

UNIVERSIDAD DE CHILE
CLINICA GINECOLOGICA DEL PROF KORNER

R. DE LA FUENTE A.

Tratamiento de los grandes
prolapsos uterinos por la
Operacion de Schauta

MEMORIA DE PRUEBA

Para optar al grado de Licenciado en
la Facultad de Medicina y Farmacia

CH 839
1912

SANTIACO
TALLERES DE LA EMPRESA ZIC-ZAG
Calle Teatinos 666
1912

el Dr.
Dr. Samuel Jones. P.
Apostillamento
El autor
Sant. 18 Dic 1912
m
D 333 t
1912

UNIVERSIDAD DE CHILE

CLÍNICA GINECOLÓGICA DEL PROF. KÖRNER

Tratamiento de los grandes

Prolapsos uterinos

por la Operación de Schauta

FOR

RUDECINDO DE LA FUENTE A.

Ayudante de la Clínica Ginecológica.—Ayudante de la Asistencia Pública
Ex-interno del Hospital San Juan de Dios (1908-1912)

MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA Y FARMACIA



SANTIAGO DE CHILE

TALLERES DE LA EMPRESA ZIG-ZAG

666 - TEATINOS - 666

1912

Rm. 13468

Al Prof. D. Victor Körner

Al distinguido Jefe de la Policlínica Ginecológica

Prof. D. Guillermo Anwandter



INTRODUCCION

Se podría creer que, siendo la Ginecología una especialidad corta, se hubiera dicho ya, la última palabra, sobre los métodos operatorios para el tratamiento de las diferentes afecciones.

Sin embargo, sucede aquí, como en la cirugía en general, que se modifican las operaciones ya existentes o se recomiendan otras nuevas.

En estos últimos años, las operaciones plásticas, que tienen por objeto la corrección de las situaciones anormales de los órganos, han sufrido importantes modificaciones, debido al diferente modo de apreciación que se tiene sobre su etiología.

Algo análogo ha pasado con los órganos genitales femeninos, que al conocer mejor los elementos de sostén y de fijez del útero y sus funciones fisiológicas, se ha variado también el concepto clínico que antes se tenía sobre algunas afecciones de dicho aparato, como ha sucedido, por ejemplo, con el prolapso y su tratamiento.

Es sin duda el prolapso uterino, una de las afecciones que más ha llamado la atención de los cirujanos en cuanto a su tratamiento. Mucho se ha discutido sobre este tema y con este fin, se ha recomendado un gran número de métodos operatorios, lo que está demostrando que no hay ninguno que satisfaga ampliamente.

Es de uno de estos métodos operatorios del que voy a ocuparme en este trabajo, cuyas ventajas he podido apreciarlas personalmente, viéndolo practicar en la Clínica Ginecológica y de cuyos resultados también me he impuesto en operadas, después de transcurridos algunos años.

Por otra parte, parece que es una operación poco conocida en el país o a lo menos, no se tiene conocimiento de que se haya practicado en otros servicios.

No pretendo en este trabajo presentar una novedad, sino únicamente recomendar un método que data ya de algunos años, y que es de una técnica sencilla y sin peligros y cuyos resultados son espléndidos.

Mis más sinceros agradecimientos al infatigable jefe de la Policlínica Ginecológica, doctor don Guillermo Anwandter, quien me ha guiado en este tema sacrificando aun sus horas de trabajo.



Antes de entrar a la descripción de la operación de Schauta, es conveniente recordar la etiología y el mecanismo de los prolapsos, la anatomía topográfica de la región con relación a ellos y la fisiología del aparato de sostén de los órganos genitales de la mujer.

Mencionaremos también a la ligera, algunos otros métodos operatorios, cuya elección depende de la edad y del grado más o menos avanzado de la lesión, eliminando, sí, la extirpación del útero, que está casi completamente abandonada por las consecuencias funestas a que da lugar, cuando a raíz de la extirpación de este órgano se producen los enteroceles vaginales, muy difíciles y a veces imposible remediar.

Se entiende por prolapso uterino, la salida fuera de los órganos genitales externos, de todo el útero o más frecuentemente de la mitad inferior de él.

Esta afección sería para algunos autores como Fritsch, Veit, Fehling y otros, el último período de la retroversión o retroflexión.

Se produciría, según ellos, de la siguiente manera: la presión intra-abdominal a que están sometidos los diferentes órganos situados en la cavidad pelviana, varía según la posición que adopte la persona. De pie, la presión que obra sobre los órganos alojados en la pelvis, es igual a una columna de agua de 40 cm. de altura, (manómetro de agua); en decúbito dorsal es de

15 cm.; y en posición genupectoral, es negativa. Esta presión aumenta cuando aumenta también la presión abdominal.

Ahora bien, si el útero se encuentra en ante flexión, la presión intra-abdominal viene a obrar sobre su cara posterior; exagera entonces su posición normal y acerca su fondo más hacia la sínfisis e impide de esta manera el prolapso del órgano. Pero no sucede lo mismo en las posiciones de retroversión o retroflexión. En estos casos existe ya un marcado descenso uterino, descenso que se aumenta, debido a que la presión ya no obra sobre la cara posterior del útero, sino que viene a ejercer su acción sobre su fondo.

Si a esto se agrega los esfuerzos exagerados que aumentan la presión intra-abdominal y una deficiencia de los elementos que mantienen al órgano en su posición normal, el descenso sigue su progreso lento hasta que se produce el prolapso completo.

El esfuerzo sería entonces la causa determinante constante en la producción del prolapso. Se observa principalmente en la forma aguda, que es excepcional, y de los que se tiene ejemplos aun en las vírgenes, (casos de Fletwood, Nonat, Churchill, Monro, Scanzoni-Trélat, Mundi, etc.) En este caso, el esfuerzo es suficiente para vencer bruscamente la resistencia de los medios de fijez del útero, a veces sanos y normales y otras alterados.

Pero más frecuentemente el prolapso se produce de una manera lenta, bajo la influencia de esfuerzos habituales repetidos, que renuevan diariamente su acción y que sólo llegan a producir el descenso, gracias al debilitamiento previo de los medios de fijez del órgano. Estos esfuerzos son variables, ya son actos profesionales (lavanderas por su posición en cuclillas), trabajos penosos, etc.; ya sea al contrario, esfuerzos de tos, vómitos, una caída sentado, y principalmente, la defecación en las mujeres que sufren de constipación tenaz.

Aun en los prolapsos poco marcados, se observa siempre que descende la pared anterior de la vagina, la que arrastra consigo a la vejiga, formando un cistocele. Las paredes posterior y laterales, no acompañan el descenso en la misma proporción, aún cuando el prolapso sea completo.

Autores como Halban, Tandler, O. Nebesky, han asimilado el prolapso a una verdadera hernia pelviana, dándole toda la importancia a la insuficiencia del músculo elevador del ano, de las aponeurosis pelvianas y de los demás elementos que componen el suelo pelviano.

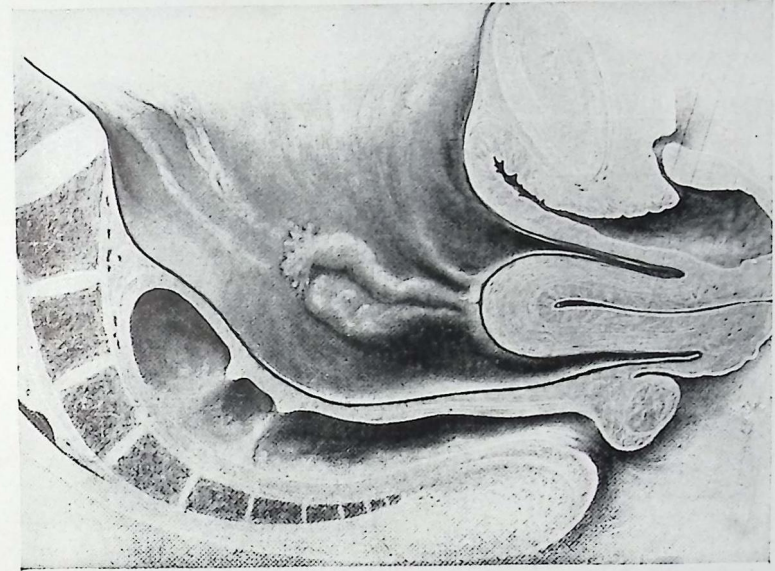
Esta insuficiencia se produciría, por ejemplo, a consecuencia de los partos o por anomalías de formación.

Para dichos autores el modo de formación del prolapso, se-

ría igual al de la hernia. Si el *hiatus genital* no cierra la suficiente, sino que permanece abierto, formaría una especie de anillo herniario, a través del cual serían rechazados los órganos o partes de ellos que estuvieran bajo la acción de la presión intra-abdominal exagerada.

Bumm, Schultze, Hart, reconocen ambas causas en la formación del prolapso.

Para demostrar la importancia que tiene el elevador del ano, recuerdan estos autores, el tratamiento causal, no operatorio de



los prolapsos y sus éxitos. Una terapéutica causal, tendría por objeto conseguir un estrechamiento de hiatus genital, por medio del reforzamiento del músculo elevador y del trasverso perineal profundo. Thure Brandt, ha conseguido esto, por medio de ejercicios gimnásticos adecuados, (kniping), en prolapsos no muy avanzados.

Los prolapsos de las nulíparas son generalmente una manifestación del infatilismo. Tienen un mecanismo distinto, que no mencionaremos por ser excepcional. Tampoco describiremos el mecanismo del prolapso por hipertrofia del cuello.

Aceptada la etiología y mecanismo aquí descritos, para su mejor comprensión, describiremos a la ligera los medios de sostén y suspensión de los órganos uro-genitales.



El aparato uro-genital de la mujer, es mantenido en su posición normal: 1.º) por un aparato de *suspensión* que se une a los órganos por arriba y lateralmente; 2.º) por un aparato de *sostén*, es decir, un plano de tejidos que impide el descenso de los órganos que se encuentran bajo la acción de la presión intra-abdominal.

En el aparato de suspensión para el útero, vagina, vejiga y recto, figura en primer lugar el "*el tejido conjuntivo*" que, partiendo de la pared pelviana, se une a los órganos tomando el nombre de "*fascia endopelviana*". El tejido conjuntivo de esta fascia endopelviana, no es en general consistente, y sólo se hace más firme, en aquellas regiones en que se une a los bordes del útero, al nivel mismo en que la arteria y vena uterinas llegan a este órgano, formando ahí el *ligamento cardinal*. En la preparación anatómica estos manojos de tejido conjuntivo se revelan de una consistencia relativamente laxa y que difícilmente podrían soportar una presión prolongada.

Manojos mucho más resistentes nacen del sacro, a ambos lados del recto y se dirigen hacia la cara posterior del útero, insertándose en el límite del cuello con el cuerpo uterino. A estos manojos se les conoce con el nombre de *ligamentos sacro-uterinos*. Están constituídos por fibras de tejido conjuntivo y fibras musculares lisas, lo que hace que tengan una acción más energética aún. Su acción es llevar el cuello, uterino hacia atrás, con-

tribuyendo de esta manera a mantener el útero en su posición normal en anteflexión.

Una acción análoga tienen los manojos conocidos con el nombre de *ligamentos redondos*, que saliendo del canal inginal envueltos en un repliegue peritoneal, llegan a los bordes del fondo uterino. Contienen también estos ligamentos algunas fibras musculares, pero tan débilmente desarrolladas, que es imposible atribuirles alguna acción fisiológica.

Para terminar con la descripción del aparato de suspensión de los órganos genitales de la mujer, réstanos por mencionar los *ligamentos anchos*, esas dos hojas peritoneales que, partiendo de las paredes de la pelvis, llegan al útero para revestir sus caras anterior y posterior. Contienen también algunas escasas y débiles fibras de tejido conjuntivo.

Estos ligamentos desempeñan el rol de mesenterio, protegen los vasos y los nervios.

Como se vé, el aparato de suspensión es muy débil para que pueda contrarrestar la presión intra-abdominal, de donde se deduce que el verdadero rol que viene a desempeñar, es el de mantener al útero en su posición colgante de anteflexión. Esta misma flaxidez del tejido es necesaria, para que los órganos de la generación se acomoden a las dislocaciones fisiológicas que producen los diferentes estados de plenitud que se presentan en la vejiga o en el recto y aun en el mismo embarazo.

Muy diferente es el aparato de sosten de los órganos genitales conocido con el nombre de *suelo pelviano*. Al lado del material conjuntivo y aponeurótico de que consta, se encuentra un aparato muscular enormemente desarrollado.

El músculo principal y más poderoso del suelo pelviano es el *elevador del ano*, que nace: 1.º, por delante, de la rama descendente y de la rama horizontal del pubis; esta inserción pubiana empieza del lado de la línea media a 8 ó 10 milímetros de la sínfisis; a 4 ó 5 milímetros por encima del ligamento sub-pubiano, muchas veces en el ligamento mismo. 2.º Por detrás, nace de la cara interna de la espina ciática, inmediatamente por delante del músculo isquio-coxígeo. 3.º En el intervalo comprendido entre estos dos puntos extremos, sobre una especie de arco fibroso, el *arcus tendíneus*, que se extiende del uno al otro y que puede considerarse como resultado del engrosamiento a su nivel, de la aponeurosis del músculo obturador interno.

Los haces anteriores o pubianos que nacen cerca de la sín-

fisis y que tienen gran importancia en la etiología de los prolapso, van a insertarse en el rafe medio, inmediatamente detrás de la vagina. Este conducto se halla así incluido en una especie de ojal muscular, que lo rodea en todo su contorno, excepto por delante, donde los citados haces, en lugar de reunirse, permanecen separados por un espacio de 25 a 30 milímetros. En los puntos en que se pone en contacto con la vagina, el elevador del ano se adhiere íntimamente a ella. De esta disposición resulta que, cuando los elevadores del ano se contraen, la vagina en su parte correspondiente a este músculo, se halla comprimida lateralmente. Si se le hace a la mujer, estando en decúbito dorsal, levantar la pelvis y contraer al mismo tiempo el recto, (ejercicio que Thure Brandt llama *kniping*), palpa el dedo introducido en la vagina, los haces fuertemente contraídos de este músculo, que estrechan dicho conducto en su parte media e inferior.

Estos haces son también conocidos con el nombre de *músculos pubio-rectales*.

Tanto en la dirección como en el grosor de sus fibras musculares existen diferencias individuales. En las multíparas, las fibras divergen de atrás adelante más que en las nulíparas, porque con los partos, las fibras internas han sido desgarradas en su inserción pubiana, cerca de la sínfisis.

Schatz y Ziegenspeck, fueron los primeros que llamaron la atención a esta diferencia en el pubio-rectal, para la formación de los prolapso; pero es a Tandler y Halban a los que corresponde el mérito de haber demostrado en un notable estudio anatómico, la relación íntima que existe entre la formación del prolapso y la dirección y el poder de estos manojos musculares.

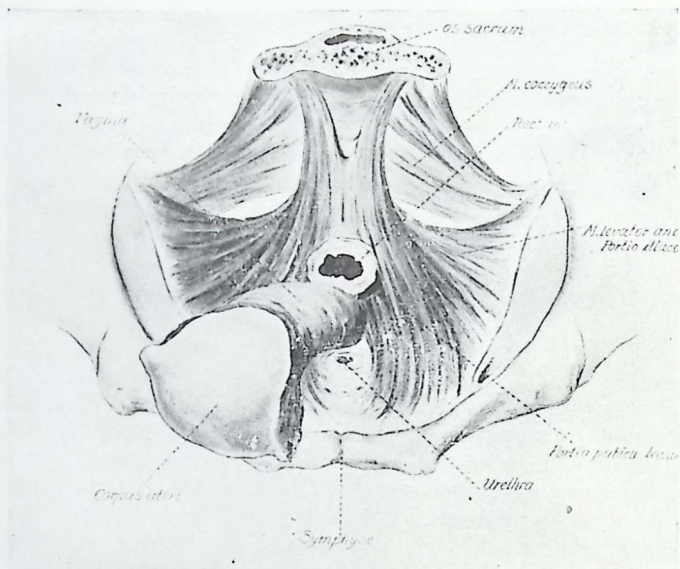
El espacio que dejan entre sí los dos manojos divergentes del pubio-rectal, ha sido denominado "*hendidura del elevador o hiatus genitales*".

Estos autores comparan estos manojos musculares del elevador del ano, que limitan el *hiatus genitales*, con los bordes de un anillo herniario. Si este anillo se abre por la divergencia de sus bordes, entonces los órganos que se encuentran bajo la acción inmediata de la presión abdominal, serán expelidos por esta abertura.

El útero de la mujer adulta, es normalmente más ancho que el hiatus genital, y por este motivo, la presión abdominal no es capaz de hacerlo pasar a través de él; pero si dicha hendidura del elevador se ha ensanchado o agrandado, ya sea por destrucción de los manojos musculares sinfisarios o por la formación de cicatrices en su espesor y al mismo tiempo el útero ha disminuído de volumen, como por ejemplo, en la atrofia senil,

entonces puede la presión intra-abdominal hacerlo salir y tendremos producido el "prolapso uterino". El deslizamiento de este órgano se hará más fácil cuando se encuentra en retroversión; en este caso, el cuello dilatará a manera de cuña el hiatus.

Como el útero está en conexión por medio de manojos de



tejido conjuntivo con la cara posterior de la vejiga, arrastrará a ésta hacia afuera, invaginando el fondo de la vagina, produciendo un cistocele. La formación del rectocele es menos frecuente, debido a que las conexiones del recto con la pared posterior de la vagina son más flácidas.

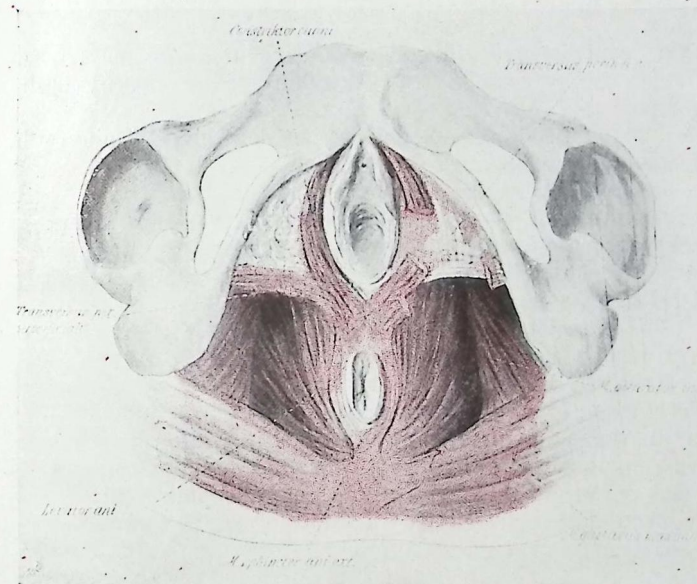
Fuera del elevador del ano, tenemos otro plano de tejidos, el *diafragma uro-genital*, compuesto en parte de músculos y en parte de aponeurosis. Los músculos que lo forman son:

TRASVERSO PROFUNDO DEL PERINE.—Músculo impar cuyas fibras constitutivas nacen de las ramas isquio-pubianas. Algunas de ellas, sin embargo, parecen originarse de la aponeurosis perineal media.

Desde las ramas isquio-pubianas, estas fibras se dirigen hacia adentro siguiendo un trayecto transversal más o menos oblicuo. Por su situación, las dividiremos en posteriores, medias y anteriores. Las fibras posteriores se dirigen hacia atrás de la vagi-

na, se ponen en contacto en la línea media con las del lado opuesto entrecruzándose más o menos con ellas, y finalmente se insertan en la aponeurosis perineal media. Estas mismas fibras, se unen en la línea media con fibras musculares del elevador del ano, en el *centro tendíneo*. Las fibras medias se dirigen hacia los lados de la vagina: forman el transversal vaginal de Fuhrer. Las fibras anteriores, por último, se dirigen hacia adelante de la uretra y constituyen el transversal uretrae de Lesshaft.

Tanto en el desarrollo del músculo, como en las hojas aponeuróticas, existen variaciones muy marcadas: en las nulíparas robustas (bien constituidas) se presenta este músculo con sus aponeurosis del grosor del dedo meñique y en las multíparas o en individuos de desarrollo muscular miserable, se presenta como una lámina, encontrándose en su preparación, sólo aisladas fibras musculares.



CONSTRUCTOR CUNNI.—Nace por detrás, del rafe ano-vulvar, donde sus haces de origen se entremezclan siempre con los del esfínter del ano. De aquí se dirige hacia adelante, cubre sucesivamente la glándula de Bartolino y el bulbo de la uretra y llega al codo del clítoris, donde termina suministrando dos lengüetas tendinosas: una inferior que se inserta en la cara dorsal del clí-

toris y otra superior que se fija en el lado correspondiente del ligamento suspensor. Por debajo del clítoris el constrictor cunni presenta algunas otras inserciones, que se verifican en las partes laterales del bulbo y en la mucosa vulvar en el espacio comprendido entre el clítoris y el meato.

El constrictor cunni reviste en su conjunto la forma de un haz arqueado, cuya concavidad mira hacia la línea media. Uniéndose el del lado derecho con el del lado izquierdo, constituyen un músculo impar y medio de forma anular, que abraza la extremidad inferior de la vagina, del mismo modo que el esfínter anal abraza la del recto.

TRASVERSO PERINEAL SUPERFICIAL.—Nace en la cara interna de la tuberosidad isquiática por fibras aponeuróticas a las que siguen fibras musculares.

Desde allí, se dirige hacia adentro y al llegar a la línea media, termina en el rafe fibroso que se extiende del ano a la comisura.

Al contraerse junto con el del lado opuesto, pone tenso este rafe fibroso y suministra así un punto fijo al músculo bulbo cavernoso, que en su mayor parte se inserta en dicho rafe.

ISQUIO CAVERNOSO.—Se inserta por detrás en el isquion y la rama isquio-pubiana que lo continúa.

Desde allí, se dirige oblicuamente hacia adelante y adentro abarca en una especie de semi-vaina la raíz del cuerpo cavernoso correspondiente y va a terminar en el clítoris a nivel de su codo; sus fibras se insertan a la vez en la cara superior y en la cara lateral de este órgano.

APONEUROSIS DEL PERINE.—Se distinguen en superficial, media y profunda.

APONEUROSIS PERINEAL SUPERFICIAL.—Ocupa el espacio triangular que circunscriben las dos ramas isquio pubianas. Sus bordes laterales se insertan en el labio anterior de dichas ramas. Su base que forma el límite recíproco del periné anterior y del periné posterior, se refleja de abajo arriba por detrás de los dos músculos transversos, para continuarse encima de estos músculos con la aponeurosis perineal media. Su vértice, dirigido hacia adelante, se pierde insensiblemente en el tejido celular del Monte de Venus. Su cara inferior está en relación con la fascia superficialis y con la piel. Su cara superior cubre las raíces del clítoris y los músculos transversos, isquio cavernoso y bulbo cavernoso. Su parte media, finalmente, nos presenta un ancho orificio, alargado de atrás adelante y destinado a dar paso al conducto vulvo-vaginal. Los bordes de este orificio, situados inmediatamente por dentro de los dos músculos bulbo cavernosos o

músculo constrictor de la vagina, se pierden en las paredes de la vulva.

2). **APONEUROSIS PERINEAL MEDIA.**—La aponeurosis perineal media o ligamento de Carcassonne, se inserta, en el labio posterior de las ramas isquio pubianas. Como en el hombre, se compone también de dos hojas, una superior y otra inferior, en cuyo intervalo se encuentran los vasos pudendos internos y cierto número de haces musculares, de dirección trasversal u oblicua, que hemos descrito más arriba. El orificio uretral, muy pequeño en el hombre, adquiere en la mujer dimensiones considerables, pues, además de la uretra, deja pasar la vagina; se convierte en el orificio uretro-vaginal.

3). **APONEUROSIS PERINEAL PROFUNDA.**—La aponeurosis perineal profunda o pelviana, presenta exactamente la misma disposición que en el hombre, con la variante, sin embargo, de que la próstata se halla aquí reemplazada por la vagina. En los puntos en que se pone en contacto con la vagina, la aponeurosis perineal profunda se adhiere íntimamente a la túnica conjuntiva fibrosa de este último conducto.

Según lo expuesto anteriormente, en la formación del aparato de sostén de los órganos genitales entran elementos musculares y aponeuróticos. Pero en la terapéutica operatoria del prolapso ¿a cuál de estos dos elementos hay que darle mayor importancia?

Respecto al elevador del ano, debemos tomar en cuenta su musculatura.

En el diafragma uro-genital, hemos visto, que el músculo trasverso perineal profundo está tan débilmente desarrollado, que sólo podemos tomar en consideración su aponeurosis.

Pero en general, es la masa muscular la que domina y a la que debemos darle la mayor importancia.

Comparaciones con otras regiones del cuerpo humano, nos hace llegar a esta conclusión. Así, por ejemplo, el abdomen, está protegido por detrás y a los lados, por fuertes masas musculares y sólo por delante, en la línea media, se encuentra únicamente aponeurosis. Casi nunca se ve producirse hernias en los flancos del abdomen y sí, son muy frecuentes en la línea media, de donde se deduce, que es la masa muscular la que presenta mayor resistencia a una presión constante. Lo mismo sucede en las mujeres que han tenido muchos partos; si se produce una

diastasa de los músculos rectos, la aponeurosis no es capaz, por sí sola, de impedir la ptosis viceral, formándose entonces los vientres colgantes.

En general, la cirugía abdominal demuestra que, para impedir las hernias no debemos comprometer la integridad de los músculos.

La profilaxia misma de los prolapsos, nos enseña, la importancia que hay que darle a la musculatura del suelo pelviano. Durante el parto, los músculos del periné son distendidos enormemente y en muchos casos (primerizas de alguna edad) el músculo pubio-rectal sufre desgarraduras en su inserción cerca de la sínfisis. También se presentan desgarraduras en la continuidad del músculo elevador del ano, aun en los partos espontáneos, como lo han demostrado Schatz, Selheim, Pankow y otros. La práctica demuestra entonces, que para devolver al músculo hiperdistendido su antigua forma y elasticidad, es necesario hacerlo funcionar lo más temprano posible. Por este motivo, hoy día ya no se acostumbra la larga estadía en cama después del parto, sino que se recomienda un reposo corto acompañado de movimientos gimnásticos adecuados, desde el primer día, que tienen por objeto, hacer contraer fuertemente los músculos del periné. Por este mismo motivo, está indicado también el forceps, cuando el período de expulsión se prolonga, porque es más perjudicial una distensión prolongada del periné, que una extracción forzada, siempre que la indicación del forceps reuna todos los requisitos. Por estas mismas causas impera la obstetricia conservadora, que prohíbe las aplicaciones atípicas del forceps, que producen desgarraduras profundas del elevador del ano.

Pero no hay que olvidar que, aun sin intervención operatoria, se producen insuficiencias y aun desgarraduras musculares.

Toda desgarradura, debe ser suturada con la exactitud y proligidad requeridas.

Las lesiones que se originan en el parto y aquí debemos también intercalar las desgarraduras musculares sub-cutáneas que se producen en primíparas de edad, pueden producir la predisposición para el prolapso.

Muchas veces, el prolapso se manifiesta sólo después, cuando la mujer entra al climaterio, en el que el útero disminuye de volumen o bien se produce la atrofia. Antes, el tamaño relativamente grande del útero, impedía su producción aun existiendo insuficiencias del aparato muscular. Por este motivo, es que la experiencia clínica nos demuestra que el mayor número de prolapsos, aparece en el climaterio entre los 46 a 50 años y más.



TERAPEUTICA OPERATORIA DEL PROLAPSO

OPERACION DE SCHAUTA

La terapéutica operatoria de los prolapsos avanzados, se dirige en general, simultáneamente al aparato de suspensión y al de sostén.

Las operaciones en el aparato de suspensión, no tienen otro objeto, que devolver y mantener al útero en su posición de ante-flexión. De esta manera, se retira a la vejiga del campo de presión sobre el hiatus genital (impidiendo la formación del cistocele) y el deslizamiento del útero en esta posición a través de esta hendidura, se hace muy difícil.

La operación en el aparato de sostén tiene por objeto, formar un plano muscular suficiente, acompañado al mismo tiempo de un estrechamiento del *hiatus genital*.

Los músculos que hay que tomar en cuenta para esto, como se ha dicho ya, son: el transversal perineal profundo y las fibras internas del elevador del ano o músculo pubio rectal.

Solamente cuando la hendidura del hiatus genital es de por sí estrecha y cuando el útero no ha prolapsado manteniéndose

por encima del plano del elevador y cuando únicamente una pequeña parte de las paredes vaginales ha descendido, solo entonces puede contentarse el cirujano con la sutura de los músculos y fascias superficiales acompañado de estrechamiento de la vagina.

Antes de elegir un modus operandi, es necesario darse cuenta cabal respecto a los tres puntos siguientes:

1.º Situación del útero.

¿Está en anteflexión o retroflexión?

¿Queda el útero, cuando la mujer puja por encima del plano del elevador o queda en parte o totalmente por debajo de este plano?

2.º Dimensión del hiatus genital, estando los músculos en reposo y prueba funcional del músculo pubio-rectal cuando hay contracción.

3.º Estado de la vagina y de la musculatura perineal.

De estos tres puntos, es el segundo el más importante para la elección del método operatorio y para el pronóstico de la recidiva.

Adolph, ha demostrado con el material de la clínica de Friburgo, que la recidiva está en relación con la debilidad funcional del elevador del ano y con la amplitud del *hiatus genital*.

Si se comprobaba antes de la operación que contrayéndose el músculo elevador del ano, el hiatus genital quedaba reducido a una hendidura cuyo ancho no fuera más de 1 a 1½ través de dedo, el resultado posterior de la operación, sería bueno, pero si esta hendidura quedaba de un ancho de 2 o 3 traveses de dedo, el resultado sería inferior.

De todo lo expuesto, se deduce, que en los casos en que el funcionamiento del elevador del ano es bueno y la dimensión del hiatus genital, no pasa de 1½ través de dedo, bastan la colpografía anterior y la colpo perineoplástica, unidas a una de las operaciones que tienen por objeto mantener al útero en su posición normal.

En los casos en que el hiatus tenga más de dos traveses de dedo, entonces es necesario, la sutura del trasverso profundo, con sutura aislada del elevador del ano.

Entre las operaciones que tienden a mantener el útero en su posición más o menos normal, tenemos la op. de Alexander-Adams, el acortamiento intra-peritoneal de los ligamentos redondos con sus diferentes modificaciones, la véscico fijación, la vaginal fijación y la ventro fijación.

De las operaciones que se efectúan en el aparato de sosten, estando bien desarrollado el elevador del ano y estrecho el hiatus

genital, tenemos: las diferentes colpografías anteriores y perineorrafias.

De los métodos operatorios que tienen por objeto la sutura del músculo trasverso perineal profundo y del elevador del ano, mencionaremos el método de Latzko y el de Bumm.

El método operatorio del Schauta, tiene por origen la ope-

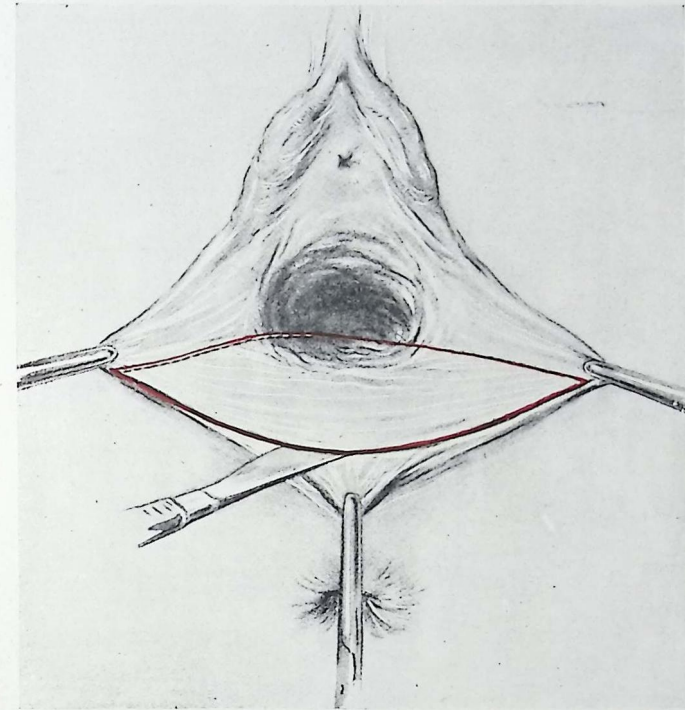


Figura 4

ración ideada por Freund, para el tratamiento de los grandes prolapso vaginales. Consiste ésta, en la luxación del útero hacia afuera a través del fondo del saco posterior de la vagina, previamente abierto y de la sutura de él a la cara anterior y posterior de la vagina. El útero queda entonces colocado en la vagina con el fondo cerca de la vulva, llenándola como una pelota. Al mismo tiempo Freund, suturaba el orificio externo de la porción vaginal y abría un nuevo orificio en el fondo para la salida de la sangre menstrual y de los líquidos de la cavidad.

La operación de Schauta consiste en la interposición del útero entre la vejiga y la vagina unida a una perineo plástica.

Su técnica es la siguiente: 1.º Incisión de la pared anterior de la vagina en la línea media, desde el tubérculo uretral has-

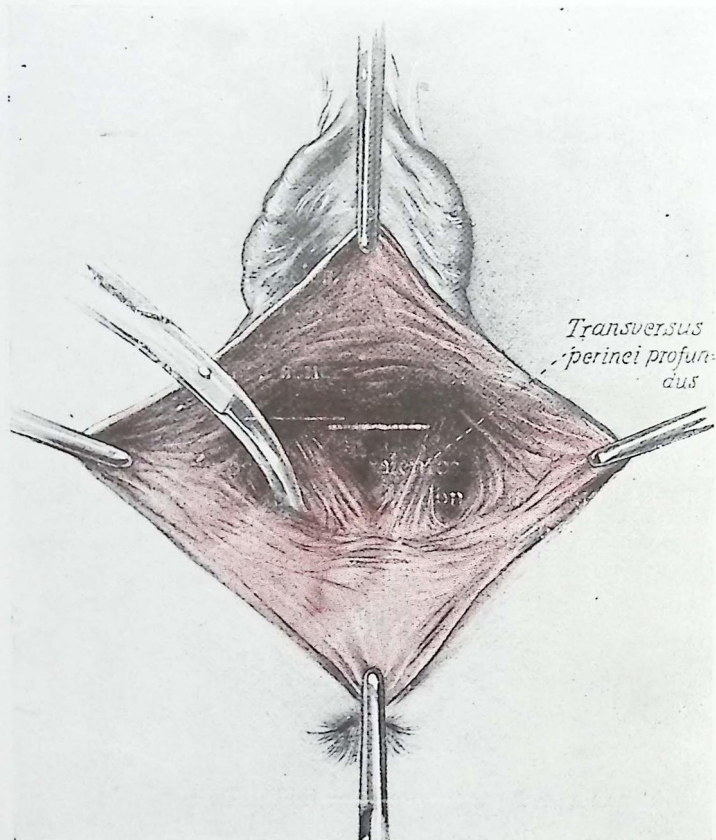


Figura 5

ta el cuello uterino; 2.º) Despegamiento de la mucosa vaginal a ambos lados de la incisión, hasta formar dos colgajos; 3.º) Rechazamiento de la vejiga hacia arriba y abertura del peritoneo en el pliegue vésico uterino; 4.º) Dislocación del útero hacia afuera a través de este ojal peritoneal, tomando con pinzas su cara anterior; 5.º) Sutura del peritoneo de la vejiga a la cara poste-

rior del cuello uterino, quedando con esto la cavidad abdominal cerrada y la vejiga colocada por encima de la cara posterior del útero; 6.º) Sutura de la vagina por delante de la cara anterior del útero hasta el mismo cuello, pasando los puntos de sutura por la musculatura uterina.

Si la mujer está todavía en el período de gestación, se agrega, sine qua non, la esterilización de ella, prefiriéndose en estos casos, la esterilización tubaria.

En seguida se hace la perineo-plástica, que consiste en la sutura del trasverso perineal profundo y elevador del ano.

Para hacer esta sutura, se procede de la siguiente manera: 1.º) Incisión transversal en el límite de la vagina con el periné en una extensión de 6 a 8 cm.; 2.º) Despegamiento de la pared posterior de la vagina de abajo arriba, hasta cerca del Douglas. (Fig. 4).

En la profundidad de la herida aparecen, entonces, las fibras trasversales del músculo trasverso profundo del periné, que nacen de las ramas isquio-pubianas.

Si se disloca el colgajo perineal con una pinza hacia abajo, se ve cómo estas fibras se unen en el centro tendinoso, cambiando de dirección y apareciendo como dos manojos musculares convergiendo hacia atrás.

Se colocan así en la misma dirección que los músculos pubio-rectales, siendo fácil su confusión con éstos. Para no confundirlos, conviene rechazarlos a los lados y entonces se ve más profundamente las fibras del músculo pubio-rectal dirigirse hacia la sínfisis.

Esto es importante, porque es mejor suturar separadamente ambos músculos.

En casos de prolapsos muy grandes, el músculo trasverso perineal profundo, está a veces muy débilmente desarrollado y sucede entonces que se sutura conjuntamente ambos músculos. Bastan unos cuatro puntos de sutura con catgut para unir los manojos. (Fig. 6).

Una vez hecha esta sutura muscular se procede a la sutura de los músculos y fascias superficiales, teniendo cuidado de no dejar huecos; y por último se sutura la mucosa vaginal y la piel del periné.

Para que el útero quede bien colocado y sin esfuerzos, es necesario que no sea muy grande y que su fondo no se acerque demasiado a la vulva.

Esta interposición vésico vaginal del útero, impide en absoluto la recidiva del cistocele. (Fig. 7).

La sutura del trasverso perineal profundo, aumenta la

resistencia del periné, lo que hace que la recidiva del prolapso sea casi ilusoria.

Es verdad que algunos autores, como Döderlein, han cri-

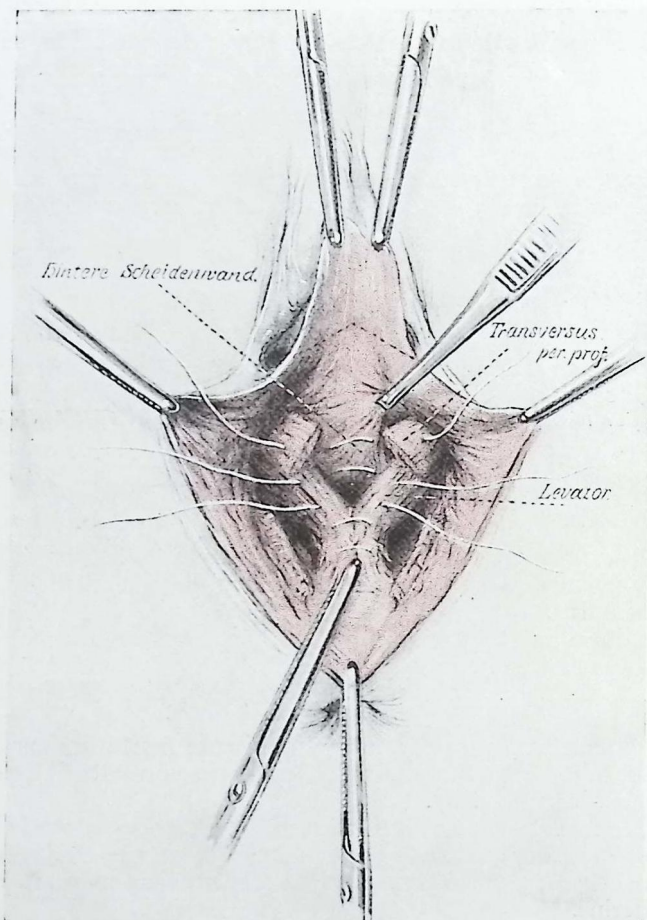


Figura 6

ticado esta operación, porque han tenido casos de muerte, debido a sepsis y recidivas después de algunos años.

La sepsis, puede presentarse, cuando la hemostasis no ha sido prolija; se acumula a veces sangre entre la vagina y el úte-

ro, que puede fácilmente infectarse, como sucedería en cualquiera operación en que se formara un pequeño hematoma y que diera origen a un absceso. Esto es una complicación, pero en ningún caso algo particular a ella. Aun formándose este pequeño absceso, creemos que fácilmente se abriría camino el pus a través de los puntos de sutura de la vagina. Una propagación de la infección a la cavidad peritoneal, es casi imposible, porque al suturarse el peritoneo vesical a la pared posterior del

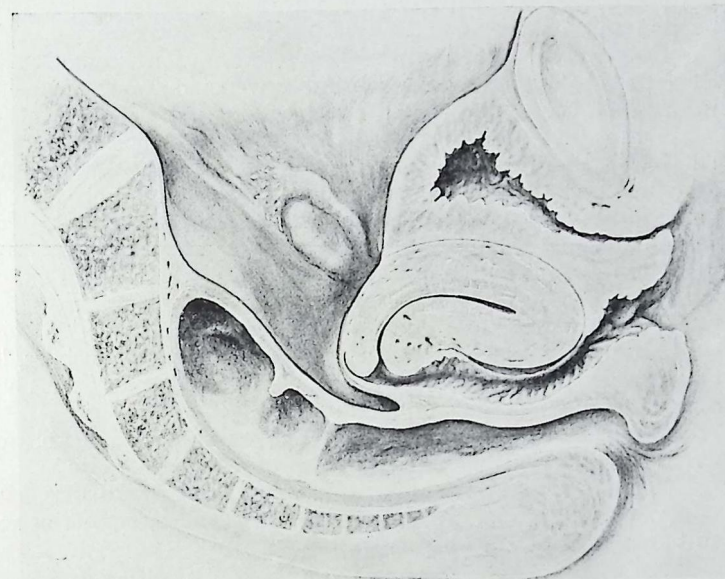


Figura 7

cuello uterino, queda aislada de las superficies cruentas que se han producido durante la operación.

Las recidivas que se han presentado son, según la clínica de Wertheim, debidas a falta de técnica operatoria, por dos causas: 1.º En los casos en que se ha basculado exageradamente el útero, suturando la pared posterior del fondo, en vez de la anterior, en el extremo anterior de la incisión vaginal; entonces el útero quedaría colocado de tal manera, que su eje longitudinal vendría a dar en la hendidura que queda por encima del punto de sutura del trasverso perineal y elevador del ano, no teniendo por consiguiente la suficiente fijeza. Esto sucede

cuando es muy largo el cuello uterino y no se ha tomado en cuenta esta particularidad en la operación.

La otra forma de recidiva, la más común, se presenta en los casos en que, a pesar de que la interposición del útero ha quedado bien hecha, el periné no ha sido bien reconstituido.

Un buen sostén, sólo se consigue con un periné muscular bien reconstituido (aunque no correcto en el sentido anatómico), con la sutura de los elevadores del ano. Para esto conviene no disecar los músculos aislándolos de sus vainas aponeuróticas porque sufre la firmeza de la sutura y estar seguro de haber tomado los músculos y no otro tejido cualquiera.

Sobre este último punto, llama la atención Bumm, en la Sociedad de Ginecología de Berlín, convencido de que en un sinnúmero de casos, no ha sido el elevador del ano el suturado.

Otros autores, como Franz, han criticado también esta operación, diciendo que en muchos casos el elevador del ano está atrofiado y no se le puede encontrar. Bumm, no acepta tampoco esta opinión, porque él lo ha encontrado siempre y bien desarrollado.

Otro inconveniente que se ha encontrado a la operación, es la producción de embolías, pero estos casos de embolías descritos por Franz, se producen cuando se diseca en una gran extensión el elevador y puede herirse las grandes venas para-proctales, lo que se subsana, no disecando los elevadores, como hemos ya dicho, y como lo recomiendan Bumm y Bröse.

De los casos operados en la clínica, en ninguno se ha observado las complicaciones antes mencionadas.

Enfermas que han sido operadas hace ya algunos años, han vuelto a examinarse, comprobándose en ellas los magníficos resultados de la operación.



OBSERVACIONES

Irene Gálvez de P., 55 años, casada, domiciliada en Santiago. Ingresó al servicio de ginecología el 10 de Noviembre de 1908.

A. H.

Padres: Muertos.

Hermanos: Dos, no sabe de ellos.

Hijos: Ha tenido cuatro, de los cuales vive uno y es sano. Los demás han muerto de causas diversas.

Menstruación: Regló a los 13 años, regulares de 4 a 6 días de duración, a veces abundantes y dolorosas. Hace tres años se hicieron irregulares, más abundante, perdía a veces sangre dos veces al mes. Hace dos años que no pierde sangre.

Partos: Cuatro de términos fáciles. El último hace 18 años.

Abortos: Ninguno.

Molestias actuales: Se siente enferma desde hace dos años más o menos. Le principió con malestar general, dolor de caderas a la región pubiana, tenía sensación de peso en la pequeña pelvis y micción frecuente, escasa, a veces dolorosa; sufría de dolores de cabeza y tenía con frecuencia perturbaciones gastrointestinales, diarreas, vómitos. Desde hace un año solamente, notó que al andar le aparece entre los labios vulvares un tumor del tamaño de un huevo de gallina, indoloro, que crecía con los

esfuerzos. Después se ha hecho más grande, impidiéndole andar. En decúbito dorsal no le sale este tumor.

Sufre constantemente del estómago, y en Octubre y Septiembre estuvo enferma del hígado.

Aspecto: Sub-ictérico. Temperatura normal.

Constitución: Buena.

Corazón, pulmones, (incluso pulso, respiración), pulso regular, tenso, 72 P. R. 24.

Mamas: Desarrolladas, sanas.

Abdomen: De paredes gruesas, flácidas.

Vulva: Abierta; entre los labios vulvares aparece la pared anterior de la vagina, que en su descenso arrastra a la vejiga y al útero por fuera de la vulva.

Vagina: Amplia, lisa.

Utero: En retroversión, movable; cavidad mide 7 cm. al hacer esfuerzo y en posición vertical aparece por fuera de la vulva.

Aneños: Normales.

Vejiga (incluso orina): A veces micción frecuente y escasa.

DIAGNOSTICO: Prolapso del útero. Cistocele.

TRATAMIENTO: *Colporrafia anterior. Vagino - fijación, (Schauta). Colpoperineorrafia posterior. (Hegar).*

Nieves Ugarte, 43 años, de Colchagua. Ingresa al servicio el 12 de Enero de 1909.

Padres: Muertos.

Hermanos: Ocho.

Hijos y sus enfermedades: Tres vivos y sanos.

Menstruación: La primera a los 14 años, de 8 días de duración, en regular cantidad. La última fué en 1903.

Partos: Seis de término, difíciles.

Abortos: Cinco de dos a cinco meses.

Molestias actuales: Se siente mal desde hace 6 años. Desde esta época nota un tumor que aparece en la vulva y que ha ido aumentando poco a poco hasta hoy. Dolores de caderas y muslos, dificultad y dolor al orinar, dolores de cabeza.

Enfermedades anteriores: Alfombrilla.

Aspecto: Sano.

Constitución: Buena.

Corazón, pulmones (incluso pulso y respiración): Normales. P. 80.

Mamas: Normales.

Abdomen: De paredes flácidas con estrías antiguas de embarazo.

Vulva: Abierta, ambas paredes vaginales aparecen fuera de la vulva arrastrando la anterior a la vejiga.

Vagina: Amplia, lisa.

Utero: En retroversión movable, cavidad mide 8 cm. La mayor parte del órgano aparece entre los labios vulvares cuando la enferma hace algún esfuerzo.

Aneños: Normales.

Vejiga (incluso orina): Frecuencia de la micción.

DIAGNOSTICO: Prolapso del útero. Cistocele.

TRATAMIENTO: *Colporrafia anterior, Vagino - fijación (Schauta). Colpoperineorrafia posterior. (Hegar).*

La enferma se fué de alta el 12 de Febrero.

Mercedes Díaz, 66 años, de Santiago. Ingresa al servicio el 26 de Agosto de 1911.

Padres: Muertos.

Hermanos: Cinco.

Hijos y sus enfermedades: Ocho, todos muertos.

Menstruación: La primera a los 12 años, regulares, abundantes, indoloras, de 6 a 7 días de duración. La última hace 20 años más o menos.

Partos: Ocho, los siete primeros fáciles, normales, el último, en 1889, fué laborioso.

Abortos: Uno de tres meses, no recuerda la fecha.

Molestias actuales: Empezaron hace tres años. Se queja de un tumor que le aparece entre los labios vulvares cada vez que hace esfuerzos o anda. Pérdida de humores blanquizcos en gran cantidad. Es estítica.

Aspecto: Sano.

Constitución: Regular.

Temperatura: Normal.

Corazón, pulmones (incluso pulso y respiración): Normales. Pulso 64.

Mamas: Sin secreción.

Abdomen: Timpánico, de paredes delgadas, flácidas, con estrías antiguas.

Vulva: Abierta, con su mucosa atrófica. Al hacer esfuerzos la enferma, aparece un tumor formado por la pared anterior de la vagina que asoma por entre los labios vulvares y en seguida aparece la porción vaginal del útero.

Vagina: Amplia.

Utero: En retroversión móvil, atrófico y descendido. En el labio anterior existe una ulceración por decúbito.

Anequos: Normales.

DIAGNOSTICO: Prolapso del útero. Cistocele.

TRATAMIENTO: *Op. de Schauta. Perineorrafia (Bumm).*

Se va de alta el 24 de Septiembre de 1911.

Clarisa Gallardo, 58 años, soltera, de Rengo. Ingresa al servicio el 9 de Noviembre de 1909.

Padres: Muertos.

Hermanos: Seis.

Hijos y sus enfermedades: Dos sanos

Menstruación: Regló a los 15 años, regulares generalmente (algunas veces se repetían dos veces al mes), de 8 días de duración, muy abundantes, a veces con coágulos. La última hace dos años.

Partos: Dos normales.

Abortos: Ninguno.

Molestias actuales: Hace 5 años, a consecuencia de un esfuerzo, salió por la vulva un cuerpo extraño: después ha salido cada vez con más facilidad, hasta quedar constantemente fuera. Siente dolores al vientre. Micción frecuente, abundante y dolorosa. Obra varias veces al día.

Enfermedades anteriores: Cólico hepático hace 3 años.

Aspecto: Sano.

Constitución: Buena. Panículo adiposo disminuído.

Corazón, pulmones (incluso pulso y respiración): Normales. Pul. 84.

Mamas: Sin secreción.

Vulva: Sumamente abierta, asoma por delante de ella el útero prolapsado con la vagina.

Vagina: Ambas paredes prolapsadas, edematosas.

Utero: Prolapsa totalmente fuera de la vulva. Cuello alargado mide 6 cm. Cuerpo engrosado, cavidad mide 4 cm.

Orina: Normal.

Temperatura: Normal.

DIAGNOSTICO: Prolapso total del útero y de la vagina. Rectocele. Cistocele.

TRATAMIENTO: *Operación de Schauta. Colporrafia anterior. Colpoperineorrafia. (Hegar).*

La enferma se va de alta el 9 de Diciembre perfectamente bien.

Delfina Ibaceta, 55 años, viuda, de Los Andes. Ingresa al servicio el 14 de Junio de 1912.

Padres: Muertos, ella al parecer, de cáncer gástrico.

Hermanos: Tres, todos han muerto.

Hijos y sus enfermedades: Cuatro, vive uno que es sano.

Menstruación: La primera a los 14 años, regulares, poco dolorosas, abundantes, de 3 a 4 días de duración, la última hace 2 años.

Partos: Cuatro, el primero laborioso, los otros normales. Puerperio febril en uno. El último hace más o menos 15 años.

Abortos: Uno hace 18 a 20 años.

Molestias actuales: Comenzaron hace 5 años. Notó que salía por la vulva un tumor pequeño que se aumentaba con los esfuerzos. Ligeros dolores al orinar. Dolores en la región lumbar. Hace un año, la tumefacción ha aumentado y le molesta al sentarse y al andar.

Aspecto: De salud.

Temperatura: Normal.

Constitución: Panículo adiposo conservado.

Corazón, pulmones (incluso pulso y respiración): Normales.

Mamas: —

Abdomen: De paredes gruesas, flácidas con estrías antiguas.

Vulva: Abierta; por entre los labios hace descenso la pared anterior de la vagina en forma de un tumor redondeado del tamaño de una naranja, que contiene la vejiga.

Vagina: Amplia, de mucosa atrófica, el fondo de saco posterior está más o menos conservado, el anterior completamente borrado, a consecuencia del descenso de la pared anterior de la vagina.

Utero: Pequeño, móvil, descendido, atrofia senil.

Anequos: Móviles, normales.

DIAGNOSTICO: *Cistocele. Descenso de la pared anterior de la vagina. Desgarradura del periné.*

TRATAMIENTO: *Op. de Schauta. Perineorrafia. (Bumm).*

Se va de alta el 13 de Julio.

María Leyton, 58 años, viuda, de Santiago. Ingresa al servicio el 17 de Junio de 1912.

Padres: Muertos.

Hermanos: Cinco, todos han muerto.

Hijos y sus enfermedades: Uno que murió de un mes de edad.

Menstruación: La primera a los 12 años, regulares, algo dolorosas, abundantes. de 10 a 12 días de duración; un año antes de suspenderse se hicieron aún más abundantes. La última hace 4 años.

Partos: Uno de término, normal. Puerperio normal. Hace 27 años.

Molestias actuales: Hace 15 años sufre de dolores al bajo vientre y región lumbar; hace un año tuvo micciones frecuentes; tiene trastornos digestivos. Hace un mes ha notado, al hacer esfuerzos, una tumefacción pequeña que asoma por la vulva y que le molesta cuando está de pie. Es estílica.

Enfermedades anteriores: Hace 20 años tuvo micciones frecuentes y con sangre.

Aspecto: De salud.

Constitución: Panículo adiposo escaso.

Corazón, pulmones: incluso pulso y respiración). Normales.

P. 65.

Mamas: Sin secreción.

Abdomen: De paredes flácidas.

Vulva: Abierta.

Vagina: Amplia; la pared posterior prolapsa sobre la vulva junto con la porción vaginal del útero.

Utero: Pequeño, en retroflexión, movable, descendido; la porción vaginal está un poco alargada, y prolapsa unos dos centímetros fuera de la vulva, arrastrando consigo la pared anterior de la vagina.

Anejos: Normales.

DIAGNOSTICO: Prolapso del útero. Desgarradura del periné.

TRATAMIENTO: *Op. de Schauta. Perineorrafia. (Bumm).*

Se va de alta el 16 de Julio.

Albina Jorquera, 50 años, casada, de San Fernando. Ingresa al servicio el 13 de Julio de 1912.

Padres: Muertos.

Hermanos: Siete, ignora de qué murieron.

Hijos y sus enfermedades: Siete, de los cuales viven cuatro,

de ellos una sufre de prolapso uterino; otro murió de tuberculosis.

Menstruación: La primera a los 12 años, regulares, poco dolorosas, en regular cantidad, de 4 a 5 días de duración, la última hace 5 años.

Partos: Siete de término, normales. Puerperio normal. El último hace 8 a 9 años.

Abortos: Uno de 4 meses hace más o menos 15 años.

Molestias actuales: Comenzaron hace 6 años; notó una tumefacción que asomaba a la vulva y que aumenta con los esfuerzos y cuando anda. Hace 2 meses perdió algunas gotas de sangre y escasa cantidad de humores.

Aspecto: Ligeramente pálido.

Constitución: Regular.

Corazón, pulmones (incluso pulso y respiración): Normales.

Mamas: Sin secreción.

Abdomen: De paredes delgadas, flácidas, depresibles, con estrías antiguas.

Vulva: Abierta; aparece entre los labios toda la pared anterior de la vagina. Hay una desgarradura de primer grado del periné. Al menor esfuerzo, el descenso de la pared anterior aumenta y asoma también parte del útero fuera de la vulva.

Vagina: Amplia, pared anterior descendida.

Utero: En retroversión, atrófico, membranoso, movable, algo descendido. Cuando la enferma hace algún esfuerzo, asoma parte del órgano fuera de la vulva.

Anejos: Normales.

Orina: Normal.

DIAGNOSTICO: Prolapso del útero.

TRATAMIENTO: *Op. de Schauta. Perineorrafia. (Bumm).*

Se va de alta el 24 de Agosto de 1912.



BIBLIOGRAFIA

- Dördelein.—Krönig.—Operative Gynaekologie.*
Otto Küstner.—Lehrbuch der Gynaekologie.
A. Bourssier.—Précis de Gynecologie.
Pozzi.—Traité de Gynecologie.
Testut.—Tratado de Anatomía Humana.
Dr. G. A. Wagner.—Zur Operation grosser Genitalprolapse (Ans der I Universitaets, Franen Klinik in Wien).—Centralblatt für Gynaekologie N.º 28, 1912.
Zentralblatt für Gynaekologie N.º 26 (pág. 859, 1912).
Amer. Journ of obst. and dis. of w. and children,—Febrero de 1912.—Thomas J. Watkins, (Chicago).
P. Lothrop (Búffalo).—Idem.
Zentralblatt für Gynaekologie N.º 45. 1909.
R. Bauer. Lur operativen Behandlung der Retrofixio uteri und der grossen Prolapse, (Wiener med. Wochenschrift 1912 N.º 19.)

