de SCHULTZE). La reducción

se mantendrá por medio de un pesario de HODGE, que se coloca en la vagina tal como indica la figura 283.

Un útero retrodesviado *poco voluminoso, completamente movable, en una mujer que no tenga lesión alguna de los anexos, es reducible, pero incoercible; el pesario es mal tolerado* y resulta insuficiente á causa de la amplitud de la vagina y de la flacidez del suelo pelviano; todas estas distintas eventualidades constituyen indicaciones para el enderezamiento operatorio ó reposición cruenta del útero. Colocar de nuevo el útero en anteposición, puede lograrse: 1.º por el *acortamiento de los ligamentos redondos*, cosa que es realizable, ya mediante una operación *extraabdominal*, poniendo al descubierto los ligamentos en su trayecto inguinal, ya por una intervención operatoria *intraabdominal*; 2.º por la  *fijación del cuerpo uterino á la pared del abdomen* (histeropexia abdominal, ventro fijación); 3.º por la  *fijación del cuerpo uterino á la pared anterior de la vagina* (vaginofijación).

El acortamiento extraabdominal de los ligamentos redondos, propuesto por ALQUIÉ en 1840 fué llevado á la práctica por ALEXANDER en 1881 y por ADAMS en 1882, circunstancias que explican el triple nombre con que es conocida esta operación. Por medio de una incisión oblicua hacia arriba y afuera, á cada lado de la espina del pubis, se pone al descubierto la aponeurosis del oblicuo mayor, con lo cual puede reconocerse el orificio anterior del conducto inguinal, un lóbulo adiposo que allí se encuentra (pelotón grasoso de IMLACH) y el ramo inguinal del nervio génitocrural. Abrese luego el conducto inguinal y por medio de la sonda acanalada se liberta el ligamento redondo de sus conexiones celulosas. Tirando ó haciendo tracción sobre el ligamento redondo descubierto á uno y otro lado de la línea media se llega á atraer al exterior su porción pelviana, en una extensión de 10 á 12 centímetros de cada uno de ellos. Al mismo tiempo que los dedos de un ayudante, colocados en la vagina enderezan el útero, se fijan mediante suturas con catgut á la aponeurosis del oblicuo mayor los extremos de los ligamentos anchos seccionados.

El acortamiento *extraabdominal* de los ligamentos redondos está expuesto á dificultades (delgadez ó poca fuerza del ligamento) ó á dar resultados incompletos (desconocimiento de lesiones anexiales tal vez existentes). Gracias á la cirugía aséptica el descubrimiento *intraabdominal* de los ligamentos redondos es una operación segura, de gran claridad, muy adecuada para lograr la completa corrección que se desea: practicada la

laparotomía, se cogen los ligamentos redondos en su porción densa y resistente, á cierta distancia de los ángulos ó cuernos del útero, se acodan formando asa y se fijan mediante sutura en un trayecto músculoaponeurótico, que se abre con el bisturi en el plano muscular de la pared, á derecha é izquierda de la incisión abdominal, cerca de la sínfisis púbica.

En lugar de fijar el útero por sus dos ángulos mediante los ligamentos redondos recortados, puede suturarse dicho órgano á la pared abdominal, previa laparotomía, mediante tres gruesas hebras de catgut pasadas á través del fondo, de la parte

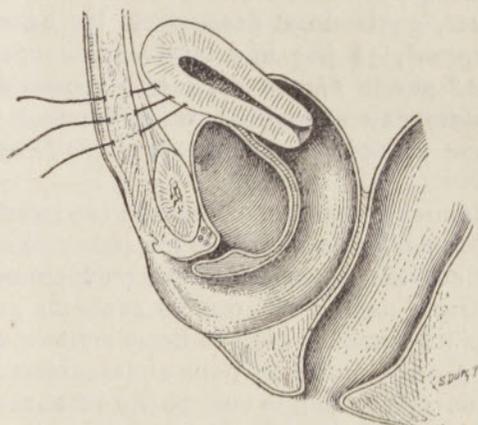


Fig. 284

Histeropexia abdominal (RICHELOT)

media del cuerpo y del istmo uterinos: esta intervención constituye la llamada *histeropexia abdominal* (fig. 284).

La *histeropexia vaginal*, cuyos procedimientos más conocidos son los de MACKENRODT y de DÜHRSSSEN, comprende tres tiempos: 1.º incisión de la pared vaginal anterior; 2.º dirección y apartamiento hacia delante y hacia arriba de la vejiga urinaria; 3.º sutura del cuerpo del útero á los bordes avivados de la incisión vaginal.

Los diversos procedimientos operatorios que sucintamente acabamos de exponer, comparados unos con otros, ¿qué ventajas tienen: 1.º *relativamente á la estabilidad de la corrección*, y 2.º *respecto á su influencia sobre los embarazos y partos ulteriores?* — La operación de ALQUIÉ-ALEXANDER es una buena intervención, que fija muy bien la posición corregida en los casos de útero muy movable, con anexos sanos, y supuesto, natural-

mente, que sea practicada con toda perfección. Además, el útero queda sujeto no por adherencias inextensibles, sino por conexiones vivas, capaces de participar del trabajo de hipertrofia y de reblandecimiento propios del embarazo: esta operación es también la que perturba menos la evolución de la preñez y las condiciones mecánicas del parto. Con la asepsia es preferible ejecutar por la vía intraabdominal este acortamiento de los ligamentos redondos; esto resulta indispensable cuando la retrodesviación es adherente y cuando se sospecha que existen lesiones anexiales. — La histeropexia abdominal expone algo más á accidentes durante la gestación (dolores por tirantes y estiramientos á nivel de las adherencias, interrupción prematura de embarazo) y á complicaciones durante el parto: el sitio de la fijación juega un papel capital en la génesis de estos trastornos distócicos: jamás debe fijarse ó sujetarse el útero por su fondo. La vaginofijación es una operación benigna que da resultados lejanos muy satisfactorios: sin embargo, es todavía poco empleada en Francia.

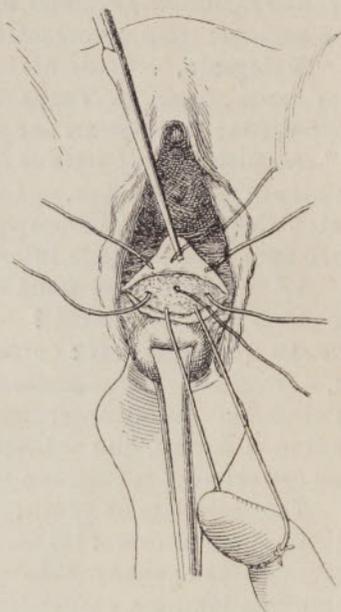


Fig. 285

Histeropexia vaginal: procedimiento de Dürrssen (RICARD y LAUNAY).

ARTÍCULO II

PROLAPSOS GENITALES

El útero baja hacia la vagina, desciende hasta la vulva ó se prolapsa hacia fuera: *bajada*, *descenso* y *prolapso* constituyen las tres etapas de su dislocación por debajo del plano que ocupa en estado normal.

Por regla casi general, el descenso del útero va precedido del prolapso ó caída de las paredes anterior ó posterior de la vagina: *colpocele anterior*, seguido de prolapso vesical (*cistocele*);

*colpocèle posterior*, que puede complicarse de prolapso rectal (*rectocèle*). De ahí resulta que no se trata *solamente de prolapso del útero*, sino de *prolapsos vaginouterinos*, de *prolapsos genitales* y á veces de un *prolapso total* de los órganos pelvianos.

**Patogenia.** — Estos diversos grados de prolapso reconocen por causa, como ya TRÉLAT, BOUILLY y hasta nosotros hemos formulado: 1.º *lesiones mecánicas de desgarró ó de distensión*; 2.º *trastornos de nutrición de los tejidos*, que predisponen al relajamiento y al descenso. — La noción del mecanismo anatómopatológico de las dislocaciones úterovaginales constituye la base en que se funda la intervención terapéutica.

1.º **CONDICIONES MECÁNICAS.** — ¿Cómo queda el útero fijado en su posición normal? — La *terapéutica quirúrgica demuestra que esta fijación la realiza principalmente el sostén inferior del útero, ó sea el suelo vaginoperineal*; en efecto, los mejores resultados se obtienen con las operaciones plásticas que restablecen y levantan el periné, que reducen la abertura del orificio vulvar y que estrechan y consolidan las paredes vaginales.

Teóricamente se admitía en otro tiempo un doble medio de fijación para el útero: los *medios de suspensión* y los *de sostén*, el órgano estando suspendido por arriba y sostenido por debajo, como una lámpara suspendida y otra de pie. — Y este concepto tenía una aplicación práctica, pues acortando los ligamentos redondos ó fijando el útero á la pared se intentaba remontar el útero prolapsado.

Los *medios de suspensión* son de dos clases: los que se insertan en el fondo y el cuerpo del útero y los que se insertan en el istmo. Ahora bien; los primeros tienen un papel suspensor de escasa importancia: los ligamentos redondos y los anchos no están tensos en el estado normal y no tienen otro efecto que guiar el útero en sus oscilaciones ánteroposteriores y mantenerlo en el eje sagital: tal como los lazos ó cuerdas que fijan una bandola. Los segundos agentes ó medios de suspensión tienen escaso valor: son los ligamentos que se insertan en el cuello, á la altura del istmo, y que se dirigen por delante hacia la sínfisis del pubis (ligamento úteropubiano), y por detrás, hacia el sacro (ligamento de DOUGLAS). — Un hecho demuestra bien claro la insuficiencia de estos dos medios de suspensión: cuando la vagina está muy abierta por las valvas, lo cual suprime el sostén vaginoperineal, el útero baja fácilmente por tracción mediante unas pinzas.

Es, pues, necesario comprender bien el papel que desempeña el *sostén inferior*. Esquemáticamente, dos son los diafrag-

mas que, por decirlo así, se hacen la oposición: por arriba, el verdadero diafragma, bajo cuya impulsión ó empuje se ejerce la presión abdominal, y hacia abajo el diafragma pelviano formado por el elevador del ano, reforzado por esfínteres, que se resiste á esta presión.

El diafragma pelviano tiene un centro anatómico: el periné,

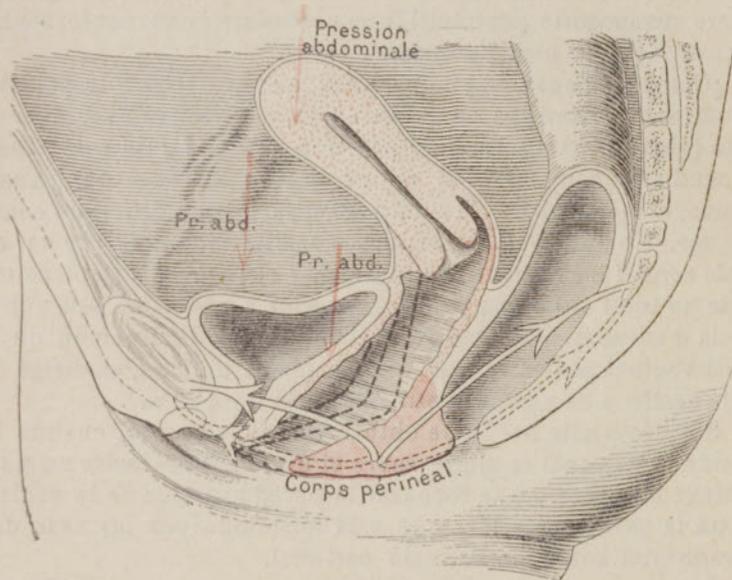


Fig. 286

Esquema que demuestra la resistencia del sostén perineal del útero: periné en el que se concentran dos anillos musculares opuestos, el posterior formado por el esfínter anal y el anterior constituido por el esfínter vulvar y el elevador del ano.

Gracias al plano inclinado de la pared vaginal posterior, la presión abdominal rechaza contra ella la pared anterior de la misma cavidad, lo cual ocluye la vagina.

*Pression abdominale*, presión abdominal; *Pr. abd.*, presión abdominal; *Corps périnéal*, cuerpo del periné

verdadero punto nodal, en el que se concentran dos anillos cortados, dos lazos musculares abiertos que, teniendo un punto fijo opuesto, ejercen una acción contraria (fig. 286). La una, posterior, constituida por el esfínter anal tira hacia el coxis, y la otra, anterior, constituida por el esfínter vulvar y el elevador del ano, tiene sus inserciones fijas en el arco pubiano, de modo que cuando sus fibras entran en acción dirigen la comisura vulvar posterior hacia el pubis.— Cuando estos dos esfínteres entran en

juego simultáneamente, se establece el equilibrio y constituyen una especie de faja ánteroposterior que viene á cruzar, á nivel del periné, una faja ó banda transversal constituida por el importante haz medio del transverso: queda de este modo formada una faja en cruz que tiende á embridar los órganos colocados por encima. En un plano más profundo, el elevador del ano es el que envaina en sus asas la vagina y constituye un verdadero suspensorio contráctil, una verdadera cuna, conforme ha demostrado muy bien FARABEUF.

¿Cómo este suelo vaginoperineal, que se opone á la presión abdominal transmitida de arriba abajo, contribuye á sostener el útero (órgano distante) en su posición normal? ¿De qué modo un conducto, como el de la vagina, puede sostener un órgano macizo, como el útero? He aquí lo que parece difícil de comprender. No obstante, se explica por una razón: *la vagina, en estado normal, no es más que una cavidad virtual*; se establece un contacto total entre sus paredes anterior y posterior. Esta adherencia ó adosamiento está favorecida por la inclinación de la pared vaginal posterior que, en un plano oblicuo, se dirige de abajo arriba y de adelante atrás hacia la horquilla.

Supuesto este hecho de obturación de la vagina, cuando la presión abdominal se ejerce sobre el útero *en ante-flexión normal*, no tiene otro efecto que rechazar la pared anterior de la vagina contra la pared posterior, que está sostenida por las asas del elevador del ano y por el suelo perineal.

Supongamos, por el contrario, que á consecuencia de un parto se han producido las siguientes lesiones: *desgarro de la horquilla ó rotura submucosa del cuerpo perineal; agrandamiento de la hendidura vulvovaginal*. — En tales condiciones, y por efecto de la presión abdominal, la pared anterior de la vagina, tendida, dice BOUILLY, á manera de vela sin apoyo, «cae en falso», puesto que por un lado en vez del espolón levantado que constituye la horquilla, la rasgadura del periné ha dejado una pendiente hacia abajo y atrás, y por otro lado dicha pared no encuentra ya contrapeso firme en la pared posterior, porque el tabique rectovaginal ha quedado reducido á una delgada lámina bimucosa: de modo que la pared anterior, privada de su principal apoyo, se desliza, baja y se despliega hacia el exterior, resultando de ello un colpocele anterior. Por efecto de la anormal abertura de la vagina, la pared posterior se ectropia igualmente, produciéndose el colpocele posterior (fig. 287).

Otro factor interviene aún para disminuir este sostén de la pared vaginal posterior: las lesiones del músculo elevador del

ano producidas durante el parto. Normalmente la vagina está incluida en una especie de ojal muscular, abierto hacia delante; es la principal abertura del suelo pelviano. Esta cincha tiene por efecto atraer hacia delante la pared posterior de la vagina, dar á la parte inferior de esta pared una dirección oblicua, levantarla en plano inclinado hacia la horquilla. Los desgarros

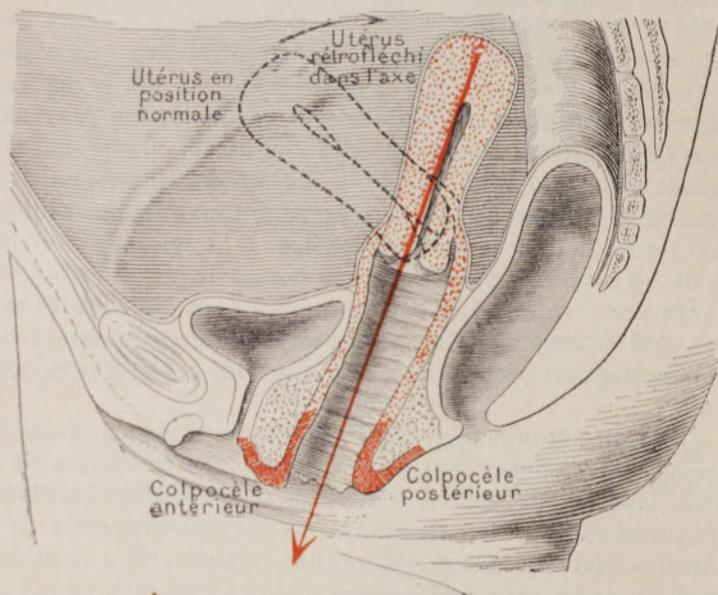


Fig. 287

Esquema que demuestra: 1.º cómo por la rasgadura del periné las paredes vaginales anterior y posterior se deslizan é invierten hacia fuera (colpocèles anterior y posterior); 2.º cómo el útero, en retroversión, se coloca en el eje de la vagina y se sitúa en prolapso primitivo.

*Utérus en position normale*, útero en posición normal; *Utérus rétrofléchi dans l'axe*, útero con retrodesviación; *Colpocèle antérieur*, colpocèle anterior; *Colpocèle postérieur*, colpocèle posterior.

que podríamos llamar tocológicos, consecutivos al paso forzado de la cabeza fetal á través de esta hendidura muscular, *hiatus genitatus* de HALBAU y TANDLER, dan por resultado agrandar este punto débil, esta especie de laguna del suelo pelviano: la pared posterior no queda ya sostenida ni atraída hacia delante por la cincha formada por los fascículos internos de los elevadores; su dirección cambia, y de oblicua que era tiende á hacerse vertical; la vulva se ensancha y mira hacia abajo; la pared anterior de la vagina, no sostenida, se desliza hacia abajo; la pared pos-

terior hace lo mismo gracias á estar permanentemente abierta la vulva. La extensa monografía de HALBAU y TANDLER ha puesto muy claramente de manifiesto esas lesiones tocológicas de los elevadores.

Así, pues, en general lo que inicia el estado morbosos es el deslizamiento, la salida al exterior ó procidencia de las paredes vaginales; el útero no desciende sino consecutivamente.

En algunos casos, sin embargo, el descenso del útero es el hecho inicial: hay un prolapso uterino primitivo que precede al colpocele vaginal. — Estos casos se explican por la siguiente patogenia: bajo la influencia de la relajación de las inserciones ligamentosas y peritoneales del útero, el órgano se ha colocado en retroflexión; se halla entonces situado en el eje mismo de la vagina, que es para el útero un verdadero conducto herniario; bajo la presión abdominal y á menudo con ocasión de un esfuerzo, penetra en ese conducto y desciende cada vez más por el mismo invirtiendo poco á poco las paredes vaginales. Así se explican las observaciones de caída brusca del útero en vírgenes ó nulíparas, con el periné joven y bien musculado.

2.º CONDICIONES PATOLÓGICAS.— Los fenómenos mecánicos se complican generalmente con alteraciones nutritivas de los tejidos. Como había indicado TRÉLAT, es necesario admitir una disposición individual particular, una laxitud congénita de los medios de fijación del aparato genital, comparable á la que predispone á las hernias: hay perinés mal conformados y con insuficiencia muscular. No obstante, el parto es el que desempeña el papel más directo en la producción de estas modificaciones tróficas. Durante el embarazo se produce una hipertrofia y un reblandecimiento de los medios de fijación del útero; las paredes de la vagina se alargan y ensanchan. Llega el trabajo del parto y distiende y estira todo el conducto genital, forzando el elevador del ano. Después del parto, el útero, sus ligamentos y las paredes vaginales han de sufrir el proceso llamado de involución, que devuelve á los órganos su volumen primitivo. Si esta involución es deficiente, el útero permanece voluminoso, pesado, alargado é hipertrofiado principalmente en su porción cervical, por arriba y por abajo de las inserciones de la vagina; las mismas paredes vaginales quedan demasiado anchas y flácidas; los ligamentos uterinos están distendidos, y en la profundidad, como dice BOULLY, el tejido celular pelviano, «verdadero cemento entre las paredes vaginales, el útero y las partes vecinas» está atrofiado y sin cohesión.